

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

Páginas

DOCTOR VICENTE GONZÁLEZ CALVO.— <i>Signos clínicos de la pseudo tuberculosis por cáncer del pulmón</i>	395
DOCTOR JULIO MARTÍNEZ BRUNA.— <i>Valor diagnóstico práctico de las ideas actuales sobre la reacción de aglutinación</i>	465
DOCTOR MARIANO BELLOGÍN GARCÍA.— <i>Estudio crítico de la mortalidad infantil en medio rural</i>	415
<i>Sesiones clínicas del Instituto Rubio.—Dr. B. DE M.</i>	429
<i>II Congreso Neurológico Internacional.</i>	455
<i>El doctor Félix Antigüedad, por el Dr. BARRIO DE MEDINA</i>	456
<i>El doctor Miguel G. Camaleño, por M. BELLOGÍN GARCÍA.</i>	458
<i>Disposiciones oficiales interesantes</i>	459

BOROLUMYL

FORMULA: TARTRATO BÓRICO POTÁSICO, FENIL-ETIL-MALONILUREA, CAFEINA, BELLADONA ETC.

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA
HISTERISMO Y OTRAS AFECIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.YNa. Y

SIN YODISMO CAFEINADO

Dosis: 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de los

VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por los

GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

FORMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CITRATO SÓDICO, TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.

Dirigirse para muestras y literatura al autor: LABORATORIO BENEYTO. Manuel Silvela, 7.-MADRID

CEREGUMIL - FERNÁNDEZ

Fernández & Canivell

MÁLAGA

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO

Representante para Valladolid-Palencia y sus provincias:
Don Arsenio Candelas, Teresa Gil, 25, 1.º—Valladolid

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 >
	{ Glicerofosfato estriánico	1/4 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

Desde hace 30 años
acreditada
y preferida

Arsenoferrato
(Lícor Ferro-arsenical con 0,3% Fe. y 0,003% Ars.)

El preparado ideal para la
medicación combinada de
Hierro y Arsénico

Fascos de origen con unos 250 grs.

Literatura y muestras a disposición de los Sres. Médicos

C. F. Boehringer & Soehne, G. m. b. H., Mannheim - Waldhof (Alemania)

Venta exclusiva para España:

"BOEHRINGER" Productos Químico - Farmacéuticos, S. A.

BARCELONA - Apartado 5.025

MADRID - Apartado 10.025

Sígnos clínicos de la pseudo tuberculosis por cáncer del pulmón

por el doctor VICENTE GONZÁLEZ CALVO

La tuberculosis pulmonar en su exteriorización clínica, subjetiva y objetiva, tan proteiforme, se presta a confusiones de diagnóstico con los más variados procesos patológicos, que originan unas veces alteraciones de tipo local—tos, disnea, dolor torácico—y otras manifestaciones de índole general—fiebre y la costelación sintomática consiguiente, anorexia, desnutrición, etc.

Podríamos, pues, referirnos a falsas tuberculosis por fenómenos locales y a falsas tuberculosis por disturbios generales, cuya trascendencia a nadie se oculta, no sólo clínicamente hablando, sí que también desde el punto de vista médico-social.

Es preciso «pensar mucho en tuberculoso», y ante cualquier cuadro patológico, por definido que se nos aparezca, debemos aquilatar la posible participación de un factor bacilar, aparente o por el contrario de actuación subreptica.

Mas si esta debe ser norma en el clínico, no llevada al extremo de querer reducir casi toda la patología o modalidades de exteriorización de la tuberculosis, cuyas consecuencias pueden anticiparse; es el caso de un enfermo afecto de hidatidosis pulmonar, al que se le somete a una cura de prolongado reposo y sobrealimentación, propinándole incluso dosis altas de un derivado aúrico, o al melitocócico, al que por su fiebre y sus sudores y su tos y expectoración se le aconseja el internamiento en un sanatorio.

La extensión de las pseudotuberculosis es amplísima, y así se reconoció en el Congreso de Medicina Interna de Génova en 1929, conviniendo en la necesidad de expandir su contenido de los reducidos límites en que de antes se concebía. Micheli en Italia, Bluemel en Alemania y Rist en Francia, han sido los propulsores de esta idea, que en años sucesivos ha merecido el asentimiento de otros muchos.

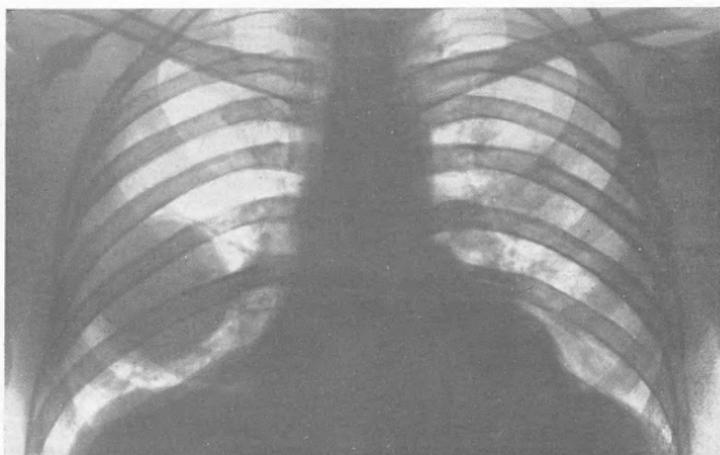
Nosotros no pretendemos hacer ni un somero estudio de la cuestión considerada en su conjunto, sino circunscribirnos a un solo aspecto, a base de una modesta, pero muy interesante aportación personal, a las pseudotuberculosis por cáncer del pulmón.

Quizás sea la más interesante de todas las falsas tuberculosis locales, entre otras, por una razón fundamental: la frecuencia.

Es equivocada la idea de suponer excepcional la neoplasia pulmonar como aseveran estadísticas antiguas de Langhans y Paessler; lejos de esto, otras muy recientes, singularmente la de Frothingham, de Boston, que comprende muy completo estudio con corroboración necrósica, denota la progresiva frecuencia.

En el Departamento para enfermos de aparato respiratorio del Peter Bent Brigham Hospital que él dirige, en los seis primeros años, a raíz de su fundación en 1913, se recojen sólo doce casos de neoplasias pulmonares; en los tres años siguientes dieciséis, y lo que es más significativo, de 1930 a 1932, veinticinco.

Esto, afirma Frothingham, no cabe interpretarlo unilateralmente, suponiendo un aparente aumento en relación con una mayor precisión diagnóstica; es que sin duda, y merced a circunstancias y factores cuya preponde-



Observación 1.^a

rancia y actuación no acertamos a concretar hoy—polvo de la calle, tabaco, brea, alquitranado, gases de guerra y automóviles, gripe, traumatismos, etcétera—el cáncer del pulmón aumenta en forma inusitada.

* * *

Fundamentalmente es clínico el estudio que nos proponemos hacer, sin otras pretensiones que la exposición de nuestros casos, que ha de permitirnos ulteriormente interesantes comentarios.

Observación 1.^a.—J. T. Y., de 52 años, ferroviario, de Valladolid.

Tendencia a catarros en los inviernos; un hermano murió tuberculoso a los 32 años.

Enfermedad actual.—Se inicia a fines de Septiembre de 1933; insidiosamente le aparece dolor en hemitórax derecho, intensificado con las amplias inspiraciones y tos seca, que a su vez aumenta el dolor.

Pérdida de apetito, estreñimiento, malestar y febrícula comprobada 37°₄, 37°₈) en las tardes.

Un mes después le vemos nosotros.

Examen.—Hombre de recia complexión, buen color. Aparato respiratorio: Nada se denota a la inspección; las vibraciones vocales están totalmente abolidas en hemitórax derecho, a partir de cuarta costilla; en toda esta extensión se recoge matidez con disposición típicamente parabólica. Silencio respiratorio completo; no se escucha el menor frote, sí un soplo con las características del pleural en la zona superior del derrame.

En radioscopia ofrece la imagen de opacidad densa y uniforme, propia de un derrame pleural.

Aconsejamos: Afenil endovenoso alterno, Novoprotina (dos ampollas semanales) y Metatone; reposo completo en cama, alimentación adecuada.

Le vemos de nuevo el 15 de Febrero de 1934; ha mejorado excepcionalmente, desapareciendo las molestias subjetivas, incluso el dolor, come con más apetito y recupera el peso.

Persiste algo la matidez pero atenuada, circunscrita exclusivamente a base.

Tres meses después—2 Mayo—se encuentra peor, pierde el apetito y dos kilos de peso en relación al examen de Febrero; ha eliminado unos esputos hemoptoicos.

Se recogen los mismos signos físicos de submatidez en base, sin ruidos adventicios ni frotos; en zona media y alta de ese pulmón y en todo izquierdo, nada.

Gánglios duros e indolores en región supraclavicular y de axila derecha.

La pantalla proporciona una opacidad densa de límites más bien limpios, situada en lóbulo inferior de pulmón derecho, discretamente separada de corazón y diafragma, con tendencia al contacto con pleura marginal.

Reacciones de Weimberg y de Casoni completamente negativas. Recuento globular blanco 7.800, hematíes 4.600.000; granulocitos neutrófilos 68, basófilos 1, eosinófilos 1, monocitos 9, linfocitos 20, formas de tránsito 1.

Reacciones de Wassermann, Hecht, Meinicke y Kahn, negativas. En esputos no aparecen bacilos ácido resistentes.

En días posteriores se sucede frecuentemente la expectoración hemoptoica sin la menor característica especial, y surgen dolores que acrecen con inusitada violencia; se agrega disnea, y transcurrido un mes, el enfermo muere con manifestaciones de edema pulmonar por broncoplejía (1).

Observación 2.^a—J. G. S., 40 años, de Bilbao, soltero, abogado.

Nada especial en los antecedentes familiares y personales.

Enfermedad actual.—Se inicia en Marzo de 1935; súbitamente aquejados con expectoración mucopurulenta, abundante, sin sangre; fiebre que oscila entre 37° y 38°, pérdida de apetito y peso.

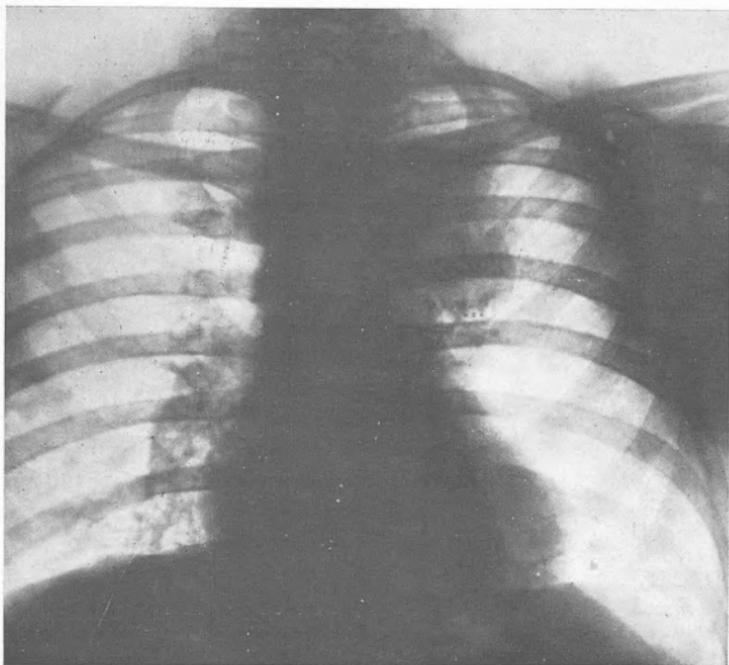
Desaparece este episodio agudo que le deja cierta tos, no excesivamente

(1) Nuestra gratitud al doctor Martínez Martín, que nos proporcionó datos muy interesantes de este enfermo.

molesta y anorexia; poco después surge afonía que va in crescendo, y esto es precisamente lo que le obligó a consultar en Bilbao el 2 de Julio del año pasado; unos días después, el 30 de ese mismo mes, lo vemos nosotros.

Sujeto de gran desarrollo muscular, alto y grueso. El examen meticuloso de su aparato respiratorio no permite recoger el menor detalle; el murmullo se escucha normal en todo el sector de ambos pulmones; la exploración en el resto de los aparatos es normal.

La radioscopia proporciona una sombra del tamaño de una nuez, de



Observación 2.^a

límites más bien precisos, con densidad media, localizada en región suprahilar izquierda. Todos los exámenes de laboratorio (contaje y fórmula, velocidad de sedimentación, Weinberg y Casoni y esputos) que aporta de Bilbao, son negativos.

Aconsejamos exclusivamente radioterapia, en la que se afirma Tapia que vió al enfermo al día siguiente.

Muere tres meses después, con vivísimos dolores en tórax y disnea angustiosa.

* * *

Basta el relato de las historias clínicas precedentes, para que se colija el

interés extraordinario que encierran nuestros casos; dos enfermos que se comportaban evolutivamente como tuberculosos pulmonares, eran afectos de carcinomatosis de esa localización, con el detalle significativo de que los cuadros clínicos respectivos distaban mucho de lo habitualmente propio de la neoplasia pulmonar.

Es un error fundamental suponer que la neoplasia de pulmón da una sintomatología en más o en menos superponible a las descripciones que se recogen en los libros de Patología; esto, que nunca es admisible desde el punto de vista de la clínica general, es especialmente aplicable al cáncer de pulmón, capaz de las más variadas exteriorizaciones, prestas a equivoco con otros cuadros similares.

El cáncer pulmonar encierra en no pocas circunstancias dificultades de diagnóstico, que el espíritu de atenta observación del médico pueden obviar, con un examen completo y adecuada interpretación de todo aquello que es posible recoger.

Constantini y Curtillet subrayan la importancia de aquilatar en todos los detalles del diagnóstico, que debe especificarse, de manera sistemática en las etapas clínica—sújetiva y de investigación física—, radiológica, broncoscópica, biológica, citológica e incluso biopsica, si fuese preciso.

Cada una de ellas debe matizar las particularidades consiguientes, orientadoras del diagnóstico, que aunque brevemente, no renunciamos a enumerar, para colegir de este sintético estudio el marcado contraste de lo que dió la clínica en nuestros casos, con las descripciones didácticas que se repiten en todos los libros.

Comienza brusco con todas las apariencias de un proceso agudo de aparato respiratorio (pneumonía uni o pluricéntrica, hemoptisis) o lento con manifestaciones imprevistas con predominio de las generales, conducen al período de estado de la enfermedad, que caracteriza fundamentalmente:

Dolor intenso, frecuente y tenaz, disnea paroxística o continua, en discordancia con los signos físicos muy exiguos, tos pertinaz seca o con expectoración variable, y al fin posibles hemoptisis, más de esputo que de bocanada; súmanse entre los disturbios generales, fiebre, pérdida de apetito, adelgazamiento.

Físicamente se recoge: En los formas con tumor circunscrito pleno, submatidez o matidez, con exageración del frémitus, disminución o abolición del murmullo, sin ruidos adventicios, sino se sobreañaden los de vecindad de alvéolo o bronquiales; en el tumor escavado, el clásico síndrome cavitario, tan característico, en el que no hay por qué insistir y sí sólo reseñar, la posible caverna muda, superponible a la de naturaleza tuberculosa.

En los casos de tumor masivo, la inspección permite recoger, no siempre, una inmovilización del área torácica correspondiente, con retracción, o por el contrario, discreto abombamiento; exageración del frémitus y silencio respiratorio, si las reacciones de vecindad en virtud de compresión, etc., no condicionan soplos y ruidos superpuestos.

El cáncer de pulmón, cuando adopta la forma pleurítica, reproduce los detalles de un derrame pleural, cuya naturaleza es serofibrinosa unas veces, las más, y hemorrágicas otras; purulento más excepcionalmente.

En lo que a la etapa radiológica atañe, se da por cierto que el carcinoma pulmonar circunscrito se traduce por una opacidad densa, de forma oval más que redonda, de contornos imprecisos, poco nítidos, policíclicos, a veces «noyee» en un fondo de sombra que producen lesiones perifocales; en el supuesto de escavarse la imagen hidroaérea característica con nivel horizontal móvil, sin bronquio de drenaje, como es propio de las cavidades por supuraciones de pulmón; en la forma masiva, la opacidad mucho más amplia, tendría, no obstante la organización fibrosa y bronquial circundante, una delimitación marcada con los sectores de pleura marginal y mediastínica, permitiendo también la ventilación del seno costodiafrágico.

Imposible diferenciar la sombra de una pleuresía con derrame en cualquiera de sus modalidades, de la que es tributaria del cáncer del pulmón, sobre todo cuando el nivel líquido alcanza una determinada altura.

Sin duda, salvadas las etapas clínica (subjetiva y objetiva) y radiológica perfectamente controladas, contamos con grandes probabilidades de un acertado diagnóstico; sin embargo, en determinados casos, precisamos del examen broncoscópico, previa la cooperación del otorinolaringólogo, que nos orienta respecto a una posible estenosis bronquial, ya por el método directo o bien recurriendo a la penetración lipiodada y control radiológico.

Poca confianza nos merecen cuantas reacciones específicas han sido propugnadas (Botelho, Ruffo) para concretar el diagnóstico de neoplasia pulmonar; baste citar con Huguenin la posibilidad de resultados positivos en un caso de gran semejanza clínica con el cáncer de pulmón: la linfogranulomatosis en su localización respiratoria.

Mucho más interés concedemos a la eosinofilia, de cuatro, seis y hasta ocho elementos, que nosotros venimos recogiendo reiteradamente, planteándonos algunos casos el problema clínico diferencial con el quiste hidatídico de pulmón.

El aislamiento de la célula cancerosa, «etapa citológica» del diagnóstico, representa la demostración más elocuente, puesto que permite la visualización del elemento específico de la enfermedad, ya en los esputos, líquido pleural, o bien hecha a nivel de bronquios o en una adenopatía satélite; cuando hay posibilidad de este examen y es ejecutado por técnico experto, la aportación al diagnóstico tiene valor incomensurable.

Repetimos que en la inmensa mayoría de los casos bastan al médico los procedimientos clínicos y radiológicos, para deducir un diagnóstico en base firme; esto nos fué suficiente a nosotros, tanto en casos hospitalizados como en los observados en la práctica privada, ascendiendo en conjunto o dieciseis en siete años.

De ellos limitaremos nuestro estudio a los dos que han ofrecido las mayores similitudes de comportamiento evolutivo con la tuberculosis pulmonar.

En el primero de los expuestos, recogimos una historia de lo más completa que puede darse de pleuresía serofibrinosa tuberculosa. ¿Es que podía haberse orientado el diagnóstico en otro sentido? Nadie que conozca, siquiera medianamente de la clínica de las pleuresías, podría ponerlo en duda.

En un enfermo que convivió muchos años con un hermano muerto de tuberculosis pulmonar, en el que insidiosamente se inicia tos seca, dolor torácico, pérdida de apetito y de peso, febrícula en las tardes y los signos físicos de un derrame pleural ¿podía en recto sentido clínico pensarse otra cosa?

Y aun más, y de importancia ilimitada: sometido a la consiguiente cura de reposo e higiénica, con medicación cálcica y tónica, el enfermo mejora rápidamente, reponiendo peso y energías que le permiten el trabajo, con la intensidad de siempre, un cierto tiempo; a pesar de todo, planeamos un examen radioscópico que el enfermo no aceptó; sólo más tarde, y con evolución rapidísima, se inicia un cuadro local y general grave que tuvo confirmación en la pantalla, pero también con características muy singulares; nos sorprende una opacidad que por la nitidez y contorno redondeado, semejaba en un todo a la imagen quística; no obstante el diagnóstico de neoplasia pulmonar, se imponía: intensidad inusitada del dolor, acentuadísima desnutrición, gánglios muy tumefactos en axila y cuello del lado derecho, negatividad del Weinberg y del Casoni, muerte en edema pulmonar por broncooplejía.

La segunda de nuestras observaciones tuvo un comienzo agudo, que fué seguido de un conjunto de manifestaciones—tos, febrícula, pérdida de apetito y de peso—que suscitaban la iniciación de un afecto pulmonar específico; al fin la afonía, denotando la localización bacilar en laringe, corroboraba nuestras presunciones, a la vista del solo relato del historial de nuestro enfermo.

Los signos físicos fueron completamente negativos, pero la pantalla aclaró aquello que la clínica no permitía apenas presumir; una opacidad densa, más bien circunferenciada, en región parahilar izquierda, que necesariamente habría de corresponder a un quiste o a una neoformación maligna de pulmón; la rápida evolución, más propia del cáncer que del quiste pulmonar, y el resultado totalmente negativo de las pruebas de laboratorio, nos afirmaron en el primer supuesto.

De momento, la radioterapia atenúa las molestias, pero no tardan en incrementarse, y a los cuatro meses de evolución clínica muere el enfermo, con disnea y tenaces dolores en tórax.

* * *

Una inmediata deducción se desprende del estudio de nuestras observaciones: lo arbitrario del cuadro clínico, muy distinto al que sucintamente hemos reseñado, como el que clásicamente se acepta.

Los síntomas que se consideran fundamentales y caracterizando al denominado período de estado, faltaron en absoluto, y sólo dos de ellos, dolor

y disnea intensos, surgieron en la etapa evolutiva final; esto que nos ha sido factible recoger en otros casos, demuestra la falta de sintomatología inicial en el cáncer de pulmón, que ofrezca peculiaridades determinadas.

Este diagnóstico debe, pues, suscitarse, ante todo cuadro, sencillo o grave, de fenomenología local respiratoria; a otros recursos de investigación complementaria—los radiológicos, los más interesantes para nosotros—incumbe concretarlo.

No es preciso insistamos en la similitud de nuestras observaciones con cuadros clínicos condicionados por la tuberculosis pulmonar; lo hemos expresado contundentemente, y ello plantea el problema clínico diferencial de la tuberculosis y el cáncer de pulmón, para cuya resolución pueden significar muy poco un interrogatorio prolijo y un aquilatado examen del enfermo; auxiliados por una adecuada radioscopia y película, solventan la duda, en la inmensa mayoría de las circunstancias, reservando las restantes «etapas» de diagnóstico, para los casos de interpretación más confusa.

En casos no insólitos, pueden coincidir cáncer y tuberculosis pulmonar, bien en evolución independiente o por el contrario, sucesiva. Caussade y sus colaboradores—Milhit e Isidor—han hecho un magnífico estudio de la cuestión, fundamentalmente anatomopatológico; establecen una estricta diferenciación entre los términos «coincidencia», «coexistencia» y «asociación», entre ambas lesiones, coligiendo el hecho significativo de haber podido comprobar la eclosión del cáncer a expensas de viejas legiones de tuberculosis fibrosa, no totalmente extinguidas; «la cancerización de la tuberculosis es mucho más frecuente que la tuberculinización del cáncer.»

Es muy posible que este hecho tan interesante acertase a explicarnos la evolución especial de algunos tuberculosos pulmonares.

BIBLIOGRAFÍA

- CONSTANTINI y CURTILLET.—«Rev. d. Chur.» Abril, 1935.
 CAUSSADE y J. MILHIT, ISIDOR.—«Art. Med.» Septiembre, 1932.
 CAUSSADE, P. ISIDOR.—«Bull. Soc. Med. Hosp.», 1930.
 HUGNENIN.—Tesis de París, 1928.
 FISHBERG.—«Arch. Int. Med.», 1926.
 VALDES LAMBEA.—«Medic. Lat.» Enero, 1932.
 NAVARRO BLASCO.—«Rev. Esp. Tub.» 1933.
 K. NICOL.—«Zeit f. Tbk.», 1933.



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAINO
FORMULA

Sulfoguyacolato de potasa	4 grs.
Jarabe de codeína y Bálamo de tulú en equivalencias aa.	50 -
Jarabe de belladona (en equivalencias)	30 -
Agua Dest. de Prunus Laurus Cerasus.	10
Hepatorradil C S. para	150 -

Jarabe agradableísimo 5,20 pts. el frasco.

Ginecología médica

Para el tratamiento endocrino de
Insuficiencia ovárica
Trastornos climatéricos
PROGYNON-B OLEOSO

(ESTÉR BENZOICO DE LA HORMONA DIHIDROFOLICULAR)

* **KAUFMANN** (de la Charité de Berlín) fué el primero en conseguir con el "Progynon B oleoso" la provocación de menstruaciones genuinas en mujeres castradas con amenorrea de varios años, determinando de esta forma la "dosis fisiológica" en la mujer.

* **DOISY** (1935) ha comprobado que la constitución química de la hormona producida por el ovario corresponde a la de la hormona folicular hidrogenada contenida en el "Progynon B oleoso" y no a la de la hormona folicular obtenida por los métodos de extracción habituales.

ENVASES ORIGINALES:

Caja con 3 amp. de 50.000 U. I. c. u. = Ptas. 10.70

Caja con 1 amp. de 250.000 U. I. = Ptas. 12.70

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING S. A., MADRID / BARCELONA



NEO
SPIROL
ESTEVE

PRIMER **914** NACIONAL
para el tratamiento de la

SÍFILIS

en todos sus períodos

INYECCIÓN
INTRAVENOSA

Esterosol. . . . } *Vitamina D. cristalizada*
Esterocol. . . . }

Vitalipol. . . . *Vitaminas A. D.*

LABORATORIO DEL **Dr. A. ESTEVE-MANRESA**

Representante en Valladolid: LUIS PLATÓN. González Peña, núm. 14

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 "Roche", S. A.

Barcelona
Caspé, 26

Madrid
Santa Engracia, 4

León
Avenida de Méjico, 4

PRODUCTOS VÉLEZ

V
E
V
E
L
E
Z

ZINCOL.—Específico de todas las enfermedades de la piel.

COMPOSICIÓN:	Ictiol.....	2 gs.
	Extracto Hamamelis....	250 >
	Borato sódico.....	0,25 >
	Oxido zinc.....	33 >
	Bálsamo del Perú.....	8 >
	Excipiente graso.....	100 >

CLORAMINOL.—Pomada antiséptica a la cloramina T, insustituible en toda clase de heridas.

COMPOSICIÓN:	Cloramina T.....	1,50 gs.
	Excipiente apropiado....	98,50 cs.

GUAYACOROL.—Solución oleosa antitóxica, inyectable, niños y adultos.

COMPOSICIÓN:	Colesterina.....	0,4 gs.
	Gomenol.....	0,12 >
	Cacodilato de Guayacol.	0,2 >
	Eucaliptol.....	0,3 >
	Alcanfor.....	0,10 >
	Eter sulfúrico.....	0,10 >
	Y aceite de olivas, lavado y esterilizado, hasta completar 1 c. c., en ampollas de 1 y 2 1/2 c. c.	

Muestras y literatura: **JOSÉ VÉLEZ.-Oropesa** (Toledo)

FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID

DEPARTAMENTO DE HIGIENE Y MICROBIOLOGÍA.-Director: Prof. DR. EMILIO ZAPATERO

Valor diagnóstico práctico de las ideas actuales sobre la reacción de aglutinación

por el doctor JULIO MARTÍNEZ BRUNA, Profesor auxiliar

Desde que Widal y Sicard, en 1897, demostraron la utilidad que para el diagnóstico de la fiebre tifoidea podía tener la reacción de aglutinación, dada a conocer por Charrin y Roger en 1889 y Gruber y Burham en 1896, no ha cesado de emplearse esta reacción y ampliarse su campo de aplicación, hasta llegar a ser una de las reacciones de laboratorio más solicitadas por el clínico, por el gran auxilio que le presta en todos los casos, sin hablar aquí de sus aplicaciones estrictamente epidemiológicas para el descubrimiento de portadores de gérmenes e infecciones inaparentes.

Quiero concretarme en este artículo a la reacción de aglutinación aplicada al diagnóstico de las «Salmonelosis», nombre en el que se incluyen hoy las afecciones tifoparatóxicas e intoxicaciones alimenticias; según el esquema de Kauffmann-White, admitido por la Comisión de nomenclatura de la S. I. M., tanto por ser el mejor conocido como por ser el más importante en nuestra región, ya que el interés diagnóstico de la reacción de aglutinación en las disenterías y brucelosis no tiene, a lo que parece, un gran realce entre nosotros.

En las Salmonelosis, la práctica cada vez más extendida de la vacunación antitífico paratóxica, y las infecciones inaparentes vacunantes que con gran frecuencia se dan en localidades en que como la nuestra existen de manera endémica estas enfermedades, pueden hacer pensar al médico en que de esta manera se crea un problema irresoluble, ya que las aglutininas evidenciadas por la reacción de aglutinación en el suero del enfermo, en un momento dado, lo mismo pueden ser debidas a la enfermedad actual, que tratarse de aglutininas existentes en el suero desde la vacunación o infección inaparente, aumentadas quizá en su título por reacción anamnésica. Como precisamente la clínica deja mayores dudas en estos casos por lo poco típico del cuadro sintomático, es en ellos donde más valiosa resulta la cooperación del laboratorio, ya que aquélla no podría dar una respuesta categórica por estas consideraciones.

Esta manera de pensar, seguramente profesada por muchos médicos, ha sido en el pasado compartida por los bacteriólogos, pero en la actualidad nuestros conocimientos sobre aglutinación nos permiten dar una solución completa del problema.

Para comprenderlo es preciso exponer, si bien sea brevemente, las ideas actuales sobre la reacción de aglutinación.

Hoy las técnicas de aglutinación se han perfeccionado de tal modo, que sin temor podemos decir que son las más sensibles que puede emplear el bacteriólogo y de las más sensibles de todas las ciencias biológicas. Un carácter particularmente notable resalta entre todos, y es la rigurosísima especificidad de esta reacción, esto es: que a cada aglutinógeno corresponde una determinada aglutinina que sólo con él reacciona.

Los recientes descubrimientos han puesto en evidencia que en algunos bacilos en que antes se creía existía un solo aglutinógeno, existen en realidad varios, de lo que claramente se deduce, dado lo que acabamos de decir, que se producirán tantas aglutininas como aglutinógenos.

La primera contribución a estos descubrimientos fué la de Weil y Félix, que en sus estudios sobre el *Proteus* X₁₉, demostraron que existía un antígeno correspondiente a los flagelos del germen, que llamaron «H» (1) y otro correspondiente al cuerpo del bacilo que llamaron «O».

Un gran número de autores, especialmente Arkwright, descubrieron que una misma bacteria podía dar lugar a dos tipos de colonias, unas de superficie lisa y perfectamente circulares que llamaron «S» (Smooth = lisa), y otras de superficie ondulada y bordes festoneados que llamaron «R» (Rough = rugosa); esta última presenta la particularidad, desde el punto de vista que nos ocupa, que el antígeno O, que es el somático, se ha modificado y adquirido propiedades distintas, designándosele ahora por el signo *O*; el antígeno H permanece inmutable.

Andrewes, en 1925, demuestra que un germen puede estar en dos estados distintos por lo que se refiere a sus flagelos; en la que él llama fase tipo o específico, estos flagelos tienen una composición rigurosamente fija para cada especie bacteriana que los distingue grandemente hasta de las especies más afines. En la fase de grupo, por el contrario, los flagelos tienen una composición distinta a la anterior, y es común para todas las bacterias del grupo.

En resumen, vemos que en un germen, bacilo paratífico B por ejemplo, pueden existir los siguientes aglutinógenos:

H: antígeno flagelar que puede existir en las dos formas: H^{sp} (fase tipo o específica) y H^{gr} (fase grupo o común a todos los gérmenes del grupo).

O: antígeno somático de las colonias lisas móviles o inmóviles.

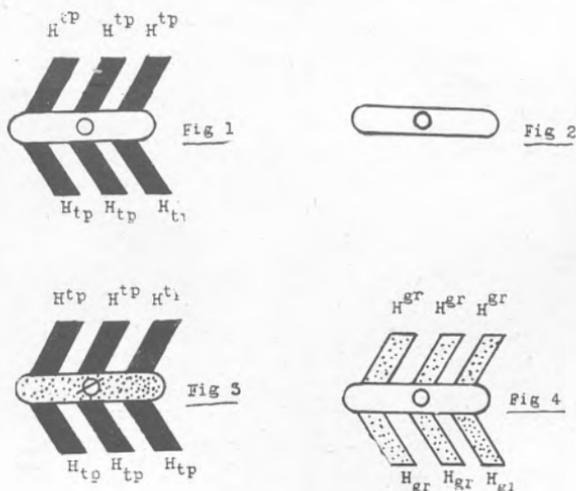
O: antígeno somático de las colonias rugosas.

Entre estos distintos aglutinógenos pueden darse un cierto número de

(1) Inicial de «Haut» = piel; las colonias de *Proteus* flagelados tienen la propiedad de extenderse por la superficie del medio a causa de la movilidad de los gérmenes que las constituyen formando una especie de cutícula que puede compararse a una piel, las colonias de *proteus* constituidas por bacilos inmóviles por faltarles flagelos. carecen de esta propiedad, y por ella fueron designados «Ohne haut» = sin piel.

combinaciones. El esquema que acompaña a este trabajo, tomado de Wilson, aclarará estos conceptos.

En la figura 1.^a está representado esquemáticamente un bacilo paratífus



Representación esquemática de las distintas clases de aglutinógenos

B típico; el cuerpo o soma (antígeno O) en blanco, los flagelos (antígeno H_{tp}) en negro.

En la figura 2.^a está representado un bacilo paratífico inmóvil que, como es natural, no tiene más que el antígeno somático O correspondiente a su cuerpo. La figura 3.^a corresponde a un bacilo paratífico móvil de un colonia R; como se ve, el antígeno flagelar es el mismo de la figura 1.^a, pero el somático se ha modificado, lo que se representa en el esquema por el punteado del cuerpo del bacilo, designándose este aglutinógeno así modificado con el símbolo O.

Por último, en la figura 4.^a, está representado un bacilo en fase de grupo, en la que se aprecia que el antígeno somático es el mismo de las figuras 1.^a y 2.^a, pero el flagelar se ha modificado, representándose este hecho por el punteado de los flagelos (2), designándose este aglutinógeno con el símbolo H_{gr}.

Las formas bacilares representadas en las figuras 3.^a y 4.^a, la primera por contener el antígeno O, la segunda por el antígeno H_{gr}, no tienen nada de específicas, prestándose a dar aglutinaciones positivas con sueros de enfermos de distintas dolencias, debiendo ser eliminadas al hacer el diagnóstico

(2) No se piense que entre los antígenos O y H_{gr} exista nada de común por el hecho de señalarse ambos con el punteado, lo que obedece solo a razones de comodidad en la representación.

de las Salmonelosis, para lo cual se trabaja con emulsiones que contengan exclusivamente los aglutinógenos H^{1p} y O altamente específicos, sobre todo los primeros.

Se pueden preparar hoy en el laboratorio emulsiones que sólo contengan el antígeno O, bien partiendo de colonias de gérmenes inmóviles o, lo que es mucho más fácil, destruyendo el antígeno H de los bacilos móviles mediante la acción del calor a 100°, o por la acción del alcohol al 30 por 100.

Las emulsiones puras de aglutinógeno H son más difíciles de preparar, aunque puede aprovecharse la facilidad con que los flagelos se desprenden del cuerpo del bacilo y el que su débil densidad permite separarlos por centrifugación del cuerpo del mismo, mucho más denso. En la práctica se em-

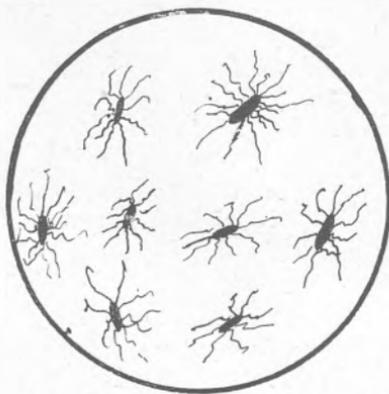


Fig. nº 5

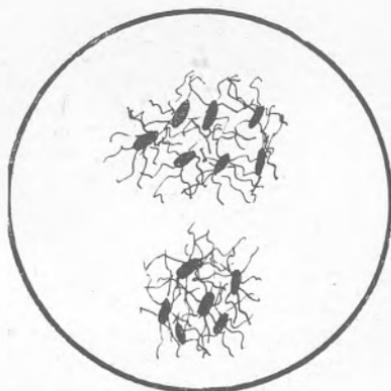


Fig. nº 6

plean simplemente emulsiones de gérmenes móviles formoladas; este agente, además de asegurar la conservación de la emulsión, va alterando paulatinamente el soma hasta tal extremo, que aunque presente deja de reaccionar con la correspondiente aglutinina, pudiendo ser considerada esta emulsión como H pura, desde el punto de vista práctico.

En la figura 5.^a representamos el aspecto microscópico de una emulsión de bacilo tífico con los flagelos teñidos; el aspecto macroscópico de esta emulsión es el que será familiar a todos los médicos, traslúcida y perfectamente homogénea.

Una emulsión H, tal y como la hemos descrito, mezclada con un suero que contenga aglutininas para este aglutinógeno, mostrará al cabo de dos horas, a la temperatura de 56°, un aspecto completamente distinto: en el líquido han aparecido unos flóculos grandes, poco densos, fácilmente visibles a simple vista. En la figura 6.^a representamos el aspecto microscópico de esta aglutinación; en ella se ve que los flagelos de los bacilos están íntimamente ligados entre sí, formándose acúmulos, en los cuales se aprecia

que los cuerpos de los bacilos están claramente separados unos de otros. Este tipo de aglutinación se designa: «flocular», «flagelar» o «H», por las razones ya expuestas.

Si ponemos en presencia del suero aglutinante que contenga aglutinina. H y O, una emulsión O pura, el aspecto macroscópico es completamente distinto; se forman ahora unos gránulos densos, extraordinariamente pequeños, hasta tal punto que es casi imposible observarlos a simple vista, necesitándose el auxilio del aglutinoscopio. En la figura 7.^a está representado el aspecto microscópico del fenómeno. En ella se ve que los acúmulos, más pequeños que en el caso anterior, están formados por la unión íntima de los cuerpos bacterianos. Este tipo de aglutinación se llama «granular», «somática» u «O».

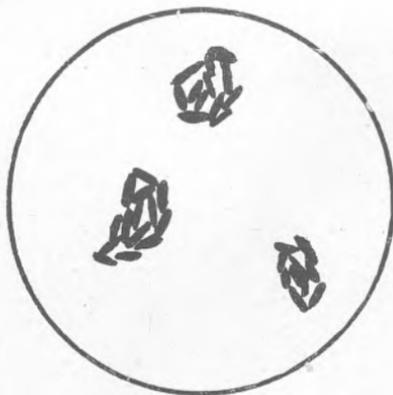


Fig. nº 7

El valor práctico de estos conocimientos no consiste simplemente en el rigorismo que prestan a la reacción, sino que hoy está perfectamente demostrado que las aglutininas H y O se comportan de modo completamente distinto en las infecciones.

Las H^{te} son rigurosamente específicas; alcanzan un alto título, pero no guardan ninguna relación con el poder defensivo del organismo, pudiendo su título sufrir grandes oscilaciones por afecciones intercurrentes, y persisten en el suero por algún tiempo después de la afección que les ha dado origen y después de la vacunación.

Las O, por en contrario, son menos específicas, no alcanzan nunca un título tan elevado, tienen una estrecha relación con el poder defensivo del organismo constituyendo un índice pronóstico de gran valor; desaparecen rápidamente después de la afección que las motivó y después de la vacunación.

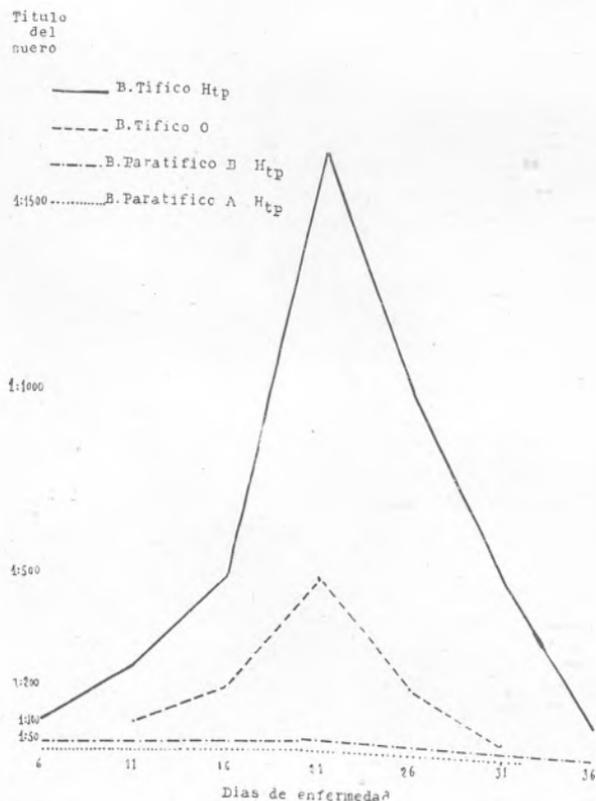
En un sujeto vacunado por la T. A. B., o que ha sido afectado de un proceso de subinfección por una salmonela, lo que desde el punto de vista que nos ocupa tiene una significación casi idéntica, se producen ambas clases de aglutininas a un título variable según el sujeto, pero siempre bajo para las O y francamente más elevado para las H. A las pocas semanas han desaparecido las aglutininas O, persistiendo las H, aunque su título ha disminuído.

Si este sujeto padece de una enfermedad infecciosa cualquiera por gérmenes que no pertenezcan al grupo salmonelas, podrá, por reacción anamnéstica inespecífica, subir el título de las aglutininas H (lo que sin embargo dista

mucho de ser frecuente), pero no aparecen aglutininas O.

Si, a pesar de la vacunación, la inmunidad no es tan sólida que evite la producción de una nueva enfermedad en presencia de una salmonela, sube el título de las aglutininas H correspondientes y aparecen las aglutininas O.

Practicando aglutinaciones repetidas en estos sujetos, se ve el progresivo aumento de las aglutininas H y O, correspondientes al germen productor



de la enfermedad, y la permanencia casi en el mismo valor inicial de las correspondientes a los otros gérmenes del grupo.

La gráfica de los títulos de aglutinación así conseguidos, permite, por lo que a las O se refiere, sacar deducciones pronósticas interesantísimas. Un título que va subiendo de una manera regular y constante indica un pronóstico favorable. Un título que permanece estacionado y bajo, pronóstico incierto. Si el título desciende precozmente, pronóstico grave. Si el descenso se presenta entre los catorce y veintidós días, es casi segura una recaída.

Para poder sacar todas estas valiosas deducciones de la reacción de aglutinación, es preciso proceder del siguiente modo:

En los primeros días de la enfermedad es necesario acudir al hemocultivo, único proceder posible entonces, y que permite resultados diagnósticos categóricos cuando es positivo.

En el sexto día se toma sangre al enfermo para realizar la reacción de aglutinación para los tres gérmenes: bacilo tífico, paratífico A y paratífico B, cuando menos, empleando emulsiones ferroladas para la aglutinación flocular o H, y emulsiones alcohólicas para la granular u O.

Quizá sorprenda el que recomiende una fecha tan precoz para la primera investigación, pero, además de que en bastantes casos pueden en esta época encontrarse aglutininas en la sangre de los enfermos, aunque éstos nunca hubieran sido vacunados, es el medio más eficaz de poder llegar a un diagnóstico precoz en estos últimos. Cuatro o cinco días más tarde se repite la aglutinación empleando exactamente la misma técnica y las mismas emulsiones o emulsiones con factor de aglutinabilidad de Dreyer. Si los resultados no fuesen todavía claros, nueva aglutinación cuatro o cinco días después.

La interpretación es fácil: el sujeto padecerá una infección producida por el germen para el que se demuestren aglutininas H y O, cuyo título va subiendo en las sucesivas determinaciones.

Para hacerlo más objetivo, doy aquí una gráfica tomada de Perry, y ligeramente modificada, correspondiente a un sujeto vacunado con T. A. B. y afecto, a pesar de ello, de una tifoidea benigna que cura sin recidiva.

Resumen: *la reacción de aglutinación realizada en la forma y con la técnica aconsejada, permite un diagnóstico seguro de la enfermedad padecida por el sujeto en todos los casos, y proporciona orientaciones pronósticas del mayor interés.*

BIBLIOGRAFIA

GIGLIOLI G.—«*Jour. of Hyg.*», n.º 3, 379, 1933.

HORST HABS.—«*Zeitsch. f. Hyg. u. Inf.*», t. 116, 536, 1934.

KAUFFMANN.—«*Erg. d. Hyg.* 15, 219, 1934.

M. R. C.—«*A System of Bacteriology*», t. 4, 6, 9.

RUIZ FALCO.—Aglutinación.

TOPLEY-WILSON.—«*The principles of bacteriology and immunity*», t. 1, 2.

HEPATOCALCIO

DEL DOCTOR GRAÑO

ACEITE DE HIGADO DE HIPPOGLOSSUS STANDARDIZADO

CON CALCIFEROL, FACTOR ANTIRRAQUITICO

Y VITAMINA A, FACTOR DE CRECIMIENTO E INMUNIDAD ORGANICA

MEDICACIÓN CLÁSICA DE

linfatismo, escrófula, heredosifilis, convalecencias post-infecciosas, enfermedades de las serosas y de los huesos, etc., etc.

Jodarsolo

la golosina de los niños

PESETAS 6, FRASCO DE 300 GRMS. DE CONTENIDO

AGIICOLO

diabetes y glicosurias; gotas y comprimidos.

MIOSAL

extracto de músculo; gotas e inyectables.

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; polvo.

OXIDAL

activador de la oxidación celular; inyectable.

ZIMEMA

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

CASEAL CALCICO

heteroproteínoterapia; inyectables 2 y 5 cc.

SURRETAL

extracto total suprarrenal; inyectables.

CORTICAL

extracto cortical suprarrenal; gotas e inyectables.

ERGAL

extracto medular suprarrenal; gotas e inyectables.

GONEAL

químio-proteínoterapia; inyectables.

LUTEAL

extracto de cuerpo lúteo; inyectables.

NARCOTAL

extracto del opio; gotas, comprimidos, inyectables.

OVARIAL

jugo ovárico fisiológico; gotas e inyectables.

MASTAL

extracto de mama funcionante; gotas e inyectables.

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO V. BALDACCI - PISA

Agente: **M. VIALE** / Provenza, 427-BARCELONA, / Carretera de Maudes, 5, Hotel-MADRID

Estudio crítico de la mortalidad infantil en medio rural

por el doctor MARIANO BELLOGÍN GARCÍA

Infecciones agudas

Fué el insigne bacteriólogo e higienista español, doctor Ferrán, el que exteriorizó la idea, antes que nadie, de dividir la profilaxia frente a estas infecciones, «en grande y pequeña higiene», y así se ha nombrado después, por cuantos se afanan por la bacteriología aplicada a la higiene, aunque muchos de ellos no conozcan el origen de aquella sabia idea.

Es en efecto, «la higiene grande», la novísima de la vacuna y sueroterapia la fundamental, cual afirma R. Degkwitz, en «Klinisch Wochenschr». (61). «Es la verdadera higiene profiláctica la que evita el mal, en tanto que la pequeña higiene o clásica, se practica cuando ha ocurrido la infección, aislando al enfermo o enfermos y realizando las desinfecciones de rigor», (y agregaremos nosotros, en honor a la verdad, prácticas muchas veces, éstas, tan rutinarias como discutibles). Y tan interesantísima esta campaña y tan difícil a la par en medio rural, que hemos de considerar separadamente cada una de las infecciones.

Difteria.—El problema de la inmunidad antidiftérica, se halla hoy enteramente resuelto y por consiguiente no hay adjetivo, por despectivo que sea, para significar cuán dura es la calificación que merecería la conducta de una autoridad sanitaria, en cuyas manos se hallare el remedio a tanto dolor, y despreciando uno y otro, viera impunemente adquirir la difteria y difundirse el mal y arrebatar vidas de niños en una inactividad verdaderamente punible. En efecto, no hay ningún nuevo tratado de higiene de la infancia, en el que no se haga legítimamente esta dichosísima afirmación, sobre la base científica de muchas, múltiples observaciones y experiencias. Es interesantísimo el estudio sobre el particular de la la profilaxia de la difteria por la vacunación, en Génova, por Audeoud, (62) cuando afirma que «evidentemente», ha perdido mucha gravedad la difteria, desde que tan ampliamente se ha difundido y afirmado la lucha, merced a la vacunación gratuita preventiva, por medio de la anatoxina de Ramón. Otros autores muestran otras preferencias; por ejemplo, (63) y (64) el doctor Cartagenova y P. Perantoni, aconsejan la inmunización cutánea de la difteria, según el método de Löwenstein. Se comprende, pues, que refiriéndose a la prevención eficaz de la difteria, diga sencillamente el doctor K. Nakadate: «toda persona sana de espíritu reconoce fácilmente, que es mejor impedir o evitar, que curar». He aquí el éxito (afirma después) de la prevención de la difteria en los Estados Unidos, mediante la prueba de Schick, per-

fectamente comprobada en todos los sujetos (65) que tiene con ella una reacción positiva, son inoculados con una mezcla de toxina y antitoxina. (66) y (67). Por esto, desde hace años, ya han mostrado algunos países su deseo de hacer obligatoria esta vacuna, como en la Rusia Ucraniana. (68).

Es lo cierto que hoy poseemos una anatoxina («Formol-toxid») que es una vacuna completamente inofensiva, y que inmuniza en una proporción de un 90 a un 100 por 100, cuando se inyecta tres veces, teniendo en cuenta, tocante a su técnica y práctica, las prescripciones dadas por el Comité de expertos en materia de inmunización de la difteria de Londres, de Junio de 1931. Esencialmente, hemos de tener en cuenta que la mejor edad infantil es esta de la edad preescolar, y por esto lo tratamos ahora, en efecto, a los dos años, sin que quiera decirse que no pueda vacunarse en otros años. No es necesaria la prueba de Schick (69) y (70). En realidad, en efecto, no hay una verdadera contra-indicación de la vacuna. La vía recomendada, la subcutánea, en tres inyecciones, distanciadas, tres semanas la primera de la segunda, y dos la segunda de la tercera. Si no fuera posible servirnos de la vía subcutánea, puede utilizarse la nasal. La inmunidad es rápida, sólo tarda en presentarse seis semanas a dos meses todo lo más, y respecto a su duración, hemos de concluir la conveniencia de vacunar cada dos años. Esta práctica habrá de hacerse gratuitamente, ya en el dispensario anexo al Centro rural y habrá de ser obligatoria, organizando al efecto, cada dos años, sesiones de vacunación obligatoria, repetimos; cooperando en la labor el médico titular, inspector municipal de Sanidad, con el personal especializado de los dispensarios, que durante el año ejercerán también sobre el particular la actuación pedagógica que les incumbe. (71) y (72).

Escarlatina.—Los métodos de profilaxia frente a la escarlatina, no están aun a la altura magnífica de los de la difteria, y ni la vacunación ni el suero escarlatinoso, han sido suficientemente experimentados todavía, para poder recomendarles como de uso general sin reserva alguna. (73). Los resultados obtenidos con la vacuna de Dick por medio de la toxina de este nombre, son alentadores y deben continuarse ampliamente.

El suero antiescarlatinoso, preparado por el procedimiento de Dick, indudablemente tiene una acción terapéutica no dudosa en los casos graves, más por el contrario, su valor profiláctico todavía se discute mucho. (74) y (75).

Hay que hacer constar que se han obtenido, sí, resultados preventivos favorables con el suero de convalecientes. Para la búsqueda o hallazgo de sujetos receptibles y por consecuencia, a los efectos de la inmunización, la reacción de Dick puede ser utilizada con igual objeto que la de Schick en la difteria, pero sin duda con menos fidelidad. La investigación, con este fin del estreptococo en la garganta, podrá tener algún valor para el hallazgo

o búsqueda de los portadores de gérmenes. Actualmente no poseemos ningún medio de determinar la duración de la contagiosidad en la escarlatina. Todos estos principios fundamentales de la profilaxia de esta infección, habrán de ser divulgados en las enseñanzas a recibir por las madres, en los dispensarios y tenidos en cuenta por el personal encargado en los mismos de practicarlos, llegado el caso, con la atención más celosa que, las malas condiciones del medio, exige con todo imperio. (76).

Sarampión.—Como sabemos, en la actualidad, el único método profiláctico de luchar con eficacia y sin daño alguno contra el sarampión, es la sueroprofilaxia. (77).

La técnica ha sido dada a conocer perfectamente por Degkwitz, en Alemania, y por Debré, en Francia. Seguiremos las prescripciones de este último.

Para una aplicación colectiva esta profilaxia exige desde luego una perfectísima organización. Hay que crear para esto laboratorios especiales, anejos a hospitales de niños y de contagiosos, con objeto de recoger sangre, prepararla, conservarla y distribuir el suero. Los daños del suero son de los adultos y niños que ya han pasado la edad de 10 años. De todos modos, los sueros de niños convalecientes, han de pertenecer a niños en franca convalecencia, de un sarampión sin complicaciones y de excelente naturaleza, teniendo muy especial cuidado de que se hallan indemnes de sífilis, tuberculosis o paludismo. La sangre se recogerá entre el séptimo y duodécimo día siguiente a la franca eferescencia.

Sistemáticamente debe hacerse el serodiagnóstico de la sífilis en cada suero y del que resta, por precaución, calentarle dos días seguidos a 56 grados, o adicionarle algún antiséptico.

Finalmente, se comprueba cada tubo, desde el punto de vista de la esterilidad, se mezcla después varios sueros (tres a cinco) y se conservan en la helera, donde el suero mantiene su actividad por lo menos dos años.

La profilaxia del sarampión, es conocido que puede hacerse ya por la suero-prevención, ya por la suero-atenuación. Se inyectará el suero, lo más pronto posible, si se quiere una absoluta, y, al contrario, el sexto, el sép-

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

timo y en rigor, el octavo día de incubación, si se quiere realizar una sero-atenuación. Las dosis, como se sabe, son de un centímetro cúbico por año con un mínimo de tres centímetros cúbicos antes de los tres años, y un máximo de 15 centímetros cúbicos a partir de los 15 años, dosis variable según el peso del individuo.

Claro que con una técnica un poco diferente la seroprofilaxia es igualmente realizable por el médico de cabecera sin el concurso de un laboratorio. Se basa entonces en el empleo del suero o de la sangre total de adultos o de niños de la mayor edad escolar, que ha sufrido sarampión, bastante tiempo antes. Se vale el médico, generalmente, de sangre de los padres del enfermo para obtener el mismo resultado que con el suero de convalecientes, es necesario cuadruplicar la dosis anteriormente indicada, si nos valemos del suero, y una vez más aun si empleamos la sangre. Saben bien los especialistas, que actualmente, novísimos estudios están obteniendo un éxito alentador, relativos a conseguir un fuerte aumento en la tasa de anticuerpos, en la sangre de antiguos sarampionosos, por la inyección en estos de sangre de sarampionoso; medio que nos podrá proporcionar con facilidad grandes cantidades de suero antisarampionés. De todos modos bien se comprende que esta técnica de preparación no podrá por falta material primero, ser preparada en nuestros Centros, pero éstos, en todo momento habrán de estar provistos de cantidades suficientes en relación con la población infantil a cargo del dispensario anexionado al Centro rural correspondiente.

Coqueluche.—He aquí una enfermedad infecciosa de la edad preescolar, frente a la cual nos hallamos desarmados. En efecto, el suero de convaleciente no ha dado a Debré éxitos claros que permitan la generalización del empleo. Igualmente hemos de decir de la vacunación anticoqueluchoide, preparadas aquéllas con bacilo de Borde-Gengeu, ya simplemente, ya adicionados de estafolococos, pneumo bacilo de Pfeiffer. Mas bien parece de una acción terapéutica, y como tales pueden emplearse, como preventiva (78). Mas no todo es negativo en esta profilaxia, puesto que el descubrimiento del bacilo productor de la infección permite a los sanitarios el hallazgo de los portadores contagiosos, sobre todo en el período catarral, y comenzar desde el momento mismo, merced a un riguroso aislamiento, la obra profiláctica, que no obstante ser la única posible en esta enfermedad y de verdadera eficacia, hemos de declarar, lamentándolo mucho, que no observan con el debido celo todos los compañeros. Y es el caso que esta vigilancia ha de redoblar por los encargados del servicio de la higiene infantil en los pueblos, merced a la creación del dispensario, anexo al Centro rural, porque los niños del agro son fatalmente castigados por la supervivencia de la funesta leyenda para ellos, sobre el cambio de aire beneficioso para los niños atacados de coqueluche, y de este modo ocurre, sobre todo en algunos pueblos con vías fáciles de comunicación, que nunca, o muy pocas veces, se ven libres de un estado esporádico de coqueluche, que con la frecuencia presumible da

lugar a extensas y graves epidemias. Por estas razones protesta en un precioso y documentado trabajo, Fernand Barbary; protesta de tan dañosa práctica y propone una nueva reglamentación de medidas de profilaxia, frente a la coqueluche (79). Propone, como más interesante, la declaración obligatoria y el aislamiento riguroso del enfermo, con prohibición consiguiente de ser trasladado. Estas medidas, dice el autor, se justificarán ante el público, haciéndole saber cuán equivocada es la opinión que traslada a los enfermos, agentes de contagio, y la gravedad de esta enfermedad.

Todo esto justificará, como hemos dicho, la mayor atención por parte de los Centros rurales, sobre este problema, divulgando los conocimientos necesarios, y ensayando celosamente la práctica vacunoterapia específica, sancionada ya (80).

Otras afecciones agudas.—Figura en la edad preescolar, en primer lugar, la gripe, esta enfermedad mal definida, que ocasiona parte de las pneumonías mortales de esta edad de la infancia. En la hora presente, no contamos con ningún profiláctico frente a la gripe. Solamente las medidas de higiene general, a que nos hemos referido, que elevan el estado de inmunidad frente a las infecciones, robusteciendo el organismo infantil, pues que las vacunas y los desinfectantes rinofaríngeos no parecen eficaces como preventivos. La viruela: es lo cierto que gracias a la vacuna jenneriana, ya no forma esta enfermedad en la lista de las causas de muerte en la edad preescolar. No obstante, no habrá de cantarse victoria demasiado confiadamente en el medio rural, y sí habremos de insistir con rigor en el cumplimiento preciso de las disposiciones vigentes, vacunando obligatoria y gratuitamente, e insistiendo en la enseñanza de la inocuidad de la vacuna y gravísimos peligros de su omisión. Los casos de encefalitis postvacunal, siempre muy raros, prácticamente, son desconocidos, si la vacunación se realiza durante los dos primeros años de la vida.

Gastro-enteritis.—Una de las causas más de tener en cuenta de mortalidad infantil, sobre todo en el medio rural, pues que en esta afección se patentizan clarísimamente las influencias del medio, en cuanto a sus condiciones materiales y morales también.

Henry F. Helmhelz (81), relativamente a las condiciones materiales, habla de la relación entre las temperaturas elevadas y la morbilidad y mortalidad infantil por gastro-enteritis, poniendo en evidencia el hecho de que la gastro-enteritis es particularmente grave en los niños que habitan en locales calientes, e insiste en la gran necesidad de evitar a los niños la permanencia en locales ya demasiado fríos, ya demasiado calientes. Otro tanto afirma M. E. Appert, en la revista «Lé Froid», y aconseja, como medio profiláctico de la gastro-enteritis, en esta edad infantil, con verdadero éxito, la refrigeración de la habitación del niño, y da instrucciones para conseguirla fácilmente (82).

Según los doctores Bordas y A. Bonn (83), que han estudiado la mortalidad por gastro-enteritis en el norte de Francia, intervienen tres causas:

1.^a, falta de educación de las madres; 2.^a, empleo excesivo de leche descremada; 3.^a, empleo excesivo de cabezas de adormidera. Los remedios que da: educación por medio de la gota de leche y consultorio de niños, y una ley que prohíba el uso de la leche descremada y de las adormideras.

Todo esto, para poner ahora nosotros de manifiesto la confirmación de las causas de antihigiene infantil en los medios incultos y pobres, como lo es en grado sumo el rural, y la necesidad inmediata de acudir con el eficaz remedio de la ciencia, tal como da la pauta que hemos seguido, la Organización de la Higiene de la Sociedad de las Naciones.

Otro tanto diremos de la necesidad de la debida vigilancia frente a la fiebre tifoidea en los niños que, según Tuquety (84) es más frecuente de lo que se cree en los niños, sobre todo en aquellos medios donde no se ejerza una debida vigilancia a la higiene del agua y de la alimentación, como acontece en el medio rural. Nos habla el autor del cuadro vago, incompleto, variable, del enfermito tifoideo, escollo este salvado hoy bien, gracias a las reacciones biológicas, y que con una vigilancia estremada nos permitirá hacer la necesaria labor de profilaxia, sin olvidar, en la gran higiene, el empleo de las vacunas, que desde hace muchos años (por ejemplo, F. F. Russell, en 1913) se preconizan como favorables. Otra causa, si bien de mucha más importancia, habrá que vigilar en actitud expectante: relativamente a la edad preescolar, y por consiguiente, se podrá recurrir desde el segundo año a los métodos de profilaxia empleados en el adulto (vacunación, inmunizaciones) (88).

Kala-azar infantil.—El personal facultativo al que hemos aludido tantas veces, de esencial interés en el medio rural, al servicio de los Centros correspondientes dedicados en ellos a la higiene infantil, habrán de tener muy buena cuenta, desde el punto de vista práctico que les es propio, de la importancia grande de estos estudios de la parasitología infantil y de otras leishmanosis, realizados en España, y que por falta de espacio material no podemos sino encomiar y consignar aquí (89), (90), (91), (92), (93).

Infecciones crónicas.—Tuberculosis

La lucha antituberculosa en el medio rural, como en el urbano, en la edad preescolar o en cualquiera otra de la infancia, hállase estrechamente ligada a la organización de la lucha antituberculosa en general, de modo que resultaría absurdo el vano intento de crear una organización especial para este período de la vida infantil que ahora estamos considerando. Las medidas de profilaxia para el niño de uno a seis años se inspiran, en efecto, en los mismos principios que para el recién nacido y para el escolar, y si en los detalles de aplicación existen algunas diferencias, ello no es razón para suprimir la centralización de la lucha interesantísima que presenta grandes ventajas desde diferentes puntos de vista. Resumiendo, diremos que la acción antituberculosa en la edad preescolar, particularmente en el medio

que nos interesa, deberá realizar: 1.º El descubrimiento precoz de los enfermos o simplemente infectados. En este particular, hemos de citar con justo encomio, un concienzudo trabajo de Raffaele Paolucci y A. Busi, presentado al tercer Congreso de la Asociación Nacional Italiana contra la tuberculosis, en Octubre de 1929, sobre el descubrimiento radiológico de los tuberculosos latentes y de las lesiones primarias en los niños de un distrito rural italiano (94). Para considerar la importancia práctica de este interesantísimo trabajo, a nuestro objeto de estudio, podemos resumirle diciendo que la radiografía ha dado, como lesiones tuberculosas confirmadas (focos primarios, adenopatías traqueo-bronquiales, calcificaciones) un 6,5 por 100, y sospechosos un 4,1 por 100. En total global, 10,6 por 100 (la cifra de cutirreacciones es de 12,5 a 21 por 100, según que se tenga o no en cuenta los resultados debidamente positivos). La radiografía permite, pues, el descubrimiento de lesiones pulmonares en un mayor número que el examen clínico. 2.º La susstracción del niño al contagio familiar u otro cualquiera. Entre los varios trabajos, principalmente estadísticos, sobre este tema tan interesante, destaca por su admirable sistematización el de los especialistas H. Braeuning y Margarete Neumann, en el cual, y merced a un plan de estudio perfectamente organizado, se extrae la última y más interesante enseñanza de poder evidenciar que la mortalidad por tuberculosis es mucho mayor en los niños que conviven con tuberculosos, de modo que, el porcentaje de defunciones por tuberculosis en estos niños es siempre una cifra múltiple de la correspondiente a los niños no expuestos a aquel contagio. Treinta veces más elevada en los primeros (95). 3.º Intensificación de la inmunidad en los individuos infectados o amenazados. Para el descubrimiento de todos los infectados será preciso que el personal afecto del dispensario del Centro realice una tuberculinización sistemática de todos los niños, de uno a cinco años, una vez al año, en las consultas, repetimos, del mencionado dispensario, método este precioso que debe generalizarse. St. Engel, en un estudio sobre la tuberculosis oculta de los niños, aconseja, entre otras prácticas conducentes al descubrimiento de tan peligrosos enfermos, a esta práctica de la cutirreacción, como a la de la radiografía (96). E. Wieland considera, en un estudio muy importante a este objeto nuestro, el gran interés de la reacción de Pirquet en el diagnóstico de la tuberculosis infantil y en la lucha contra esta afección (97). Como aconseja este autor y otros, con la enseñanza de la práctica los niños de cutirreacción positiva pasan a ser examinados radiológicamente, y una infor-

DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA



VAGOTONIL

Extracto de BELLADONA LUNAL. (En grósculos de 4 a 12 diórtas.)

Extracto OVARICO total. (TIPO); Extracto de VALERIANA; Extracto de BELLADONA LUNAL.

DEL DOCTOR GRAÑO

mación hecha por la enfermera visitadora del dispensario, en el domicilio correspondiente al niño, nos dará a conocer si existe un origen de contagio familiar y si consecutivamente se imponen las medidas de separación. Estos niños, que han de ser vigilados especialmente, serán a su vez los primeros que se lucren de los evidentes beneficios de las obras que, con el fin de robustecer y afirmar la inmunidad del niño, se han instituido, cual los preventorios, las escuelas al aire libre (esto ya en la edad escolar), las colonias de vacaciones, etc. Cuanto hemos dicho relativamente a la higiene de la leche nutritiva del niño, debe también aplicarse en este lugar.

Esto nos hace conocer la necesidad de la más perfecta solidaridad, de una organización perfectamente sistematizada, en general, en la total obra de la sanidad nacional; y en este particular, entre la consulta de niños en la edad preescolar, que ha tenido lugar en el dispensario de higiene infantil, correspondiente al Centro rural, y el dispensario antituberculoso de la provincia, directamente dependiente de la inspección provincial de sanidad.

Esta relación habrá de ejercerse en dos sentidos: de información estadística y sanitaria del dispensario rural al provincial antituberculoso, y otra de este centro de superior preparación especial al dispensario rural, con aportación científica y directa de personal, cuando fuere preciso. De este modo, la colaboración del medio rural en la lucha antituberculosa será de un gran valor práctico, tanto como la defensa en el agro, donde prende y se difunde la terrible peste blanca, con más intensidad aun que en la ciudad, según hemos mostrado principalmente con los estudios de Stouman, frente a tan mortífera enfermedad, beneficiándose el medio campesino de la obra general de la lucha, con el traslado de sus enfermos y expuestos al contagio a las instituciones que al efecto sostiene la sanidad nacional para realizar la lucha antituberculosa, principalmente los preventorios y sanatorios (98).

Sífilis.—No tiene el interés extraordinario la lucha contra la sífilis en esta edad preescolar, que el justamente ponderado en la higiene de la maternidad y recién nacido, como hemos visto en el capítulo correspondiente. Por ello comprenderemos ahora cómo el descubrimiento de los casos de sífilis se realiza precisamente en las consultas de mujeres embarazadas y de recién nacidos, y en los primeros meses de la vida. Después del primer año, habrá que continuar el tratamiento comenzado hasta asegurarse, mediante una vigilancia clínica y suerológica suficientes, que se ha obtenido la curación definitiva. En todo momento, en la consulta de preescolares es claro que no hay que olvidar la importancia siempre del posible descubrimiento de un caso que pasó inadvertido y se revela merced a ciertos signos. Es de interés el trabajo de C. d'Alise sobre la significación de las erosiones dentarias en los niños heredo-sifilíticos (99). Este es el caso también de algunas formas de sífilis atenuada, que no aparece sino en la edad preescolar, y se manifiestan entonces por distrofias, trastornos endocrinos y, como nos da a conocer L. Queirat, psicopatías sifilíticas que pueden alcanzar gravísima significación (100). Así, pues, tratándose de estas afecciones, habrá de se-

guirse la pista a estos enfermos, con objeto de hacer la conveniente información familiar y consecutivamente un tratamiento de prueba en el niño. Claro está que esta investigación diagnóstica de la sífilis habrá de hacerse ineludiblemente siempre que nos hallemos frente a un anormal (ciego, sordomudo, atrasado, idiota). El examen suerológico deberá ser obligatorio (101), (102).

Cardiopatías y reuma

Estamos en la continuación necesaria de lo dicho sobre el particular, al ocuparnos en la edad primera de la infancia. No disponemos de otros medios de lucha que los de la pequeña higiene del doctor Ferrand, lo cual nos obliga más a redoblar la vigilancia necesaria, si así puede decirse, para descubrir en esta edad los casos larvados o que hayan pasado inadvertidos en la primera, para procurar, por cuantos medios estén a nuestro alcance, la curación de la enfermedad con que tal vez se palia o enmascara un ataque de reumatismo o el mismo ataque, disminuyendo cuantos riesgos de contagio pueda sufrir el enfermito y librándole inmediatamente del medio insalubre y causa la más probable de la afección, ya que de este modo, además de luchar contra la mortalidad infantil por esta causa y en esta edad, evitaremos, seguramente, la muerte, a causa de una cardiopatía a la edad de 10 a 15 años del sujeto que fué primeramente reumático en la edad preescolar.

Lucha contra la lepra.—Nada se dice, generalmente, sobre este tema, relacionado de un modo especial con los niños en esta edad, porque, evidentemente, esta lucha ha de estar organizada dentro de la campaña general antileprosa, la cual confirma que esta misma importancia de la profilaxia así reglamentada, la obligación de los facultativos y personal auxiliar del dispensario de higiene rural, anexionado al Centro de higiene correspondiente, a estrechar la vigilancia tras el hallazgo de casos posibles de esta enfermedad en los pequeños rurales, precisamente por las condiciones de higiene, defectuosas siempre y pésimas muchas veces en que se desarrollan, y a la vez recordar la importancia singular del diagnóstico precoz clínica y biológicamente del mal, porque es así cuando la obra profiláctica y terapéutica se realiza con eficacia, lo que tristemente no ocurre en los casos, lamentablemente frecuentes, de los diagnósticos tardíos (103).

El medio rural y los niños físicamente anormales

Sabemos que es precisamente la edad preescolar en la que, con más frecuencia que en otra alguna, se hacen aparentes y reclaman su tratamiento numerosos defectos de origen congénito, taras constitucionales, herencias patológicas y alteraciones del desarrollo. Basta sólo esto para conocer el interés extraordinario del tema. Es interesante, en efecto, descubrir y someter a un tratamiento, desde esta edad, las diferentes diátesis, exudativa, nerviosa, linfática, etc. Mediante consejos dietéticos o higiénicos en general, podremos,

sin dificultad acaso, evitar accidentes graves y mejorar la suerte de estos niños. Tal vez será indispensable separarles del medio familiar y tratarles en un preventivo, colonias de vacaciones, etc.

Los niños que tienen la doble desventura de su pobreza extrema y la anomalía de los miembros, hasta hoy, son abandonados y entregados a la caridad pública, cuando no explotados por los padres como causa de lástima y conmiseración. Estos niños, como tales criaturas, siquiera se hallen en el desamparo del medio rural deben ser atendidos, sometiéndolos a un tratamiento ortopédico seguido de una educación especial que les permita el mayor rendimiento posible de sus débiles miembros en establecimientos especiales que hoy exige la higiene social, situados en la vecindad de las grandes ciudades. En ellos recibirá el impedido el tratamiento físico y moral que necesita para ser un hombre útil a la sociedad y no un niño portoso en busca de la limosna y de la muerte.

Los niños que presentan anomalías visuales serán conducidos a las consultas oftalmológicas. Los ciegos a un asilo de ciegos donde reciban la debida instrucción. Así, cumpliendo estos deberes ineludibles de caridad cristiana hacemos una obra de profilaxia e higiene social, sustrayendo a esas infelices criaturas del peligro seguro en su abandono de la infección y de la muerte. Consideraciones análogas nos merecen los niños sordo-mudos. En realidad hemos de pensar que estos niños son accesibles a la medicina pedagógica, desde los tres años, esto ya en plena edad preescolar a los cinco, seis y siete años; en efecto, la receptividad pedagógica está muy desarrollada y conviene aprovechar esta condición favorable lo antes posible para adquirir rápidamente los primeros elementos del vocabulario de la lectura de los labios y de la palabra. Esta educación clara es que ha de recibirla el niño en los establecimientos a este fin creados. (104).

Organización práctica de la lucha en medio rural

Sabiamente afirma G. Clark Trotter: (105) «La coordinación de los métodos administrativos en la acción contra las infecciones y la mortalidad infantil», es tan esencial como posible y da a conocer una unidad orgánica perfectamente realizable que plasma la eficacia superior a los servicios hoy extendidos y ramificados.

Consultas.—El dispensario descripto realizará con las consultas la vigilancia del niño rural, que vive con sus padres o excepcionalmente con familia extraña, descubrirá los estados anormales, aconsejará a las madres, dirigirá los sujetos que tienen necesidad de tratamientos especiales a los establecimientos apropiados, y hará la labor profiláctica por todos los medios a su alcance.

La instalación y la organización de estas consultas para niños en la edad preescolar en medio rural, es la misma que la consulta para recién na-

cidos. Ambas serán dirigidas por el médico especializado del Cuerpo de Sanidad Nacional, como dijimos en el primer capítulo. Completado el personal con el auxiliar, también referido.

Desde el punto de vista de la más estricta higiene, claro es que, sería conveniente separar las consultas preescolares de las de los recién nacidos al menos, hacerlas en días u horas distintos; pero ocurre en la práctica con este sistema evidentemente higiénico, pues puede evitar a los pequeños el grave riesgo de causas de contagio un casi seguro fracaso. En efecto, tal separación, puede dar lugar a que muchas madres de varios hijos se contentaran con llevar a la consulta, solamente a los recién nacidos abandonando a los niños de más edad. Esta falta de interés de la madre por la consulta preescolar tiene en parte la explicación de las dificultades que pueden ofrecérsele a aquélla para llevar a ésta al niño preescolar por las dificultades del medio (malas comunicaciones, accidentalidad del terreno, etc.). Por esto hay que dar todo género de facilidades a estas madres y, a este fin, realizar a una hora la consulta de recién nacidos y de edad preescolar a otra.

La mayor parte de las madres no comprenden la utilidad de un examen regular de los niños de más de un año. Aceptan, sí, voluntariamente, los consejos facultativos para la crianza del niño de pecho, pero creen que una vez que éste anda, ya no tiene para qué acudir al dispensario a la consulta. He aquí una interesante propaganda que ha de hacer el dispensario para deshacer error tan generalizado y funesto en la lucha contra la enfermedad infantil y por consiguiente, mortalidad en medio rural. Hay que convencer a las madres que el hijo de dos años ha de ser visto en la consulta, moralmente, cada cuatro o seis semanas, visitas que en años sucesivos habrán de irse progresivamente espaciando.

En determinados casos puede ser conveniente la donación de primas para estimular así la frecuentación a las consultas; por ejemplo, a las madres indigentes que vienen de alguna distancia de penoso camino, con niños de dos a cinco años o con un recién nacido. En este aspecto podría convenir también, por la misma razón, que si la madre hubiera de recibir pensión

ORIGINALIDAD TERAPÉUTICA

Aceite hígado de bacalao Egabro, fosforado, aromatizado y dulcísimo. Única preparación mundial de tales caracteres. Adultos y niños lo toman como una golosina. Verdadera revolución terapéutica.

Halitol: Antiséptico, desinfectante y profiláctico originalísimo. Purifica, perfuma e inmuniza. El bactericida más nuevo y eficaz. Higiene íntima. Otitis, baños, heridas infectadas, etc. Infalible siempre.

Laboratorio Egabro

CABRA (Córdoba)
(ESPAÑA)

alguna de beneficencia o seguro, ya del Estado o de otra entidad, se hiciera efectiva en la consulta para llevar así obligatoriamente las madres a sus hijos.

Es absolutamente preciso que las consultas en una y otra edad en el dispensario ya se hagan al mismo tiempo, ya en horas o días diferentes sean realizadas y dirigidas por el mismo personal facultativo y auxiliar que hemos dicho; es una gran ventaja para el médico, ver a los niños desde su nacimiento y seguirles así largo tiempo cuanto sea posible, pues de este modo podrá conocer perfectamente bien al niño, desde el punto de vista médico. Y esta vigilancia y relación directa, como veremos oportunamente, no conviene que termine aquí, sino que debe continuar en la edad escolar estando al efecto en directa y continua relación el médico director del dispensario rural con el médico inspector de higiene escolar, que desde ahora hemos de decir que habrá de serlo el médico titular, inspector municipal de Sanidad, del pueblo correspondiente al Centro de higiene rural de que se trata. De este dichoso modo de centralización de un servicio tan interesante llega a conseguir la óptima condición de que la protección de la infancia se halla dirigida por un solo pensamiento, que puede dirigir y organizar así perfectamente la lucha contra la mortalidad infantil mediante este sistema más fácil de poner en práctica en los pueblos rurales, que en las ciudades grandes.

Por muy simple y modesta que la parvedad económica disponga la instalación de dispensario de higiene infantil, anexionado al Centro rural, no puede carecer de lo que es absolutamente necesario. Al lado de la sala de espera y cuarto o gabinete del médico, dos o tres locales de aislamiento para casos, por ejemplo, de niños en el período catarral del sarampión o de la caída de las costras de la varicela o con una angina diftérica. Desde el acceso al dispensario de los niños, a la entrada ya, la enfermera visitadora debe atender a si los niños que llegan presentan signos de enfermedad contagiosa, para en este caso separar al enfermito y aislarle en local conveniente hasta que llegue o le vea el médico. Claro que, en esta edad preescolar, el aislamiento es más difícil de obtener que en los de la primera edad y no obstante las instalaciones teóricamente perfectas como los «baxéés», se puede observar tal vez como ocurre que hay transmisión de enfermedades con ocasión de las consultas. Para reducir lo más posible estos contagios, es preciso procurar que nunca haya un número grande de niños reunidos. Para esto las consultas deberán hacerse con bastante frecuencia de modo que el número aproximado de treinta sea el mayor de cada sesión, para terminarla en dos o tres horas, lo que permite, en general, una consulta bien hecha. Desde luego será conveniente que estas consultas dispongan de una instalación de helioterapia artificial y si esto no pudiera ser, si que es necesario que el dispensario se halle en directa relación y lo más inmediata

posible, con un Centro que disponga de esta instalación, que puede ser el mismo Centro rural

La inscripción de los niños en la edad preescolar en el dispensario de higiene infantil, se hará como hemos dicho al hablar de esto en la primera infancia, se hará por medio de la ficha individual; cada uno su ficha que es continuación de la del primer año, y en la que se anotarán, con intervalos regulares, las enfermedades y la vacunación. Esta misma fecha, llegado su poseedor a la edad escolar, se completará con la información correspondiente del inspector médico escolar que, a este efecto, estará en relación inmediata, como hemos dicho, con el médico director del dispensario de higiene infantil.

El examen general del niño, que se realiza en la consulta, necesita no rara vez ser completado con otras exploraciones clínicas que constituyen exámenes especiales (otorrinolaringológico, oftalmológico, radiológico, etc.). En cuanto al examen radiológico, y de un modo general por cuanto concierne a la lucha antituberculosa, hay necesidad de una perfecta e íntima relación, como ya indicamos, con el dispensario antituberculoso de la provincia, en el caso en que no hubiera otro más inmediato en la misma provincia, en un Centro secundario de higiene rural.

Sería conveniente que en cuanto a los cuidados dentarios de tanta necesidad en los niños, ya en esta edad, la consulta del dispensario se hallara en relación con las clínicas dentales creadas al efecto en un Centro secundario, si eso fuera posible, o cuando menos, en la Sección de puericultura de la inspección provincial de Sanidad.

El estado mental de los niños exige una vigilancia tan continuada como sea posible. A este fin, es muy conveniente que el médico del dispensario de higiene rural, tenga algunas nociones de psicología y de psiquiatría infantiles y saber, con la ayuda de «tests», señalar el grado de desenvolvimiento o desarrollo intelectual. Procurará así hallar cuan precozmente sea posible, al niño anormal para dirigirle al dispensario de higiene mental (que habrá de crearse con toda urgencia) donde se les diagnosticará y clasificará definitivamente.

Una de las labores de más importancia en las consultas en la edad que nos ocupa, es la organización de las vacunaciones. El médico de la consulta (siempre en mayor relación con las familias) es el más apto para hacer la constante propaganda necesaria e indicar los niños que han de vacunarse que no otro médico. Si no obstante la conveniencia de este principio centralizador de las vacunaciones en la consulta hallara una resistencia, tal vez por la clase médica, sindicada o no, fácilmente se salvaría este obstáculo sin duda egoísta en bien de todos, haciendo obligatoriamente que la vacunación formara parte del trabajo profiláctico de las consultas.

Complemento interesantísimo del trabajo de defensa contra la mortalidad infantil realizado en el dispensario, se halla en la visita a domicilio que realiza la enfermera visitadora o instructora. La experiencia ha demostrado

que, sin estas auxiliares, la consulta del dispensario de higiene rural infantil, cual la consulta de otro dispensario, será ineficaz desde el punto de vista de la lucha, o esencialmente profiláctico; y, la consulta, muy pronto abandonada por las madres; y es que, la visita regularmente practicada a domicilio por estas auxiliares, es precisamente la condición esencial para el funcionamiento de la vigilancia sanitaria de los niños.

IV

LA LUCHA CONTRA LA MORTALIDAD INFANTIL EN MEDIO RURAL EN LA EDAD ESCOLAR

Si nosotros trasladáramos aquí un compendio de cualquiera de tantos tratados de perfecto estudio de higiene escolar, estaríamos ya fuera del objeto fundamental de este trabajo sobre crítica de las causas de mortalidad infantil en medio rural

Hemos para esto desarrollado un programa tan completo como nos ha sido posible de profilaxia frente a las causas de mortalidad; programa que ahora continuamos sin interrupción ni salto; pues, que, más que ninguna otra razón, nos ha obligado a ello la necesaria razón de método, decidiéndonos a la división de aquel programa, según las edades admitidas en la infancia. Y nos hallamos que, en la edad última infantil propiamente dicha, que abarca de seis o siete años a los trece, nada hay específicamente distinto en la campaña que hemos emprendido frente a las causas de muerte, y sí lo observado en la edad preescolar completado en esta que ahora nos ocupa, con la interesantísima actuación del médico escolar que en nuestros municipios rurales ha de ser el inspector municipal de Sanidad

(Concluirá)

NOTAS E ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO

(61) *La vacunación antidiftérica.* R. Degkwitz. «Klinische Wochenschr.» T. IV, p. 1.197, 1925.

(62) *Profilaxia de la difteria por la vacunación en Ginebra y Suiza,* por Audeoud. «Rev. int. Infant.» T. XI, p. 188, n.º 62. II-1931.

(63) *Inmunización cutánea contra la difteria por el procedimiento de Löwenstein,* por L. Cartagenova y P. Perantoni. «Higiene Moderna». T. XXIV, p. 42, n.º 2, 1931.

(64) *Nuevos resultados de la profilaxia de la difteria,* por E. Löwenstein. «Münchener Medizinische Wochenschrift.» T. LXXVII, p. 883, 1930.

(65) *Reacción de Schick en los niños en Bandoeng,* por N. Van der Walle. «Mededeelingen van den Dienst der Volksgezondheid in Nederlandsch-Indie». T. XVIII, p. 367, n.º 3, 1929.

(66) *Hasta dónde puede ser suprimida la difteria por medio del empleo de la prueba de Schick y de la vacunación con la toxina anti-toxina,* por Frederik W. Sears. «Public-Health» (Michigan). T. XIV, p. 27-28.

(67) *A propósito de la inmunización activa contra la difteria,* por R. Kochmann. «Klinische Wochenschr.» T. IV, p. 1.914, 1925.

(68) *Vacunación obligatoria contra la difteria.* Na fronte Zdravoochranemia. N.º 17. Moscú, 1930.

(69) *Les fluctuations saisonnières de la réaction de Schick chez les enfants polonais.* Note du Dr. St. Tubiasz au Com. de l'Off. Int. d'Hyg. Publ. Octobre, 1932.

(70) *Observaciones sobre la reacción de Schick y su relación con la epidemiología. Algunas indicaciones relativas a la higiene pública en Inglaterra y en el País de Gales.* Off. Int. d'Hyg. Publ. P. 454. t. de 1927.

(71) *Sobre la inmunización activa contra la difteria,* por G. Tatarano. «*Igiena Sociala*». T. I, p. 562, n.º 7, 1931.

(72) *La vacunación antidiftérica en Bogotá (Colombia),* por A. Pena Chavarria, O. Vargas e I. Moreno Pérez. «*Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. T. X, p. 835, n.º 7, 1931.

(73) *Un ensayo de inmunización activa de los niños contra la escarlatina en Moscú,* por S. Kersch y Mme. A. Spirina. «*Higiene y Epidemiología*». XII-1928.

(74) *La inmunidad de los recién nacidos y de los niños para la fiebre escarlatina,* por Paunz Csoma. «*Klin. Woch.*» Vol. 6, p. 519, 1928.

(75) *¿Debe ser menos riguroso el aislamiento en la fiebre escarlatina?* por Holst, J. Precentine. «*Med. Baltimore*». Vol. I, p. 279, 1927.

(76) *Informes sobre los trabajos del Instituto de Higiene de Varsovia, relativos a la etiología, patogenia y terapéutica de la escarlatina,* L. Hirszfild. «*Seuchenbelfung*». Vol. VI, p. 215 a 222, 1929.

(77) *Sobre la etiología y profilaxia del sarampión,* por S. J. Zlatogoroff, A. E. Burowa y S. J. Nasledyschewa. «*Zeitschrift f. Hygiene u. Infekt.*» T. CVIII, f. 3, p. 492.

(78) *El valor preventivo y curativo de la vacuna contra la coqueluche,* por Helene M. Brower Fromann. «*Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*». P. 142. 9-I-1926.

(79) *La leyenda del cambio de aire para los niños atacados de coqueluche. Sus consecuencias funestas para la higiene rural. Necesidad de una nueva reglamentación de las medidas de profilaxia de esta enfermedad,* por Fernand Barbary. «*Bull. de l'Acad. de Médecine*». T. XCIV, p. 936, n.º 34. 27-X-1925.

(80) *La vacunación en la coqueluche,* por W. Enklaar. «*Nederlandsch Tijdschrift voor geneeskunde*». P. 349. 23-I-1926.

(81) *Relación entre las temperaturas elevadas y la morbilidad y mortalidad infantiles por gastroenteritis,* por Enry F. Helmoltz. «*Jour. of Am. Med. Ass.*» 17-X-1914.

(82) *Utilité de la refrigeration de la chambre d'enfant,* par E. Appert. «*Le Froid*». P. 389, 1913.

(83) *Mortalité infantile par gastro-enterite dans le nord de la France et la loi de 1905,* par A. Bordas et A. Bonn.

(84) *La fièvre tyfoïde du nourrisson,* par Tuqety. «*Oeuvre Nationale de l'Enfance*» 13 année, p. 293, n.º 8. V-1932.

(85) *Vacunación antitífica de los niños,* por F. F. Russell. «*Jour. of Amer. Med. Asso.*» LX, n.º 5. I-1913.

(86) *Disenteria bacilar en los niños en Chile,* por B. Garcer. «*Rev. Inst. Baet. Chile*». T. II, p. 45. IV-1931.

(87) *Disenteria bacilar en Bahía, en los recién nacidos,* por Montayao Gesteira. «*Pediatría Práctica*». T. III, p. 1, 1930.

EL MAS COMPLETO Y PODEROSO RECONSTITUYENTE

HEPATORRADIL

(Síntesis in vitro de los principios activos del aceite de hígado de bacalao, según fórmula y procedimiento del Dr. GRAINO)

COMPOSICION: MALT'A IRRADIADA con longitud de onda precisa - Extracto de hígados frescos de ternera - Iodo yodo genérico (metodo BEAUDIN y COURTOIS) - FOSFORO CALCIO y Jarabe de Rabano perfectamente

VITAMINAS A y D, más elementos utiles asimilables

Precio: 4,15 Pesetas el frasco

PRODUCTO GENUINAMENTE ESPAÑOL

Laboratorio GRAINO

HEPATORRADIL

- (89) *Algunas consideraciones del kala-azar en España*, por S. de Buen. «Revista de Higiene y de la Tuberculosis». Año 15, n.º 173. Valencia, 31 de Octubre de 1922.
- (90) *Distribución de algunas enfermedades parasitarias en España*. «Anales de Parasitología humana y comparada». T. II, n.º 1. Enero, 1924.
- (91) *Leishmaniosis infantil*, por R. Jemma. «Reforma Médica». Año 46, n.º 49. 8-XII-1930.
- (92) *Sobre la leishmaniosis infantil y canina en Riga*, por R. Adelheim. «Arch. Schriffts. U. Tropen. Hyg.» T. XXVIII, p. 367, 1924.
- (93) *Tratamiento del kala-azar en el niño*, por Giraud y Mlle. Coulange. «La Presse Medicale». 3-II-1932.
- (94) *Descubrimiento radiológico de los tuberculosos latentes y de las lesiones primarias en los niños de un distrito rural italiano*, por Rafael Paolucci y A. Busi. Comunicación al tercer Congreso de la Asociación nacional italiana contra la tuberculosis. 6 a 9 de Octubre. T. VII, p. 3, 1-I-1930.
- (95) *La suerte de los niños que conviven con un padre atacado de tuberculosis abierta e influencia que el médico puede tener sobre esta suerte*, por H. Braeuning y Margarete Neumann. «Zitschrift für Tuberkulose». T. LIII, p. 385-426, 1929.
- (96) *La tuberculosis oculta de los niños*, por St. Engel. «Tuberkulose». Vol. III, p. 19 fig. Leipzig, 1930.
- (97) *Importancia de la reacción de Pirquet en el diagnóstico de la tuberculosis infantil y la lucha contra esta infección*, por E. Wieland. «Schweizerische Medicinische Wochenschrift. T. LVII, p. 1.149-1.153, 1928.
- (98) *Resultados relativos a la tuberculosis en los niños de los Sanatorios del Cantón de Grisons*. «Rev. Suiza d'Huy.» 8.º año, p. 676-717, 1928.
- (99) *Valor y significación de las erosiones dentarias en los niños heredo-sifilíticos*, por C. Alise. Conf. Defensa social contra la sífilis. Nancy. Comunicaciones verbales, p. 230.
- (100) *Las consultas de los recién nacidos y los heredo-sifilíticos*, por Adrián Bayet. «Bull. Int. de la protection de l'enfance». P. 73, n.º 12. 28-II-1923.
- (101) *La lucha contra la sífilis hereditaria en los países escandinavos*, por Ehlers. Conf. Defensa social contra la sífilis. T. 1.º. V-1928.
- (102) *La heredo-sífilis y sus relaciones con la mortalidad infantil*.
- (103) *Estudios sobre el comienzo de la lepra en los niños de padres leproso*, publicado en «The Philippine». «Journal of Science». Vol. 31, p. 115, n.º 2. X-1926.
- (104) *Los niños débiles en New York*. «Child Health Magazine». P. 153, n.º 34. 28-II-1925.
- (105) *Coordinación de los métodos administrativos en la acción contra las infecciones y la mortalidad infantil*, por G. Clark Trotter. «The Journal of State Med.» XXIII, n.º 7, 1915.

ORTHOMIL

Producto del Laboratorio Cántabro.

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Santander.

Sesiones clínicas del Instituto Rubio

DOCTOR GONZALEZ VILLANUEVA.—Cuerpo extraño—tornillo—extraído de fosa nasal.—El interés de este caso estriba en que habiendo visto a esta niña de cinco años, portadora de este cuerpo extraño en fosa nasal derecha; en varias consultas de la especialidad a nadie se le ocurriera pensar en su existencia, cuando es de sentido común rinológico *adivinar* los cuerpos extraños ocultos en fosa nasal sólo con presentarse un niño con síntomas de supuración, sangre e incluso mal olor, como en este caso, sucediendo todo ello únicamente en un lado de la nariz. El niño, bien porque no se da cuenta de lo que hace o porque teme el castigo de sus mayores, nunca dice nada cuando se mete un cuerpo extraño en su fosa nasal; de aquí la necesidad de pensarlo el rinólogo por cuenta propia.

Un mes llevaba la niña con esos síntomas sin que ningún tratamiento diera mejoría alguna, preocupando a su madre, además de su rebeldía a curarse, el anuncio de que tenían que hospitalizar a su niña para operarla.

Con la casi seguridad de que se trataba de un cuerpo extraño, sin verlo, pasamos nosotros por la parte alta de la fosa nasal afecta, un estilete curvo; llegamos con él a naso-faringe y lo sacamos con su concavidad dirigida hacia adelante, con lo que arrastramos hacia afuera el tornillo situado entre cornete inferior y tabique nasal, el cual no podía verse por estar cubierto de pus y rodeado de una mucosa inflamada, granulante, casi fungosa, resultado de la acción irritante del mismo.

DOCTOR GONZALEZ VILLANUEVA.—Huesecillo enclavado en estrecho aórtico. Mujer de 64 años, que el día de San Isidro notó, comiendo, pinchazos en la garganta al deglutir una cucharada de caldo con patata y verdura, al cual le habían añadido un hueso de cordero. Observó al poco tiempo dificultad y molestias al paso de los alimentos y supuso había tragado un trocito de dicho hueso.

Por imposibilidades, de momento no se pudo hacer una radiografía. La practica-mos una esofagoscopia, y encontrándose el cuerpo extraño que presenta, consistente en un trocito de hueso alargado y puntiagudo en sus dos extremos, clavado, formando puente antero-posterior en el lado izquierdo del esófago, a unos 23 centímetros de la arcada dentaria, sitio aproximado del cruzamiento del cayado aórtico, el cual comunicaba al cuerpo extraño su latido.

CESARKIN

PRECIO: 6 PESETAS

Tónico en forma granulada de aspecto y sabor grato; compuesto de arsénico, fósforo, calcio, estricnina, quina y vitaminas

MUESTRAS Y LITERATURA:

A. MARTÍN MATEO

Santiago, n.º 41 - VALLADOLID

Lo extragimos lentamente, una vez cogido con una pinza, porque sus puntas rozaban las paredes del esófago y temíamos traumatizarlo. Aun así no pudimos evitar que al pasar por el istmo de las fauces se clavase entre la amígdala derecha y base de la lengua, donde quedó detenido, teniendo que soltarlo de la pinza extractora. Lo buscamos nuevamente en faringe encontrándolo en el sitio indicado, desenclavándolo de su nueva localización, sacándolo a través de una espátula de Chevalier-Jackson. La enferma no ha tenido ninguna complicación.

DOCTOR PALLARES.—Traumatismo de cráneo.—Se trata de un enfermo de 29 años de edad, obrero del campo, que recibió un golpe en la cabeza con el borde de una pala, produciéndole una lesión en región parietal con hundimiento de huesos, pérdida inmediata de conocimiento y hemorragia profusa. Ingresado en una clínica, le practicaron una extracción de secuestros, sufriendo como complicación, una infección grave que produjo gran supuración de la herida. El médico diagnosticó meningoencefalitis supurada, muy grave. Pasó mucho tiempo hasta que pudo abandonar la clínica al parecer curado, pero pasados cuatro meses comenzaron los ataques de epilepsia jacksoniana, haciéndose cada vez más frecuentes y coincidiendo con parálisis contractual de brazo y pierna izquierdos. Todo esto le inutilizaba para el trabajo y le decidió a presentarse en la consulta de Cirugía de este Instituto.

Al reconocerle encontramos una brecha alargada en región parietal que se prolongaba hacia arriba y atrás. A nivel de zona motriz una parte blanda y depresible del tamaño de una pieza de diez céntimos con pulsaciones muy apreciables. Dedos y mano en flexión con todo el miembro agarrotado; extremidad abdominal contracturada, trastornos de sensibilidad y exaltación de reflejos. Estudiado este enfermo por el doctor Gómez Merino, confirma el diagnóstico de epilepsia por compresión cortical y aconseja la operación, dándole ingreso en enfermería. Durante su estancia para prepararle a la intervención, tuvo días en que sufrió cinco ataques convulsivos.

Naturalmente, en este caso teníamos la duda de que el proceso de meningoencefalitis supurada que ha padecido, hubiera dejado cicatrices en el tejido nervioso cortical, imposibles de extirpar sin destruir las circunvalaciones de zona motriz. En este caso la curación sería imposible por ningún medio. Solo en el caso de lesiones meníngeas que actuaron por compresión sería eficaz la intervención quirúrgica, pero la situación del enfermo aconsejaba una inspección directa para obrar según aconsejaran las cicatrices.

En la operación se descubrió ampliamente la zona afectada por un colgajo que comprendía la pérdida de sustancia ósea, y después de agrandar el agujero que ya traía, nos encontramos una tumoración blanda y fluctuante, una cavidad quística que al incidirla nos dió un líquido hemático. Alrededor de este quiste, tejidos fungosos de tipo inflamatorio.

La interpretación de estas lesiones, creemos es la siguiente: A consecuencia del traumatismo tuvo un hundimiento del hueso con hematoma meníngeo que se infectó y supuró, después se formó la cavidad quística (quiste hemático) causante de la irritación cortical permanente (parálisis contractual). Cuando por cualquier circunstancia

ELIXIR "RECA"

Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

aumentaba la tensión del líquido, se provocaban los accesos convulsivos con todas sus consecuencias.

Desde que se operó no han vuelto a presentarse los accesos, y aunque tiene algún hormigueo y calambres pasajeros en los miembros afectados, han desaparecido las contracturas y la exploración de reflejos da resultados normales. Aun ha pasado poco tiempo, pero todo hace suponer que este enfermo pueda volver a su trabajo en el campo.

DOCTOR YAGÜE.—De todo ello se deduce en mi opinión una enseñanza muy estimable: que los diagnósticos en estos casos se obtienen siempre por los síntomas de compresión. Por lo tanto la afirmación a que se llega es compresión de un territorio cerebral, cuyo sitio permiten localizar las perturbaciones que se observan de sus funciones, pero sin orientar acerca de su naturaleza.

Este caso y según la regla general—cuya excepción más común se halla cuando existen datos particulares, como sucede si hay signos o antecedentes de infección específica, lo que permite presumir que la localización sea del tipo de las sífilis terciarias—, no se puede conseguir como en los más, esclarecer la naturaleza de la masa compresora, sino simplemente determinar su existencia y localización.

Esto tiene gran interés terapéutico, porque si los síntomas consecuencia de la irritación que origina la masa compresora, no son capaces de permitir descubrir su naturaleza, con excepción de cuando acontezca la circunstancia antes mencionada de infección a base de espiroquetas u otra análoga, la terapéutica médica solo logrará a lo más apagar los síntomas motores, sin influir sobre el proceso fundamental. Y habrá por ello siempre un margen positivo de utilidad en el empleo de la terapéutica quirúrgica, la cual será curativa cuantas veces la naturaleza del proceso permita la actuación radical y tendrá solo la condición de paliativa sino es dable lograr este fin, sin que tales resultados puedan ser determinables antes de la intervención.

Tales son las únicas consecuencias que alcanzaría a saber sacar de este caso, en documentación de médico general poco documentado.

DOCTOR PALLARES.—Cuando este caso se da por un proceso que no es traumático, que no ha habido hundimiento de huesos, naturalmente, las lesiones que

Imprenta Castellana

ofrece su incomparable instalación tipográfica, con toda la maquinaria y material renovados.

Cuenta con máquinas automáticas para grandes tiradas. - Talleres de Encuadernación, Estereotipia y Fotograbado, montados con los últimos perfeccionamientos del Arte de Imprimir.

Didan una demostración de cualquier trabajo.

*Montero Calvo, 17. - Apartado de Correos 27.
Teléfonos 2238 y 2239. - Valladolid.*

puedan desarrollarse a nivel de zona motriz pueden ser de distinta naturaleza. Si antes se comprueba una infección de tipo luético, entonces, con poco campo para el cirujano, todo se reduce a hacer un tratamiento específico y los resultados dependerán de que sea una lesión que se reabsorba y se modifique totalmente por el tratamiento específico o deje una verdadera lesión cicatricial que afectando ya a la intimidad del tejido cerebral, sea una lesión que pueda considerarse incurable.

En este caso, las dudas eran sólo sobre lo que podía haber pasado como consecuencia de la infección. Si todo se hubiera reducido a una secuestrectomía y no hubiera habido episodio infectivo, hubiéramos tenido la idea de que todo lo que pasaba era de índole mecánica, de tipo irritativo de zona motriz. Pero la duda nuestra era que por el proceso infectivo y supurado que siguió a la secuestrectomía, se hubiera alterado ya la intimidad de la estructura del tejido nervioso y nos encontraríamos con una cosa definitiva. Lo que no puede hacer un cirujano es meterse por zona motriz y por la operación ir a una destrucción permanente, que sería agravar la situación del enfermo.

En este caso nosotros hemos tenido la fortuna de que todo haya sido en meninges y que hayamos encontrado un quiste que se abrió con la tijera y dejó salir el líquido seroso que suele encontrarse como consecutivo a la reabsorción de hematoma y por tanto, ese era el mecanismo de que se produjera la irritación y el síndrome del acceso epiléptico.

El quiste tenía el tamaño de una almendra y alrededor de él había tejido fungoso y tejido blanco de irritación.

DOCTOR BERTRAN.—Presenta un enfermo operado de un tumor maligno de fosa nasal por vía trans-maxilo-nasal.

Se trata de un enfermo que tiene como antecedentes que a la edad de 20 años tuvo un pólipo en la fosa nasal derecha, operado por vía natural y sin que volviese a notar molestia alguna hasta hace 8 o 10 meses (en la actualidad tiene 55 años), en que apreció que no respiraba bien por el lado derecho de la nariz y que con frecuencia tenía hemorragia, algunas de las cuales costó trabajo cohibir. Yendo en aumento varios síntomas, se decide a venir a nuestra consulta del Instituto.

Por inspección se nota un ligero exoftalmo del lado derecho con abultamiento no exagerado del pómulo y propulsión del hueso propio derecho. A la palpación se nota destrucción de la apófisis ascendente del maxilar y muy rugoso el reborde orbitario inferior.

Rinoscopia anterior: Pared externa de la fosa nasal empujada toda ella hacia el tabique, apareciendo una masa humoral entre ambos cornetes que llena la parte alta de la fosa nasal y sangra abundantemente con gran facilidad.

Rinoscopia posterior: El cavum lleno de mucosidades sanguinolentas, apenas si permite ver que existen masas vegetantes que ocultan el cornete medio.

Se hizo una radiografía que puso de manifiesto una opacidad interna del seno maxilar derecho y células etmoidales correspondientes y una sombra que llega hasta suelo de órbita y tabique nasal.

Todas las reacciones específicas de la sífilis fueron negativas.

Biopsia: Epitelioma pavimentoso sin globos, pero con abundantes mitosis.

Durante varios días estuvo sometido a un tratamiento interno de calcio y hace 8 días se llevó a efecto la intervención.

Se hizo la operación que el doctor Moure denomina trans-maxilo-nasal con anestesia general con la pipa de Dellet y previo taponamiento faríngeo y bucal. Una vez

despegados los tejidos blandos y puesta al descubierto la cavidad naso-maxilar, nos encontramos con una enorme masa tumoral que llenaba toda la cavidad e invadía suelo de órbita y tejido de la cavidad orbitaria, estaba destruida la apófisis ascendente del maxilar. el hueso propio, células etmoidales y parte interna del reborde orbitario.

En medio de una gran hemorragia que nos hizo aligerar para evitar un contra-tiempo, se extirpó lo más completamente posible la neoplasia, terminando la intervención con un taponamiento apretado y restitución a su posición normal de la nariz.

En las primeras 24 horas, tuvo el enfermo dos hemorragias que se dominaron con los medios corrientes y en la actualidad está próximo a ser dado de alta para enviarlo a que le hagan radioterapia profunda, pues no nos hacemos ninguna ilusión respecto al resultado curativo de la intervención.

Esta es la cuarta o quinta intervención de este género que hemos realizado en este Instituto.

DR. B. DE M.

Eficaz e inocuo tratamiento

se obtiene con el empleo de la **ANTIBLEFARINA KIRCHNER** en las
BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERATITIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ULCERAS
" HERIDAS DIFERENCIAS 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:

ANTIBLEFARINA
OFALMOTERÁPICOS KIRCHNER - León XIII, 7 - Barcelona

Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

Efectos terapéuticos

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

INDICACIONES

- 1.^a 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.^a En las infecciones del aparato digestivo y muy especialmente en la litiasis biliar, colecistitis, angiocolitis (con preferencia en caso de cólico hepático).
- 3.^a 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 sulfconjugación de los productos microbianos.
- 4.^a En muchas dermatosis, como depurativo general, modificador del medio intestinal y antiséptico hepático-renal.

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

SPASMOSÉDINE

EL PRIMER SEDATIVO Y ANTIESPASMÓDICO ESPECIALMENTE PREPARADO PARA LA TERAPEUTICA CARDIO-VASCULAR



SEDATIVO
CARDIACO

LABORATORIOS DEGLAUDE .PARIS
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS

Agente general para España: **J. M.ª BALASCH**. Avenida 14 de Abril, 440-BARCELONA
Muestras y literatura a disposición de la clase médica.

II Congreso Neurológico Internacional

Tuvo lugar este Congreso en Londres, desde el 29 de Julio hasta el 2 de Agosto próximo pasados; en el primero de esta naturaleza que se celebró en Berna en el año 1931—y al que también asistimos entonces enviados por la Facultad de Medicina de Valladolid y al de este año por la de Sevilla—se acordó que fuera la capital de Inglaterra su próxima sede, para honrar la memoria del famoso neurólogo inglés Jockson, cuyo centenario se celebra precisamente en el corriente año.

Ha sido Presidente el doctor Gordon Holmes, de Londres, como Vicepresidente figuraba por España el doctor Lafora y Secretario general fué el doctor Kinnier Wilson. La asistencia ha sido numerosa por casi todos los países, aunque sin llegar al gran éxito que en este aspecto alcanzó el de Berna; representando a España íbamos Lafora, Rodríguez Arias, Prados Such, yo y colaboradores de los tres primeros.

Todas las reuniones científicas tuvieron lugar en el gran Salón de Actos de la Universidad o en sus Aulas, por la mañana, y por la tarde de todos los días citados, salvo el 31 de Julio, que se dedicó a excursiones a Oxford y Cambridge.

La primera ponencia oficial era EPILEPSIAS, y en su discusión se ocupó el primer día del Congreso, estudiando todos los aspectos de esta tan interesante cuestión. Spiegel, Minkowski, Marines, Muskens, etc., fueron entre otros los principales referentes oficiales.

El segundo día por la mañana se discutió la segunda ponencia oficial, que versaba sobre FISIOPATOLOGIA DEL LIQUIDO CEFALO-RAQUIDEO. Cairns, Kafka, Foerster, etc., participaron en la discusión. Por la tarde de este día, en las distintas secciones del Congreso, se leyeron numerosas comunicaciones que tocaban los puntos más interesantes de la Neurología. Prados Such habló sobre Alteraciones cerebrales en los animales decapsulados. Obrador sobre Acción potencial en el simpático lumbar del gato.

La tercera ponencia oficial LAS FUNCIONES DEL LOBULO FRONTAL, fué objeto del tercer día por la mañana, y estuvo a cargo de Barre, Donaggio, Clovis Vincent, Claude, entre otros. Por la tarde continuó en las diferentes secciones la lectura de comunicaciones.

El HIPOTALAMO Y LOS CENTROS DEL SISTEMA AUTONOMO fué la cuarta ponencia oficial, siendo desarrollada por Kapers, Hess, Lhermitte y otros. Por la tarde de este día, el último continuó la lectura de comunicaciones. Rodríguez Arias y colaboradores leyeron sobre Contribución al estudio de la terapéutica quirúrgica de la epilepsia.

Además de las excursiones ya citadas, constituyeron parte del programa de fiestas anejo al Congreso, la recepción que en nombre del Gobierno inglés dió el Ministro de Sanidad la primera noche, las de los Reales Colegios de Médicos y Cirujanos, de la British Medical Association, de la Real Sociedad de Medicina y el Banquete Oficial. En la reunión de la British Medical Association disertó el famoso neurólogo alemán Foerster sobre la corteza motora del hombre a la luz de las doctrinas de Jackson.

El doctor Félix Antigüedad

Era yo niño; comenzaba, si mal no recuerdo, el primer año de Medicina, y el nombre de Félix Antigüedad me era ya grato y conocido; lo pronunciaba con mucha frecuencia mi padre, médico titular muchos años, hasta que nosotros, sus hijos, ya mayorcitos, fué preciso cambiar la titular por el cargo en Madrid de médico de sociedad, con sus buenos 15 a 20 duros de sueldo al mes, por visitar de 300 a 400 familias (todavía hay médicos viejos que harán crédito a lo que digo), para poder así darnos carrera. Por entonces, repito, los nombres de Félix Antigüedad y Joaquín Corral eran familiares a mis oídos, porque en unión de mi padre, fueron quizá los primeros que con la pluma, con la palabra y con los hechos, trabajaron por lograr la reivindicación de los médicos de Sociedad de Madrid; desde entonces he seguido el curso y la labor que ha desarrollado Félix Antigüedad; Joaquín Corral y mi amado padre, desaparecieron para no volver más; Félix Antigüedad, con sus 80 años, aun sigue en el yunque trabajando, no para él, que a sus 80 años, como él muy bien dice, ya no quedan amistades y sí desengaños, sino para los demás, para sus compañeros sanitarios y para la Sanidad nacional.

Es y ha sido Félix Antigüedad, durante los 25 años que yo he seguido su labor, el escritor y trabajador constante y machacón, siempre en beneficio de los Médicos. Modelo de caballero y espejo de hombres honrados, ejerció su profesión con tal alteza de miras, que bien pudiera servir de ejemplo como maestro de generaciones sucesivas en estos tiempos en que la moral médica está tan resquebrajada, que tiene que ser sometida a examen en un Congreso médico próximo a realizarse; pero con ser sus virtudes médicas y personales de tal alcance, su labor periodística y como escritor médico ha resonado si cabe tanto o más, ya que de su pluma han salido centenares de trabajos en múltiples Revistas médicas y profesionales; ha sido, en una palabra, una vida consagrada al trabajo en beneficio de sus compañeros y de la Sanidad; pocos en nuestra clase podrán decir lo mismo.

En **El Eco Médico-Quirúrgico**, de Valladolid, a iniciativa de otro veterano de tantos méritos como Félix Antigüedad—he nombrado a Angel de Diego, médico de Valdemoro, de todos también bien conocido—ha partido la idea de rendir un homenaje a Félix Antigüedad; la iniciativa ha sido secundada inmediatamente, y como era de esperar, por el Colegio de Médicos de Salamanca, provincia donde reside actualmente Félix Antigüedad, por su digno Inspector Provincial de Sanidad y por múltiples compañeros más, que sabedores de lo justo y equitativo que será este homenaje, se apresuran a ofrecer su adhesión incondicional. No podía faltar la de Primitivo Barrio y Peñarredonda, y ya que él no la puede hacer, ha de ser su hijo, el que, en su nombre, se apreste a contribuir en toda la medida de sus fuerzas a que el proyecto se convierta rápidamente en realidad. Pero seamos prácticos; lo primero que hace falta es recoger iniciativas, y para ello nada mejor que una Comisión, que pudiera muy bien ser la redacción de **El Eco Médico-Quirúrgico** o la directiva del Colegio de Médicos de Salamanca, empiece a actuar rápidamente; manos, pues, a la obra.

Por nuestra parte, ofrecemos comunicar inmediatamente a la Asociación de Escritores Médicos la iniciativa; aun no perteneciendo Félix Antigüedad a esta Aso-

ciación Nacional, estamos seguros de que la Asociación de Escritores Médicos, a cuya directiva pertenecemos, sabrá acoger con entusiasmo la idea y recoger en su seno a Félix Antigüedad, tan merecedor de figurar entre sus miembros de mérito, al mismo tiempo que contribuye a dar esplendor al acto que tan justamente se proyecta en honor y homenaje de Félix Antigüedad.

Por bueno, por caballero, por sabio, por amante de su profesión, por modelo de compañeros, por los beneficios que a la Sanidad su pluma ha reportado, por una vida entera consagrada a un mismo fin, Félix Antigüedad es merecedor de que todos los médicos españoles se asocien a su justo homenaje.

DOCTOR BARRIO DE MEDINA

Al dar cabida en las páginas de REVISTA CLINICA CASTELLANA a las sentidas cuartillas que nuestro colaborador doctor Barrio de Medina dedica al doctor Félix Antigüedad, nos sumamos muy complacidos a esta manifestación de simpatía que en justicia se ha de tributar al batallador médico salmantino (N. de la R.).



En los trastornos gástricos de todas las edades, en las digestiones difíciles, unas pocas gotas de

PEPTOPANCREASI SERONO

después de las comidas, alivian los sufrimientos y normalizan el quimismo gástrico.

PARA MUESTRAS, LOS SEÑORES MÉDICOS PUEDEN DIRIGIRSE A LAS OFICINAS DE PROPAGANDA DE LA CASA LEPORI,

BARCELONA: Pelayo, 62.—BILBAO: Ercilla, 16.—MADRID: Plaza Canalejas, 6
SEVILLA: Martín Villa, 7.—VALENCIA: Plaza Emilio Castelar, 7.

El doctor Miguel G. Camaleño

«El que sólo quiere esperar es un perezoso, el que sólo desea recordar es un voluptuoso, pero el que quiere la repetición es un hombre... Cuando se haya doblado el cabo de la existencia, se mostrará si se tiene el valor de comprender que la vida es una repetición, y si se tiene el valor de gozar de ello».

La vida del esclarecido médico que acabamos de perder, es un magnífico ejemplo de esa verdad del psicólogo y pensador Kierkegaard.

La vida íntima, personal y profunda de Camaleño, se halla casi por entero excluida de lo que es inquietud y emoción de nuevo suceso. Con la virtud de su talento grande y extraordinaria capacidad de trabajo, fruto de una infatigable voluntad perfectamente educada, renunció todo vano aspecto del aparente éxito aplaudido, sustrayéndose deliberadamente a toda actividad exterior que interrumpiera, o desviara siquiera, el cauce profundo y caudaloso de su pensamiento de puro intelectual, entregado a la labor diaria de desarrollar progresivamente un ideal perfecto.

Las efemérides de la vida del doctor Camaleño, referidas monuciosamente, caben en una cuartilla. No quita «ser nada», para poder ser un médico sabio, y lo consiguió.

En un periódico regional de Medicina LA CLINICA CASTELLANA, queda casi toda la obra científica del doctor Camaleño: monografías, artículos doctrinales, estudios de clínica médica, de hidrología; extraordinariamente admirados todos, revelándose siempre el autor, en posesión del actual conocimiento científico, de una ancha y honda base de copiosa cultura y de un espíritu crítico brillante. En este particular se manifestó siempre, aun en la amenidad y sencillez grandes de su afán caritativo de enseñar conversando, como un pensador y un maestro de concepción vigorosa. Y esta disciplina, con el valor indestructible de la experiencia de un sabio, queremos creer, con seguridad, que no ha de quedar inédita y perderse, y que será recogida por los que han tenido la fortuna de compartir con él los afanes diarios de la vida profesional y científica, obligados a llevar a cabo la labor de mostrar lo más relevante de la ideología médica del llorado maestro y la ejemplar enseñanza moral de su conducta.

El Cuerpo de Médicos de Baños, sin duda, distinguirá justamente al doctor Miguel G. Camaleño como una de sus figuras históricas, al lado de Pedro Pablo Montesinos, Juan Alíx y Martínez, José M.^a Brull, Bartolomé Sierra, Juan de Dios Artetajada y Ramos, y cuantos han honrado con su labor este distinguido Cuerpo.

Mas ha dictado estas pobres líneas, el deseo de dejar cumplido, desde ahora, un deber inexcusable de explayar la justa admiración a esos otros valores del ilustre médico castellano, tan escondidos dentro de su natural modestia, que hacía enteramente imposible el solo intento de comenzar la obra que ahora ha de hacerse, de darles a conocer.

La modestia vivió encarnada en Camaleño como elegido. Una sonrisa de espectador sabio y bienhumorado (testimonio el más fiel de la placidez de su conciencia), acentuada con la dulzura de su filosofía generosa cuando no podía evitar el momento de una crítica negativa; porque, sin que nadie lo dude, era bondad inagotable la que derramaba, como gracia divina, el corazón moral de este hombre extraordinario.

MARIANO GARCÍA BELLOGÍN

REVISTA CLINICA CASTELLANA se asocia al dolor de los familiares del doctor Camaleño, testimoniando desde estas líneas el sentimiento que la pérdida del ilustre compañero nos produce a todos.

Disposiciones oficiales interesantes

En la *Gaceta* del 31 de Agosto aparecen los siguientes Decretos:

Artículo 1.º Las adquisiciones de sustancias estupefacientes por parte de los farmacéuticos se harán, forzosamente, por medio de un documento especial, debidamente autorizado, de forma que se garantice plenamente tanto la adquisición por el facultativo como su libramiento por la Casa proveedora.

Del mismo modo se formularán las peticiones de almacenistas autorizados, cuando éstos no sean importadores directos del pedido.

Artículo 2.º No podrán los Médicos ni Veterinarios formular, ni los Farmacéuticos facilitar, dosis de productos estupefacientes que excedan de las terapéuticas señaladas en la Farmacopea española, salvo casos debidamente justificados, y siempre bajo las normas que serán establecidas.

Para ello, la Dirección general de Sanidad señalará a cuáles sustancias habrán de ser equiparadas aquellas no incluidas en la Farmacopea española.

Artículo 3.º Análogamente no podrán los Médicos prescribir, ni los Farmacéuticos dispensar, sustancias que no estén en forma y condición de su inmediata aplicación a los enfermos.

Artículo 4.º Por la Dirección general de Sanidad se dispondrá la apertura de un registro, en que habrán de inscribirse forzosamente tanto los enfermos habituales como aquellos que padezcan enfermedades cuyo tratamiento pueda requerir el empleo de dosis extraterapéuticas.

Para autorizar éstas se creará un documento especial de garantía.

Artículo 5.º Las infracciones de lo dispuesto en el presente Decreto serán consideradas como tráfico ilícito de productos estupefacientes, al que serán de aplicación todas las disposiciones penales vigentes en la materia.

Artículo adicional. Por el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión se dictarán, en un plazo inmediato, las disposiciones necesarias para reglamentar la ejecución del presente Decreto, que entrará en vigor quince días después de publicadas las disposiciones complementarias a que se hace anterior referencia.

Artículo 1.º Todas las plazas de Médicos de Hospitales y demás establecimientos de la Beneficencia provincial, y las de las instituciones análogas de la Beneficencia particular que realicen una función similar a la de aquéllos, serán provistas por oposición, que se celebrará en la localidad donde ocurra la vacante, si la Corporación o el Patronato respectivo no acuerdan que dicha oposición se celebre en localidad distinta.

Artículo 2.º Las oposiciones constarán de los siguientes ejercicios:

Primer ejercicio. Informativo, en el que el opositor expondrá su formación científica y su criterio personal con respecto al concepto general de la materia que compete a la plaza vacante.

Segundo ejercicio. Escrito, con el mismo tema para todos los opositores, que desarrollarán conjuntamente en un tiempo máximo de cinco horas, y sin que puedan disponer de libros, apuntes ni documento alguno.

Los temas para este ejercicio se darán a conocer y serán sometidos a suerte por el Tribunal en el momento de comenzar el mismo, y a razón de dos temas por cada miembro de aquél.

Tercer ejercicio. Será oral y consistirá en la exposición, durante una hora como

máximo, de cuatro temas, sacados a suerte, de un cuestionario que será propuesto por el Cuerpo Médico del que proceda la vacante y aprobado por la Corporación, y que se publicará al mismo tiempo que la convocatoria de las oposiciones.

Cuarto ejercicio. Consistirá de los dos ejercicios prácticos que en número, extensión y calidad determine el Tribunal.

Artículo 3.º El Tribunal estará integrado por:

Una representación de la Diputación provincial, que recaerá necesariamente en un Médico; una representación de los funcionarios de la Beneficencia provincial, designada por el Cuerpo Médico de donde existe la vacante; una representación del Profesorado de la Facultad de Medicina, designada por el Claustro del distrito universitario correspondiente, y dos Vocales de libre elección, nombrados por el Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, entre los Médicos de las Beneficencias provinciales, de provincias distintas a aquella en que ocurrió la vacante. Uno de ellos actuará de Secretario.

Cuando la plaza a cubrir pertenezca a una institución de la Beneficencia particular, el Patronato y el Cuerpo Médico a su servicio asumirán a estos efectos las mismas atribuciones, respectivamente, a las señaladas a la Diputación y a los funcionarios provinciales en iguales condiciones.

Artículo 4.º En el plazo de un mes, a contar del día siguiente a la existencia de una vacante, la Corporación o Patronato correspondientes lo comunicarán a la Dirección general de Beneficencia, acompañando a dicha comunicación el programa para el ejercicio oral y un memorandum de los derechos y deberes inherentes a la plaza de que se trata.

El anuncio de las oposiciones y el programa de referencia se publicarán en la «Gaceta de Madrid» y en el «Boletín Oficial» de la provincia en que exista la vacante, dentro de los ocho días hábiles siguientes a aquel en que fué hecha la notificación a la Dirección general de Beneficencia.

Las oposiciones se celebrarán tres meses después de la publicación de su convocatoria en la «Gaceta de Madrid», y la designación de los miembros del Tribunal se comunicará a la Dirección general de Beneficencia, por las entidades respectivas, en el plazo de dos meses a partir de la convocatoria, y si, pasado este plazo, quedara sin designar algún miembro del Tribunal, la Dirección general citada lo designará libremente.

El Tribunal hará una propuesta unipersonal para cada una de las plazas convocadas a oposición, sin que, por ningún motivo, pueda hacer otra proposición o sugerencia alguna, y remitirá copia de su acuerdo a la Dirección general citada.

Artículo 5.º Las prescripciones expuestas en los artículos anteriores serán las garantías mínimas indispensables para el ingreso en el Cuerpo Médico de la Beneficencia, sin perjuicio de la libertad que tienen las Corporaciones y Patronatos para determinar otras complementarias con arreglo a las disposiciones vigentes.

Artículo 6.º La Dirección general de Beneficencia organizará un fichero para tener conocimiento en todo momento de las plazas médicas de la Beneficencia provincial y de la Beneficencia particular que tengan función similar, y en el que figurarán las dotaciones de las mismas y los facultativos que las desempeñan.

Artículo adicional. Las disposiciones contenidas en este Decreto serán de aplicación a las oposiciones convocadas en la fecha de su publicación, las que se celebrarán con arreglo a los trámites y plazos dispuestos por el mismo y con Tribunales designados conforme a estas nuevas normas.