

# REVISTA CLINICA CASTELLANA

AÑO I

AGOSTO 1932

NÚM. 8

Suscripción: Un año 18 ptas. (Estudiantes, 16 ptas.)

## COMITÉ DIRECTIVO

- Dr. Andrés Bueno**, Profesor auxiliar de Medicina legal, de la Facultad de Medicina.  
**Dr. Bañuelos**, Catedrático de Patología Médica, de la Facultad de Medicina.  
**Dr. Cilleruelo**, Oftalmólogo, de la Clínica del Profesor Lagrange (de Burdeos), de la Facultad de Medicina.  
**Dr. Gavilán**, Laringólogo, Profesor de la Facultad de Medicina.  
**Dr. Ledo**, Dermo-sifiliógrafo.  
**Dr. Morales**, Catedrático de Patología Quirúrgica, de la Facultad de Medicina.  
**Dr. Villacián**, del Manicomio Provincial.

### REDACTOR JEFE

**Dr. Royo-Villanova Morales**,  
Catedrático de Medicina Legal.

### SECRETARIO DE REDACCIÓN

**Dr. Andreu Urra**,  
Prof. de la F. de Medicina.

## CUERPO DE REDACCIÓN

- Dr. Argüelles**, Catedrático de Clínica Quirúrgica, de la Facultad de Medicina.  
**Dr. Casas**, Catedrático de Patología general, de la Facultad de Medicina.  
**Dr. Costero**, Catedrático de Histología normal y patológica, de la Facultad de Medicina.  
**Dr. Cuadrado**, Cirujano, de la Facultad de Medicina.  
**Dr. G. Calvo (V.)**, Profesor de Patología general, de la Facultad de Medicina.  
**Dr. G. Calvo**, del Servicio antivenéreo (Sevilla.)  
**Dr. Pardo**, Radiólogo de la Facultad de Medicina.  
**Dr. Querol**, Profesor auxiliar, de la Facultad de Medicina.  
**Dr. Sáez**, Inspector Municipal de Sanidad.  
**Dr. E. Salazar**, de la Maternidad de Pamplona.  
**Dr. Suárez**, Profesor auxiliar de Histoquímica, de la Facultad de Medicina.  
**Dr. Vidal Jordana**, Catedrático de Clínica Pediátrica, de la Facultad de Medicina.  
**Dr. de la Villa**, Catedrático de Obstetricia y Ginecología, de la Facultad de Medicina.  
**Dr. Villegas**, Profesor auxiliar, de la Facultad de Medicina.  
**Dr. Zapatero**, Profesor auxiliar de Higiene y Bacteriología.

## REDACTORES-DELEGADOS

- Barcelona.—Dr. X. Vilanova.  
Burgos.—Dr. C. Martín, del Hospital Provincial.  
León.—  
Logroño.—Dr. Azpeitia Iglesias.  
Madrid.—Dr. Barrio de Medina, del «Instituto Rubio», Profesor de Dermatología  
Palencia.—Dr. Martín Escobar, del Hospital Provincial.  
Salamanca.—Dr. Calama, Publicista.  
Santander.—Dr. Díaz-Caneja, Director de la Casa de Salud Valdecilla.  
Soria.—Dr. Calvo Melendo, Director del Hospital Provincial.  
Vitoria.—Dr. A. Villacián, del Hospital Provincial.  
Zamora.—Dr. Dacio Crespo, del Hospital Provincial.

# Preparaciones ETHOS

## TERMOTONA

*Inyectable de quinina pura, completamente indoloro, inyección intramuscular e intravenosa. CURA radicalmente PALUDISMO; de aplicación en la Gripe, Pneumonías, Fiebres Tíficas y Paratíficas.*

FÓRMULA Quinina pura . . . . . 0,21 grs.  
Astenol . . . . . 0,0135 »

## SUERO ESPAÑA

*Inyectable ferruginoso, indoloro, indicado en las Anemias, Cloro Anemias, Astenias, etc. Con resultados sorprendentes que se observan desde las primeras inyecciones.*

FÓRMULA Astenol . . . . . 0,012 grs.  
Acido glicerosfórico . . . . . 0,046 »  
Acido cacodílico . . . . . 0,030 »  
Hierro asimilable . . . . . 0,002 »  
Glicerosfato estricnico . . . . . 114 milig.

## FOSFOVITÓGENO

*Tónico reconstituyente, de sabor agradabilísimo. NEURASTENIA y en general las mismas indicaciones que el Suero España.*

**N. B.-Estos preparados pueden utilizarse sin inconveniente alguno en los niños de corta edad.**

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

<h1>BOROLUMYL</h1> <p>FORMULA: TARTRATO BÓRICO POTÁSICO, FENIL-ETIL-MALONILUREA, CAFEINA, BELLADONA ETC.</p>	<p>INDICACIONES</p> <h2>EPILEPSIA</h2> <p>VOMITOS DEL EMBARAZO ECLAMPSIA, COREA HISTERISMO Y OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO</p>
<p>GRAJEAS DE</p> <h1>YODUROS BERN-K.YNa.</h1> <p>SIN YODISMO Dorificadas a 25 Centigramos</p>	
<p>Tratamiento Científico y Radical de las</p> <h2>VARICES, FLEBITIS</h2> <p>Hemorroides y Atonías de los vasos por las</p> <h3>GRAJEAS DE</h3> <p>Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO Aparto 648 MADRID</p>	<h1>VARI-FLEBOL</h1> <p>FORMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CITRATO SÓDICO, TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.</p>

## SUMARIO

### ARTÍCULOS ORIGINALES

*Sobre algunas cuestiones poco estudiadas en la clínica de la diabetes azucarada*, por Misael Bañuelos García.

*Algunas consideraciones sobre los cuerpos extraños del esófago*, por M. Gavilán Bofill.

*La inspección sanitaria de la leche*, por Emilio Zapatero Ballesteros.

### REVISTA DE REVISTAS

*Medicina interna*, por J. Andreu Urrea.

*Neurología*, por J. M.<sup>a</sup> Villacián.

*Otorinolaringología*, por M. Gavilán.

*Cirugía*, por F. Cuadrado.

*Dermatología y Sifiliografía*, por E. Ledo.

*Urología*, por José M. Sagarra.

BIBLIOGRAFÍA, por los doctores M. Bañuelos y E. Ledo.

### MEDICINA PROFESIONAL Y SOCIAL

*Comentarios rurales*, por Lorenzo Sáez.

*La higiene y la medicina rural y sus relaciones con la iguala médica y los seguros sociales*.

*La asistencia de los accidentes del trabajo en el medio rural*, por el doctor V. de Andrés Bueno.

*Las carreras y los oficios*, por R. R.-V. y M.

*La reforma de la Ley de accidentes del trabajo*, por el doctor V. de A. B.

### CRÓNICA REGIONAL

### CRÓNICA NACIONAL

### CRÓNICA INTERNACIONAL

### NECROLOGÍA.

---

## Colaboradores del primer semestre

Andrés Bueno, V. / Andreu Urrea, J. / Argüelles, R. / Arróspide, Alvarez, R. / Bañuelos, M. / Barrio de Medina, J. / Baena Baena V. / Calvo Melendro, J. / Cano Santacana / Casas, J. Cilleruelo, J. / Colmeiro Laforet / Corzo / Cuadrado, F. / Durruty Romay / Echevarría / G. Gómez-Sigler / García Lorenzana, F. / Gavilán, M. / G. Maroto, J. M.<sup>a</sup> / Ledo, E. / Martínez Sagarra, J. M.<sup>a</sup> / Quemada Blanco / Royo-Villanova y Morales, R. / Sáez, L. / Sebastián Herrador / Villacián, A. / Villacián, J. M.<sup>a</sup> / Zapatero, E.

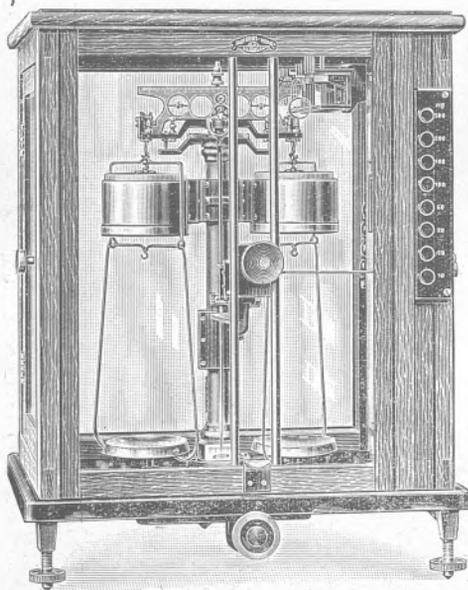
# CASA ALVAREZ

## MATERIAL CIENTÍFICO

Representante general y Depositario para España y sus Colonias

de las Casas E. LEITZ, de Wetzlar  
y F. M. LAUTENSCHLAGER

ALEMANIA



Balanza de precisión SARTORIUS, modelo D. 3, con amortiguadores de aire, lupa de lectura y dispositivo exterior para pesadas rápidas.

: Instalaciones completas de  
LABORATORIOS, CLÍNICAS  
HOSPITALES Y CENTROS  
DE ENSEÑANZA

PRODUCTOS QUÍMICOS  
PUROS : MOBILIARIO CLÍ-  
NICO : INSTRUMENTAL  
QUIRÚRGICO

MICROSCOPIOS LEITZ

MICRÓTOMOS LEITZ

COLORÍMETROS, NEFELÓ-  
METROS Y POLARÍMETROS  
LEITZ

Electro-ionómetros gran mode-  
lo de LAUTENSCHLAGER,  
para P. H. según el Dr. Lüers  
MICRO-IONÓMETROS para  
el P. H. patente LAUTENS-  
CHLAGER.

Colorímetros Folien según Wulf  
para el P. H.

BALANZAS de precisión SAR-  
TORIUS.

EXPOSICIÓN Y OFICINAS: MAYOR, 79. Teléfono 12.050

### ALMACENES

Mayor, 79; Luzón, 2; Plaza del Conde Miranda, 3, y Codo, 3

Teléfono 95.450

DIRECCIÓN TELEGRÁFICA Y TELEFÓNICA: LABORATORIUM

# MADRID

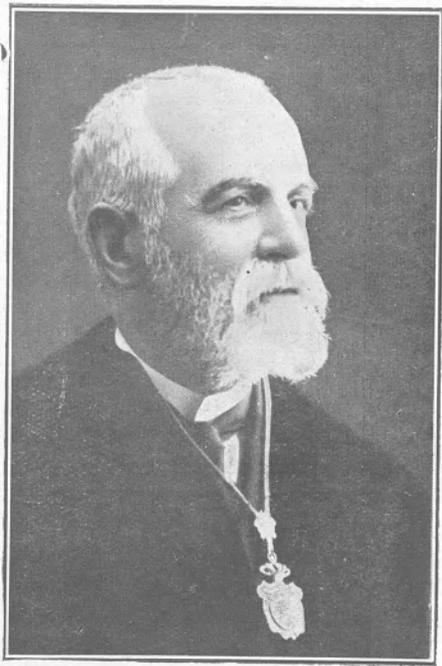
## El catedrático fallecido don Leopoldo López García

En las Facultades de Medicina del mundo entero, junto a los profesores de enseñanzas clínicas, cuyos nombres llegan a ser del dominio público, aureolados de mayor o menor prestigio profesional, practican la enseñanza otros profesores, no menos eminentes, y desde luego mucho más altruistas, puesto que se dan de por vida, de modo exclusivo, a la ciencia y a la labor docente, sin buscar otras satisfacciones ni otras remuneraciones que el contento puro e íntimo del deber cumplido.

A este grupo de profesores pertenecía el ilustre fallecido don Leopoldo López García, que si para todos los que cultivamos la Medicina es y será uno de los profesores más eminentes que ha tenido la Facultad de Medicina de Valladolid, deben ser sus méritos divulgados, para enseñanza y conocimiento de todas las gentes.

Cuando este hombre, por tantos conceptos benemérito, llegó a su cátedra en la Facultad de Medicina de Valladolid, constituía un caso raro y casi insólito en nuestras

Universidades de aquella época. El entonces joven profesor don Leopoldo López García no llegaba a la cátedra, como era uso en aquella época, por desgracia para nuestra enseñanza, saltando del partido rural a la Facultad de Medicina, para enseñar lo que únicamente podía haberse aprendido en cualquier aldea de España, acompañado de dos o tres textos, más o menos anticuados. El profesor López García llegaba a la cátedra después de haber practicado las nuevas técnicas histológicas, con maestros



tan eminentes como Ranvier, en París, y también en París había aprendido los procedimientos de investigación microbiológica, junto al insigne Pasteur.

Y un hombre así preparado llega a una Universidad española, donde no ya el vulgo estudiantil, sino hasta los catedráticos envejecidos en la enseñanza, no creen en los nuevos conocimientos histológicos, ni microbiológicos, y cuando pide locales para montar sus laboratorios, le indican sonriéndose que allí están las guardillas de la Facultad, locales destartados, sin divisiones, sin una mesa, sin un estante y con temperaturas de dos y tres grados bajo cero en los días crudos de invierno, en que es preciso acudir por las mañanas temprano a la Facultad de Medicina.

Todos pensarán que el nuevo catedrático no aceptaría tal ofrecimiento, pero se equivocan; tiene tanta fe en su resistencia física, como tiene en los nuevos conocimientos, adquiridos fuera de España, y que desea implantar en nuestro país. Y con una tenacidad, que algunos compañeros le censuraban, logra en una labor ímproba, de año tras año, en contra de sus compañeros, y en contra también no pocas veces de los estudiantes, y en el aislamiento de médicos y de autoridades universitarias, hacer la magnífica instalación del departamento histológico de la Facultad de Medicina de Valladolid, que es hoy orgullo de nuestra Facultad y admiración de los forasteros que lo visitan, por ser ello muy superior a lo que es habitual en el resto de España y no inferior, en el aspecto docente, a los mejores del extranjero.

Con este gran hombre fallecido tiene una deuda la ciudad de Valladolid, y Castilla entera, y es preciso que se sepa; porque él educó a cuarenta promociones de estudiantes a mirar por el microscopio y a reconocer el valor de las nuevas técnicas de investigación biológica y clínica de la Medicina moderna. Y si hoy, por todos los grandes pueblos de Castilla, y aun pequeños, hay ya muchos médicos que usan el microscopio para sus diagnósticos, lo aprendieron de este venerable maestro, que calladamente, silenciosamente y sin ruidos ni alharacas, con tenacidad formidable, que fué su más grande virtud en el terreno de la enseñanza, logró el solo contra todos este inmenso progreso dentro de la Medicina de Castilla.

Solamente quien no haya pisado la Universidad para ejercer una función docente, puede ejercer críticas injustas acerca de éste y de otros profesores universitarios; pero los que desde que terminamos nuestra carrera de médicos nos hemos dedicado a la enseñanza oficial, tenemos que reconocer asombrados los excelsos méritos pedagógicos contraídos por el ilustre don Leopoldo López García.

Se ha dicho alguna vez en tertulias y conversaciones, cuando le elogiaban, que no había realizado labor de investigación, y es que desconocen, los que así hablan, que el profesorado universitario se puede dividir en tres grandes grupos, que son: los que se consagran a sí mismos toda

su vida investigando y publicando para adquirir más o menos celebridad y mayor o menor gloria, de los que constituye tipo en el extranjero, según se ha señalado reiteradamente por varios pensadores, Helmholtz, al cual casi nadie veía trabajar, dedicándose aisladamente y solitariamente a sus investigaciones físicas y matemáticas. Otro grupo lo constituyen aquellos profesores, más altruistas, que sacrifican su propia gloria para hacer una labor útil a la sociedad o sus discípulos, y entonces, al llegar a la hora de la muerte, poder decir a la posteridad, señalando lo construido por ellos, o a sus discípulos: «Esta es mi obra». A este grupo pertenecía don Leopoldo López García, que al llegar a su jubilación podía encararse con sus compañeros de Facultad y, mostrándoles su departamento de la Facultad y a algunos discípulos eminentes, como Pío del Río y Perrín, decir: «Esto es el resultado de mi esfuerzo de cuarenta años». Hay, finalmente, un grupo reducido de profesores que ni se consagran a sí mismos, ni se consagran a sus discípulos. Son los que pierden el tiempo de muy diversas maneras, que no hemos de analizar ahora.

Don Leopoldo López García no habrá enseñado a sus discípulos todo lo que ellos saben, ni todo lo que él sabía; pero eso es un imposible que no hay quien haga y que solamente es posible crean aquellos que no se dedicaron a la enseñanza. El profesor es el guía, el que dirige, el que aconseja, el que señala el rumbo, el que enseña la crítica fina y justa y el que despierta en nosotros el placer por el saber; pero lo demás tenemos que hacerlo los discípulos mismos. Por eso los que hemos conocido y tratado a este hombre caballeroso y bueno, recientemente fallecido, tenemos que reconocer que fué un magnífico maestro de constancia, de tenacidad, de asiduidad y de vocación, tanto, que ya jubilado ha seguido subiendo al último piso de la Facultad, hasta que sus músculos y su corazón se lo han permitido, y sólo cuando fué totalmente imposible dejó de acudir al departamento que él había creado y donde ha dejado su existencia.

La Facultad de Medicina de Valladolid está de luto y ondea en su balcón la bandera enlutada y a media asta, porque ha muerto uno de sus profesores más preclaros, más eminentes y más caballerosamente buenos.

\* \* \*

Don Leopoldo López García se licenció en Madrid en 1877, con premio extraordinario, doctorándose al siguiente año.

Después, en Francia, amplió sus estudios durante tres años, en el Colegio francés, con Cornil y Rouvier, primeras figuras de la Histología de aquella época; siguiendo luego cursos en los hospitales Necker y San Luis.

Fundó en Madrid la Sociedad Histológica Española, con el profesor Maestre de San Juan, de quien fué luego profesor auxiliar.

Nombrado delegado oficial del Gobierno español para el estudio de la rabia en el Instituto Pasteur, con las más destacadas personalidades médicas de aquella época, fué el autor de la ponencia técnica de aquella delegación.

Ganó en primer lugar, por oposición, las primeras cátedras de Histología que se crearon en la licenciatura.

Modelo de profesores laboriosos, justicieros y amantes de la cátedra, realizó en ella intensa y entusiasta labor de investigación, y dió a la enseñanza verdadero carácter práctico. Su labor se reflejó en Congresos, artículos, folletos y monografías, algunos de los cuales Cajal les cita en sus obras.

Funda en nuestra Universidad, hace cuarenta años—con las penurias de aquella época—, un laboratorio de Histología normal y patológica, al que dedica sus actividades y entusiasmos, y como reconocimiento a su labor, al ser jubilado de su cátedra el doctor López García, fué nombrado por el Gobierno director honorario de aquél, en el que siguió trabajando hasta poco antes de su muerte.

Nombrado inspector provincial de Sanidad, desempeñó el cargo dos años, dimitiéndole al no acomodarse a las orientaciones que él creía debía tener dicho cargo.

Fué autor de un modelo de microscopio, cuya construcción la realiza la casa Reccher, de Viena, y modesto siempre el profesor López García, y con verdadero espíritu patriótico, en lugar de darle su nombre le da el nombre de «Modelo España».

El Gobierno de Francia le nombró oficial de Instrucción pública.

M. BAÑUELOS

Decano de la Facultad de Medicina  
de Valladolid



## Sobre algunas cuestiones poco estudiadas en la clínica de la diabetes azucarada

por Misael BAÑUELOS GARCÍA,

Catedrático de Clínica Médica en la Facultad de Medicina de Valladolid

De los estudios modernos acerca de la diabetes azucarada, se deduce que si bien el metabolismo de los glúcidos es lo más llamativo del cuadro clínico, no por ello deben tener interés pequeño las alteraciones del metabolismo graso, y en general de los lípidos, así como también las perturbaciones del metabolismo protéido, de las sales minerales y del agua.

Investigaciones que parten de Clínicas de distintos países, van reconociendo que la diabetes azucarada, es una enfermedad que si bien las perturbaciones del metabolismo glúcido son las más estudiadas, existen y se están descubriendo de día en día, perturbaciones que abarcan al metabolismo de todos los principios inmediatos

Estos hechos interesantes, y de valor clínico extraordinario no han sido comentados por los clínicos en toda la importancia y amplitud que realmente tienen, para llegar a una definición y concepto más exacto de la diabetes azucarada, de lo que nos ha enseñado la Medicina hasta hoy día. Pero esta cuestión la analizaremos en otra ocasión, analizándola en cuantas facetas interesantes pueda presentar para el clínico.

Hoy, sólo queremos ocuparnos de algunas cuestiones, muy concretas de naturaleza clínica, en relación con la diabetes azucarada.

En primer lugar, llamamos la atención de que hasta hoy día, toda la teoría y toda la clínica de la diabetes azucarada gira alrededor de considerar únicamente a esta enfermedad como ocasionada por una perturbación del metabolismo glúcido, debida a una lesión, o a una incapacidad funcional del sistema insular del páncreas. Y considerada así, toda la terapéutica se reduce a una cuestión de fisiopatología clínica, para tratar de restablecer un metabolismo de los glúcidos, análogo a lo que sucede en el sujeto normal.

Esta concepción de la teoría y de la clínica de la diabetes azucarada no es otra cosa que un ejemplo de lo que es la actual Medicina clínica, pues en todos los aspectos la Medicina actual, tiende a ser, y lo proclaman así, sus más eminentes representantes una Fisiopatología, porque la Medicina actual está determinada por la orientación Fisiológica, así como la del siglo pasado estaba dominada por la orientación anatómica.

Pero al clínico, que tiene que curar enfermos, o aliviarles, le sirven de poca cosa estas orientaciones, tanto anatómicas, como fisiológicas de la Medicina científica de nuestro tiempo, porque la Clínica tiene temas que

resolver concretísimos y busca para sus soluciones datos donde los encuentra, en la Anatomía, en la Fisiología, en la Bacteriología, en la Higiene, y también en la Psicología y en el Empirismo.

Por ello, un clínico, que estudie enfermos diabéticos, se debe preguntar, como lo hace el pobre diabético. ¿Y por qué ha venido aquéllo? Contestar que porque existe una lesión de páncreas, no es otra cosa que trasladar la pregunta; porque nos preguntaremos inmediatamente ¿y qué noxa ha realizado esa lesión del páncreas? ¿o la está realizando todavía? Es decir, que nosotros en todo enfermo diabético debemos investigar cuáles son los agentes, uno o varios, causantes de la lesión del páncreas, para imponer un tratamiento causal de la diabetes azucarada, no conformándonos nunca con establecer solamente el tratamiento diabético e insulínico, porque ello equivaldría y equivale, desgraciadamente, casi siempre en la realidad, a dejar actuar la noxa, que ha lesionado el páncreas, y muchas veces sigue actuando, lesionando otros órganos y conduciendo indefectiblemente, al diabético a la muerte, por lesionar otros órganos del cuerpo, importantes para la vida.

Debiera ser muy llamativo para el médico clínico, el hecho de que por ejemplo sea el diabético además de diabético, hipertenso como lo es muchas veces; atacado de debilidad y vejez prematura, otras, y siempre con las huellas de una incapacidad corporal y psíquica, que no es posible explicar siempre, admitiendo como único trastorno el del metabolismo glucídico, y es que la noxa o virus que ha lesionado el páncreas, está a la vez produciendo lesiones en otras partes del cuerpo, y de este modo se completa y comprende el cuadro clínico que presenta el enfermo de diabetes azucarada.

\* \* \*

Otro punto interesante de la clínica de la diabetes azucarada es el que se refiere al régimen dietético, hoy ya clásico, después de los estudios metabolimétricos de la Medicina norteamericana y de la Medicina alemana y escandinava, de disponer una dieta al diabético, medida por su tolerancia para los hidratos de carbono, y guardando éstos una cierta proporción con las grasas y las proteínas, de acuerdo con fórmulas matemáticas bien conocidas, como las de Woodyatt, o la de Campbel; de tal modo, que ingiere el diabético la cantidad de calorías necesarias para mantener su peso y realizar sus ocupaciones habituales. Todo esto está bien, y permite al enfermo vivir sin azúcar en la orina, y con una glucemia normal o próxima a lo normal, largos años, si se toman determinadas precauciones; porque de lo contrario el régimen alimenticio puede ser extraordinariamente perjudicial para el diabético, peor indudablemente, a nuestro juicio, que el de un régimen en que el sujeto se alimente más, y tenga algo de azúcar en la orina, pues la experiencia clínica nos ha demostrado que viven mejor, y más largos años estos diabéticos, con azúcar en la orina,

que los hipoalimentados, que si bien pasan dos o tres años sin trastornos, no tardando aparecen síndromes más o menos raros de déficit alimenticio, o de carencia, poco conocidos de los médicos, y por eso, más difíciles de combatir, y lo son más todavía en aquellos enfermos, que por miedo a la insulina, no quieren hacer uso de este remedio, e insisten en no aumentar su alimentación, porque en ellos es más fácil que aparezcan síndromes de déficit o carencia, como nosotros hemos tenido ocasión ya de observar repetidas veces, siendo uno de los síndromes más comunes uno análogo al beriberi, que aparece sobre todo en aquellos sujetos que se niegan en absoluto a tomar pan, durante muchos meses, y aun años. En tales ocasiones, suele aparecer, en sujetos, que por lo demás parecen bastante bien nutridos, una sensación de pesadez en las piernas, de inseguridad en las rodillas, de hormigueos y acorchamiento en la piel de las piernas, de dolores en las pantorrillas, palpitaciones y disnea, con motivo de ejercicios corporales, juntamente con plenitud en el epigastrio, falta de apetito, estreñimiento, aspecto pálido y abotargado de la cara, ligero edema en las extremidades inferiores, cerca de los tobillos e hiperalgesia, por distintas partes del cuerpo, especialmente en las extremidades inferiores.

En este estado vive el enfermo más o menos tiempo, corrientemente semanas o meses, hasta que se instala una insuficiencia circulatoria, rápidamente progresiva, y que no cede al tratamiento habitual, ni es influenciada apenas, por los tónicos cardiacos, creándose un cuadro clínico muy parecido al que los autores japoneses conocen con el nombre de «Shōshin» y como en él existe una gran disnea, astenia, náuseas y vómitos rebeldes y tenaces y sed atormentadora.

Es curioso que el análisis de la sangre de tales enfermos, demuestra una glucemia normal, no hay intoxicación ácida, la orina no contiene acetona, no está aumentado el nitrógeno residual de la sangre, pero el enfermo, con ese cuadro clínico de insuficiencia circulatoria, sucumbe.

Nosotros llamamos la atención de los médicos que tratan diabéticos, para que eviten la presentación de síndrome tan temible, pues es más grave que el coma diabético, y por todas las apariencias causado por un déficit de vitamina B, ocasionado por la falta de alimentación del enfermo, con alimentos que pudieran contener esta vitamina.

No basta por consiguiente, mantener a un diabético en su peso, y aun con peso superior a lo normal suyo, si por restricción de la alimentación originamos un síndrome de carencia.

\* \* \*

Más raro es ver aparecer en los diabéticos un síndrome de carencia de vitamina C, por no permitirle tomar verduras crudas o fruta. Sin embargo, síndrome larvado de avitaminosis C hemos visto alguno en diabéticos, de pueblos de Castilla, donde no era fácil proporcionarse fruta, y además, donde por circunstancias especiales, el enfermo no la quería comer, ni

tampoco tomar alimentos que no fueran cocidos. Por ello, creemos que al disponer un régimen dietético al diabético, será muy conveniente explicar la importancia que tiene el que su alimentación sea completa, en sentido de contener todos los principios inmediatos, en proporciones convenientes y las vitaminas indispensables para que aparezcan los síndromes de carencia.

Todos los síndromes de carencia son de fácil presentación cuando se restringe la alimentación, si no se está suficientemente instruido para evitarlas, y en cambio, resultan difíciles de aparecer, cuando el sujeto come sin restricción de ninguna clase, pues aunque no escoja deliberadamente los alimentos, en la variedad de los que ingiere van los necesarios para completar la alimentación en principios inmediatos y vitaminas.

El diabético por el hecho de restringir su alimentación está más expuesto que ninguna otra persona a caer dentro de un síndrome de carencia, si no se le instruye suficientemente sobre esta cuestión particular.



## Algunas consideraciones sobre los cuerpos extraños del esófago

por M. GAVILÁN BOFILL

Las maniobras ciegas de extracción de cuerpos extraños son siempre reprobables cualquiera que sea el sitio del organismo que ocupen estos cuerpos, pero a pesar de ser esto sabido y de lo mucho que se ha repetido, todavía se dan con frecuencia en nuestras consultas, los casos de enfermos que han sufrido esos intentos de extracción, sin más fundamento la mayoría de las veces que un mal entendido amor propio, puesto en el deseo de solucionar un problema que cae fuera de la esfera de la práctica corriente y cuya técnica necesita forzosamente una larga especialización.

No hace muchos años leía yo un artículo de un cirujano en el que relataba la extracción de diversos cuerpos extraños del esófago, valiéndose de los antiguos instrumentos que como el paraguas de Fergusson y el cestillo de Graefe, gozaron de prestigio en la época preendoscópica. Me llamó la atención que se hiciera la apología de esos medios, cuando ya la técnica de la esofagoscopia había alcanzado todo su desarrollo actual y la perfección del instrumental era completa. No es mi propósito censurar la conducta del que así escribía, que, por no estar especializado en estos

asuntos, obraba correctamente exponiendo sus éxitos con los medios que tuvo a su alcance, sino poner de relieve los progresos alcanzados con los perfeccionamientos técnicos que hoy poseemos y los peligros inherentes al empleo ciego de aquellos antiguos instrumentos, que si bien proporcionaron algunos éxitos, fueron también la causa de serios accidentes.

**Lo que no debe hacerse.**—En general debe rechazarse en absoluto toda clase de aparatos para la extracción *a ciegas* de los cuerpos extraños, como son los ya citados paraguas de Fergusson y cestillo de Graefe, el aparato de Weis, las pinzas de Bonu, el gancho de Kirmisson, el gancho y las pinzas de Botey, etc., si bien con los tres últimos puede hacerse alguna excepción. El gancho de Botey es un gancho extractor de monedas parecido al de Kirmisson, al cual imita, con la modificación de una abrazadera movable para evitar el enclavamiento cricoideo de la moneda, el peligro más frecuente del uso de estos ganchos. La pinza de Botey es también una pinza especial para monedas y que se aconseja sea usada bajo la vigilancia de la pantalla radioscópica. La excepción para estos instrumentos es muy relativa; facilitan *exclusivamente* la extracción de las monedas, pero aunque se empleen sólo para esta clase de cuerpos extraños, no están exentos de peligros, siempre mayores que los de una esofagoscopia hecha por manos adiestradas. Todos hemos usado alguna vez el gancho de Kirmisson en la extracción de piezas de moneda, pero cuando llevan algún tiempo de permanencia en el esófago o cuando por las proporciones entre su diámetro y el de este conducto, haya la menor sospecha de un posible enclavamiento o simplemente de una lesión de las paredes, el peligro es inminente y quizá a esto se deba la ya numerosa serie de casos fatales atribuidos a su uso. Eso aparte de que puede ocurrir, como ya he oído relatar, que por estas maniobras con el gancho suceda lo que era más frecuente con el antiguo cestillo de Graefe, que quede enganchado en un repliegue de la mucosa, en el anillo cricoideo o en el propio cuerpo extraño y sea poco menos que imposible su desprendimiento, colocando al operador en la delicada situación que es de suponer. Hace ya muchos años, cuando aún no se practicaba la esofagoscopia, aconsejaba Felizet en estos casos, la introducción en el esófago de una esponja impregnada de aceite, montada en un tallo de ballena, para dilatar el conducto y permitir el desprendimiento del gancho. En fecha no lejana tuve ocasión de ver a un enfermo adulto con un supuesto cuerpo extraño de esófago (hueso de cordero) que un cirujano de otra región había intentado extraer con uno de esos instrumentos. El gancho o cestillo quedó a su vez enganchado, sobrevino además un intenso y aparatoso espasmo y el enfermo estuvo durante largo rato con aquel instrumento saliéndole por la boca, presa de verdadero terror, del cual participaban los familiares que presenciaban la escena y que por el relato que luego hicieron revistió los caracteres más dramáticos. Cuando cedió el espasmo y se tranquilizó el enfermo pudo ser extraído el instrumento, pero no el cuerpo extraño, Unas

horas más tarde una esofagoscopia por mí practicada bajo anestesia etérea resolvió el problema.

Las pinzas esofágicas que tampoco faltaban en un arsenal quirúrgico regularmente dotado, también tienen a su cargo bastantes fracasos. Ch. Jackson cita, entre otros, dos casos observados por él de muerte por esofagitis traumática aguda, debidos a maniobras violentas de intento de extracción, hechas completamente a ciegas, con pinzas esofágicas.

Otra falta de técnica que también se comete y por cierto aconsejada en algún libro, es el empleo de las bujías esofágicas con el fin de cerciorarse de la existencia del cuerpo extraño y de empujarle hacia el estómago si es posible. Esta práctica ha producido en varios casos la perforación del esófago, y Emerson, citado por Ch. Jackson, relata un caso de perforación del esófago y de la aorta por un hueso de pollo, después de un cateterismo esofágico con bujía.

Tampoco deben usarse vomitivos que sobre ser ineficaces son en general peligrosos para estos enfermos.

La escasa sintomatología de algunos cuerpos extraños esofágicos, hace dudar algunas veces de su presencia y si bien es verdad que se repiten los casos de cuerpos extraños imaginarios, especialmente en el esófago, sin tener la seguridad absoluta de que no existe o de que ha recorrido por sí sólo el camino hasta el estómago, no debe nunca aconsejarse al paciente que espere a una posible solución natural o que renuncie a seguir un tratamiento apropiado, como ya ha ocurrido, haciéndole correr un riesgo innecesario.

También puede decirse que el progreso de la esofagoscopia ha relegado casi hasta su supresión a la esofagotomía externa, que tenía su principal indicación en la extracción de cuerpos extraños grandes, irregulares o enclavados. La mortalidad de esta intervención aun en las estadísticas más favorables es siempre grande, incomparablemente mayor que en la esofagoscopia, por eso no es de extrañar que sólo se practique cuando sea imposible llevar a cabo esta última.

**Indicación actual.**—¿Qué debemos hacer entonces ante un caso de cuerpo extraño de esófago o simplemente ante la sospecha de su existencia? Sin dudar podemos sentar como indicación general en todos los casos la *esofagoscopia*, que por sí sola y ejecutada con arreglo a una técnica correcta, es prácticamente inofensiva; hay que tener en cuenta que los accidentes desgraciados que se le pueden imputar, han sido debidos más a las tentativas de extracción anteriores o al daño causado por el mismo cuerpo extraño, que a la intervención en sí. Y en cuanto a las contraindicaciones, no existe ninguna absoluta para la esofagoscopia, cuando ésta se aplica a la extracción de cuerpos extraños y se hace prudentemente, pues muchas afecciones vasculares, cardíacas y pulmonares, que la contraindicarían para cualquier otro motivo, la permiten en este caso particular (Ch. Jackson).

**Localización radiográfica.** El examen radiológico previo es no sólo de gran utilidad, sino del todo necesario, pero debe ser hecho por el propio esofagoscopista. El enfermo que nos llega con el diagnóstico radiológico de cuerpo extraño esofágico, necesitará con seguridad un nuevo examen, pues es sabido que estos cuerpos pueden cambiar de posición o franquear espontáneamente el conducto y por consiguiente que la localización radioscópica necesita interpretarla el propio operador.

En todos cuantos casos nos sea posible haremos radiografiar al enfermo, sin tener en cuenta la naturaleza del cuerpo extraño y si dará o no sombra radiográfica. Del examen de la radiografía podemos sacar conclusiones muy interesantes y a veces inesperadas, llegar al conocimiento de las lesiones producidas por el agente extraño e incluso comprobar que es distinto del que nos ha descrito el enfermo. El examen ante la pantalla puede servir también para comprobar algunos resultados dudosos de la esofagoscopia. Como ejemplo demostrativo a esto que decimos está el caso representado en la fig. 1.<sup>a</sup>

Corresponde a un niño de dos años que jugando con un frasco de «Isacène Roche» se tragó el cuello del frasco con el tapón metálico; el objeto aparece dete-

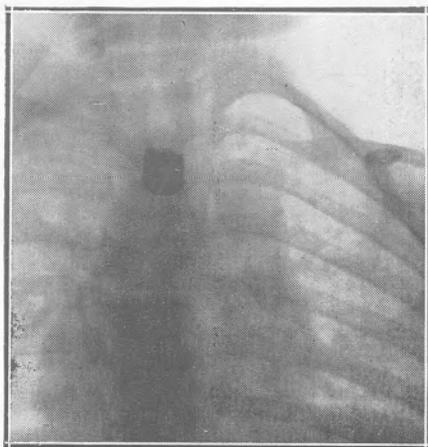
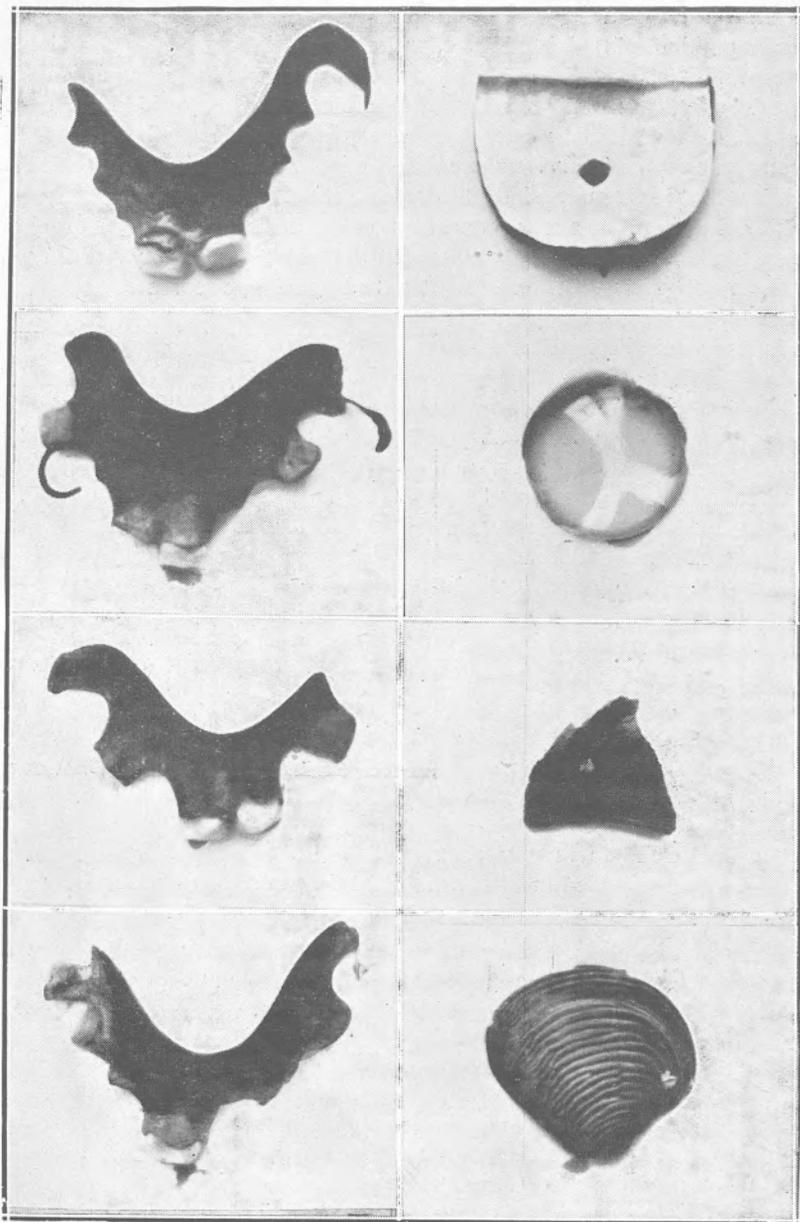


Fig. 1.<sup>a</sup>

nido por encima de la estrechez aórtica. La esofagoscopia practicada momentos después de la radiografía fué infructuosa, en el esófago explorado detenidamente no se encontró nada. Después de unas horas de reposo llevé de nuevo al niño ante la pantalla y el cuerpo que había buscado se le veía ya a nivel de la fosa iliaca izquierda; sin duda la dilatación del esófago por el tubo esofagoscópico fué suficiente para que el tapón descendiera por sí solo.

**Cuerpos extraños imaginarios.**—Los cuerpos extraños *imaginarios* de esófago y de hipofaringe son muy frecuentes, pero casi siempre se trata de porciones más o menos duras de alimentos, de pequeños huesos y especialmente espinas de pescados, que si bien es cierto que pueden haberse detenido durante algún tiempo, han seguido después su camino, pero dejando como estela de su paso la sensación errónea. ¡Cuántos enfermos de faringitis hiperestésica atribuyen sus molestias a la presencia de un cuerpo extraño imaginario!

Lo que es muy poco frecuente, y si se me permite *más imaginario*, es lo



Reproducción en tamaño natural de algunos cuerpos extraños esofágicos, extraídos por esofagoscopia, excepto el segundo de la segunda fila, que por ser un cristal plano convexo de mucho grosor no hacían presa en él las pinzas y fué extraído con un gancho.

ocurrido en el caso que voy a relatar. Hace poco más de un mes acudió a mi consulta una niña de cinco a seis años, acompañada de su familia, que venían muy alarmados porque decían que hacía muy pocas horas se había tragado una moneda de cinco céntimos; la niña se quejaba de dolores en la base del cuello y decía que no podía tragar. La hora a que se me presentaron y el ser día festivo me impidieron hacer el examen radiográfico previo — por eso he insistido en su conveniencia — y tuve que proceder a practicar la esofagoscopia, sin conseguir el descubrimiento del cuerpo extraño, con gran extrañeza por mi parte, puesto que todos aseguraban que lo había tragado. Por fin pude ver la niña por radioscopia pero el resultado fué el mismo, ni en el esófago, ni en ninguna otra porción del tubo digestivo, se encontraba la perrá chica; claro es que ante el fracaso pude comprobar que ninguno de los acompañantes había presenciado el accidente. Gracias a la amabilidad del doctor Sáez Alvarez, de Iscar, he podido averiguar que la niña, después del tiempo transcurrido no ha presentado ningún trastorno, ni ha visto nadie la salida de la moneda en las deposiciones, es decir, que puede asegurarse que no fué tragada.



Fig. 2.ª

**Casuística.** — Las monedas son los cuerpos extraños esofágicos que ocupan el primer lugar por su frecuencia; claro está que son más frecuentes en los niños, pero no dejan también de observarse en los adultos, con la particularidad de que son bastante bien toleradas. Solamente cuando han permanecido algún tiempo en el esófago, presentan en su superficie señales evidentes de esta permanencia, pero si no en nada se distinguen de otra cualquiera y por consiguiente no vale la pena reproducir las coleccionadas, cuyo interés estriba sólo en su número relativamente grande comparado con los demás cuerpos extraídos. De éstos, por lo contrario, creo interesante reproducir algunos para demostrar su diversidad y las dificultades que pueden ofrecer para su extracción a causa de su tamaño o de su naturaleza. Algunos que presentaron modalidades curiosas en su extracción, como trozos de carne sin masticar, espinas, pequeños huesos, no han sido conservados, o se han extraviado.

Como se ve las piezas de prótesis dentaria, dan un contingente elevadísimo entre los cuerpos extraños de los adultos y son por su tamaño,

por la irregularidad de sus bordes y algunas por los ganchos metálicos de que van provistas, uno de los objetos de más difícil extracción. Dan una sombra radiográfica muy visible como demuestra la figura 2.<sup>a</sup> correspondiente a la pieza representada en segundo lugar de la página 468.

Los demás objetos, suscitaron cada uno de ellos un problema mecánico distinto para su extracción, pero no me detengo en describirlos, como no he descrito otras particularidades de sintomatología, diagnóstico, etc., porque sería salirme de los límites que me propuse al escribir estas notas, dedicadas al práctico en general y no a los especialistas, que es a quienes interesan.

En resumen y como conclusión de estas consideraciones, repito que ante cualquier caso de cuerpo extraño detenido en el esófago, la conducta que debe *siempre* observarse es localizar por todos los medios a nuestro alcance su situación y procurar su extracción por medio de la *esofagoscopia*.



## La inspección sanitaria de la leche

(LECCIÓN EXPLICADA EN CÁTEDRA)

por el doctor Emilio ZAPATERO BALLESTEROS,

Profesor auxiliar de Higiene y Microbiología en la Facultad de Medicina de Valladolid  
y encargado de ambas Cátedras

Mejor que legislación sanitaria  
es educación sanitaria.

(Aforismo de las tribus de Israel.)

Dos efectos puede tener la leche cuando no es normal o, mejor dicho, en dos sentidos puede no ser normal la leche: 1.<sup>o</sup> Desvirtuación de sus propiedades alimenticias; en este caso no ingiere el individuo ni la calidad ni la cantidad de principios alimenticios a que tiene derecho por lo que ha pagado. 2.<sup>o</sup> Contaminación de la leche por gérmenes patógenos; en este caso el individuo adquiere la enfermedad infecciosa y el alimento puede producir un foco epidémico. De estas dos consideraciones pueden deducirse las normas generales en que debe inspirarse un control sanitario de la leche bien comprendido y que, como dijo Astertag, en el Congreso Internacional de Lechería de Berna en 1914, debe constituir el control sanitario de la leche una vigilancia continua desde el productor al consumidor. No creo preciso detenerme en demostrar la necesidad de la inspección sanitaria de la leche.

El Congreso Internacional de Ginebra de 1908 adoptó la siguiente

definición de leche: «Es el producto íntegro del ordeño total y sin interrupción de una hembra lechera en buen estado de salud, bien alimentada y sin sufrir cansancio, debiendo ser además recogida en condiciones higiénicas.»

Tal definición deja ya ver las medidas conducentes a obtener la leche con tales propiedades, pero sobre todo se dice en ella «...hembra lechera en buen estado de salud...»; en efecto las enfermedades se traducen casi siempre en una disminución de la producción láctea y, a veces, en profundas modificaciones de su composición. Todos los autores están de acuerdo sobre la trascendencia que para la composición de la leche tienen las enfermedades del aparato mamario; así, por ejemplo, en los casos de mamitis tuberculosa aumenta la proporción de albúmina y disminuye la caseína; de un modo general, la leche producida por animales con afecciones mamarias pasa progresivamente de la composición de la leche normal a la del suero sanguíneo. Dedúcese, pues, de esta parte de la definición una de las grandes medidas del control lechero: el reconocimiento de los animales por los profesores veterinarios.

Se dice al final de la definición que «...la leche debe además ser recogida (nosotros añadiríamos: y manipulada) en condiciones higiénicas». Se trata, en efecto, de un producto fácilmente alterable y que constituye un medio de vida ideal para los microbios, que o producen profundas transformaciones en la composición o producen enfermedades en los que la ingieren. Se deduce, por lo tanto, de esto la necesidad de vigilar de un modo constante la composición de la leche y la del análisis microbiológico de la misma encaminado al descubrimiento de los gérmenes patógenos. Nada tenemos que decir en este lugar de las técnicas correspondientes por habernos ya ocupado en otro lugar de tales cuestiones.

Lo dicho anteriormente justifica el que sea hoy en los países civilizados una necesidad la existencia de una legislación y una organización sobre el comercio de la leche. A pesar de esto, son muy pocos los países que tienen organizado, o en vías de implantación, el control; cosa incomprendible, pues basta el considerar que la leche es el alimento del niño, del enfermo y del viejo para que el problema adquiera el extraordinario interés que merece.

Una inspección sanitaria de la leche debe comprender medidas que recaigan: 1.º, sobre el animal productor; 2.º, sobre las condiciones en que vive (vigilancia de establos), y 3.º, sobre el producto.

1.º *Inspección del animal productor.*—La tesis en que se inspira la ley alemana de inspección de la leche es: «Sólo de animales sanos puede obtenerse leche sana». La legislación inglesa dispone que debe solicitarse por todo comercio de leche el registro del ganado, no pudiendo librarse al mercado más que aquella que, procedente de establo registrado, se obtenga de animales admitidos por el control veterinario. La legislación italiana se expresa en idénticos términos.

En algunas ciudades, como en Copenhague, donde hay establecido hace más de cuarenta años un control lechero, las vacas de establos destinados a la venta de leche para consumo de niños tienen que sufrir, por lo menos una vez al año, la prueba de la tuberculina, y si algún animal reacciona positivamente es separado del establo y su leche considerada impropia para alimento del niño y prohibida su venta. El veterinario hace la inspección por lo menos dos veces al mes, y cuando aprecia síntomas de glosopeda, viruela, tuberculosis, etc., o mamitis o diarrea, ordena el aislamiento total del animal enfermo o cierra el establo para el comercio lechero. Cuando en el intervalo entre dos inspecciones enferma algún animal, el propietario está obligado a ponerlo en conocimiento del inspector.

2.º *Inspección de establos.*—Deben reunir las condiciones necesarias de luz y de ventilación y poseer buenos desagües, así como mantenerse perfectamente limpios. Dos veces al año deben desinfectarse, después de barrer y regar bien el suelo con lechada de cal. Las vacas deben tenerse bien limpias y cuidar de que no les quede, pegado y seco, estiércol en los muslos, en el vientre o en las ubres, y tendrán esquiladas todas las partes próximas a las ubres, así como la cola. Los alimentos y el agua, recién recogidos y frescos.

Un aspecto interesantísimo de la inspección en el establo es la vigilancia del ordeñado, pues es donde comienza la técnica lechera, que debe descansar en los principios siguientes: 1.º Desde el momento del ordeño dificultar o retardar el desarrollo de las especies microbianas que ya contiene, útiles o nocivas, evitando en lo posible toda contaminación por las patógenas. 2.º Durante las manipulaciones eliminar todas las especies microbianas, excepto las que han de tomar parte en ciertos aspectos de la industria (fermentos lácticos).

En el momento, pues, de la obtención de la leche hay que tener presente: *a)*, que no se puede obtener la leche aséptica; *b)*, que las contaminaciones ulteriores son las únicas que tienen verdadera importancia, y *c)*, que hay que retardar el desarrollo de las especies existentes.

Para observar estos preceptos el individuo encargado del ordeño debe, antes de hacer esta operación, someter sus manos a una escrupulosa limpieza (las máquinas ordeñadoras no rinden ni responden como el ordeño a mano); estos individuos deben vestir para el acto del ordeño una ropa especial. Los paños para la limpieza de las mamas y pezones escrupulosamente limpios, y no servirán más que para una vez. La leche después del ordeño debe refrigerarse a 8º.

Tal es la organización de Copenhague, y la mejor prueba de su eficacia es que sólo el 4,9 por 100 de las muestras contenían bacilo de Koch. La legislación de los países que la tienen descansa en análogos principios.

3.º *Vigilancia del producto.*—A este objeto podemos considerar como

modelo la organización de las Estaciones de Control Lechero de Helsingfors, donde está municipalizado el servicio. De la importancia del comercio lechero en esta ciudad dicen las siguientes cifras: 250.000 habitantes y 7.000 000 de litros de leche al mes.

El trabajo de la Estación abarca los extremos siguientes: 1.º Tomar detalle de la composición de la leche a su llegada a la ciudad. 2.º Vigilar el tratamiento o manipulaciones que sufre la leche en los sitios de producción, y 3.º Vigilar la distribución y venta en la ciudad.

Para llevar a cabo esta labor existe toda una organización, con todo el personal necesario. Un laboratorio con sección química y bacteriológica. Dos automóviles provistos del material y personal necesario para la recogida de muestras.

Mensualmente los recepcionarios están obligados a remitir a la Estación una lista de sus proveedores, así como la cantidad de leche que le enviaron el mes anterior.

En el momento de hacer la toma se examina, desde el punto de vista higiénico, el estado de los carruajes, vagones del ferrocarril, recipientes, etcétera

Después, por análisis químico, se investiga: grasa por el método de Gerber, densidad y residuo seco por las tablas, grado de acidez por el método de Thörner, estado de conservación por la prueba de la reductasa por el azul de metileno, la pureza por el filtrado a través de filtros de algodón.

Por examen bacteriológico: prueba de Tromsdorf, estudio microscópico, contaje de gérmenes por el método Skar y cantidad de coli por c. c. Ya dijimos en otro lugar cómo nosotros concedemos un gran valor a la colimetría para la apreciación del estado sanitario de la leche y ya hemos expuesto en nuestra Tesis Doctoral las investigaciones personales que hemos llevado a cabo sobre tan interesante cuestión. Asimismo, a nuestro juicio, basta para la apreciación de la muestra la colimetría; pues, según hemos demostrado en nuestros trabajos, de conformidad con los resultados de los italianos Neri y Simonetti, el colibacilo puede servir de índice de contaminación para la leche en la misma forma que lo es para el agua.

Los resultados obtenidos por el laboratorio de la Estación se llevan a un fichero o a la libreta del expendedor.

En el momento que en el análisis de una muestra de leche se compruebe una calidad inferior, se remite al proveedor que corresponda un certificado en el que se haga constar su composición, y una copia del documento se remite también al comerciante lechero. En casos en que se comprueba la existencia de bacterias patógenas se procede inmediatamente por la Estación a lo que se llama muestra del establo, de cada vaca y de cada lugar, cuyas tomas se hacen por un veterinario de la Estación que, con el automóvil de la misma, recorre el país, o por el veterinario de la

localidad, abonando los gastos la Estación. En consecuencia de esta actuación, la Estación prescribe las medidas pertinentes: aislamiento de los animales enfermos, pasteurización de toda la leche del proveedor, disposiciones referentes al desecho de la leche de la granja, llegando hasta la persecución judicial y la prohibición absoluta de mandar leche a la ciudad.

Todos los gastos de esta organización están satisfechos por la Asociación de Control Lechero de Helsingfors, que se encarga de realizar en las ciudades un trabajo de registro referente a la higiene de la leche: estado general de las granjas, el tratamiento de la leche, estado sanitario del personal de la granja y de las vacas, etc. La Asociación recibe una subvención del Estado.

Funcionan asimismo las inspecciones rurales, con la misión de vigilar el estado higiénico de las granjas y la manipulación de la leche, teniendo muy en cuenta el estado sanitario de las vacas y del personal; también recoge las muestras de las cuadras cuando se precise.

Cada granja que, bien directa o indirectamente, envíe su leche a la ciudad debe ser inspeccionada dos veces al año, y las de leche controlada seis veces al año por el veterinario que resida en el lugar en que estén enclavadas. El inspector ha de responder a un cuestionario que abarca todos los objetos de las visitas: género de construcción de la granja, ventilación, iluminación, almacenamiento de la leche, estado sanitario de las vacas, examen tuberculínico de las mismas, estado del personal, etcétera y de tal manera responde el inspector a estas cuestiones, que su informe expresa la realidad viva sobre este estado de cosas y su naturaleza.

Como la leche se consume en Helsingfors en estado de cruda, sin modificar, tiene, como se comprende, el más alto interés que la vigilancia de las enfermedades que pueden transmitirse por la leche se haga concienzudamente, y a esto se refiere la misión especial de la inspección rural. Igualmente tiene el propietario de la industria la obligación de impedir que entre su personal existan casos de escarlatina, tifoidea, difteria, etc., así como de carbunco, aborto infeccioso, etc., entre sus vacas, haciendo la declaración oportuna al control lechero; al propio tiempo que se hace la declaración, los recipientes que se utilizan para el transporte de la leche se marcan con una etiqueta roja, que es el signo que indica que la leche procedente de la granja de que se trate no es apropiada para la venta como producto alimenticio, pero puede ser pasteurizada y aprovechada como leche industrial (fabricación de mantequilla, queso, etc.).

Todas las vacas deben someterse a la tuberculinización por lo menos cada cinco años, y la leche de las granjas con reacción positiva son marcada con la etiqueta roja (prohibición de venta sin pasteurizar).

Todo receptor o vendedor de leche debe tener el despacho compuesto de salas separadas, una para la recepción de la leche, otra para el almacenamiento y un local para el lavado de las vasijas. Aunque

la leche se vende sin pasteurizar debe tener un pasteurizador y una refrigeradora para la leche de recipientes con etiqueta roja. En estos despachos la Estación del control lechero recoge muestras irregularmente, y no hay que decir que sin aviso, para el análisis por el laboratorio de la Estación, cuyos detalles se registran en un libro donde consta el detalle de todas las lecherías.

Para terminar: En el Congreso de Lechería de Copenhague, celebrado en el mes de Julio de 1931, fué encargado C. Gorini de redactar una ponencia sobre la producción higiénica de la leche en los diferentes países, y de tal información resultó que en España, entre otros países, a pesar de tener regiones en las que las industrias de la leche constituyen una riqueza, no se ha señalado aún ningún movimiento en favor de la leche higiénica ni por la legislación ni por la iniciativa privada. Está, pues, nuestro país en las condiciones más propicias para adoptar un sistema de control lechero y el movimiento para conseguir la producción higiénica de la leche según las directrices más aceptadas por los países que se han ocupado de estos asuntos con el interés que merecen, o sea, las directrices del sistema inglés:

1.º Dirigir la producción de toda leche, sea para el consumo directo, sea para la industria, con el fin de crear la conciencia de la higiene en todos los que han de trabajar con la leche y para utilizar, al lado de las ventajas de orden sanitario, las de orden industrial que derivan de una leche pura y apropiada.

2.º Orientar la producción higiénica de la leche según dos caminos: el educativo por la instrucción y el coercitivo por la legislación

3.º Encauzar la educación para la producción higiénica de la leche por la enseñanza sobre todo, organizada en estrecha relación entre las autoridades sanitarias y las autoridades agrícolas (enseñanza ambulante). Claro que no es sólo la ignorancia el enemigo del progreso, sino que existe otro contra el que sólo la ley puede y debe ser eficaz: la indisciplina.



# ANGINA DE PECHO

y síndromes angioespásticos en general

# MIOSAL

extracto líquido total desalbuminizado de músculo fresco

Angina y pseudo-angina de pecho / Neurosis cardio-vasculares angiespasmódicas / Claudicación intermitente de las extremidades / Hemicrania habitual o paroxística de base angioespasmódica / Enfermedad de Raynaud y de Bürger / Cólico saturnino / Crisis angioespasmódicas por nicotinismo agudo y crónico / Seudoasma cardio-renal / Hipertonía esencial

**BALDACCI**  
**PISA**

Para inyecciones: cajas de 12 ampollas de 2 cc.

Para vía oral: frascos cuentagotas de 40 cc.

## AGLICOLO

diabetes y glicosurias; *gotas y comprimidos.*

## IODARSOLO

yodo y arsénico; *elixir, inyectables.*

## LEJOMALTO

azúcar alimenticio; *polvo.*

## OXIDAL

activador de la oxidación celular; *inyectable.*

## ZIMENA

hemostático fisiológico; *inyectables 1 1/2 - 3 y 5 cc. y gotas.*

## CASEAL CÁLCICO

heteroproteínoterapia; *inyectables 2 y 5 cc.*

## CORTICAL

corteza suprarrenal; *gotas e inyectables.*

## ERGAL

médula suprarrenal; *gotas e inyectables.*

## GONEAL

químio-proteínoterapia; *inyectables.*

## LUTEAL

cuerpo lúteo; *inyectables.*

## NARCOTAL

extracto del opio; *gotas, comprimidos, inyectables.*

## OVARIAL

juugo ovárico fisiológico; *gotas e inyectables.*

**AGENTE PARA ESPAÑA:**

**M. VIALE. Provenza, 427 - BARCELONA :: C. Delicias, 13 - MADRID**

## MEDICINA INTERNA

**N. CIAMPI.**—**Sobre la acción hematopoyética de algunos aminoácidos.** «Il Policlinico». Julio 1932.

Recientemente Fontes y Thivolle han puesto de manifiesto la acción hematogena de dos aminoácidos asociados: el triptófano y la histidina. Experimentalmente han comprobado que la administración pautal de triptófano y de histidina produce en el conejo, perro y rata un aumento del número de hemáties y de la hemoglobina que se mantiene largo tiempo después de suspender el tratamiento.

El autor ha podido comprobar experimentalmente estos resultados, además de un aumento de peso del cuerpo del animal. En la clínica también ha podido observar el autor buenos resultados.

La propiedad hematogena de estos dos aminoácidos es interesante por las relaciones que puede tener con la acción antianémica, especialmente en la perniciosa progresiva, del hígado y otros alimentos. El hígado, bazo, riñón, estómago y carne muscular poseen grandes cantidades de ambos aminoácidos. No es, por tanto, aventurado suponer que el principio activo de la hepatoterapia sea ligada a ambos aminoácidos.

**T. D. JONES Y J. L. JACOBS.**—**El tratamiento de la urea rebelde con nirvanol.** «The Journ. of the Am. Med. Ass.». Julio 1932.

En Alemania viene usándose desde hace algunos años el síndrome producido por el nirvanol, llamado «enfermedad del nirvanol», para tratar las ureas violentas. Esta enfermedad se caracteriza por fiebre, un ligero exantema y esinofilia, que se producen seis a doce días después de la administración de la droga; después de aparecer este síndrome desaparece la urea. El nirvanol es un fenil-etil-hidantoine. Recientemente análogos resultados han sido comunicados en Inglaterra.

Los autores han elegido tres casos de urea de Sydenheim, violentos y rebeldes a los demás tratamientos, para estudiarlos.

En los tres produjo la droga la llamada enfermedad del nirvanol. En ninguno de los tres produjo un efecto beneficioso el nirvanol, y uno de los pacientes sufrió una intoxicación peligrosa. Algunos «tabs» que se han ensayado para descubrir la hipersensibilidad del nirvanol fracasaron en su empleo.

**W. OLSHAUSEN.**—**La acción salvadora de grandes dosis de Pernoc-ton en casos gravísimos de estado epiléptico.** «Zentralblatt für Inn. Med.». Abril 1932.

El llamado mal epiléptico es uno de los estados más temibles por su gravedad. Según una estadística de Amman mueren un 42 por 100 de los epilépticos. Relata la historia de un joven sufriendo desde hace años de genuinos ataques de epilepsia y que ingresó en la clínica sin conocimiento en gravísimo mal epiléptico. La punción lumbar careció de valor. Después de inyectarle Pernoc-ton instantáneamente gran mejoría e interrupción de los ataques. Se le llegaron a administrar algún día hasta 42,8 c. c. de Pernoc-ton intramuscularmente sin el más mínimo perjuicio. En once días se le inyectaron 247 c. c. de Pernoc-ton.

El autor recomienda en todo caso de mal epiléptico un tratamiento enérgico con Pernocton. Si fracasa, emplear el sulfato de magnesio; y, si tampoco se logra éxito, una punción lumbar con inyección de aire. Espera que con tal proceder disminuya mucho la mortalidad del estado de mal epiléptico.

J. ANDREU URRÁ.

## NEUROLOGÍA

**F. S. VAN BOUWDYK BASTIAANSE:** *La encefalomielitís postvacunal*, «Revue Neurologique». Año XXXIX, tomo I, número 5, Mayo 1932, páginas 824-856.

Salvo algunos casos esporádicos anteriores, hasta 1922 no se han multiplicado las observaciones de esta afección. De las investigaciones realizadas por el Consejo Central de Higiene de Holanda, resultan 108 casos de encefalitis de diagnóstico cierto y 50 de diagnóstico verosímil.

El período que separa la vacunación de las primeras manifestaciones de encefalitis varía de cinco a diecinueve días. El comienzo es brusco, con cefalea, vómitos y fiebre: a esto se añade modificaciones de la conciencia señaladas como somnolencia, apatía, confusión y coma: al poco tiempo convulsiones, rigidez de nuca y fenómeno de Kernig. En seguida se observan síntomas de la serie piramidal: signo de Babinski, hipertonia, hemiparesia; fenómenos medulares como retención de orina, abolición de los reflejos abdominales y rotulianos, paraplegia y monoplejías flácidas; signos de los nervios craneales: fenómenos oculares, ptosis, paresia del facial, parálisis del hipogloso, etc. Además se observa hiperestesia, hiperalgesia, sudoración, ataxia, temblor y movimiento coreiforme en menos casos. La punción lumbar ha señalado modificaciones en 15 casos, siempre mínimas. Pocas veces se han observado secuelas.

Si esta sintomatología recuerda por algunos trazos a la de la poliomielitís y encefalitis epidémica, un análisis cuidadoso las distingue prontamente. La frecuente afección de la vía piramidal en la encefalitis postvacunal y la oposición tan marcada entre el carácter de las secuelas de una y otras, bastaría para diferenciarlas.

Los casos más frecuentes se observan entre niños vacunados de tres a 11 años: por debajo de tres años se ha visto un caso por cuarenta y cinco mil vacunaciones, por lo que se debe vacunar por debajo de esta edad.

Cuarenta y tres enfermos han muerto como consecuencia de la enfermedad.

Anatómicamente los fenómenos inflamatorios afectan más intensamente a la sustancia blanca y a las vainas mielínicas perivasculares que son destruidas; las células de la sustancia gris, las paredes vasculares y las meninges, muestran alteraciones en grado más ligero.

Este cuadro histológico presenta relaciones íntimas y grandes semejanzas con

---

## **LABORATORIOS** DE QUÍMICA GENERAL

Instalación completa de aparatos - Mobiliario clínico - Accesorios

**PRODUCTOS QUÍMICOS PUROS**

CASA ESPAÑOLA :: Establecimientos JODRA :: PRÍNCIPE, 7  
MADRID

---

el de otras encefalomiELITIS no supuradas, sobre todo con la encefalitis epidémica, poliomiELITIS, encefalitis diseminadas, esclerosis en placas, encefalitis vacunales experimentales y consecutivas a otros exantemas (varicela, escarlatina, viruela), pero el autor cree que tanto por la clínica como por las lesiones, la encefalitis post-vacunal constituye una entidad nosológica diferente a las mencionadas.

No está aclarada su etiología. A este respecto cuatro hipótesis han sido defendidas: primera, la vacuna sería directamente la causa de la afección; segunda el paso de la vacuna por el conejo sería la causa de la enfermedad (hipótesis desechable desde que se sabe que vacunas que no han sido pasadas por el conejo se han complicado con encefalitis); tercera, la encefalitis sería la consecuencia de una reacción alérgica local del sistema nervioso; cuarta, la vacunación activaría un virus latente. A esta última hipótesis se suma el autor, para el que sería necesario, para que se desarrolle la enfermedad, un factor vacunal y un factor local. Hoy por hoy, no sabemos nada de este virus reactivado.

J. M.<sup>a</sup> VILLACIÁN.

## OTORINOLARINGOLOGIA

**S. KOHCHI: Investigación experimental sobre la influencia del radium en la tuberculosis laríngea.**—Zeitsch Oto-Rh.-L. Organ der Japan O. R. L Gesellschaft. Tomo XXXVII. 1931-1932.

A pesar de los numerosos métodos de tratamiento de la tuberculosis laríngea, está en primera línea la fototerapia como uno de los más eficaces.

Aunque existen numerosas observaciones clínicas de actinoterapia, faltan las investigaciones histológicas hechas con exactitud, especialmente en las aplicaciones de radium. El autor ha aplicado experimentalmente el bromuro de radium directamente y por fuera de la laringe tuberculosa de conejos, a los que ha observado clínica e histológicamente con exactitud, y obtiene los siguientes resultados:

1.º Inyectando productos que contengan bacilos tuberculosos en el tejido submucoso de los conejos, se presenta una tuberculosis laríngea.

2.º Después de unos días de esta inyección submucosa no se ven modificaciones, pero algún tiempo más tarde se comprueban la disnea, falta de apetito y, finalmente, la muerte de los conejos. El curso de larga duración.

3.º Si se deja actuar directamente el radium sobre la laringe del conejo, se observa que los resultados obtenidos son diferentes según la cantidad de radium, la duración del tiempo de aplicación y la prolongación del tratamiento. En la piel se ven merma del pelo, úlceras y costras. Si se utiliza una mayor dosis, después de cierto tiempo disminuye el apetito de un modo alarmante y el vigor del animal se debilita poco a poco.

4.º Si se aplica el radium acertadamente a un conejo que tenga un trastorno respiratorio a consecuencia de la tuberculosis laríngea artificial, entonces este trastorno mejora pasajeramente o por lo menos disminuye o desaparece.

5.º En los focos de tuberculosis laríngea del conejo que no han sido irradiados, se observa que a su alrededor se forma una delgada capa de tejido conjuntivo que, en pequeña cantidad invade su interior y que conduce finalmente a su total transformación de una manera lenta.

6.º En la tuberculosis laríngea del conejo se favorece la neoformación de tejido conjuntivo alrededor de los focos y en los focos, por la radiumterapia

7.º La proliferación intensa del tejido conjuntivo conduce a la transformación completa del foco y a su curación.

8.º No se conoce exactamente si el radio actúa sobre los bacilos tuberculosos esterilizándoles, o si en los tejidos tratados permanecen a lo sumo muy debilitados.

9.º En el tratamiento de la tuberculosis laríngea por el radium, es de capital importancia elegir el primer estadio de la enfermedad, es decir, antes de que el foco tuberculoso haya aumentado o sufra la degeneración caseosa.

10.º La aplicación directa del radium en la laringe produce mucho mejor resultado que su uso externo.

11.º La aplicación externa del radium produce alteraciones locales secundarias, que ya hemos mencionado, como son inflamaciones en los tejidos inmediatos y otras alteraciones histológicas en la laringe.

12.º Las mucosas se alteran poco; sufren, generalmente, infiltraciones. En el epitelio cilíndrico se encuentran disposiciones irregulares de las células, espacios intercelulares, muchas células caliciformes y ulceraciones, mientras que el epitelio pavimentoso presenta en unos sitios irregularidades celulares, pero en otros se transforma en epitelio plano.

13.º En el tejido glandular se observa infiltración celular en el cuerpo glandular y el epitelio de los conductos secretores se transforma pronto en epitelio plano.

14.º También en el tejido muscular tienen lugar infiltraciones celulares entre las fibras musculares, su estriación transversal es borrosa y se colorean difícilmente.

15.º En el tejido cartilaginoso y en el pericondrio las modificaciones son relativamente débiles, sólo vemos engrosar el pericondrio o proliferar ligeramente el tejido cartilaginoso.

16.º Las conclusiones que obtenemos después de nuestros ensayos, no muy numerosos, son que el radium puede jugar un importante papel en la curación de la tuberculosis laríngea, y que si se eligen los casos bien indicados y se hace una aplicación exacta y atenta, se puede esperar el éxito.

M. GAVILÁN

## CIRUGÍA

**CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LOS TRASTORNOS GÁSTRICOS CONSECUTIVOS A LA FRENICECTOMÍA.**—Bonafé y Poulain. «La Presse Medicale», 15-VII 1932.

Después de la frenicectomía se presentan trastornos gástricos que según los autores son tan raros que de ningún modo se pueden considerar como contraindicación de tal intervención pero que es necesario conocerles.

Estos trastornos se presentan después de frenicectomías practicadas en cualquier lado pero son más frecuentes cuando la operación se ha practicado en el lado izquierdo. Son muy variados sus síntomas. Unas veces los enfermos se quejan de sensaciones dolorosas poco intensas, que no se modifican por la ingestión de alimentos, que después de unas semanas desaparecen lentamente y que serían debidas al estiramiento de los nervios del estómago producido por la dilatación, por la elevación del diafragma y por la dilatación de la tuberosidad gástrica.

Otras veces el enfermo después de pequeñas comidas, siente sensación de plenitud, no puede comer más y la digestión de la pequeña cantidad de alimentos ingeridos le es muy difícil y penosa. Casi siempre estos trastornos son transitorios

y no tienen importancia pero ocurre a veces que se prolongan y provocan una rápida desnutrición del enfermo, que pone en peligro su vida.

Pero sobre lo que más insisten los autores es sobre la posibilidad de que después de la frenicectomía se presenten vólvulos de estómago, como ellos han observado dos casos, cuyas historias clínicas exponen y cuyas radiografías reproducen.

Los síntomas que presentaban eran sensación de plenitud después de la ingestión de pequeñas cantidades de alimentos, molestias durante la digestión y vómitos. El examen radiográfico hizo posible el diagnóstico.

A uno de estos enfermos se le practicó una gastroenterostomía después de prolongado tratamiento médico y según los autores el estado de caquexia avanzada en que se encontraba era tal que el enfermo no pudo soportar la operación y murió.

El otro enfermo está sometido a tratamiento médico que consiste en administrar atropina y comidas fraccionadas con lo que han obtenido una mejoría relativa.

Estos vólvulos se producirían porque después de la frenicectomía se dilata fuertemente la tuberosidad mayor del estómago y el diafragma se eleva más por su mitad anterior que por la posterior donde es menos desplazable por las inserciones de los pilares.

Cuando a pesar del tratamiento médico, el vólvulo persiste creen los autores que se debe recurrir al tratamiento quirúrgico.

F. CUADRADO

N. de C.—Es muy posible que se obtengan mejores resultados si se hace tratamiento quirúrgico en cuanto se diagnostique el vólvulo.

## DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

**LANGERON ET DESPLATS: Resultados terapéuticos obtenidos por la radioterapia de las regiones suprarrenales en cuarenta casos de obliteraciones arteriales de los miembros.**—Acad. de Médecine (París), 14 Junio 1952.

Langeron y Desplats han empleado dos mil radiaciones en cada lado por serie. Cada serie comprende cuatro sesiones y fué espaciada de las siguientes por un mes de plazo.

En veinticinco sujetos fueron buenos los resultados, en otros cinco fueron parciales, tan sólo fracasaron en seis enfermos, y hacen notar que en cuatro de ellos nada podía esperarse ya.

Bajo la acción de la radioterapia de la región suprarrenal, vieron los autores ceder el dolor, la claudicación mejora pero es raro desaparezca por completo.

Explican la acción de la radioterapia por acción sobre el simpático, lo que restablecería el funcionamiento normal de los reflejos vaso-motores.

**S. VURPAS ET L. CORMAN: Las formas depresivas de la parálisis general.**—«Gazette des Hôpitaux», número 11, página 181. 1952.

Entre los modos de comienzo de la parálisis general, poco conocidos por los médicos generales, los autores hacen una revista general.

Muestran que no es excepcional el comienzo por un estado de laxitud, de tris-

teza e inquietud. El enfermo pierde apetito, adelgaza, experimenta algunos dolores difusos.

Psíquicamente su inteligencia se debilita y se pueden notar alteraciones en el lenguaje.

Se sabe cómo en otros casos, más frecuentes, el estado clásico de euforia encubre la agravación de la enfermedad.

En el período de estado de las formas depresivas se encuentra asociado el delirio con el estado melancólico, mutismo, negatividad, los enfermos rehúsan los alimentos y no consienten en ser atendidos; ideas bizarras de no existencia de órganos u otras de persecución y auto-acusación alternan con alucinaciones.

La atención está perdida y se notan disminuidas la capacidad crítica y la voluntad. Su comportamiento es el reflejo de ideas incoherentes y absurdas.

Objetivamente la facies paralítica es constante y el temblor febril es marcado al hablar.

El pronóstico de estas formas depresivas es más grave que en las eufóricas.

LEDO.

## UROLOGIA

**GEORGES MARION: De la vía transvesical en las afecciones de la próstata (Inflamatorias), aparte la hipertrofia y cáncer.**— «Journal de Urologie». Tomo XXXIII, número 3. Marzo 1932.

Después de haber empleado la vía alta en las operaciones de prostatectomía por hipertrofia de próstata y aun por cáncer, prefiriendo esta vía a la baja ante los inconvenientes de las formaciones fistulosas a que da lugar la vía perineal, el autor emplea hoy la vía transvesical en las lesiones inflamatorias crónicas de la próstata, siguiendo sistemáticamente esta vía después del fruto de la experiencia en 74 operados por esta clase de lesiones, con resultados altamente satisfactorios.

Estudia las indicaciones de la operación (prostatectónica) en cinco grupos:

1.º Prostatitis ligeramente supurantes y dolorosas, rebeldes a todo tratamiento médico (local y general).

2.º Las prostatitis crónicas con formación de abscesos abiertos en uretra y de vaciamiento incompleto, dando lugar a supuraciones intermitentes, siempre enojosas para el enfermo.

3.º Las prostatitis crónicas que se acompañan de trayectos fistulosos, dando supuraciones y periprostatitis.

4.º Las prostatitis crónicas con formaciones cavernarias, cuya estancación e infección dan lugar a formaciones calculosas, produciendo la correspondiente disuria y supuración uretral.

5.º Finalmente está indicada la intervención en toda prostatitis crónica que se acompaña de hipertrofia. Cree el autor la necesidad de confirmar la indicación operatoria por una uretrografía, que indica el estado de la uretra prostática y próstata (cavidades, fistulas, etc.) Así como la vacunación preoperatoria oportuna.

La técnica operatoria varía para el autor, según el tipo de prostatitis.

En los casos de inflamación con formación de abscesos, la prostatectomía transvesical se realizará, en primer término cistostomía corriente; el segundo tiempo (que realiza generalmente en la misma sesión operatoria), para enucleo el tejido prostático se vale del bisturí, que incide la mucosa vesical inmediatamente por

detrás del cuello, siguiendo una línea oblicua que circunscribe la glándula; así profundiza hasta la extirpación completa de ambos lóbulos, valiéndose como punto de referencia del dedo índice de la mano izquierda introducido en el recto.

En casos de abscesos de próstata abiertos en uretra y periné, el primer tiempo (cistostomía) no variará en nada del anterior. El segundo tiempo basta con la destrucción de los tabiques que separan los abscesos y comunicar ampliamente estos abscesos con la vejiga, formando una sola cavidad. Esto mismo realiza en caso de formación de cálculos intraprostáticos, valiéndose del dedo mismo o de unas pinzas para retirar las concreciones calculosas. Finalmente, en caso de prostatitis crónica con degeneración edematosa, la intervención se reduce a la prostatectomía corriente con el dedo, claro está que dificultada por las adherencias de periprostatitis que generalmente se acompañan.

El autor, después de estas intervenciones, tapona la cavidad prostática con la gasa yodoformizada que retira al quinto día. No considera el autor esta operación de prostatectomía por prostatitis crónicas más grave que la intervención por adenoma, ya que en 74 intervenidos por esta clase de prostatitis solamente tuvo dos casos de muerte, uno por insuficiente preparación operatoria y otro por septicemia.

JOSÉ M. SAGARRA

Valladolid.

---

## PRODUCTOS "ROCHE"

### PANTOPON "ROCHE"

Totalidad de los alcaloides del opio en forma soluble e inyectable. Todas las indicaciones del opio y de la morfina sin sus inconvenientes

### DIGALENE "ROCHE"

Acción digitálica total y constante  
Afecciones del sistema circulatorio, cardiopatías, neumonías, etcétera, etcétera

**Productos F. HOFFMANN-LA ROCHE Y C.<sup>IA</sup>, S. A.**

**de París y Basilea**

**A. Ambroa - Santa Engracia, 4-MADRID**

# BIBLIOGRAFIA

---

---

**RECIENTES INNOVACIONES EN TERAPÉUTICA EXPERIMENTAL, SUERO Y QUIMIOTERAPIA.**—Por el Profesor A. Wolff-Eisner. — Manuel Marín, editor, Barcelona.

Hace años fué traducido al idioma español, por la casa Calleja, de Madrid, el tratado de «Sueroterapia y Terapéutica experimental», publicado bajo la dirección de Wolff-Eisner.

Representaba esta obra en la Medicina un trabajo extraordinariamente meritorio, y de carácter científico grande; puesto que en ella se resumía todo lo que se sabía de cierto en aquella época, sobre el tratamiento biológico específico y quimioterápico específico de las enfermedades infecciosas y del cáncer.

Los progresos de los años, han dejado anticuado aquel magnífico tratado de sueroterapia, y Wolff-Eisner ha tenido la excelente idea de completarle, recogiendo en un volumen pequeño, de 210 páginas las recientes adquisiciones en Terapéutica experimental y en suero y quimioterapia. Para los que siendo estudiantes leámos el antiguo tratado, la lectura del presente librito nos ha traído muchos recuerdos de los tiempos mozos, y nos ha puesto también de manifiesto con qué rapidez camina la Medicina de nuestro tiempo, y cuántas ideas nuevas se han acumulado en el espacio de veinte años.

Però el libro no es solamente útil para los que conozcan el antiguo, sino que está redactado de tal manera, que resulta útil a todo lector médico.

Wolff-Eisner ha tenido un gran acierto, en esta ocasión como en la anterior al elegir los redactores que escriben cada uno de los capítulos, y el prólogo del profesor Peset muy interesante, avalora el libro, que ha sido traducido a nuestro idioma, muy correctamente por el Dr. López Ibor.

La casa Marín, como siempre, no ha escatimado nada para la presentación del libro, que es perfecta.

M. BAÑUELOS

**VARICES Y HEMORROIDES Y SU NUEVO TRATAMIENTO POR INYECCIONES.** Doctor V. Meisen.—Un volumen en octavo, con 150 páginas. Editor, Manuel Marín, Barcelona.

En las extremidades inferiores las alteraciones patológicas más importantes, debidas a trastornos circulatorios son, sin duda alguna, las varices, de tan difícil tratamiento hasta hace unos años.

Con las inyecciones esclerosantes se ha realizado un progreso enorme y el doctor Meisen, al estudiar esta terapéutica minuciosamente, lo hace con perfecto dominio del asunto ya que ataca el problema después de estudiar a fondo la anatomía y fisiología del sistema venoso normal y luego de sufrir las alteraciones patológicas mencionadas.

Sólo con esta sólida base es posible abordar con fruto el estudio del tratamiento de las varices por el método de las inyecciones esclerosantes, y este es uno de los méritos del libro del médico danés.

Toda la obra está llena de sugerencias interesantes - modo de formación de los trombus, investigaciones experimentales referentes a la fisiología circulatoria, etcétera -, así como el estudio final de las hemorroides y su tratamiento, que la hacen atractiva en extremo.

El profesor Pi y Suñer, de Zaragoza, ha hecho una esmerada traducción y el editor don Manuel Marín ha cuidado de la edición de este tomito, que está ilustrado profusamente.

LEDO.

# MEDICINA PROFESIONAL Y SOCIAL

---

---

## COMENTARIOS RURALES

### La Asamblea de Colegios Médicos, celebrada en La Coruña

Por primera vez he asistido a una Asamblea de esta clase, y, en verdad, la impresión que me ha causado es altamente satisfactoria. La concurrencia ha sido la más numerosa de cuantas Asambleas lleva celebradas la Federación de Colegios Médicos. El espíritu de unión y de trabajo durante las sesiones era verdaderamente admirable y puso a prueba la resistencia física y psíquica de los asambleístas; algunos días se celebraron sesiones nocturnas que duraron hasta la madrugada, después de haber deliberado cuatro horas por la mañana y cuatro o más por la tarde. Esto viene a demostrar el equivocado concepto que de estas Asambleas tienen algunos compañeros, considerándolas como excursiones de turismo en las que los delegados se divierten y no trabajan.

El programa fué cumplido en todas sus partes y sólo se alteró ante el requerimiento cariñoso de los médicos de El Ferrol, para que se celebrase una de las sesiones en la bella población gallega, la cual aprovecharon los compañeros ferrolanos para demostrarnos su cordialidad y obsequiarnos espléndidamente, haciendo agradabilísima la corta estancia con la visita al Arsenal y la excursión por la ría. Esta pequeña interrupción del trabajo fué compensada, no sólo celebrando sesión en el Casino de El Ferrol después del paseo marítimo (al que no fuimos unos cuantos asambleístas castellanos por temor... al mareo), sino con las sesiones nocturnas de La Coruña.

Las sesiones dedicadas a Previsión, pusieron de relieve el sacrificio y valía de los señores que componen el Consejo de Colegios, y en particular de su presidente, el doctor Pérez Mateos, a quien la clase médica no agradecerá lo suficiente esa labor bienhechora, que supone un trabajo tan agotador como poco compensado. Sobre él recayó el peso de las deliberaciones, y sus intervenciones debieran haber sido (si fuera posible) presenciadas por todos los médicos, para demostrar a los apáticos y escépticos el daño que sus recelos y egoísmos producen a la clase.

El tema oficial, presentado por el Consejo, es un trabajo completo de organización sanitaria, en el que se demuestra la necesidad de crear el Ministerio de Sanidad y Asistencia pública. Para la discusión del tema estaba dedicada en el programa una sesión; pero tal era su amplitud que solamente la lectura del trabajo invirtió más de una hora. El doctor Pérez Mateos dió una conferencia de organización sanitaria, glosando los puntos más importantes comprendidos en la ponencia, pues la discusión de cada uno de ellos no hubiera podido hacerse en el corto espacio de tiempo que a ello estaba dedicado, por lo cual se acordó un voto de confianza al Consejo para que en momento oportuno presentase al Gobierno las aspiraciones y organización que la clase médica desea en materias sanitarias, y en las cuales se tiene más en cuenta los intereses del país que los particulares de los médicos, prueba de la generosidad y altruismo que nos guía al hacer estas peticiones.

Las ponencias primera y segunda, referentes al seguro de enfermedad, no fueron discutidas. Como parte interesada, ya que el Colegio de Valladolid era ponente de la segunda, o sea, del seguro de enfermedad en el medio rural, nos vemos algo coaccionados para juzgar con libertad lo sucedido. Circunstancias momentáneas que en todas las Asambleas ocurren, y cuya causa no se acierta a explicar, determinan, sin que pueda censurarse a nadie por ello, situaciones en las que temas de capital importancia pasan casi desapercibidos y no se discuten con la detención que merecen. En este caso concreto, lo ocurrido no tiene trascendencia, pues el seguro de enfermedad tardará aún en implantarse y queda tiempo suficiente para en la prensa profesional, en conferencias y acaso en otra Asamblea se estudie detenidamente el tema y cada cual aporte sus puntos de vista que sirvan de orientación al Consejo y éste informe en momento y lugar oportuno. Es de presumir que el Consejo, dado el estudio que algunos de sus miembros han hecho del seguro de enfermedad, tenga preparadas soluciones que si son aceptadas calmen la inquietud de la clase garantizando sus intereses y decoro profesional.

Vamos a resumir los fundamentos de la ponencia de nuestro Colegio. El ejercicio profesional en el medio rural ofrece caracteres especiales dignos de tenerse en cuenta a los efectos de una mejor organización y eficiencia en el servicio médico del seguro de enfermedad.

Los progresos que la medicina ha hecho en estos últimos años, es causa de que toda actividad social necesite su concurso. La salud y la enfermedad son factores que presiden la vida del hombre, influyendo positiva o negativamente en la marcha progresiva de los pueblos y, por lo tanto, en su desenvolvimiento económico. Un principio de solidaridad humana exige que el hombre cuanto más libre y culto más se debe a la sociedad, razón por la cual los Gobiernos le imponen obligaciones respecto a su salud que aparentemente atentan a su libertad individual. Si los Estados actúan en esta forma convencidos de la utilidad económica que los avances de la Medicina han producido, se comprende que el ejercicio profesional de ésta pierda en parte y en fecha cercana ese carácter liberal que hasta ahora tiene, para convertirse en instrumento de una función social tan importante como la lucha contra la enfermedad. Se deduce, por lo tanto, que parte de los médicos quedarán como técnicos de esta función. El fracaso sanitario y económico del seguro de enfermedad en muchos países se debe a que los médicos de las Cajas no tienen el carácter de funcionarios y sí el de asalariados de un servicio que necesita una actuación y dirección coordinadas para que preste el rendimiento consiguiente al fin social que se propone. La autonomía administrativa de las Cajas es la causa del desastre económico; la facultad de estas Cajas para nombrar su personal facultativo o la libertad de los asegurados en la elección de médico es causa de que el seguro de enfermedad no haya dado en esos países el rendimiento sanitario esperado, por falta de una directriz en los servicios facultativos. El médico en el seguro de enfermedad debe ser un funcionario nombrado, pagado y separado por el Estado, y nunca un asalariado de organismos autónomos que por falta de coordinación anularían la eficacia del seguro.

Este ha sido en esencia el principio que ha informado la ponencia del Colegio de Valladolid, y como el tema se presta a muchas y muy contradictorias interpretaciones hacemos punto a esta digresión para no ser más extensos.

Las demás ponencias (plétora médica, intrusismo, Código deontológico) fueron discutidas, y sus conclusiones, aprobadas, serán elevadas a los Poderes públicos.

He notado en esta Asamblea el mismo defecto que en las de Inspectores municipales de Sanidad a que he asistido, defecto que parece ser consustancial a toda Junta de médicos y producido por el afán de intervenir en las discusiones repitiendo argumentos empleados por oradores anteriores y citando casos de índole particular que no interesan o no mejoran el resultado de los debates. Un exceso de tolerancia por parte de la Mesa (muy disculpable) es causa de que no se cumpla el Reglamento en las discusiones y éstas se prolonguen sin resultado eficaz, produciendo cansancio y aburrimiento en bastantes ocasiones. Estos defectos deben ser corregidos en futuras Asambleas, poniendo todos en ello la mejor voluntad y dejando para otra ocasión el lucimiento personal o la exhibición inoportuna.

LORENZO SÁEZ

## Los titulares de Cataluña y la Asociación

En nuestro artículo «La Sanidad y el Estatuto catalán», publicado en el número cinco de REVISTA CLÍNICA CASTELLANA, comentábamos las manifestaciones que el señor Canal hizo en la última Asamblea extraordinaria de titulares, requerido para que explicase la actitud de retraimiento de sus compañeros de Cataluña y la opinión que sustentaban respecto a si la Sanidad debe ser función del Estado o de las regiones. Afirmó rotundamente que ellos, como siempre, opinaban que la Sanidad debe ser función del Estado. Además manifestó que los titulares catalanes seguirían, cualquiera que fuese la organización sanitaria, dentro de la Asociación y pagarían, por lo tanto, las cuotas correspondientes. Nosotros dudamos entonces de la sinceridad de sus palabras y comentábamos, con benevolencia, que Canal no supo interpretar ante la Asamblea el pensar y sentir de los rurales de Cataluña. Los hechos nos dicen hoy que el señor Canal faltó, a sabiendas, a la verdad. Ni los titulares catalanes opinaban entonces que la Sanidad debe ser función del Estado, ni querían seguir perteneciendo a la Asociación. Lo que sucedía es que en Enero desconocían el rumbo que llevaría la discusión del Estatuto y no les convenía manifestar su pensamiento, y en Julio el Estatuto en la parte sanitaria está aprobado y ya han podido manifestar claramente sus sentimientos. Antes de aprobarse la parte sanitaria, pero en vísperas de ello cuando todos suponíamos que se aprobaba, firmó el señor Canal el manifiesto que las entidades médicas de Cataluña dirigían al Gobierno solicitando la autonomía en materia sanitaria.

Noblemente debió manifestar el señor Canal ante la Asamblea el pensamiento de sus compañeros para que los demás no se llamasen a engaño. Los aplausos con que fueron acogidas sus palabras resonarán hoy en su conciencia y le recordarán constantemente el papel poco airoso, por no calificarlo con más dureza, que le encargaron sus colegas desempeñase en una Asamblea donde estaban todos los rurales de España representados menos ellos y en la que por lo mismo, reglamentariamente y por

delicadeza, él no debió estar. La cordialidad nuestra le permitió presenciar los debates que por lo visto no les interesaban ni a él ni a sus compañeros, pero sí parece tenían interés en saber lo que allí se debatía para prepararse a combatirlo, después de haber inferido a la Asociación, y sin causa justificada, el desprecio de no enviar representantes la región catalana.

El remate de la conducta de los rurales catalanes con la Asociación ha sido separarse de ella y además (el colmo de la pequeñez) no pagar las cuotas devolviendo los recibos. No quieren ir unidos con los demás rurales de España y no pagan lo que deben. ¡Todo comprensión y cordialidad! Es la respuesta que nos han dado al apoyo moral que los demás médicos españoles prestamos al protestar del atropello que con algunos se cometió y dió lugar al famoso pleito de unas plazas de la Beneficencia de Barcelona. Y después de todo esto, de los agravios recibidos (que ingenuos), dicen que quieren estar en buena relación con nosotros, considerándose como si fueran médicos de otro país. Qué tranquilidad y qué humorismo tienen para decir las cosas.

Claro está que todo esto tiene su origen en la buena disposición y buena fe que han visto en los demás para acoger lo que esta clase de compañeros decía y que siempre se han considerado superiores en todo a nosotros. Vanidosamente colocados más altos que en la cumbre del Tibidabo nos ven, a los del otro lado del Ebro, diminutos, raquíticos, pobres de inteligencia y de sentimientos, a lo que es debido la falta de comprensión y de cordialidad.

Aun admitiendo como cierta su superioridad, ésta no les da derecho al engaño o a no cumplir lo prometido. Hubiera sido más noble en el señor Canal que en vez de conquistar el aplauso fácil de los asambleístas se hubiese colocado en la actitud francamente separatista de Carrasco Formiguera, en las Cortes. La táctica catalana de hablar y escribir en distinto sentido en Cataluña que en el resto de España no les favorece en el juicio que sobre su formalidad y sobre sus sentimientos patrióticos ha de formarse. Mantener el equívoco es algo que repugna a los de aquí y que demuestra la poca sensibilidad de los de allá.

Han estado los rurales catalanes representados en la Asociación por el señor Martorell, que con gran competencia ha desempeñado la Secretaría. Como testigo de mejor calidad puede enumerar los agravios que él y los catalanes han recibido de los demás compañeros. A nuestro buen comportamiento han respondido dimitiendo Martorell y silenciando al presidente de la Asociación la respuesta prometida y esperada sobre los acuerdos de las Juntas catalanas. No hay derecho a ser descorteses y luego decir que desean tener con los demás buenas relaciones. Basta ya de burla y cada cual en su sitio, pero bueno es que sepan que nada nos ha sorprendido, pues en Enero vaticinábamos en los pasillos del Senado todo lo que ha ocurrido en Julio.

Falta la segunda parte. Dentro de poco es fácil que exhibáis flamantes Instituciones Sanitarias, pues posiblemente votarán las Cortes, en la parte de Hacienda del Estatuto, los recursos que necesitáis para seguir mirándonos por cima de la escápula, y mientras tanto la Sanidad española seguirá haciéndose en la *Gaceta* y con ridículas consignaciones. La creación en Cataluña de esos Centros primarios, secundarios, etc., titulados como los períodos de la sífilis, darán colocación a bastantes compañeros catalanes, pues los demás podemos considerarnos eliminados de hecho, aunque no lo estemos de derecho. Ventajas del bilingüismo. Si tenéis personal sobrante le enviáis por estas tierras, que para vosotros no faltará.

Puestos a vaticinar sospecho que el proletariado médico-rural catalán, tan entusiasmado con la buena nueva, va a continuar profesionalmente lo mismo o peor que antes, y todos esos alaridos no serán más que voces de coro para que los que manejan el cofarro queden bien enchufados a costa de la candidez de los de abajo. Quisiera equivocarme y os deseo muchas prosperidades.

Supongo que el entusiasmo de la clase médica catalana por su lengua vernácula no la llevará a publicar las obras de medicina en catalán, ni a traducir a éste las obras extranjeras, y que la industria editorial seguirá produciendo en español, pues aquí tenéis buen mercado. Si así no lo pensaseis debéis avisar con tiempo para que vayamos aprendiendo el catalán, como la maestra de «La Oca». Lo mismo digo de las instrucciones de vuestros específicos, que seguirán escritas en castellano, porque eso de la lengua vernácula no regirá con los negocios. Nosotros, cordiales y comprensivos, seguiremos comprando los libros a vuestros editores y formulando las especialidades de vuestros laboratorios, para ver si adelantamos los dos siglos que, con relación a vosotros, decís algunos que vamos retrasados.

Espero, también, comprensión y cordialidad, no digáis que yo también soy «envenenador o cavernícola».

LORENZO SÁEZ.

## La higiene y la medicina rural y sus relaciones con la iguala médica y los seguros sociales

El Colegio de Médicos de Cáceres llevó al último Congreso nacional de Colegios Médicos, celebrado en La Coruña, una importante ponencia sobre estos asuntos. Recientemente el presidente de dicho Colegio, doctor Murillo, ha ampliado alguno de los puntos más importantes de la comunicación presentada, en los siguientes términos:

Son muy distintos los problemas médicos y sanitarios de la urbe que los de los pueblos rurales. Por eso se consagró al problema de los pueblos un tema es-

pecial, que fué el encomendado en ponencia a nuestro Colegio, relacionándolo especialmente con la iguala médica y a la vez con los seguros sociales que son una realidad en casi toda Europa y que alcanzará pronto a España, que es signataria de la Conferencia del Trabajo de 1927.

La ponencia abarca la reorganización de una cosa muy española, de la iguala médica, a base de perfeccionar lo tradicionalmente existente, y la organización de centros primarios y secundarios de higiene rural, relacionando aquélla con esta organización, quedando a salvo el derecho del enfermo a ser asistido en las aludidas clínicas por el médico que prefiera.

Se tiende, por un lado, a asegurar la decorosa y justa retribución del médico, y por otro a lograr que sea más perfecta la asistencia médica, incluso de los enfermos de las aldeas, y a mejorar la sanidad pública, por lo que en nuestra ponencia se propugna por la intervención de los Colegios Médicos en la organización de la iguala y de las autoridades sanitarias en los servicios de clínica y centros de higiene rural.

La iguala médica no ha de comprender tan solo la asistencia médica en general, como hasta aquí, y menos con las restricciones con que ahora suele concertarse, y así, mejorada, puede contribuir al ideal ginebrino de una asistencia médica integral.

En la misma ponencia lo decimos: «La iguala médica es acaso el único soporte en el mundo de la antigua y beneficiosa íntima relación de las familias con el médico, que tanto añoran las naciones que la han perdido.»

Con la organización de la iguala médica por los Colegios, se podrán ofrecer soluciones satisfactorias en los pueblos de las zonas rurales para el problema del servicio médico del seguro social de enfermedad, pues aunque el sistema de igualas que preconizamos no es sólo para las clases que puedan ser reputadas beneficiarias del seguro social de enfermedad, es notorio que admitida la fórmula general del pago del seguro entre el patrono, el obrero y el Estado, y siendo así que con la iguala se paga el obrero su asistencia médica que representa en los demás países la tercera parte, aproximadamente, de los gastos del seguro, su cuota para éste pudiera ser pequeñísima, salvo los casos en que no tuviere concertada su propia asistencia, simplificando así en parte las dificultades políticas que lleva anejas la implantación en toda reforma que grave económicamente a la clase obrera, aunque sean grandes los beneficios que reporte.

Aun incluido el servicio especializado y de clínicas, una cuota mínima mensual equivalente a la mitad del jornal mínimo aprobado en la zona rural de que se trate, cotización no superior a la que paga el obrero en los demás países a las cajas de seguro de enfermedad por el mismo beneficio, y una razonable escala progresiva adaptada a la capacidad económica de las familias, sería suficiente para desenvolver el plan que en grandes líneas le expongo.

Si para el seguro social de enfermedad, que es mucho más que el servicio de asistencia médica a los trabajadores y sus familias, ya lo decíamos en la ponencia, los médicos españoles han significado siempre sus simpatías por lo que el seguro social de enfermedad tiene de beneficioso para las clases obreras y para la sanidad pública, por cuanto implica indemnización de paro por enfermedad o invalidez, propulsión de la asistencia hospitalaria y sanatorial, atención al transporte de enfermos, en colaboración la educación sanitaria y aportación para obras médico-sanitarias. Es más, creemos y así lo hicimos constar en la ponencia, que la implantación

de ese seguro tendrá importantes ventajas para la misma clase médica; y de la medida en que puede favorecer el éxito de los cuidados médicos, puede formarse idea sin más que considerar que la indemnización por paro durante la enfermedad, que es fundamental finalidad del seguro, evitará que la miseria obligue a desatender los consejos del médico respecto a la alimentación e higiene

Indudablemente. La clase médica española prestará una entusiasta colaboración a la preparación de los seguros sociales de enfermedad, vejez y muerte que, en cumplimiento de reciente orden del Ministerio de Trabajo, acometerá una amplia ponencia nacional que ha de organizar, por delegación del Estado, el Instituto Nacional de Previsión, y en la que médicos laborarán con sociólogos, farmacéuticos, economistas, financieros, juristas, administrativos, etc., y con patronos y obreros, que a todos es natural se les llame dada la complejidad del problema, para que el proyecto que el Gobierno espera de la aludida ponencia nacional, a la que irán los estudios de la ponencia del Colegio Médico de Cáceres, sea lo más perfecto posible y, sobre todo, acomodado a la realidad española.

Soy de los más impacientes por ver puestas en práctica las orientaciones de nuestra ponencia, sobre todo después de haber visto la acogida que la han dispensado todos los Colegios Médicos, pero reconozco que es mucho aún lo que hay que estudiar para perfilar la organización ideada y que hemos de buscar su contraste en la experiencia. Desde luego por lo que respecta a la iguala médica, hemos de empezar muy pronto a experimentarla en algunos distritos rurales de esta misma provincia. Por eso creo que hay que frenar impacencias y continuar estudiando y haciendo labor de ensayo.

## La asistencia de los accidentes del trabajo en el medio rural

Una de las ponencias que se han estudiado en la IX Asamblea de Juntas directivas de Colegios Médicos, celebrada en La Coruña recientemente, ha sido la titulada «Organización médico sanitaria rural en relación con la iguala médica y los seguros sociales». Encomendada su redacción a los colegios de Cáceres, Valencia y Valladolid, propuse a los compañeros de directiva, y éstos la aceptaron unánimemente, la inclusión en la ponencia de la parte relacionada con los accidentes del trabajo agrícola. Mis compañeros de junta señores Sáez Alvarez y Peña Vaquero se encargaron de la parte principal de la ponencia y yo de esta accesoria que solamente por el Colegio de Valladolid ha sido tratada en la Asamblea de La Coruña, a excepción de un punto concreto relacionado con el artículo 43—que también forma parte de nuestra ponencia—que en forma de proposición presentó el Colegio de Cáceres.

En la citada Asamblea fueron aceptadas nuestras conclusiones, y gloriadas muy inteligentemente por el presidente del Colegio de Tarragona señor Mestre Miguel, quien aportó interesantes datos relacionados con el Colegio que preside.

Confiemos en que la organización que hemos propuesto, de la cual nos ocupamos más adelante, llegue algún día a ser una realidad que redundará en beneficio de nuestros compañeros y de los heridos que estén a su cuidado.

\* \* \*

Hace pocos meses que está en vigor la ley de accidentes del trabajo para los obreros del campo; después de repetidos estudios hechos por el Instituto de Reformas Sociales, de haber sido llevado al Parlamento el proyecto de ley hace bastantes años y haber prestado su adhesión España al Convenio internacional el año 1921, por fin fué ratificado por el Gobierno de la República, apareciendo el Decreto de Bases el 12 de Junio de 1931 y el Reglamento el 25 de Agosto del mismo año

No creo necesario insistir mucho sobre la importancia que el trabajo agrícola tiene en España; constituyendo en el orden crematístico, el valor de la producción agrícola y ganadera una de nuestras principales fuentes de riqueza, ha de merecer la agricultura atención muy preferente; y, como en los trabajos agrícolas se ocupan gran número de obreros, expuestos por muy diversas causas a sufrir accidentes, cuyo riesgo está ahora cubierto, basta hacer la cita, sin otro comentario, para encarecer la importancia que los problemas de asistencia y reparación han de tener para los compañeros que ejercen en el medio rural.

Quienes desenvolvemos nuestras actividades en clínicas hospitalarias, los que con frecuencia hemos actuado ante juzgados y tribunales industriales y en nuestras consultas particulares hemos escuchado las lamentaciones de algunos obreros, hemos de procurar que desaparezcan los inconvenientes de una defectuosa organización que a todos perjudica por igual, y que las cosas se desenvuelvan por sus cauces normales, para que, imperando la justicia y alcanzando la máxima perfección las actuaciones médicas, lleguemos a una situación lo más perfecta posible.

La asistencia médica de los heridos en accidente del trabajo, no puede prestarse hoy en buenas condiciones en la mayor parte de los pueblos de España; esto tiene gran importancia y ha sido inteligentemente tratado por mi ilustre compañero el doctor Oller en un folleto aparecido hace pocos meses (1).

No hemos de detallar las modalidades tan distintas que podría ofrecer la asistencia médica de los accidentes agrícolas, teniendo en cuenta la posible existencia de dispensarios u hospitales municipales, que el médico cuente con aprovechables medios propios, etc ; nos limitaremos a hablar de la organización de la asistencia para la primera cura y para el tratamiento posterior.

Es indudable que una primera cura realizada en perfectas condiciones

(1) Doctor Oller. «La asistencia médica en los accidentes del trabajo agrícola». Folleto de 11 páginas perteneciente a las *Publicaciones del Instituto Nacional de Previsión*. Madrid, 1932.

es muchas veces la mejor garantía para el rápido y buen resultado en la curación de las lesiones por accidente.

La primera cura hecha sin medios suficientes, puede ser motivo de complicaciones que acarreen la muerte o incapacidades que nunca se corregirán.

Deben establecerse en los pueblos, los puestos de socorro que propone el doctor Oller o utilizar los Centros de Higiene y Sanidad rural—centros primarios, de cuya creación se habla en las ponencias de Valladolid y Cáceres—, bien dotados de instrumental y material suficiente para realizar una primera cura en buenas condiciones de asepsia; los gastos que en estos Centros se originen por la asistencia de heridos en accidente deben ser con cargo a las Mutualidades o Compañías de seguros, según los casos.

Para el tratamiento posterior de pequeños accidentes pueden utilizarse estos mismos Centros cuando la poca importancia del accidente no requiera otros medios de asistencia; pero, si la lesión tiene mayor importancia, será transportado el herido a un centro especializado en la capital de la provincia, en un pueblo donde exista hospital municipal o donde sea creado tal centro (como ejemplo podemos citar el servicio del doctor López Trigo en el Hospital provincial de Valencia).

Estos centros de especialización traumatológica, verdaderos hospitales de accidentes, han de contar con: personal de cirujanos especializados en accidentes del trabajo, un oculista, salas para el alojamiento de enfermos, salas para curas y operaciones, instalación de rayos X, laboratorio e instalaciones de diatermia, electroterapia, rayos ultravioleta y mecanoterapia.

No menos interesante que la de asistir a los lesionados hasta su curación, es la otra misión que el médico ha de cumplir: la de valorar las incapacidades fijando la clase de éstas para poder establecer la cuantía de las indemnizaciones, y, como complemento, informar verbalmente y por escrito, extender los correspondientes certificados, etc., siempre que sea necesario.

Estas obligaciones requieren una serie de conocimientos y práctica tal, que constituyen—en unión de la traumatología clínica—una verdadera especialización. Pero no es necesario que al médico que ha de tratar accidentes en los pueblos se le exijan completos conocimientos de medicina del trabajo—los que habrán de tener los médicos del trabajo, cargos que algún día se crearán—, basta con que se les den cursillos breves donde puedan adquirir los conocimientos precisos. Yo he organizado este año en unión del profesor Royo-Villanova Morales, un cursillo de esta clase al que han asistido y obtenido el certificado sesenta alumnos del último año de medicina y veinte médicos.

\* \* \*

La ley obliga a los patronos a estar asegurados, bien en una Mutualidad, o bien en Compañías de Seguros. El Instituto Nacional de Previsión

ha dado todo género de facilidades a las asociaciones de patronos para que se constituyan en Mutualidades, pero son pocas las formadas en la actualidad pues la fianza inicial mínima que se les exige, no inferior a cinco mil pesetas, ha sido el obstáculo para que se constituyan muchas de estas asociaciones patronales que en otro caso ya estarían funcionando.

Según los datos que me ha facilitado el señor don Inocencio Jiménez, competentísimo vicepresidente del Instituto Nacional de Previsión, hasta el día 20 de Junio último había constituídas cuarenta Mutualidades en las provincias de Madrid, Barcelona, Tarragona, Castellón, Málaga, Jaén, Burgos, Valencia, Alicante, Avila, Palma de Mallorca, Segovia, Santa Cruz de Tenerife, Menorca, Ciudad Real, Gerona, Lérida, Zaragoza y Palencia. Están por constituir catorce en otras provincias, entre ellas Valladolid las de Villalón y Tordesillas — y nada se sabe hasta ahora de las cuatro provincias gallegas, Oviedo, Santander, Vascongadas y Navarra, León, Zamora, Salamanca, Cáceres, Sevilla, Huelva, Cádiz, Granada, Almería, Cuenca y Albacete. De un lado el inconveniente de la fianza inicial y, por otra parte — en algunas provincias —, por no sentir tanto la necesidad de asociarse en Mutualidades donde abundan los pequeños patronos, éstos cubren el riesgo en Compañías de Seguros.

Es posible que conviniese más a los médicos y a la organización que proponemos, que funcionasen las mutualidadss provinciales o regionales, mejor aún que las comarcales.

\* \* \*

Para el percibo de honorarios por el médico, puede establecerse el sistema de tanto alzado o el de cobrar por servicios.

En el primero, es difícil de precisar la cantidad a percibir, por ahora, no conociendo todavía el porcentaje de accidentes y siendo tan distintos los riesgos según la época del año, la variedad de productos que se obtienen en España y su cultivo y recolección, la diversidad de industrias derivadas, etc. El procedimiento de cobrar por accidente resultará más equitativo. Podría establecerse un tipo fijo por accidente que percibiría el médico que hizo solamente la primera cura cuando el herido fué trasladado a la clínica especializada, o el tratamiento completo cuando la lesión era de poca importancia, o podían ser los honorarios variables atendiendo al número de curas realizadas.

Hemos de llamar la atención sobre dos artículos del reglamento para la aplicación de la ley, que se refieren a la fijación de honorarios por la asistencia que presten a los accidentados los médicos titulares.

El artículo 34 dice: «Si no hicieran uso de esta facultad — la de contratar la asistencia con médicos libres — o no hubiera posibilidad de ejercitarla, podrán las Mutualidades acudir a los facultativos titulares de la respectiva circunscripción, y tanto los médicos como los farmacéuticos titulares estarán obligados a prestar la asistencia.»

«A este efecto, las Mutualidades habrán de concertarse con dichos facultativos sobre la base de una tarifa especial, aprobada con intervención de la superioridad sanitaria.»

Y el artículo 37 dispone: «En el caso a que se refiere el artículo anterior — el 36 que admite el que estando de acuerdo Mutualidades y Ayuntamientos pueda considerarse la asistencia médica como un servicio de beneficencia municipal —, la asistencia médica y farmacéutica estará a cargo de los facultativos titulares, especialmente retribuidos para este servicio por cuenta de la Mutualidad y de acuerdo con una tarifa especial, incluida en el concierto que se celebre.»

Para estos casos creemos que convendría gestionar la intervención del Consejo general de Colegios, bien directamente o bien delegando en el Colegio provincial respectivo, para que fuesen aceptadas por las autoridades sanitarias, Ayuntamientos y Mutualidades, las tarifas que se establezcan para los médicos libres.

Es muy interesante el contenido del artículo 43 del mismo reglamento que dice: «Cuando el médico o el farmacéutico presten al obrero determinado servicio que estuviesen obligados a prestarle, ya porque dicho obrero pertenezca a la Beneficencia municipal, ya por haberlo pagado según el sistema de «iguales», el interesado o el médico lo declarará así a la Mutualidad, y en este caso, si ésta retribuyera a los facultativos por servicio y no a tanto alzado, la cantidad asignada por dicho servicio servirá para aumentar la indemnización.»

Es decir que la cantidad que había de percibir el médico, servirá para que el obrero cobre mayor indemnización. Nos parece muy justo que se procure dar al obrero la mayor indemnización posible para que pueda sufragar sus gastos de sostenimiento y los de su familia, pero no a costa de un dinero que le pertenece al médico como pago a un servicio que ha realizado; afortunadamente creo que, salvo rarísimas excepciones no habrá igualatorios que incluyan en la cuota que tengan asignada, los servicios de cirugía, pero la Beneficencia municipal proporciona a los pobres la asistencia completa y los titulares no podrán cobrar un solo accidente cuando los heridos estén incluidos en el padrón de Beneficencia, he aquí una reivindicación que creyeron alcanzar los compañeros rurales y que se ha venido abajo.

Debemos procurar que este artículo 43 no tenga eficacia — solicitando la exclusión en los servicios de Beneficencia de los accidentes del trabajo — o gestionar que se decreta su anulación.

\* \* \*

La ponencia termina con las siguientes conclusiones:

1.<sup>a</sup> Deben utilizarse los Centros de Higiene y Sanidad rural, bien dotados, para la primera cura y asistencia posterior en algunos casos, de los obreros víctimas de accidentes del trabajo agrícola.

2.<sup>a</sup> Ha de estar organizado en todas las provincias el transporte rápido y cómodo de los heridos en accidente del trabajo agrícola que necesiten hospitalización.

3.<sup>a</sup> En todas las provincias habrá por lo menos un centro especializado—hospital de accidentes—con todo el personal y material que se precise para el tratamiento de los traumatizados.

4.<sup>a</sup> Se debe procurar la organización de cursillos donde los médicos que tengan a su cargo accidentes del trabajo agrícola, adquieran los conocimientos precisos para el mejor cumplimiento de su misión.

5.<sup>a</sup> Se establecerán honorarios por accidente y se estudiará la posibilidad de percibir la remuneración por tanto alzado.

6.<sup>a</sup> El Consejo general de Colegios gestionará que las tarifas que se acuerden en la Asamblea sean las que se establezcan en los casos comprendidos en los artículos 34 y 37 del Reglamento para la aplicación de la ley.

7.<sup>a</sup> Se debe procurar la ineficacia del artículo 43 del mismo Reglamento o gestionar su anulación.

DR. V. DE ANDRÉS BUENO.

## Las carreras y los oficios

En las naciones más civilizadas, se sigue creyendo aún, equivocadamente, que todo el mundo puede o debe ser abogado, médico, filósofo, etc. Realmente, resulta curioso observar, cómo en estos tiempos de exaltación del tecnicismo y de decadencia cultural, siguen los estudiantes llenando las Universidades y los centros eminentemente académicos, sin más aspiración, que alcanzar lo más rápidamente posible, un título profesional, que les abra de par en par, las puertas de la burocracia.

Donde se observa particularmente acentuada esta inclinación es en los países hispano americanos. En Buenos Aires sobre todo, hay centenares de médicos, abogados, licenciados en filosofía, historia, literatura y letras, que atraviesan una vida difícil. La República Argentina se compone de muchos miles de universitarios, que saben hacer libros y leer discursos; pero no se les puede sacar de ahí, porque no sirven para otra cosa. Desde hace algún tiempo se viene hablando de la necesidad de cerrar algunas Universidades y de reducir lo más posible, los colegios nacionales. Otro tanto ocurre en Montevideo, en Río de Janeiro, en Santiago de Chile y en general en todas las grandes ciudades de América hispana, donde al igual que en los viejos países de Europa los hombres se amontonan en la Uni-

---

**ELIXIR "RECA"** Clorhidropéptico.  
Producto del Laboratorio Cántabro.—Santander.

---

versidad, para disputarse un nombre brillante, concluyendo muchas veces por solicitar los puestos más humildes de la burocracia y del proletariado.

La Argentina — decía recientemente un periodista bonaerense y el ejemplo puede extenderse, no sólo a los países centro y sudamericanos, sino también a España—no puede seguir diplomando a más doctores en Leyes y en Medicina, cuando lo que necesita es destinar la enseñanza oficial para obtener buenos agricultores y ganaderos. Si éste país, en vez de preocuparse de las incubadoras universitarias que en realidad, no han proporcionado a la nación ningún progreso auténtico, se hubiera dedicado a poblar, cultivar y civilizar los 2.800.000 kilómetros cuadrados del territorio, su población alcanzaría hoy a cien millones de habitantes y el volumen de su producción y de su riqueza hubiera superado al que alcanzaron los Estados Unidos en sus mejores tiempos.

¿Por qué no se ha hecho esto? Sencillamente, porque como decía Alberdi, ni los abogados, ni los médicos, sirven para construir vías férreas, para hacer navegables los ríos, para explotar las minas, para labrar los campos, para colonizar los desiertos... Es un error infelicísimo creer—dice el gran pensador argentino en las «Bases»—que la instrucción primaria o la universitaria, sea la que puede dar a nuestro pueblo la aptitud del progreso material y de las prácticas de libertad. En Chile y en el Paraguay, saben leer todos los hombres del pueblo y sin embargo, resultan incultos y salvajes al lado de un obrero inglés o francés, que muchas veces no sabe ni leer ni escribir. No es el alfabeto, es el martillo, es la barreta, es el arado, lo que debe poseer el hombre del desierto; es decir el hombre del pueblo sudamericano.

Todo lo contrario sucede en los Estados Unidos de América del Norte, donde son muchos los hijos de millonarios, que sin necesidad de estudiar carrera alguna, y sin poseer ningún título académico, consiguen ser perfectos mecánicos, excelentes obreros, insuperables agricultores. Al principio, el ejemplo no fué suficiente para la mayoría del pueblo americano, pues a muchos les parecía algo romántico y los más creían que si los millonarios dejaban los estudios universitarios, era principalmente por holganza y si se acogían a un oficio mecánico, era más bien en un aspecto deportivo, en el sentido de violín de Ingres, o para decir que hacían algo. Pero cuando se vió que la dignificación lejos de disminuir aumentaba y era mayor la remuneración—que en las carreras liberales, las cosas cambiaron por completo.

Ahora son muchas las familias de la clase media que encontrándose en desahogada posición económica para poder dar al hijo una carrera universitaria o especial, prefieren dedicarle a un oficio manual. De esta manera, consiguen hacerles hombres, mucho antes que en la Universidad, la Escuela o el Instituto, enfrentándoles en seguida con la vida, con más seguridad en sí mismos, haciendo que en la primera juventud, rindan ya algún fruto a la sociedad y que ganen por lo menos para el sostén de la familia, no puede negarse que todo esto constituye un valioso medio de verdadera educación. Además, se fomenta en el muchacho, una mayor afición al trabajo que al estudio y siempre es preferible, hacer del hombre un buen trabajador que un mal estudiante.

Los norteamericanos saben muy bien, que el obrero especializado, que conoce perfectamente su oficio, tiene un porvenir más fácil y mejor y sobre todo más próximo que el hombre de carrera. Es hora ya de que no sea desdoro, presentarse como obrero en cualquier parte. Cada uno debe dedicarse a lo que su afición y

capacidad le lleve. No sirve llenar de gente las Universidades, si luego lo que aprenden no les ha de servir para nada. La cultura nunca está de más, pero lo que se debe aprender en cada profesión es muy distinto

A pesar de la decadencia del tecnicismo, que ahora parece observarse en el mundo civilizado, esto no reza con nosotros pues todavía no hemos llegado al grado de superación mecánica alcanzada en algunas naciones. En muchos Estados hay exceso de ingenieros, una carrera muy solicitada por las naciones industriales. España en cambio es el país de los médicos y de los abogados; aumenta sin cesar el número de intelectuales proletarios, mientras los campos están insuficientemente atendidos y los industriales que necesitan buenos trabajadores especializados, no los encuentran o tienen que aceptarlos de inferior calidad, que rinden poca eficacia. Por ser precaria en verdad la vida del auténtico trabajo entre nosotros, ejerce la Universidad una absorción, que sería desconocida, casi por entero, si la industria, el comercio y sobre todo la agricultura, disputasen a aquélla su papel dominante, que es el que nos ha llevado a la triste situación de saturación, sobre todo en los medios burgueses.

Desde hace muchos años, se viene hablando de esto entre nosotros. Ya en el siglo xvii, señalan algunos economistas, como una de las causas de la decadencia de España, el exceso de titulados que salen de Salamanca y Alcalá. Cuando llega al trono Felipe IV, los políticos que le rodeaban hicieron un esfuerzo supremo, para contenerla. Distinguióse en el intento, el luego famoso conde-duque de Olivares y centralizó los esfuerzos una Junta de Reformación, creada ya en tiempos de Felipe III, pero que rinde su máximo trabajo en los años 1621 y 1622. Son instructivos los papeles de esa Junta, que han visto la luz pública formando un tomo del «Archivo Histórico Español» por hallarse planteado, ya en el siglo xvii, el problema que ahora nos aqueja, con caracteres de tanta novedad.

No podemos saber, ni aun recorriendo pacientemente los antiguos libros de matrícula de nuestras Universidades, el número de estudiantes que por ellas pasaban en los principios del siglo xvii; pero sí tenemos noticias indirectas de ser quizá demasiados los doctores, licenciados y bachilleres que luego acudían a nutrir las listas de funcionarios públicos, en especial de gente de curia, con el consiguiente entorpecimiento en la Administración de Justicia. Grandes dificultades tenían también para colocarse los graduados en Teología, reducidos, a veces, a la limosna de la misa

¿Cómo atacó el problema de limitar el número de estudiantes la Junta de Reformación? En el número 22 de los célebres «Capítulos de Reformación... para el gobierno del Reyno», firmados por el rey a 10 de febrero de 1623, se limita el número de los estudios de latinidad, es decir, la enseñanza secundaria de entonces, con estas frases: «Porque de haber en tantas partes de estos reinos estudios de Gramática se consideran algunos inconvenientes, pues si en tantos lugares puede haber comodidad para enseñarla, ni los que la aprenden quedan con el fundamento necesario para otras facultades, antes tan mal enseñados, que se vienen a hallar faltos totalmente de este fundamento, y sin disposición para aprovechar y lucir en ellas; y así muchos no pasan a los estudios mayores, y pierden el tiempo que han gastado en la latinidad, que empleado en otras ocupaciones y ministerios hubiera sido más útil a ellos y a la República, mandamos que en estos nuestros reinos no pueda haber ni haya estudios de Gramática, sino en las ciudades y villas en que hay corregidores, en que entren también tenientes gobernadores y alcaldes mayores de

lugares de las Ordenes, y sólo uno en cada ciudad o villa». Y prohíbe hasta las fundaciones particulares para esta clase de escuelas, siempre que no pasara su renta de 300 ducados, y manda que no pueda haber estudios de Gramática en los hospitales donde se crían niños expósitos y desamparados, y que los administradores y superintendentes tengan cuidado de aplicarlos a otras artes, y particularmente al ejercicio de la marinería, en que serán muy útiles, por la falta que hay en este reino de pilotos». (Datos tomados de un artículo de Angel González Palencia: «El ex uso de titulados», publicado en el diario de Madrid *El Debate*, 9 de Julio de 1932).

A raíz de la pérdida de las colonias, hubo también un movimiento unánime de protesta, a base del tópico, ya entonces manido, del abandono del campo y de la fábrica por la Universidad. «Menos señoritos y más labradores» se clamaba en aquellos años y el grito se sigue repitiendo aun ahora con clamor unánime.

En España hacen falta todavía técnicos, muchos técnicos; trabajadores, muchos y buenos trabajadores es lo que necesita la tierra, nuestra tierra sobre todo. El día en que se nivelen las condiciones de vida en la ciudad y en el campo, desapareciendo lo que hay de superfluo en aquella y dando a éste lo que necesita, los hombres de carrera que valgan tendrán más despejados horizontes para desenvolverse y los oficios se elevarán en el tecnicismo y cultura que tanto necesitan, quedando a un lado lo vulgar, lo inepto y lo inútil; es decir será automáticamente eliminado, todo aquel que no sabiendo de nada, quiere servir para todo.

No obstante, las carreras universitarias, siguen siendo consideradas en nuestro país, como las más brillantes y ventajosas. Hace tiempo que dijo Blasco Ibáñez con ironía: «En España, cuando un padre no sabe a qué dedicar a su hijo, lo hace médico o abogado». Seguramente, que la juventud que aspira a recibir el espaldarazo universitario, no se aviene a perder su tipo socrático, por muy grandes que sean las necesidades del agro. ¡Cualquiera le dice al joven de ahora, que hay que sembrar, ordeñar una vaca, hacer quesos, criar gallinas, cuidar de las colmenas, alimentar a los cerdos, cultivar las hortalizas y otras sabias cosas que el hombre necesita para vivir mejor. Eso será muy práctico, qué duda cabe; pero es para verlo desde la cabina de un aeroplano, desde la ventanilla de un tren de lujo, o desde el volante de un automóvil de turismo.

Mientras no se vea claro, que hay que encaminar a la juventud, por otros derroteros que los que actualmente siguen, nuestras prolíficas Universidades, continuarán surtiéndose de los hijos de la clase media acomodada—hoy día pequeña burguesía—en la cual es ya una tradición secular, la reserva económica para enviar a sus hijos al medio urbano y subvenir a su educación profesional en la Universidad.

R. R.-V. M.

## La reforma de la Ley de accidentes del trabajo

Las Cortes españolas han decretado y sancionado la Ley por la que se reforma la de accidentes del trabajo, en el sentido de que las indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente, sean abonadas en forma de renta.

Fué votada la Ley el 29 de Junio, habiendo aparecido en la *Gaceta* de 7 de Julio; dentro de pocos meses entrará en vigor, con lo que nunca volverá a darse el caso — por desgracia harto frecuente — de que infelices inválidos del trabajo tuvieran que buscar medios de subsistencia implorando la caridad pública, cuando agotaron las pesetas que habían recibido como indemnización.

En estas mismas columnas publiqué yo un trabajo (1) en el que llamaba la atención sobre los inconvenientes que en la práctica había de tener la aplicación de la base tercera — la que se refiere a la cuantía de las rentas —, y envié ejemplares de mi escrito a los señores diputados que forman la Comisión permanente de trabajo, participando de esta manera en la información pública abierta por aquella fecha, a la que seguramente acudirían elementos aseguradores y patronales interesados en la parte económica de la cuestión.

Al examinar ahora comparativamente los textos del Proyecto y de la Ley, encuentro que son idénticos; solamente existe una ligera variación, que no cambia el sentido de lo dispuesto, en el último párrafo de la base sexta; de donde se deduce que por nadie han sido aportadas en la información pública sugerencias con fuerza suficiente para modificar, mejorándolas, las bases del Proyecto.

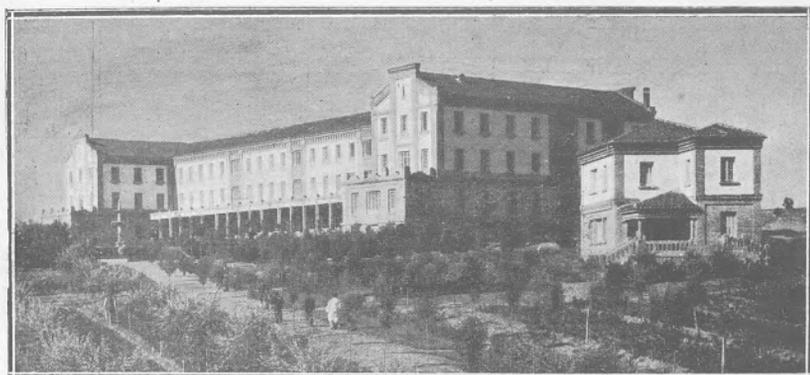
Por lo que a mí respecta, tengo que decir que sigo pensando lo mismo que cuando escribí mi trabajo anterior, y sin entrar ahora a repetir los argumentos que entonces empleé, solamente debo expresar mi deseo de que en el texto refundido que se haga de la Ley y en el Reglamento para su aplicación, queden salvadas todas las dificultades hoy existentes, desde luego modificando las valoraciones de las incapacidades no absolutas — haciendo un baremo de las mismas lo más completo posible — y estableciendo la revisión periódica e indefinida. Las bases aprobadas no permiten que desaparezca el encasillamiento de todas las incapacidades en los tres grupos conocidos.

DR. DE ANDRÉS BUENO



---

(1) «Comentarios al proyecto de reforma de la Ley de accidentes del trabajo.» REVISTA CLÍNICA CASTELLANA, Febrero 1932.



## Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Dirigido por los Hermanos de San Juan de Dios

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

**Médico Director: Doctor Luis M. Isturiz**

Médicos Especialistas de enfermedades somáticas. — Servicio médico permanente. Tratamientos modernos de la Parálisis general y Demencia precoz. — Piroterapia. Psicoterapia. — Terapia del trabajo. — Granja Agrícola. — Balneoterapia. — Método Klaesi, etc., etc. — Curas de reposo y desintoxicación. — Régimen alimenticio. con arreglo a prescripción facultativa.

Correspondencia: Sr. Director Administrativo del Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios

**Teléfono 87**

**PALENCIA**

BRONQUITIS  
CATARROS

# PULMO-HIDRATOL

TUBERCULOSIS  
GRIPPE

INYECTABLE INDOLORO  
NIÑOS ADULTOS

**3 FÓRMULAS:** Simple -:- Con lecitina -:- Infantil

Debido a que en esta fórmula balsámica se ha conseguido incorporar la **HIDRASTINA**, podemos asegurar que con su uso no se presenta la resecaión producida por el Gomenol.

Producto del Laboratorio **SUR DE ESPAÑA** -:- Dr. Dávila, 40 y Joaquín Dicenta, 5.-MÁLAGA

# BARDANOL

---

## Elixir de Bardana y estaño eléctrico

### INDICACIONES

Estafilococias en todas  
sus manifestaciones

- Muestras y literatura -  
A. GAMIR.-Valencia

---

# Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

## Efectos terapéuticos

Depurativo diurético, colagogo y anti-  
séptico de vías digestivas y urinarias

### INDICACIONES

1.<sup>a</sup> En las enfermedades del aparato urinario si hay infección primitiva, o para evitar las secundarias, y como profiláctico de éstas en las intervenciones quirúrgicas que hayan de efectuarse sobre los órganos del mismo aparato.

2.<sup>a</sup> En las infecciones del aparato digestivo y muy especialmente en la litiasis biliar, colecistitis angiolitiasis (con preferencia en caso de cólico hepático).

3.<sup>a</sup> En las infecciones generales, como bactericida general y para anular la influencia nociva de la eliminación de microbios patógenos por la orina y los tóxicos sobre el hígado, por sulfoconjugación de los productos microbianos.

4.<sup>a</sup> En muchas dermatosis, como depurativo general, modificador del medio intestinal y antiséptico hepático-renal.

---

Pídanse MUESTRAS Y LITERATURA a A. Gámir.--VALENCIA

# CRÓNICA REGIONAL

---

---

## BURGOS

**Inauguración de un nuevo hospital.**—Con gran solemnidad ha tenido lugar la inauguración del nuevo hospital de la provincia. Vinieron expresamente para asistir al acto los doctores Marañón, Del Río Ortega, Pardo, Urdapilleta y Gómez Acebo. El director del nuevo centro, doctor Vara, leyó unas cuartillas en las que examinó someramente los trabajos efectuados en los antiguos servicios y la orientación a seguir en el porvenir.

Todos nosotros hemos procurado hacer una labor en el hospital un poco superior, si cabe, a nuestras fuerzas. Por lo que al Servicio de Cirugía se refiere, hemos practicado 2.587 intervenciones quirúrgicas y hemos recogido 5.097 historias clínicas, que están archivadas y clasificadas.

La labor científica se resume en 53 trabajos publicados en diferentes idiomas, algunos de ellos premiados por diversas Academias. Esta labor, que no ha sido realizada individualmente, sino gracias a la colaboración desinteresada de los compañeros que sólo por un afán de trabajo y un idealismo, únicamente compatible con su entusiasmo y juventud, han conseguido realizar no sólo la labor clínica, ingrata y oscura, sino este trabajo científico modesto pero orgullo de este Servicio de Cirugía.

Siempre hemos creído una mala orientación considerar un hospital provincial como únicamente un centro dedicado a la asistencia de enfermos de beneficencia, tenemos la opinión que toda clínica debe cumplir tres misiones: una, la anteriormente dicha; otra, la docente; y, por último, la de investigación. Estas tres misiones, imposibles de realizar si el médico tiene que distraer sus atenciones en el exterior, bien por tener otros cargos o por la necesidad de ganarse la vida con la asistencia particular, serían realizables en el momento en que se centralizaran todas estas actividades en el mismo hospital; por esto siempre hemos defendido la clínica privada, de tipo sanatorial anejas a todos los servicios, teniendo esto la ventaja de que los beneficios de este sanatorio, bajo el punto de vista industrial, en lugar de aumentar el caudal de un particular sirven para mejorar la asistencia de los enfermos benéficos.

Esto, que parece tan fácil y beneficioso no sólo para el enfermo sino para el nivel científico médico de la nación, en España, hasta el momento actual, es imposible establecerlo, habiendo conseguido sólo un hospital modelo de los de Europa, la Casa de Salud de Valdecilla, de Santander, que por ser un órgano ajeno a la burocracia oficial ha conseguido su implantación.

A continuación el doctor Marañón pronunció una interesante conferencia sobre la etiología traumática de los procesos endocrinos, exponiendo la posibilidad de que pequeños traumatismos puedan ocasionar grandes trastornos funcionales de la hipófisis por destrucción del parenquima, por ser un órgano muy vascularizado. En las paratiroides también se presentan trastornos hipofuncionales por hemorragias debidas a traumatismos.

En cambio en las lesiones de páncreas bien estudiadas durante la gran guerra no se observaron trastornos hipofuncionales de esta glándula, dado el tamaño y su poder de regeneración.

Por lo que se refiere a las lesiones de tiroides, hace hincapié en la importancia del factor traumático psíquico que puede ocasionar trastornos de disfunción, especialmente de hiperfunción glandular.

Las lesiones de las glándulas suprarrenales las divide el doctor Marañoñ según que afecten al parenquima o a la corteza glandular. Hablando de la importancia que tiene para el tratamiento de la lesión de este segundo grupo y la corticalina, nuevo producto sobre el cual el conferenciante realiza importantes estudios.

Y, por último, expone interesantes observaciones personales sobre lesiones traumáticas, de testículos especialmente, por el uso indebido de bragueros.

Respecto a la terapéutica a seguir en estas afecciones se muestra partidario, en general, del tratamiento médico, aunque existen casos precisos en los que el quirúrgico es el indicado.

Por último, tras breves palabras del presidente de la Diputación, se dió lectura a un telegrama del director general de Sanidad, doctor Pascua, excusando su asistencia al acto.

Los asistentes al acto recorrieron las salas del nuevo hospital y después hicieron una visita a la nueva Escuela de Trabajo. Finalmente los invitados fueron obsequiados con un banquete.

## PALENCIA

**Conferencia del doctor Hernando sobre "Anemia perniciosa".**— Con motivo de la inauguración del nuevo edificio social del Colegio de Médicos de la provincia, pronunció una interesantísima conferencia sobre este tema el sabio catédrico de la Facultad de Medicina de Madrid, don Teófilo Hernando.

Dijo el ilustre conferenciante que viene estudiando esta cuestión desde hace varios años, pudiendo aportar, entre otras cosas, una casuística abundante en relación con la frecuencia de esta enfermedad en nuestro país.

Tiene además el interés de que iniciado su estudio hace un siglo, bien descrita hace poco más de medio por Addison (1855) y Biermer (1870), todo se ignoraba en ella y los pobres enfermos que la padecían estaban condenados a morir. Desde hace unos pocos años contamos con un tratamiento eficaz, con el que podemos conseguir la curación en la mayoría de los casos.

Enfermedad más frecuente en los países del Norte, no existe en los trópicos, y rara antes de los cuarenta años, es desde esta edad hasta los sesenta cuando se suele presentar. Según nuestra estadística, es bastante más frecuente en las mujeres que en los hombres.

El principio es insidioso; unas veces ligero cansancio; otras, molestias digestivas imprecisas, en dos de nuestros enfermos eran las lesiones de la boca las que les obligaron a consultar, y hay casos en los que no es el enfermo mismo, sino sus allegados los que le llaman la atención acerca del color pálido que tiene.

El aspecto de estos enfermos tiene algo de característico con su palidez de limón, de cera y su cara algo abotargada.

Cuando se les examina se encuentran, aunque no constantemente, erosiones en la lengua; han perdido el apetito y suelen tener sensación de peso y náuseas durante las digestiones, a veces diarrea, que puede preceder a la enfermedad, llevando a diagnósticos erróneos de colitis o tuberculosis intestinal. Cuando se analiza el jugo gástrico de estos enfermos se encuentra casi constantemente, en nuestros casos en todos, anaclorhidria.

Auscultándolos se suelen hallar soplos anémicos, que cuando se acompañan de fiebre ligera conducen al diagnóstico erróneo de endocarditis lenta.

Al lado de los síntomas de aparato digestivo figuran entre los más frecuentes y de una mayor importancia los del sistema nervioso. Considerados como raros,

cuando se les busca con minucia se los encuentra en la mayoría de los enfermos. Ligeros hormigueos en las manos o en los pies, y otras parestesias, suelen ser las primeras manifestaciones. A ellas se asocian después gran número de síntomas dependientes de lesiones de los cordones posteriores, laterales y anteriores, teniendo, unos, síntomas atáxicos; otros, espasmódicos, pero existiendo casi siempre el síntoma de Babinsky, aunque predominen los primeros. Es el cuadro que se ha llamado de mielitis o, mejor dicho, de mielosis combinada. Considerado por algunos como una consecuencia de la anemia, parecen más bien ambos la expresión de una misma causa. Nosotros hemos visto un caso notable en el que había anaclorhidria y síndrome funicular (mielosis) sin síntomas de anemia.

A veces se observan manifestaciones mentales, generalmente de tipo depresivo.

Los síntomas de la sangre son perfectamente característicos. La palidez es consecuencia de la anemia. Los hematíes se hallan disminuidos a veces enormemente. En uno de nuestros casos no había más que 750.000. La hemoglobina está también disminuida, pero el valor globular está aumentado.

Este aumento del valor globular se debe a la existencia de unos glóbulos rojos de gran tamaño (megalocitos), que contienen una gran cantidad de hemoglobina.

Es también característica de estas anemias la gran cantidad de formas inmaduras de los hematíes que se encuentran en la sangre; normoblastos y megaloblastos, o sea hematíes nucleados de tamaño normal y grande respectivamente. Asimismo se incluyen también entre estos hematíes inmaduros los pilocromatófilos y los reticulocitos. De todos ellos aunque no específico, el más característico es el megaloblasto.

Casi siempre se encuentra una disminución del número de glóbulos blancos, a expensas de los pilonucleares neutrófilos. Las plaquetas también se hallan en número inferior al normal.

La bilirrubinemia suele estar aumentada, particularmente durante la crisis de la desglobulización.

En la orina y en las heces se encuentra también aumentada la urobilina y el urobilinogeno en relación con esta misma desglobulización. A veces se encuentra albuminuria.

Poco se sabe del metabolismo en la anemia perniciosa. Para unos habría hiperglucemia, que otros niegan. Nosotros hemos encontrado en un caso diabetes, de cuya coincidencia se ha publicado alguna otra observación. Es interesante que la cura de hígado disminuye algo la glucemia.

En los casos en que hemos investigado el metabolismo basal se encontraba aumentado, hecho que también hemos observado en la ictericia hemolítica y que, en contra de la opinión de otros autores que le consideran como consecutivo a la hemolisis, le suponemos en relación con la intensa regeneración medular.

En algunos casos se ha observado fiebre.

Teniendo en cuenta todos los datos apuntados, el diagnóstico de la anemia perniciosa es relativamente fácil.

---

# ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa  
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

---

Todavía no se conoce con exactitud la etiología y patogenia de este proceso, pero el camino inaugurado en estos últimos años hace concebir grandes esperanzas en tiempos no lejanos.

Discutible el papel etiológico de las infecciones, las parasitosis y la miseria, parece que jugaría un cierto papel un factor constitucional en el que se heredaría no la enfermedad, sino la predisposición para padecerla.

La patogenia tiende a orientarse en este sentido y atribuir una gran importancia a las lesiones del estómago. En condiciones normales éste segregaría una sustancia (factor intrínseco) que en presencia de la carne y otros alimentos (que llevan el factor extrínseco), daría lugar a la formación de un cuerpo que tiene la propiedad de determinar el estímulo de la médula ósea para que ésta regenere normalmente la sangre. Cuando el factor intrínseco falta, sobreviene la anemia perniciosa que puede curarse administrando hígado, estómago desecado o riñón, órganos que retienen en gran cantidad el producto estimulante de la médula ósea.

Para algunos se ha atribuido la anemia a un veneno hemolítico que se formaría en el aparato digestivo, pero nos inclinamos a admitir que en la anemia perniciosa la hemolisis es un fenómeno secundario y no el determinante del proceso.

Los que hemos tenido la desgracia de asistir durante varios años a un cierto número de enfermos, algunos de ellos en plena actividad vital y que afectados de esta enfermedad morían en meses o muy pocos años, sin que nosotros pudiéramos hacer más que permanecer como testigos impotentes para curarles, sentimos una alegría sin límites cuando hoy, en presencia de uno de estos casos, podemos anunciar que existe un remedio con el cual puede curarse, o cuando menos sentir sus beneficios en muy pocas semanas. Este remedio prodigioso es el hígado y sus extractos, cuya introducción en terapéutica se debe a los estudios de Whipple, Minot y Murphy.

Esta es una prueba más de la cautela con que hay que proceder al extremar a los enfermos los regímenes alimenticios, con lo que algunas veces se les prohíben interiores de animales que contienen el factor antianémico; otras, la mantequilla, que lleva vitamina antirraquítica; en ciertos casos frutas y verduras, etc., que llevan vitamina.

Al llegar a esta última parte de su interesantísima conferencia, el doctor Hernando cita los prodigios logrados en el tratamiento de la anemia perniciosa por medio del hígado, suministrado como alimento en diversas formas, según el gusto del enfermo, y últimamente en extractos inyectables, de resultados maravillosos.

Cita casos en los que por medio de este tratamiento se ha notado en pocos días el aumento de glóbulos rojos.

Termina su disertación interesando a la clase médica intensifique las relaciones con la Universidad.

#### SALAMANCA

**Bodas de plata con la profesión.**—Los médicos de la promoción de 1907, han celebrado sus bodas de plata con la medicina. En la Facultad de Medicina se celebró un acto cultural, explicando lecciones prácticas, los catedráticos de aquella promoción don Hipólito R. Pinilla y don Arturo Núñez.

El señor Pinilla habló de los progresos de la Hidrología y la Climatología médica, ejercicios a los que se abren nuevos horizontes, en la profesión médica, haciendo resaltar las positivas facilidades que se ofrecen en el campo profesional,

utilizando las aguas minerales como receta y nunca considerando los balnearios como campo libre para la aplicación de las aguas minerales.

Habla de la labor de los médicos de los Balnearios, como especialistas en las ciento setenta fuentes que en España están declaradas de utilidad pública.

Se refiere después a que la República, al extirpar los Monopolios, ha acabado con los directores de Balnearios.

En el aspecto científico alude a que hace unos años se discutía si las aguas minerales eran un medicamento, diciendo que el progreso de la investigación objetiva ha demostrado que muchas personas sanas, al tomar aguas minerales reaccionan de tal modo, que padecen hemoptisis o hematemesis al aumentar la presión intravascular

No cabe duda—dice—que las fuentes deben ser de uso público, previo control facultativo.

Hace referencia seguidamente a que en Francia, Alemania, Italia y aun Portugal, se ha notado en los últimos años un vibrante movimiento de cruzada contra la libertad de los Balnearios

Expone que en la ponencia presentada por él al Consejo de Sanidad declara:

1.º Que todas las fuentes minerales son del dominio del Estado, aunque el dominio útil corresponda al usufructuario.

2.º Que quede disuelto el Cuerpo de Directores de Balnearios, teniéndose como único requisito para el enfermo la prescripción facultativa por medio de receta.

# LABORATORIOS VIAN

Doctor B. Roig Perelló

San Pablo, 33 - BARCELONA

## los FERMENTOS LÁCTICOS VIAN

(cada tubo de 2 cc. contiene 500 millones de B. lácticos y búlgaros, seleccionados, puros y vivos)

a la dosis de 3-4 tubos por día, en ayunas y antes de las comidas, mezclados con leche o agua lactosada, CURAN: Gastro enteritis. Diarrea verde infantil. Enterocolitis. Cirrosis hepática. Trastornos nerviosos de origen intestinal. Dermatitis, etc.

## BACTERIOFAGOS VIAN

Antitífico - Antiparatífico A y B  
Antidisentérico - Anticolibacilar  
(vía hipodérmica y gástrica)

Anticolibacilar polivalente

(caja de 10 ampollas de 10 cc.)

Para combatir con éxito las enfermedades tíficas, paratíficas, colibacilares y antidisentéricas.

de intensa acción lísica sobre el B. coli, en las afecciones de los aparatos digestivo y urinario. Colitis, Sigmoiditis, Gastroenteritis, Colicistitis, Congestiones hepáticas, etcétera, Pielonefritis, Pielitis, Cistitis; Prostatitis, Uretritis, etcétera.

## Antiestafilo-estreptocócico

Indicado en el tratamiento de

Antrax - Forunculosis - Orzuelos - Pleuresía estreptocócica o estafilocócica - Salpingitis - Fiebre puerperal - Ulcera gastro-duodenal, etc.

Y por último, que el Estatuto cree el Instituto general de Hidrología.

Habla también del encargo que le hiciera el Gobierno de Chile para informar sobre las propiedades de una fuente, habiendo pedido para redactar la memoria, que fué acogida favorablemente, detalles de las condiciones del suelo donde aquélla estaba enclavada.

Como final, después de analizar el efecto de las aguas minerales en el tratamiento de la pretuberculosis, hizo un estudio sobre la necesidad indispensable de conocer las calidades del terreno sobre el que una fuente está enclavada para poder llegar al conocimiento de las cualidades especiales de sus aguas.

Don Arturo Núñez, desarrolló brevemente el tema «Diagnóstico precoz de los tumores malignos» Dice que sin traumatismo no puede haber tumor y que los embriogérmes dan en todas las células capaces de reproducirse, excepto en las nerviosas, contando diversos casos que corroboran sus tesis.

Se ocupa después de los sistemas que deben predominar mostrándose partidario del de las células blancas

Después, como consejo, dice a los reunidos que en cualquier caso deben preocuparse de todo el enfermo, haciendo su historia clínica.

A continuación, catedráticos y antiguos alumnos se reunieron en fraternal banquete al que asistió el Decano de la Facultad de Medicina Al día siguiente se celebró una misa en sufragio de los profesores y compañeros fallecidos, y por último una excursión a los Saltos del Duero

# Eficaz e inocuo tratamiento

se obtiene con el empleo de la ANTIBLEFARINA KIRCHNER en las BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERATITIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ULCERAS Y HERIDAS INFECCIOSAS DE LA CÓRNEA, ULCERACIONES Y QUEMADURAS PALPEBRALES.

La ANTIBLEFARINA KIRCHNER es la primera pomada oftálmica a base de **Loretinato de Bismuto** que se divulgó a los señores oftalmiatras de España y América latina, según fórmula del Profesor don Tomás Blanco, de Valencia, que fué quien dió a conocer en España la gran eficacia terapéutica, en oculística, del **Loretinato de Bismuto** y el que pudo precisar, por su dilatada experiencia clínica, las varias indicaciones que posee por su intensa acción bactericida y poder astringente o secativo.

La expresión del crédito alcanzado por la ANTIBLEFARINA KIRCHNER, está en el hecho de la aparición, posteriormente, de preparaciones similares, como ocurre siempre que una determinada especialidad farmacéutica adquiere, por su eficacia, un auge considerable entre los señores facultativos.

Dada su absoluta inocuidad, puede aplicarse inclusive al ir a acostarse

LITERATURA:  
Y MUESTRAS  
PARA EXPERIMENTACION CLINICA:

OFALMOTERAPICOS KIRCHNER - Sardañola (Barcelona)

# CRÓNICA NACIONAL

---

MADRID

**Conciencia de enfermedad.**— Sobre este tema disertó en el Instituto Psico-técnico el profesor Sanchís Banús. Recordó sus primeros tiempos de práctica hospitalaria en la que pudo apreciar una gran falta de correlación entre el concepto que tenían los enfermos sobre su enfermedad y lo que realmente tenían. Los síntomas, generalmente, son interpretados por el enfermo según su manera de ser y sus prejuicios.

Señaló el doctor Sanchís Banús la característica principal de la conciencia y de la vida psíquica, que es la de la unidad y de la continuidad, e hizo varias citas de autores para definir la conciencia y la subconciencia, y para señalar los límites entre lo consciente y lo inconsciente con objeto de pasar al estudio de los elementos que contribuyen a formar la conciencia que se tiene de la propia enfermedad.

Según el doctor Sanchís Banús, la conciencia errónea que generalmente se tiene de la enfermedad se debe principalmente a la sobrevaloración afectiva de determinadas vivencias. Esta sobrevaloración obstaculiza el curso de las ideas y lleva la atención sobre determinados fenómenos para desviarla de los que el enfermo debería analizar de preferencia para llegar a un conocimiento preciso. Así, la atención es orientada por los efectos, las sensaciones de simple movimiento funcional interior son interpretadas como síntomas y hasta se convierten en sensaciones dolorosas. Por una parte existe deformidad de las sensaciones por vía afectiva; por otra, oscuridad de sensaciones relativas a las perturbaciones somáticas, que ante el temor al peligro se suelen acentuar. A esto se debe principalmente el hecho de que muchos enfermos se alejen tanto de la realidad al considerar su enfermedad.

ALICANTE

**Asesinato de un médico.**— Cuando como todos los días, el doctor don Tomás Llaguno y Pascua, médico del Reformatorio de Adultos se disponía a pasar visita en dicho establecimiento fué víctima de una vil agresión que le ha causado la muerte. El sensacional suceso ha causado honda emoción, sobre todo entre los compañeros de la víctima.

En uno de los patios del Reformatorio existe un taller en el que los reclusos realizan diversos trabajos para los que cuentan con las necesarias herramientas.

El recluso Enrique Lamarca Barquez (a) «El Noy» penetró en el taller y se apoderó de una herramienta llamada «corteza», que se emplea para la fabricación de cestos.

Sus compañeros que advirtieron la maniobra de «El Noy», nada extrañaron ya que éste debido a una enfermedad que padece cuenta con permiso para circular por la casa. Pero cuando el recluso que utiliza esta herramienta fué advertido por los otros, del acto ejecutado por «El Noy», excitó a que le siguieran para arrebatarle el arma, ya que era un gran peligro que «El Noy» la tuviese entre manos.

Pero llegaron tarde los reclusos. Cuando se lanzaron al patio en persecución de «El Noy» quedaron horrorizados ante la gran tragedia que a sus ojos se presentaba.

«El Noy» con la «corteza» agredía al señor Llaguno causándole diversas heridas, una de ellas en la sien, que al parecer es la que causó la muerte.

Los reclusos no pudieron hacer más que abalanzarse sobre el agresor y des-

armarlo al propio tiempo que otros compañeros atendían con toda solicitud al señor Llaguno, colocándole algodón hidrófilo en las heridas para evitar la hemorragia.

Los oficiales del Cuerpo de Prisiones tuvieron que intervenir para salvar al criminal de manos de la población penal que pretendía lincharle.

El criminal al parecer padecía una enfermedad de la que el médico le dió de alta hace unos días

«El Noy», solicitó esta mañana al médico, un preparado para calmar la excitación nerviosa en que se encontraba y como el médico no pudo acceder por tratarse de la satisfacción de execrables pasiones, lo que el recluso solicitaba, éste lo asesinó.

El asesino cuenta 50 años de edad, padece una enfermedad de vicios solitarios y cinco días antes de cometer el hecho estuvo en la enfermería donde le dieron el alta y pudo gozar de absoluta libertad dentro del establecimiento. Ingresó en la cárcel por robo, cuando se hallaba sufriendo castigo en una celda con otros reclusos, agredió a uno de ellos, mientras dormía, con una navaja barbera, produciéndole heridas de gravedad, por lo cual y vista la causa se le condenó por homicidio frustrado a veinte años de prisión, que estaba cumpliendo.

#### LA CORUÑA

**Neurosis de guerra.**—Sobre este tema pronunció una conferencia el doctor Pérez Hervada. Existe una gran diferencia entre la paz y la guerra. En la paz, el orden, la tranquilidad, la marcha plácida de la vida son la regla. En la guerra la lucha, la destrucción, el aniquilamiento que, cual convulsión epiléptica deja a un pueblo en coma, triunfan por doquier.

Si reconocemos que aun durante el transcurso de una existencia monótona, surgen choques que obligan a que nuestro organismo entre en conmoción, tendremos que inclinarnos ante la fuente inagotable de dolencias que representa la guerra. Y, en efecto, sólo con pensar en la vida de las trincheras, en el estampido de las granadas, en el peligro de los gases asfixiantes. Sólo con darnos cuenta en lo que sería tener constantemente nuestra vida pendiente de un hilo; en el efecto que causaría el contemplar cómo caen muertos y heridos a nuestro lado; en ver cómo las más perentorias necesidades se cumplen de mala manera, reconoceremos que la angustia, la ansiedad, el nerviosismo, la sensación de ahogo y las ansias de librarse de ese suplicio digno de la mitología, serán frutos propicios de un organismo no muy templado y trasladado a ese ambiente. No es extraño por ello que ante tal fenómeno, los individuos reaccionen de muy distinta manera.

Tres son las formas que podemos estudiar y que se reducen a: valor, miedo y cobardía.

Valor: he aquí la más admirada de todas las prendas que pueden engalanar a un soldado. Pero, ¿qué es el valor y cómo surge? Decía Sócrates que para que

---

**Phosphorrenal Robert**  
**Reconstituyente**

**Granular, elixir e inyectable**

---

exista el valor es necesario sentir la consciencia del miedo. Es decir, que quien no sabe adónde va y marcha a ciegas conducido por la obligación, no es un valiente. Por el contrario, lo es quien puede dominarse ante el peligro y lo desearía sabiendo lo caro que le puede costar el hacerlo. Brieux, en la Academia francesa, sintetizaba el concepto del valor diciendo que «es el miedo vencido». Y por otro lado ya se conoce de sobra la contestación de aquel teniente a quien preguntó Napoleón: «¿Tiemblas?—Sí, pero en mi puesto».

Hay muchas formas de ser valeroso. Sin embargo se pueden sintetizar en dos: el valor sereno y el valor vibrante. Es el primero el valor del hombre frío, que tiene concepto de su deber y no siente emoción ante el peligro. Es el segundo el valor del excitado, del que arenga y sugiere, del que se emociona en la lucha, pero que polariza esta emoción y la sublimiza en heroísmo, que al fin no es más que el grado superlativo del valor. De todas formas hay que decir que el valor no es producto de la inteligencia.

Hay quien se embriaga tanto en optimismo, que se imagina es invulnerable en la lucha.

Y para completar, citaremos sólo de pasada el valor morboso. Le llaman así, al valor que para manifestarse precisa del espilonazo del tóxico, bien sea alcohol, éter, morfina o cocaína. Así, insensibilizándose moralmente y llenando de energía un organismo, se ignora el peligro y se conceptúa como fuerte.

El miedo. Ser miedoso es ser un enfermo. Al aprensivo en la vida cotidiana, debemos añadir al miedoso en la lucha que, al fin, no es más que un aprensivo de perder su vida o parte de su organismo. «Se es miedoso porque la emoción nos impide ser de otra manera, porque la tristeza hace nos consideremos incapaces de todo». Así como el valiente tiene algo de hiperactivo, el cobarde cae dentro de un retardo de sus funciones orgánicas. El ruido de las granadas, el trepidar de los carros de acero, los montones de cadáveres o las columnas de humo, lo ponen en continuo estado de angustia, de ansiedad, de miedo, de sensación de estar perdido en un caos inacabable y, como consecuencia, martillean su espíritu hasta darle la forma de la enfermedad.

El cobarde. Anatema para el cobarde. Pudiendo ser valiente, pudiendo incluso llegar al heroísmo por sus condiciones orgánicas, no tiene el suficiente concepto ético de la vida para que le dé el preciso espilonazo. Un cobarde es un ser frío que recurre a la estratagema para no tener que enfrentarse con el enemigo. Y el ácido pírico que le da aspecto de icterico, la simulación de un esguince o la inyección de trementina que le produce pus, son subterfugios de que se vale para declararse inválido. Otras veces la simulación—locura, epilepsia o el engaño y la mentira—mitomanía y mitoplastia—son los comodines en que descansan para evadirse de luchar.

La guerra causa enfermedades psíquicas. En psiquiatría se estudian. Son corrientes los estados confusionales post-emocionales o post-conmocionales. A su lado podemos colocar la psicosis de agotamiento.

Los estados de excitación, depresión y ansioso, son corrientes. Los episodios delirantes, con fugas, abundan de una manera alarmante. Los estados demenciales—sobre todo demencia precoz—suelen aparecer.

Después de esto se presenta el problema médico legal. Es preciso darse cuenta de la veracidad de una dolencia. ¿Es una fuga patológica? ¿Es un trastorno emotivo real?

# CRÓNICA INTERNACIONAL

---

LONDRES

## Las inhalaciones de oxígeno en las ascensiones a grandes alturas.—

Las tentativas para subir a la cumbre del Everest han dado lugar a encendidas polémicas acerca de si la dificultad respiratoria, que tan gran obstáculo constituye para rebasar un determinado límite de altura, procede de la falta general de presión o únicamente de la falta de oxígeno.

La última prueba pareció dar la razón a los que pretenden que no basta enriquecer con oxígeno el aire respirado, para compensar la falta de presión, dado el menguado éxito de los aparatos respiratorios empleados en aquella ocasión.

Sin embargo, como demuestra muy bien R. Margaria, en un artículo publicado en la revista londinense «Nature», los aparatos usados en la última expedición al Everest eran defectuosos, ya que cargaban al expedicionario con 15 kilos, para enriquecer en definitiva el aire inspirado con 7 mm. de presión de oxígeno nada más. Se comprende que, en tales condiciones, no quedaba compensado el suplemento de fatiga ocasionado por el peso del aparato.

Es indudable, en cambio, que, si el oxígeno fuese suministrado por un aparato adecuado, sería de gran utilidad. Los experimentos así lo confirman.

Queda, pues, únicamente por resolver lo que podríamos denominar el problema de ingeniería, de construir un aparato adecuado. Desde luego, lo más sencillo sería respirar oxígeno puro a la presión correspondiente, gracias a una máscara o una boquilla adecuada. El aire espirado puede ser arrojado perdiendo el resto del oxígeno no absorbido, o ser aprovechado de nuevo, después de despojado químicamente del anhídrido carbónico.

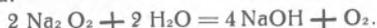
En el primer caso, suponiendo un gasto pulmonar de 30 litros por minuto a 250 mm. de presión, la cantidad de oxígeno necesaria para una subida de 5 horas sería de 3 000 litros a 760 mm., es decir: unos 4'3 kg. El transporte de esta cantidad de oxígeno gaseoso no sería posible, por causa del peso de los recipientes: sólo sería posible contando con oxígeno líquido, si se dispusiera de éste en los últimos campamentos y se llenasen con él aparatos adecuados.

En el segundo caso, el consumo de oxígeno no debe calcularse en más de 450 litros, es decir: 640 g. A este peso habría que añadir, en cambio, el peso del álcali destinado a absorber el bióxido de carbono (unos 3.200 gramos). En total, unos 3 800 gramos.

Haría falta luego combinar un aparato adecuado que no pesara demasiado y que fuese capaz de funcionar bien, a pesar de las bajas temperaturas que tendría que soportar.

Tal vez podría aplicarse el método químico del peróxido de sodio; en tal caso, la sosa cáustica, resultante del tratamiento del peróxido por el agua, podría servir para absorber el anhídrido carbónico del aire espirado.

La reacción es ésta:



Para 450 litros, bastarían sólo unos 3 100 gramos.

\* \* \*

---

# CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

**Separación de la vitamina A.** - En un trabajo publicado en Diciembre pasado, el profesor P. Karrer, de la Universidad de Zürich, junto con R. Morf y K. Schöpp, describía cómo fué aislado y purificado, de la fracción insaponificable del aceite de hígado de escombrosocio (*Scombrotox Saurus*), un alcohol cuya fórmula es  $C_{20}H_{30}O$  o  $C_{22}H_{32}O$ , ópticamente inactivo y con un peso molecular 300-320. Se prepararon esteres del ácido acético y p-nitrobenzoico; el alcohol dió ácido gerónico, al ser oxidado por medio del ozono. Igual sustancia fué obtenida, partiendo del aceite de hígado de hipogloso (*Hippoglossus hippoglossus*).

En la conferencia «Recientes progresos en el estudio químico de las vitaminas», dada ante la Sección londinense de la Sociedad de la Industria Química, el 4 de Enero último, el profesor J. C. Drummond afirmó que él, en colaboración con J. M. Heilbron y R. A. Morton, había logrado aislar, por destilación fraccionada, una potentísima fracción del residuo inseparable del aceite de hígado de hipogloso. La sustancia es un aceite denso y viscoso, de un color ligeramente amarillo; es un alcohol y su fórmula probable es  $C_{20}H_{30}O$ ; su potencia vitamínica es igual que la del «calciferol».

Aún no se puede afirmar que se trate de la vitamina A pura, pero parece muy probable que su pureza sea del orden de un noventa por ciento.

\*\*\*

**Aumento de la criminalidad.**—La criminalidad, y singularmente los atracos y asalto a mano armada, aumentan en tal proporción en los barrios de la periferia de Londres, que varios diputados por la capital han dirigido ruegos al ministro del Interior para que sean aumentados los efectivos de la policía adscrita a la vigilancia de los suburbios.

Los vecinos han tenido que constituirse en patrullas volantes que recorren por la noche las calles y puntos más solitarios.

Ese aumento de malhechores preocupa tanto a la policía como a la masa ciudadana. Reconócese, empero, que la policía no merece censuras, porque resulta escasa, toda vez que en 1922, con una población de 7.480.000 almas, los efectivos eran de 21.900 agentes, y ahora que la población llega a los 8.200.000, el número de policías ha descendido a 20.100. Por otra parte, el kilometraje total de las calles es tres veces mayor que en 1922.

#### BUCAREST

**Heroísmo médico.**—En la Escuela de Medicina de esta capital han realizado un peligroso experimento dos jóvenes profesores.

El doctor Dimitrescu, profesor de Anatomía, y un ayudante suyo quisieron comprobar personalmente las sensaciones de un hombre que pasa de la vida a la muerte. Ayudados por muchos médicos y estudiantes levantaron dos horcas en el patio del Instituto anatómico. Luego fueron colgados exactamente como lo hacen los verdugos con los reos de muerte. Una vez comprobado que la circulación de la sangre había cesado, los asistentes cortaron las cuerdas y procedieron a practicar la respiración artificial.

El profesor y el discípulo volvieron a la vida y ambos hicieron la misma declaración: en el momento de ser colgados, sus sensaciones personales fueron el paso de un rayo de luz ante los ojos y la percepción clara de un trueno. Ni uno ni otro sintieron dolor alguno.

RIGA

**La abolición de la ley seca y la disminución del número de beodos.—**

El ministro finlandés del interior anuncia que, desde la abolición del sistema prohibicionista, hace seis semanas, los casos de embriaguez manifiesta han disminuido en un cincuenta por ciento. En cuanto a los casos de muerte por alcoholismo, han cesado en realidad.

Además, en el Ministerio de Hacienda se espera que la venta de bebidas alcohólicas reportará al Tesoro, durante los nueve meses próximos, un ingreso adicional de más de trescientos millones de coronas. Esta cifra da idea de lo que la prohibición pudo reportar a los contrabandistas.

CHICAGO

**La medida de las aptitudes intelectuales.**—La Universidad de Chicago cuenta con un nuevo «laboratorio de enseñanza», en el que las aptitudes intelectuales de los estudiantes pueden medirse por medios mecánicos. Ha sido inaugurado en presencia de educadores, acudidos desde todas las grandes capitales norteamericanas.

Sentado en un extremo de la máquina, el sujeto, niño o adulto, coloca la cabeza en un aparato que se parece al de los oculistas. Sostiene la cabeza una cinta metálica forrada de fieltro. Lee los caracteres impresos en una placa que tiene colocada delante. Los movimientos de sus ojos, mientras lee, son filmados. Los ojos del lector cultivado no hacen más que algunos saltos de un extremo del renglón al otro, mientras que los que tienen menos práctica, realizan una porción de saltos rápidos y cortos.

Cerca de este laboratorio hay otro con un aparato que permite medir las reacciones emotivas del niño. Registra los latidos de su corazón y su presión arterial en una tira de papel. Ese aparato se podría adoptar en forma que acusase las reacciones emotivas de una persona que asiste a un concierto.

Podría apreciarse así en qué forma siente esa persona la música, o cómo reacciona ante un drama.

Hay otro aparato, que es el «tonoscopio» máquina que mide exactamente el alcance de la voz. Cada sonido establece un circuito eléctrico, y una lucecita se enciende o se apaga cada vez que la corriente pasa o se interrumpe. Por ese medio, como se fotografía la luz, se consigue un gráfico de la voz del que habla. El alumno puede así aprender a ejercitar sus cuerdas vocales para mejorar una voz monótona o aumentar el alcance de aquélla. Ese aparato es sumamente útil para la enseñanza de la música.

---

## Farmacia de MARTIN SANTOS

### Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

Cajas tocológicas / Sueros medicinales / Medicamentos modernos / Oxígeno / Desinfección de habitaciones / Soluciones para uso hipodérmico en ampollas esterilizadas / Material quirúrgico aséptico y antiséptico / EMBALSAMAMIENTOS

---

## EL DOCTOR SANCHIS BANÚS

En Ibi (Alicante) falleció el 22 de Julio el ilustre psiquiatra y afamado político José Sanchís Banús.

Había nacido en Valencia en el año 1895; tenía, pues, treinta y nueve años. Era hijo del notable médico y sociólogo, también valenciano, doctor Sanchís Bergón, de imborrable memoria para la clase médica, fundador de la Federación de Colegios Médicos de España, desde donde hizo una merifísima campaña en defensa de los intereses profesionales.

Cursó Sanchís Banús, en la Facultad valenciana, las carreras de Medicina y Ciencias con notable brillantez, dibujándose claramente sus condiciones nada vulgares de inteligencia y su profundo amor al estudio.

Fué a Madrid en el año de 1916 para hacer el doctorado, permaneciendo junto al profesor Teófilo Hernando, en cuyo laboratorio de Terapéutica hizo notables investigaciones de farmacobiología, siendo nombrado auxiliar en Terapéutica. Con gran brillantez hace el doctorado, alcanzando el premio extraordinario.

Sus grandes aptitudes científicas comienzan a destacarse entre la juventud médica, pero su personalidad médica alcanza un nombre insospechado con los ejercicios para opositar a las plazas de médicos de la Beneficencia provincial en Abril de 1919. En aquellos ejercicios su ciencia, la originalidad de la exposición y la gran sagacidad clínica de Sanchís Banús se revelan como algo genial, asombrando al Tribunal y a los opositores. Es la iniciación de su triunfal carrera.

Ya de médico del Hospital provincial, se orienta Banús hacia los estudios neurológicos y psiquiátricos; hace clínica médica en los servicios de don Juan Madinaveitia, y con el malogrado Achúcarro, por el que sentía el llorado Banús una admiración sin límites, comienza sus estudios neurológicos. Pronto el gran talento de Sanchís Banús y su genial intuición clínica le hacen triunfar en la especialidad, y sus trabajos son leídos y buscados por los profesionales de España y del extranjero. Su primer trabajo destacado fué un completo estudio sobre la epilepsia climática, trabajo consultado y citado por numerosos especialistas.

Con José Madinaveitia, Carrasco, Cadenas, Torre Blanco, Fraile y otros médicos jóvenes fundó, en el año 1920, la revista «Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades», de la que en la actualidad era director

---

# Peptoyodal Robert

Y o d o o r g á n i c o

Gotas e inyectable

---

y en la que a través de sus páginas se encuentra, recogida en centenares de artículos, la labor no sólo del gran neurólogo, sino la de sus discípulos.

Rápidamente, los trabajos de Banús traspasaron las fronteras y su fama se consolidó y acrecentó con el original trabajo «Las reacciones paranoides de los ciegos», publicado en Alemania y Suiza, y que mereció los más calurosos elogios de los más destacados especialistas, y su colaboración fué solicitada por casi todas las revistas médicas extranjeras.

Pronto médicos y estudiantes descubrieron en Sanchís Banús al maestro, y los servicios del Hospital se vieron concurridísimos, y en ellos se trabajaba y se estudiaban los casos con plausible detenimiento.

Su labor docente fué cada vez mayor, explicando su especialidad en diferentes servicios del Hospital, y muy especialmente en los de sus maestros los profesores Madinaveitia y Hernando. Esta labor culminó en el curso dado hace unos tres años en la Facultad de Medicina.

En estos últimos años simultaneó su labor científica con notables conferencias de tipo literario unas, acertados ensayos otras y muy comentadas en especial las que dedicó a estudiar psiquiátricamente a algunos reyes de España y otros personajes de relieve en nuestra historia.

En la actualidad, el doctor Sanchís Banús era jefe del departamento de mujeres del servicio psiquiátrico de la observación del Hospital provincial, catedrático de Psiquiatría de la Escuela de Estudios Penales, presidente del Patronato del Instituto de Reeducción Profesional; además pertenecía a la Liga de Higiene Mental y al Consejo de Psiquiatría. Fué presidente del Colegio de Médicos madrileño, y su labor intensa culminó en la aprobación de un reglamento sobre consultas gratuitas, que ahora se pondrá en vigencia. En diferentes ocasiones ocupó cargos directivos en diversas Academias médicas madrileñas.

