

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

Páginas

- PROF. M. BAÑUELOS.—*Estado actual del tratamiento de la pulmonía.* 497
- DOCTOR MARIANO BELLOGÍN GARCÍA.—*Estudio crítico de la mortalidad infantil en medio rural* 511
- LEOPOLDO CORTEJOSO.—*El Primer Congreso Español Pro-Médico, visto por dentro*..... 521

REVISTA DE REVISTAS

Medicina interna, por M. Bañuelos.

- Sobre las huellas dactilares al servicio de la investigación de la raza y de la constitución.*—Kirchmair..... 526

(Sigue)

Myoston

Henning

EXTRACTO MUSCULAR, ESTANDARDIZADO

1 c. c. = 0,0025 gr. ácido-adenosin-fosfórico del músculo (MAP)

Para combatir eficazmente:

ANGINA DE PECHO, esclerosis coronaria,
asma cardíaca, espasmos vasculares
periféricos y claudicación intermitente

Muestras y literatura:

GUILLERMO HOERNER - BARCELONA

APARTADO 712

<i>Sobre una dieta líquida, rica en líquido y en sales potásicas, como terapéutica de la insuficiencia renal.</i> —Gerson.....	526
<i>Casos atípicos de angina de pecho.</i> —Elliot.....	527
<i>La patología de la sangre y la secreción gástrica en relación con la herencia patológica.</i> —Hoff.....	527
<i>Choque renal y anuria a continuación de transfusión sanguínea.</i> —Daumerie, Bruens y Wauters.....	528
Cirugía, por Allué Horna.	
<i>Osteitis tuberculosa quística múltiple. (Enfermedad de Jüngling).</i> —Doctores Alstine y Gaven.....	528
<i>Consideraciones de orden patogénico y terapéutico sobre 31 casos de tétanos.</i> —Doctor Magi.....	528

(Sigue)

CEREGUMIL - FERNÁNDEZ

Fernández & Canivell
MÁLAGA

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

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.Y Na. Y

SIN YODISMO

Dorificadas a 25 Centigramos

CAFEINADO

Tratamiento Científico y Radical de los

VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las
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**

Pediatría, por Allué Horna.

Contribución al estudio de las meningitis por esterococos.—Doctor Gouverne 529

Contribución al concepto de la identidad de la osteogénesis imperfecta congénita y de la osteosatirosis idiopática.—Dr. Cierring. 550

La hidrartosis heredo-sifilítica tardía.—Doctor Laurent. 550

BIBLIOGRAFÍA, por el Dr. Bañuelos 551

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

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

FÓRMULA

{ Quinina pura	0,21 grs.
{ Astenol	0,0135 >

SUERO ESPAÑA

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

FÓRMULA

{ Astenol	0,012 grs.
{ Acido glicerosfórico	0,046 >
{ Acido cacodílico	0,030 >
{ Hierro asimilable	0,002 >
{ Glicerosfato estricnico.	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



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAÑO
FÓRMULA

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

Jarabe agradabilísimo 5,20 pts. el frasco.

*Schering
presenta:*

"SAGROTAN"
MARCA REGISTRADA

*Nuevo
desinfectante y
desodorizante*

*Acción antiséptica segura.
Ausente de toxicidad*



Envases originales:
Frascos de 50 g 100 grs
Latas de 1000 grs.

Productos Químicos Schering S. A., Madrid, Apartado 479 — Barcelona, Apartado 1030

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

Estado actual del tratamiento de la pulmonía

por el profesor M. BAÑUELOS

Es tan amplio cuanto se refiere al tratamiento de la pulmonía, que forzosamente hemos de limitarnos, en este trabajo resumen, a hacer constar solamente aquellos puntos de máximo interés para el práctico que ve enfermos de pulmonía.

El primer problema que se plantea es el de cómo se ha de vigilar y cuidar a un enfermo de pulmonía, para descubrir, lo más pronto posible, cualquier alteración que nos induzca a modificar el tratamiento, o a instituir, con urgencia, el uso de una nueva medicación o de un nuevo remedio.

Para esto, lo primero que se requiere es que persona allegada al enfermo, y lo suficientemente competente, y mejor todavía una enfermera diplomada y experta, tome al enfermo cada cuatro horas temperatura, frecuencia de pulso y alteraciones que pueda percibir, respiraciones en el minuto y tensión sanguínea.

Es de tal importancia la realización de estos contajes y mediciones, que ellos bastan a menudo para descubrir a tiempo complicaciones, que de acudir tarde a su remedio, podrían poner en peligro la vida del paciente.

En pocas enfermedades como en las infecciones se requiere el auxilio próximo y constante de personas peritas en el arte de vigilar y cuidar enfermos, tal como son hoy las enfermeras competentes.

La segunda medida que debemos tomar es ordenar al paciente, con todo rigor, y desde lo más pronto posible, en el caso de que ya el propio enfermo no lo haya hecho, reposo en cama, que en casos determinados podrá realizar en lugar de en posición horizontal, semisentado y aun sentado. De acuerdo con la importancia de la disnea, y de la tendencia a la hipóstasis que pueda presentar el paciente.

Como tercera medida, muy importante también, por la importancia diagnóstica y pronóstica que tiene, es realizar un contaje globular leucocitario, desde el primer momento, y repetir este contaje cada tres días, lo que nos permitirá descubrir a tiempo numerosas complicaciones y seguir con mayor seguridad la marcha que va desenvolviendo la pulmonía en nuestro enfermo.

Es enfermedad esta, que empieza con una leucocitosis que anda entre 25 y 30.000 leucocitos, en el adulto, y con cifras más altas en los niños, obteniéndose corrientemente un noventa por ciento de leucocitos neutrófilos. Y es tan típica esta leucocitosis, que aparece ya inmediatamente después del escalofrío inicial, desapareciendo en los casos no complicados en el momento de la crisis, y haciendo su aparición entonces los leucocitos eosinófilos, que habían sido anteriormente sustituidos en la sangre por una pequeña cantidad de mielocitos.

Cuando la pulmonía se complica con empiema, por ejemplo, persiste la leucocitosis, aun después de haberse empezado a resolver el proceso empiemático.

Casi siempre existen monocitos en cantidad bastante crecida, y en casos excepcionales, la leucocitosis polinuclear se ha visto sustituida por linfocitosis.

Se admite como regla general, que tiene numerosas excepciones y que la gravedad de la pulmonía corre paralela al exceso de leucocitosis. Pero por otra parte, la ausencia de leucocitosis tiene un pronóstico muy grave, y la leucopenia, casi siempre, pronóstico fatal.

La desviación de la fórmula leucocitaria hacia la izquierda, indica siempre un pronóstico malo; en cambio, el comienzo de desviarse hacia la derecha, indica un pronóstico favorable.

De aquí la importancia de hacer cada dos o tres días contaje y fórmula leucocitaria.

Como vestido para el enfermo de pulmonía, la observación muestra que casi todos los pacientes se hallan más a gusto usando ropa de abrigo, especialmente de franela.

La habitación no es indiferente, pues el aire puro resulta beneficioso y es muy agradecido por los pacientes, por lo que la habitación deberá estar bien ventilada, y en tiempo no frío con las ventanas abiertas. Y siempre se renovará el aire con gran frecuencia, por sentir el paciente muy desagradablemente el aire viciado. El humo, el polvo y los gases irritantes serán cuidadosamente evitados.

Muy importante es dar al enfermo la cantidad de agua necesaria para que funcionen bien todos los emuntorios naturales del organismo y puedan de este modo lanzar al exterior mayor cantidad de toxinas, desintoxicando, por consiguiente, así al pobre paciente de pulmonía.

Incluso, si el intestino no se vaciase, sería preciso ayudarle con un enema, o con algún laxante, porque de este modo también se facilita la acción desintoxicante que realiza el aparato digestivo, como órgano de eliminación de toxinas.

Es también muy importante en el tratamiento de la pulmonía, como el de todas las enfermedades infecciosas, la limpieza de la piel, de los ojos, de la nariz, de la boca y de las regiones genitales, y muy especialmente también, en las personas de edad, de la región anal y de la región sacra.

No deja de tener trascendencia considerable, desde luego, mucho más de la que se la asigna, la dieta, pues siendo casi siempre necesario alimentar al sujeto con dieta líquida o semilíquida, conviene saber, no obstante, que es útil al paciente ingerir gran cantidad de líquidos, por lo que cada cuatro horas aproximadamente se le ofrecerá un vaso de agua que contenga, unas veces sí y otras no, alguna sustancia que lo haga más agradable, como zumo de naranja, ligera cantidad de azúcar, o zumos de distintas frutas, con arreglo a la época y las posibilidades de obtenerlas.

No acaban aquí las medidas principales que se refieren al cuidado del pulmonfaco, pues conviene saber a todo médico, que de no haber dato alguno que nos obligue, no debemos molestar al enfermo más de cada dos días o cada tres en un reconocimiento cuidadoso de su tórax, para averiguar por inspección, palpación y auscultación la marcha de la pulmonía, pues los datos recogidos por pulso, temperatura, respiración y presión sanguínea son suficientes, en la mayoría de las ocasiones, para que el médico juzgue acertadamente del estado de su enfermo.

Y, por otra parte, el zarandeo excesivo del enfermo en reconocimientos sucesivos por varios médicos, que hacen una exploración más que detenida, pesada, puede perjudicar seriamente al enfermo. Y como dice acertadamente Clendening, ello no sirve a menudo para otra cosa que para satisfacer una curiosidad vulgar.

No obstante, siempre que haya agravación del estado del paciente será conveniente hacer un reconocimiento de tórax, para poder averiguar si alguna complicación ha podido surgir por esta parte.

* * *

Expuesto en grandes rasgos lo que constituye lo más esencial de los cuidados que se deben tener con un paciente de pulmonía, vamos a examinar ahora el estado en que se encuentra actualmente la seroterapia antineumocócica.

Desde luego, parece muy bien demostrado que en todo el mundo civilizado la gran mayoría de las neumonías no epidémicas son producidas por los neumococos siendo los neumococos llamados tipo I y tipo II los causantes, por lo menos, de los dos tercios de las pulmonías.

El tipo III de neumococos, mucho más virulento que los anteriores, se encuentra por fortuna en menor número de casos, y es desgraciadamente, poco sensible actualmente a una terapéutica antineumocócica.

La aplicación de las técnicas de Neufeld, para fijar rápidamente el tipo de neumococo que determina una pulmonía, ha permitido orientar la seroterapia antineumocócica por un camino más acertado, y lograr rápidos progresos en estos últimos años. Y como la técnica de Neufeld no requiere más que un microscopio, un porta objetos y una solución de azul de metelino, junto a unos pequeños tubos que contengan suero antineumocócico contra los diversos tipos, hoy puede ser usada y practicada en todos los pequeños hospitales y laboratorios particulares de cualquier país culto.

La diferenciación de los neumococos ha permitido fijar que en el llamado grupo IV existen multitud de especies, que miss Cooper cuenta en número de 29, que unidos al tipo I, tipo II y tipo III hacen el número de treinta y dos especies distintas de neumococos.

Hasta el momento actual no se han empleado los sueros antineumocócicos contra todas estas especies de neumococos, pero sí contra todos aque-

llos neumococos que más frecuentemente dan lugar a neumonías en el hombre.

Ello ha permitido llegar a la siguiente conclusión: que la seroterapia antineumocócica es tanto más eficaz cuanto más pronto sea administrada, desde que se inició la enfermedad. Y como se emplea el suero de caballo, es necesario siempre tener en cuenta si el sujeto ha sido anteriormente sensibilizado por otra inyección previa de suero, a fin de tomar las medidas generales y usuales, en tales ocasiones, para evitar el shock anafiláctico.

La primera dosis que se inyecta es de diez mil unidades, y posteriormente se inyectan ya hasta veinte mil unidades cada cuatro horas, manifestándose el resultado satisfactorio de la inyección de suero antineumocócico por la caída brusca de la temperatura. Y por ello se acostumbra a inyectar el suero hasta que este fenómeno se presenta acompañado de mejoría general del enfermo. Para ello se requiere casi siempre la inyección de cien mil a doscientas mil unidades, pero como a menudo existen casos en que el enfermo presenta una neumococemia persistente, puede requerirse la inyección de mayores cantidades de suero. Varios autores han llegado a inyectar las cien mil unidades y más en las primeras veinticuatro horas, con resultados satisfactorios.

Debemos a los autores norteamericanos Cecil, Plummer, Sutliff Cooper, Park y Finland, principalmente, el haber generalizado esta técnica en el tratamiento de la pulmonía, por el suero antineumocócico preparado según Felton.

Los resultados obtenidos sólo pueden ser estudiados de manera comparativa donde se ha empleado en grande escala, como es en Norteamérica, por los autores mencionados anteriormente y por otros.

Y de esta prueba se deduce, teniendo en cuenta las grandes estadísticas, como la de Cecil y Plummer, que es real la eficacia del suero, especialmente contra el tipo II de neumococos, pues de mil casos que comunicaron en 1932 los autores últimamente mencionados, doscientos setenta y tres fueron tratados con el suero únicamente, mientras que el resto fueron sometidos a otros tratamientos. Y la menor mortalidad y la terminación de la enfermedad consecutiva a la inyección de suero, en numerosísimas ocasiones les hace afirmar que para el tratamiento de las pulmonías, provocadas por el neumococo tipo II, el suero antineumocócico específico es con mucho el primer agente terapéutico curativo con que se debe contar.

Los mismos autores publicaron en 1930 otra estadística sobre mil cien casos de neumonía producidos por neumococos de tipo I, de los cuales cuatrocientos setenta y tres fueron tratados con suero, y el resto con otros tratamientos.

Los tratados con suero tuvieron una mortalidad global de veinte por ciento, en oposición a los no tratados, que alcanzaron una mortalidad del treinta y uno por ciento; pero además, teniendo en cuenta los casos que

se trataron muy tempranamente, la mortalidad fué únicamente de once por ciento.

Estas cifras concuerdan justamente con la estadística de Coller, publicada en 1929, en que en series de cuatrocientos treinta y un casos de pulmonía la mortalidad, en los no tratados por suero, fué de treinta por ciento, y de solamente diez por ciento de los tratados por sueroterapia antineumocócica. No cabe, pues, duda, de que la seroterapia antineumocócica es tratamiento indispensable en las neumonías y neumococemias por neumococos de tipo I y de tipo II.

La cosa varía mucho en cuanto se refiere a otros tipos de neumococos, pues solamente se han comunicado resultados favorables frente al neumococo tipo VII, con estadísticas de no gran número de casos. Y frente a los otros tipos de neumococos, desconocemos todavía las posibilidades de la seroterapia antineumocócica. Solamente está bien probado que no contamos en la actualidad con suero eficaz, en grado considerable, contra las infecciones de neumococo tipo III.

La técnica de la administración del suero consiste en administrar éste lo más pronto posible, una vez fijado qué tipo de neumococo es el que determina la pulmonía en el paciente que tenemos que cuidar.

Y es de tal importancia el que la inyección de suero se haga pronto, puesto que ello significa una disminución considerable de la mortalidad, y cuanto más tiempo transcurra sin inyectar, más grave ha de ser la enfermedad y de menos eficacia el suero.

Naturalmente que en las inyecciones de suero se pueden presentar las reacciones anafilácticas, térmicas y de enfermedad del suero, propias del caso. Pero no tienen ninguna significación grave, si se toman las precauciones de rigor, tratando de evitarlas o de reducirlas al mínimo.

La mejoría que se produce por la inyección de suero se encuentra en un ochenta por ciento de los enfermos tratados en las cuarenta y ocho horas primeras, pero también es bien manifiesto y bien claro en los que se tratan durante las primeras noventa y seis horas.

Sin embargo, parece ser que el suero no es capaz de provocar la crisis en todos los casos, sino por el contrario, en el menor número de ellos; pero en cambio mejora el estado general del paciente a las pocas horas después de haberse inyectado, y además hace desaparecer la bacteriemia que presentan estos enfermos.

En caso de que no haya suero, y tratándose de niños, puede emplearse suero obtenido de sus padres o hermanos mayores, porque los estudios de Sutliff, Finland y Baumgarther han probado cómo en la sangre de los sujetos adultos sanos existen anticuerpos contra los neumococos, pudiendo ser transferidos a los niños por inyección del suero de estas personas.

Las vacunas, muy usadas en Inglaterra en estos últimos años, no parece que hayan dado buenos resultados en el resto de los países cultos del mundo, donde han sido empleadas, y nuestra experiencia clínica, que es favorable al suero, no lo es a las vacunas.

* * *

La quimioterapia de la pulmonía, por el contrario, muy cultivada en los países de lengua alemana y no acogida favorablemente en los países de lengua inglesa, especialmente en Norte de América, estimamos que es uno de los buenos procedimientos que se emplean para tratar la pulmonía de neumococos.

Sin embargo, no creemos que sea la optoquina, ni tampoco la vucina la sal que debemos elegir. Por lo menos en nuestra experiencia clínica se han comportado mucho más eficaces el clorhidrato de quinina y el sulfato de quinina, administrado siguiendo la técnica recomendada por de la Camp, inyectando cincuenta o sesenta centigramos de una de estas sales, intramuscularmente, a la vez que se inyecta una cierta cantidad de uretano para que la inyección no sea dolorosa.

En casos especiales en que no nos ha sido posible disponer de ampollas, especialmente preparadas para realizar la inyección de este modo, hemos administrado las sales anteriormente mencionadas, oralmente, pero entonces a dosis mayores, es decir, dando un gramo en dos veces, pero solamente durante tres días.

Creemos, a juzgar por nuestras observaciones clínicas, que datan de quince años, que este tratamiento de la pulmonía es uno de los más eficaces y que sus resultados si no pueden compararse con los obtenidos, hasta hoy, por la inyección de suero antineumocócico, se aproximan. Y nos parece todavía que los resultados pueden ser quizá superiores con esta técnica de tratamiento a los que da la seroterapia antineumocócica, cuando por no disponer de suero específico contra el tipo de neumococos, causante de la enfermedad, inyectamos suero antineumocócico polivalente, que resta a menudo considerable eficacia a este método de tratamiento.

* * *

El tratamiento patogénico de los síntomas culminantes de la pulmonía no deja de tener interés, y es muy de estimar y tener en cuenta, ante todo, la terapéutica por el oxígeno.

Ha mostrado la experiencia y los repetidos análisis en los casos de pulmonía, que en la mayoría de estos pacientes la tensión del oxígeno de la sangre arterial cae bastante por debajo de los límites normales. Y esta anemia arterial corre paralela con la intensidad de la cianosis que se observa en la cara y en las manos del enfermo.

Naturalmente que la cianosis, provocada por la anoxemia, no es el único trastorno causado por ésta, sino que a la vez existe disnea, mala irrigación y nutrición defectuosa de los tejidos, y se originan cambios degenerativos en las células de las alveolos pulmonares. Todo ello causado por la falta de oxígeno, juntamente con la taquicardia.

Por ello, se ha intentado combatir estos trastornos, que tanto mortifican al paciente, con la administración de oxígeno, pues además se ha observado que cuando la presión del oxígeno arterial desciende hasta el setenta por ciento, la curación de los enfermos es excepcional. Y por ello, en todo caso en que el paciente de pulmonía aqueje disnea grande, cianosis, taquicardia y onnubilación de conciencia o delirio, debe administrarse oxígeno, hasta tanto que estos trastornos hayan desaparecido o, por lo menos, disminuído considerablemente.

Solamente se discute ya hoy cuál es la técnica mejor para la administración de este oxígeno, prefiriendo unos el cateter nasal y otros la cámara respiratoria, para el oxígeno de Rot-Barach.

Se debe tener presente siempre, no obstante, los graves daños que las grandes concentraciones de oxígeno pueden originar en la mucosa del aparato respiratorio, y claro es que se debe saber que este procedimiento de tratar la pulmonía es compatible con cualquiera otro de los recomendados anteriormente; y no sólo esto, sino que coadyuva al mejor efecto de los otros tratamientos.

* * *

Modernamente se ha empezado a usar el neumotórax artificial en el tratamiento de la pulmonía, a partir de la publicación de Rood, en 1919, referente al tratamiento de las pulmonías gripales, de la gripe de 1918, 19 y 20.

Recientemente, Simon Leopold, médico de la sección de enfermedades de pecho de la Universidad de Pensylvania, ha publicado un trabajo resumen sobre este procedimiento de tratar la pulmonía, y se refiere a una estadística de ciento noventa casos, tratada de este modo: dando una mortalidad de un treinta por ciento, cifra relativamente alta, si la comparamos con la obtenida por el suero específico antineumocócico. Pero la mortalidad todavía es mayor cuando se trata a los enfermos después del cuarto día, y aunque también es mayor en esas ocasiones cuando se trata con suero, sin embargo es indudable que la seroterapia da, aun en estas condiciones, resultados más favorables que el neumotórax. Por lo que creemos que hasta hoy no son alentadores los resultados obtenidos con esta técnica de tratamiento de la pulmonía.

* * *

Otros medios que se han empleado para tratar la pulmonía, y que han alcanzado menos generalización que los mencionados y sobre los que no

tenemos experiencia ninguna, son la solución de anticuerpos neumocócicos de Huntoon, en solución acuosa, con la que se ha pretendido también evitar los efectos del suero antineumocócico.

Estos anticuerpos, que se dan intravenosamente, tan pronto como se ha establecido el diagnóstico de pulmonía, provocan una reacción bastante intensa en el individuo, lo que quizá ha motivado el que no se hayan generalizado. Y por otra parte, los estudios comparativos realizados en los últimos años, no están muy concordes en asignar valor curativo a estos anticuerpos.

El suero de pollos, preparado por Keyes, se funda para ser empleado en el tratamiento de la pulmonía, en que los pollos poseen una gran inmunidad contra la invasión de neumococos. Y por otra parte, Keyes indica esta inmunidad mediante la inyección masiva intraperitoneal de neumococos virulentos. Y después el suero de estos pollos es lo que se inyecta a los enfermos de pulmonía, inyectándose una o dos inyecciones de 2 o 3 cc. diariamente.

Este suero, que parece producir buenos resultados, ha sido inyectado por Gray en mayores cantidades que las recomendadas por Keyes, y parece que con mejor resultado. Sin embargo, hasta ahora, no es un procedimiento que se use de una manera bastante generalizada en el tratamiento de la pulmonía.

El mercuriocromo 220 soluble, ha sido empleado también como tratamiento quimioterápico de la infección neumocócica. Pero las opiniones sobre su eficacia difieren considerablemente, pues mientras unos afirman que es excelente, otros lo consideran totalmente ineficaz.

Tratamiento sintomático.—Con excepción del suero, podríamos considerar como tratamientos sintomáticos todos los otros remedios empleados en el tratamiento de la pulmonía. Pero es que algunos de los mencionados actúan si no de un modo específico o quimioterápico, por lo menos patogénicamente, y por eso reducimos el tratamiento de la medicación sintomática al empleo de los estimulantes, de los tónicos, de los calmantes de la tos, del dolor y a la flebotomía o venesección.

Esta última, empleada desde los tiempos más antiguos de la medicina, ha sido estudiada, modernamente, por diferentes autores, en lo que a su eficacia se refiere.

Por lo pronto debemos considerarla, como se dice justamente, como una terapéutica que modifica el equilibrio del plasma sanguíneo, aparte de los productos tóxicos que se extraen, y de las reacciones biológicas a que da lugar en todo el organismo.

En este sentido actúan también muchas de las sustancias que administramos en el tratamiento de la pulmonía y de otras enfermedades infecciosas. Pero hoy la sangría tiene sitio adecuado e indiscutible en el tratamiento de la neumonía, en sujetos con plétora sanguínea, en la uremia, en

la hipertensión y cuando se presentan signos premonitorios de apoplejía cerebral, además de en otras circunstancias hoy bien esclarecidas.

Claro es que el mecanismo por el cual actúa la sangría es distinto en unos casos de otros, pero empíricamente sabemos que en ciertos enfermos de pulmonía, el resultado es beneficioso.

* * *

Parece también útil, si bien no tenemos experiencia sobre el particular, la administración de álcalis en determinadas condiciones que pueden presentar los enfermos de pulmonía. Pero estas condiciones deben ser fijadas por análisis cuidadosos de la reserva alcalina, para que puedan producir los efectos mencionados, lo que impide, en cierto modo, su realización en la clínica diaria.

Recientemente se ha pretendido también que sería beneficioso la administración de cloruros, en vista de la retención que de ellos hace el organismo; y Clendening, que ha empleado este procedimiento de modo sistemático en sus enfermos de pulmonía, dice haber encontrado resultados bastante satisfactorios para continuar y recomendar el método.

* * *

En estos últimos años, no parecen los autores, sobre todo norteamericanos, ser muy partidarios del empleo de la digital en el tratamiento de la pulmonía, pues sin combatirla no la recomiendan. No obstante, nuestra experiencia, bastante larga en este punto, nos permite recomendar su empleo, con el mismo calor y el mismo entusiasmo que lo hacían los médicos de finales del siglo pasado. Y además con arreglo a la misma técnica y consejo que ellos fijaron cuidadosamente en su experiencia, ampliamente abundante sobre esta misma enfermedad.

Por el contrario, los médicos modernos de casi todo el mundo son muy partidarios del uso en grandes cantidades del aceite alcanforado. Ciertamente que constituye un medicamento magnífico para sostener el corazón no solamente en los casos de pulmonía, sino en otras muchas infecciones. Pero no estamos seguros de que actúe por procedimiento distinto a como actúa la digital, y no estamos tampoco convencidos de que sus efectos sean superiores.

Por consiguiente, creemos que se pueden emplear los dos procedimientos de tratamiento, porque con los dos es evidente que se obtienen efectos beneficiosos. Y no solamente elevando la energía cardíaca, sino que al suceder esto, el organismo se defiende mejor, porque actúa como una unidad biológica que es, y llega a ser posible alcanzar la curación mayor número de veces de lo que sucedería sin el uso de estos remedios.

* * *

Un procedimiento que resulta haber atravesado los siglos sin haber perdido el crédito y la confianza entre los médicos, es la revulsión. Y, efectivamente, los nuevos estudios sobre la inervación vascular neurovegetativa y sus reflejos, partiendo de estímulos cutáneos, apoyan hoy, con una base científica, el empleo de este proceder terapéutico. Por otra parte, los mismos enfermos, aliviados en el dolor, después de la revulsión y aligerados en su disnea, reconocen paladinamente la eficacia del procedimiento, y son los mejores sostenedores de su empleo.

Hoy se usan menos que en tiempos pasados algunos remedios muy usuales entre ellos, como eran el alcohol y ciertas medidas hidroterápicas. En cambio, la glucosa en inyecciones hipertónicas, así como el calcio, han sido introducidas en la terapéutica moderna de la pulmonía, siendo curioso e interesante que el alcohol haya vuelto a ser resucitado y empleado asimismo en forma de inyecciones y aun oralmente.

No obstante, ninguno de estos remedios ha logrado introducirse definitivamente en la clínica de una manera general, quedando reducido su uso a clínicas aisladas, ligado a concepciones personales de los directores de determinados servicios hospitalarios. Pero de ningún modo como procedimiento usual, aceptado por gran número de médicos.

Y en lo que se refiere al alcohol, por ejemplo, tropieza además con el inconveniente de la poca sensibilidad que ofrecen los neumónicos a la ingestión de alcohol, por lo cual fácilmente el médico llega a dar dosis excesivas.

La inyección de glucosa llegó a ser general y popular en el año 1918, no solamente en el tratamiento de la pulmonía, sino en el de la gripe, y en general también en otras enfermedades infecciosas, e incluso se recomendó como medicación de gran importancia en la tuberculosis pulmonar.

A juzgar por los autores que lo han empleado en gran amplitud, es un buen medicamento, pero no contamos con estadísticas de contraste para juzgar de toda su eficacia.

La glucosa se inyecta en solución isotónica, y mejor hipertónica, en los neumónicos, lo mismo que en otros enfermos, en los cuales se recomendaba, variando las cantidades desde diez a veinte gramos, llegándose a creer por los autores de lengua alemana que su acción sería debida a los efectos oncóticos provocados por la solución de glucosa hipertónica.

Nuestra experiencia, un poco larga desde aquella fecha hasta la actualidad, no ha podido comprobar los buenos resultados publicados por los autores en los primeros tiempos. Y por ello la hemos casi abandonado, usándola únicamente en muy contados casos, en que creemos puede ser buena para combatir estados de ayuno.

De igual manera, nosotros no hemos encontrado resultados beneficiosos, en grado considerable, que mereciera ser tenido en cuenta con las inyecciones de alcohol, en disolución, ni en la pulmonía, ni en otras enfermedades infecciosas. Y tampoco hemos podido convencernos de la eficacia maravillosa que se ha atribuído recientemente a las inyecciones de calcio en el

tratamiento de la pulmonía y de la bronconeumonía, y solamente a título de curiosidad dedicamos estas líneas a comentar el empleo de estos remedios poco eficaces en el tratamiento de estas enfermedades.

Más interés, con seguridad, ofrecen otros tratamientos sintomáticos de esta enfermedad. En primer lugar el tratamiento de aquellos grandes síndromes que pueden amenazar la vida del enfermo, especialmente el colapso, para el cual en esta enfermedad resulta muy conveniente el empleo de la cafeína, y también de la glucosa, intravenosamente, en solución al diez por ciento, inyectando desde ciento hasta quinientos centímetros cúbicos durante el período que dure el estado de colapso. Y sobre todo la inyección de adrenalina en solución, al milésimo, realizada intramuscularmente o intravenosamente, según lo indiquen las circunstancias.

Pero modernamente se sustituye con ventaja la adrenalina por la inyección de sulfato de efedrina, cuya acción es más duradera, y puede ser también administrada lo mismo que la adrenalina, subcutáneamente o tomada por la boca.

No terminaremos este punto sin ocuparnos breves momentos de las medidas hidroterápicas que pueden aplicarse en la pulmonía.

Bastante usados hace algunos años, han decaído considerablemente en los tiempos modernos, influyendo no poco las dificultades técnicas que se oponen a la aplicación de las medidas hidroterápicas, pues se requiere, en primer lugar, unas piezas de tela apropiadas para aplicar una especie de chaleco al enfermo de pulmonía, y esta tela debe ser protegida por otra. Y como además la hidroterapia es una hidroterapia fría la que se recomienda en esta enfermedad, las familias y los enfermos no la aceptan bien en nuestro país. Y por si no fuera poco, es necesario hacer de hora en hora la aplicación del chaleco, que hace de compresa fría.

Todo ello contribuye a que cada vez se use menos, y en cambio a que se acepten mejor todos aquellos remedios hidroterápicos o no que se funden en el calor, aun cuando su eficacia sea nula, y a veces pueda resultar contraproducente.

* * *

Para el diagnóstico rápido del tipo de neumococos que han originado la pulmonía se recomienda la técnica de Sabin, publicada en 1933, y que se basa en lo fundamental, en colocar con un asa de platino, en un porta objetos, una pequeña parte de un esputo del sujeto neumónico, y hacer esto en varios porta objetos.

Se añade después a cada partícula otra cantidad aproximadamente igual de suero antineumocócico, de conejo, no diluído; pero siendo la adición, para la primera preparación, de suero antineumocócico del tipo I; en la segunda del tipo II, etc.

Se añade después otra asa de platino de una solución alcalina de azul de metileno, se invierte el porta objetos y se examina después en gota

pendiente la preparación, con objetivo de inmersión, preferiblemente con luz azul.

Cuando la reacción es positiva se ven los neumococos teñidos de azul, rodeados por anchas zonas que no han tomado el color, las cuales tienen el aspecto de ser el fondo del vidrio del porta objetos.

Y todo ello se puede apreciar ya a los dos minutos, por lo que resulta un procedimiento rapidísimo de fácil aplicación en la clínica diaria.

* * *

Como resumen diremos, por lo tanto, que el tratamiento de la pulmonía se basa actualmente en el diagnóstico exacto del tipo de neumococo que determina la pulmonía, cosa fácil de lograr hoy con celeridad sorprendente.

En la aplicación inmediata del suero, lo más pronto posible, y en cantidad suficiente, lo que proporciona una disminución de la mortalidad muy grande en las pulmonías originadas por neumococos del tipo I y tipo II, especialmente, y menos en el tipo IV y en el tipo VII, resultando casi ineficaz el suero en las neumonías de tipo III.

Que de la medicación quimioterápica merece conservarse en la práctica, en forma de inyección intramuscular de sales de quinina, a la dosis de cincuenta a sesenta centigramos, en una sola inyección, durante los tres primeros días.

Que el tratamiento por el oxígeno es de importancia también considerable en numerosas ocasiones. Y que la medicación sintomática recomendada por los antiguos debe ser sostenida y empleada, con arreglo a las normas que ellos fijaron acertadamente.

Y que siempre y en todo momento, resulta ser la pulmonía una enfermedad en que los cuidados de aseo, higiene personal, especialmente de boca, nariz, ojos, piel y aparato genital, resultan de importancia considerable.

Y que la alimentación, sin ser factor de gran categoría, tampoco debe ser despreciado.

CESARKIN

PRECIO: 6 PESETAS

MUESTRAS Y LITERATURA:

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

A. MARTÍN MATEO

Santiago, n.º 41 - VALLADOLID

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.

PEPTOVEL.—Jarabe de efetonina, calcio y gomenol. *Anti-congestivo, expectorante y antiséptico.*

COMPOSICIÓN POR CUCHARA DE 15 GRAMOS....	Calcio-Yon, en combinación orgánica.....	0,073 gs.
	Efetomina.....	0,010 >
	Gomenol.....	0,100 >
	Benzoato sódico.....	0,400 >
	Cloruro amónico.....	0,125 >
	Alcaloides estabilizados contenidos en la cantidad de ipecacuana.....	0,020 >
	Elixir pectoral aromático C. S., para completar...	15,000 >

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 >
	Éter 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)

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 Fotogravado, 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.

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 sulfoconjugación 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 TERAPÉUTICA 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.

Estudio crítico de la mortalidad infantil en medio rural

por el doctor MARIANO BELLOGÍN GARCÍA

(Conclusión)

Mas es lo tristemente cierto (bien lejos nuestro ánimo ahora, de incurrir en el gravísimo pecado de la España negra, según la infame leyenda), que en favor de la verdad nos vemos forzados a declarar el estado deficientísimo de la higiene pedagógica de la primera enseñanza en el agro. Si exceptuamos, como un mirlo blanco, la soñada suerte por un azahar de la política de algunos pueblos rurales, que cuentan con escuela nueva propia de país verdaderamente civilizado en los miles y miles que constituyen todos los municipios rurales excepción de unas docenas de ellos afortunados, no disponen, ni mucho menos, de medios económicos que remedien su actual estado de lamentable miseria, de la que participan tristemente sus pobrísimos edificios escolares provistos de un mobiliaje, tan pobre y arcaico, como antihigiénico. Y el programa de la lucha necesaria contra la enorme mortalidad infantil, que en tasa global hemos señalado, ha de continuar por dar cumplimiento a la necesidad ineludible de nuevos e higiénicos edificios de escuelas, tan modesto como se pueda, sí, pero capaces para mantener la vida sana de los niños que en ellos han de recibir enseñanza, pues, que edificios lujosos no exige ni mucho menos la higiene tanto más cuanto que en gran parte de nuestro territorio nacional puede calcularse como promedio de días escolares, que pueden celebrarse a la intemperie, la mitad de la cifra total del año escolar.

Las escuelas llamadas del bosque, resuelven bien el problema económico de la edificación de la escuela rural, limitándose ésta a un sencillo y espacioso local que es como umbráculo para las horas de ardiente sol e higiénico refugio en los días de inclemencias de la atmósfera.

El inspector médico-escolar, no existe en la realidad de la práctica de cada día, queremos decir; y así ocurre que una ciudad grande, de medio millón de habitantes, de hecho, la población escolar correspondiente cuenta con un solo inspector médico-escolar, bastando enunciar el hecho para ahorrarnos el tiempo y el espacio de un comentario siquiera. Pero este gran mal de la ciudad populosa no habrá de existir en el pueblo rural si, obligatoriamente, se dispone que se realice la necesaria labor médico-escolar por el inspector municipal de Sanidad, en relación inmediata a este efecto, con el director de nuestro dispensario de higiene rural de la infancia y con el inspector provincial de Sanidad. El inspector municipal de Sanidad habría de ser retribuido por su asidua e interesantísima labor de médico escolar, en

cuya disciplina habría de imponerse, mediante la debida enseñanza teórica y práctica, hoy muy bien conocida y que no son de este lugar. Hemos de referirnos, exclusivamente, a nuestro objetivo, comenzando por llamar la atención del inspector médico-escolar rural, de la importancia grande que tiene en el agro la antihigiene escolar grave, que resulta del trabajo prematuro de los niños.

Este trabajo dificulta el desarrollo físico en dichas edades, aumentando la receptibilidad a las infecciones e intoxicaciones, descendiendo el nivel intelectual, gravísima causa que favorece y aun da lugar al desorden social, alcoholismo y delincuencia juvenil.

Factores sociológicos que a ello contribuyen: La pobreza de los padres, deseo de independencia, rebeldía frente a la disciplina escolar, necesidad de mano de obra en el agro, incomprensión de los padres, ignorancia del público. Profilaxia: Medidas de educación, (adaptación de la enseñanza a las necesidades sociales de la localidad), orientación profesional y enseñanza adecuada. Medidas económicas: Salarios suficientes, asistencia social bien comprendida. Medidas legislativas: Escolaridad obligatoria hasta los 16 años, reglamentación e inspección del trabajo de niños, protección de éstos en el trabajo, conforme particularmente a la Conferencia Internacional de Berlín y a los múltiples Convenios adoptados como corolarios del Tratado de Versalles. (106) y (106 bis).

Acabamos, pues, de ver un hecho de interés biológico y social fundamentales, que nos muestra la imperiosa necesidad de la inspección de la higiene en la escuela rural. Así no creemos ocioso ponderar la importancia que se da a esta inspección médica en los Estados de más alta civilización. En Nueva Gales (107), la inspección médica de las escuelas se hace como una parte esencial de «contrôle» de educación de los niños. Baste decir, por ejemplo, que el servicio médico escolar le realizan doce médicos y doce dentistas, seis de éstos para el servicio dental de las «nurses» escolares.

La Asociación holandesa de médicos escolares, designó a los autores M. Vander Haeve, J. M. Hamelberg y J. P. Elías (108), para el estudio de los principios generales, básicos de la inspección médico escolar, desde el punto de vista de la higiene ya que dicha labor adquiere una extraordinaria importancia y se organiza en Holanda, (la nación de menor mortalidad infantil), no solamente en muchas ciudades sino también en muchos municipios rurales. Y a continuación dan una extensa norma rectora de la inspección médico-escolar.

Otro tanto aprendemos en un artículo de gran interés sobre los exámenes médicos individuales, practicados en las escuelas de París (109), en el cual se evidencia la importancia de la ficha sanitaria médico escolar, en la lucha contra la mortalidad infantil.

La inspección médico escolar en las escuelas de Suecia se realiza con un gran celo (110), en todos los Centros de enseñanza, superior, elemental

y primaria, y en ésta, tanto en las ciudades como en los campos. Nada podemos decir aquí sobre el modo de realizar esta inspección escolar, objeto de tratados especiales y no particular de este tema, limitándonos por razón de espacio a consignar lo más importante y reciente sobre el particular, de orientación en la profilaxis que nos interesa.

Es claro, que esta inspección no ha de terminar en el recinto de la escuela rural y en la ficha médico escolar, sino que hemos de repetir ante la importancia de lo consignado, que ha de estar en perfecta y constante relación con el médico director del dispensario rural, con el inspector provincial de Sanidad, y además, con los padres o tutores del escolar. A este efecto, tiene una evidente importancia práctica el trabajo de Jane S. Greig, (111) en el que se muestra el interés higiénico sanitario de que los padres se hallen informados y auxiliados por el inspector médico escolar.

A. Ferreira de Magalahaes (del Brasil), afirma animado de un hermoso entusiasmo (112): «hay que estudiar la fuerza viva de la raza, que representa la infancia no solamente procurando ahorrarla sino más todavía, tratando de mejorarla y de acrecerla, para lo cual es menester la colaboración íntima y razonada de la familia, del maestro y del médico. Hay que destruir muchos errores y supersticiones y los veneros de la higiene y de la terapéutica, hacerlos accesibles al vulgo». Luego hace una síntesis, acertada y perfecta, de los mejores métodos de inspección, para conseguir los «tests» más completos. A esto que, parece escrito para nuestro actual cometido, hemos de añadir algo de fundamental interés, la necesaria intervención a que nos hemos repetidamente referido. No queremos terminar esta referencia sobre la actual importancia de la inspección médico escolar frente a la mortalidad infantil, sin citar el trabajo de G. Banu, de Bucarest, sobre el examen racional de los escolares. (113).

Como un bello ideal damos a conocer aquí la oficina de Zurich de la infancia (114), creada desde el 1908 (Kinderfürsorgeamt). No administra, sino a título excepcional, las instituciones que la interesan. Sirve de intermedio entre éstas y el público. Las subvenciona, las descarga de varios trabajos administrativos. Estas subvenciones son elevadas; por ejemplo, durante el año escolar de 1923 a 1924, ha dado 138.000 francos para alimentos de los escolares; 27.000, para vestidos, 77.000, para obras de robustecimiento de la salud de los escolares... Algo, en fin, como dábamos a entender, que hemos de admirar cual una labor ejemplar.

Ya concretándonos a la manifestación de esta obra de medicina e higiene en la escuela, desde el punto de vista de la patología, con claros ejemplos, llenaríamos muchas cuartillas, para poner en evidencia cuántas enfermedades adquiere el niño por la antihigiene en la escuela. He aquí, por ejemplo, más autorizado, un magnífico estudio de las deformaciones del esqueleto. (115). En este trabajo el autor del mismo, Lanties, nos da a conocer sus investigaciones relativas a los alumnos de cinco grupos de escuelas

del Havre y tres de alumnas, hallándose un 15 por 100 de deformes entre los alumnos y un 20 por 100 de alumnas. Termina afirmando que, a la salida del período escolar, el 5 por 100 de muchachos han adquirido deformación y el 15 por 100, de muchachas. La evitación de esto la halla en remediar la debilidad orgánica, pues es la primera causa (linfatismo, debilidad), por medio de la cultura física, practicada en una amplia escala (juegos al aire libre y gimnasia racional).

Así por medio de la inspección médico escolar, se ha determinado la distribución del bocio en la población infantil de las escuelas de Inglaterra y País de Gales, labor necesaria e interesantísima, que está aún por hacer en nuestro ambiente rural. (116). Insistimos en que este trabajo pudiera y debiera tenerse en cuenta, para el estudio necesario, médico social del bocio, tan difundido en algunas regiones de España, como la de Asturias y Galicia, como causa importante de mortalidad infantil en medio rural.

G. Costin, de Rumania (117) nos da a conocer perfectamente el resultado interesantísimo de los exámenes médicos frente a las causas de mortalidad infantil, describiendo las siguientes anomalías: 552 discípulos del Liceo de Jassy examinados; caries dentarias, 71'9 por 100; hipertrofias de amígdalas, 17'7 por 100; agudeza visual disminuída, 13'7 por 100; ganglios, 15 por 100. De estos alumnos 418 eran ciudadanos, 134 rurales. Confesemos que, en general, ninguna labor semejante se hace en España y en modo alguno en medio rural. Y lo que sí debemos afirmar, en absoluto, que no hay ningún trabajo sistematizado en este particular.

Del mismo modo hemos de consignar la gran importancia médico social que tendría en nuestras palustres o palúdicas, la insistencia en la determinación del índice esplénico en la población rural. (118).

Pero nada tan importante cual esta inspección médica de la escuela rural desde el punto de vista de la tuberculosis.

Todo niño que mantiene un foco de tuberculosis, hállese expuesto teóricamente a las más graves consecuencias de esta infección (meningitis, tuberculosis pulmonar crónica, metástasis diversas). Ahora bien, desdichadamente ocurre en la práctica que en la mayoría de las veces el foco primitivo no provoca ningún fenómeno patológico ulterior de donde el enorme interés de descubrir tales focos, como hoy puede hacerse merced a la inspección médico escolar en todo su actual desenvolvimiento, auxiliada con los medios habidos en nuestro dispensario rural. (119).

En este estudio interesantísimo el autor Bernard Chantegreil, nos da a conocer que la radiografía y el laboratorio y entubado gástrico, deben ocupar el primer lugar a fin de despistar en la escuela los casos de tuberculosis pulmonar latente. En 100 niños examinados por este procedimiento, afirma, 22 fueron positivos con bacilos virulentos en los caviás. Gran procedimiento de inspección médico escolar, que debe generalizarse (dice) para obedecer

a Grancher, cuando afirma: «Si no se quiere más tuberculosis ya en los cuarteles y en los talleres, hay que descubrirla y combatirla en la escuela».

Los estudios actuales de Stouman dan todo su valor a esta labor de defensa, frente a la tuberculosis en el medio rural y parecen ordenar con cierto imperio, que esta lucha se comience a ejercer, con el mayor celo, en la higiene rural y en particular refiriéndonos a este nuestro trabajo en la inspección médico escolar.

Para ver con la mayor claridad de la evidencia cuán esencial es el valor de esta labor que nos ocupa, nos bastará conocer lo más interesante y escogitado de la actual bibliografía sobre esta clase de trabajos.

Ejemplo de gran instrucción le hallamos en un trabajo de un autor ya citado, Th. Rehberg, «sobre la propagación de la tuberculosis en los escolares en un sector rural y la profilaxia de la misma», fundada en el descubrimiento de los casos latentes, como hemos indicado, y el tratamiento inmediato de la enfermedad, según las normas de la más nueva medicina e higiene sociales. (120).

Sobre este mismo objeto, Christine Baber, (121) se ocupa con extraordinaria competencia de la tuberculosis pulmonar en la población escolar de Holanda e insiste sobre los fundamentos de la profilaxia que hemos defendido, recomendando la más interesada y sostenida atención en la exploración clínica completa, para el descubrimiento de toda la importancia que tiene la tuberculosis larvada en esta edad escolar.

Otro tanto hemos de decir del estudio de Edgar Olbrechts, de Bruselas. (122).

Digamos con sinceridad, aunque ello nos ocasione una honda amargura, que en la inmensa mayoría de nuestros pueblos rurales, y aún debiéramos decir en todos, no se hace una inspección médico escolar cual hoy es forzoso realizar en defensa de la salud de todos.

Así ocurre que pasa ignorada la etiología de la muerte por antihigiene escolar y el conocimiento de tales causas está hoy justamente calificado de fundamental interés médico-social. Al efecto, permítasenos extraer un magnífico estudio de un autor ya citado, G. Banu, de Rumania. (123).

Las causas de la falta de asistencia escolar en Rumania, pueden clasificarse en tres grupos diferentes.

I. Causas psíquicas que alteran la personalidad y la psicología del niño, haciendo de éste un inadaptable a la disciplina de la escuela y a la vida colectiva. Tal estado puede ser debido a la herencia (sífilis, alcoholismo, tuberculosis, neuropatía), o suceder a una enfermedad adquirida (meningitis cerebro-espinal, encefalitis letárgica, epilepsia).

II. Causas de pauperantes. Algunas leves enfermedades, pero repetidas. Afecciones oculares, particularmente la miopía, cuya frecuencia se acrece con la edad: según las estadísticas de Zolog, de Cluj, los miopes hállanse en la proporción siguiente: Primero. año de clase, 10'3 por 100. Segundo,

11'9 por 100. Tercero, 14 por 100. Cuarto, 18,4 por 100. Afecciones de la nariz y de la garganta, 40 por 100 de los alumnos que padecen de vegetaciones adenoideas o amígdalas hipertrofiadas. Afecciones de los oídos, 4 por 100. Afecciones dentarias, 75 a 80 por 100. Afecciones del esqueleto, 20 por 100 de los niños padecen de escoliosis ligera. Lesiones del corazón, 2 por 100. Bocio, en algunas regiones, 7 por 100.

Al lado de estas enfermedades, que llama leves, pero repetidas, se hallan las enfermedades crónicas. Tuberculosis: Según el estudio de Zolog, en 215 niños examinados, 25'5 por 100 padecen de (14'8 por 100 adenopatía traqueo bronquial; 5'2 por 100, lesiones pulmonares, sin contar 32 por 100 de niños portadores de ganglios cervicales). Según las investigaciones de Hattiegano y Daniello, en una escuela de niñas, 57 por 100 de 291 alumnas, presentaron signos clínicos o radiológicos de tuberculosis y la cutirreacción fué positiva en una proporción de un 92'5 por 100. Sífilis hereditaria, 3 por 100. Paludismo, frecuente en las regiones del Danubio y de las corrientes de agua de Moldavia o de Transylvania: en algunas regiones 10 por 100 de niños son palúdicos crónicos. Pelagra, las estadísticas: las estadísticas oficiales señalan 3.486 enfermos por debajo de 20 años y la mitad de éstos se refiere a niños en la edad escolar. Conjuntivitis granulosa, según la comunicación del doctor Grossi, habría en 119 municipios de Bessarabia, 2.267 tracomatosis entre los niños.

Las enfermedades agudas constituyen también una causa importante de la falta de asistencia del niño a la escuela. En 1921, ocupó el primer lugar la escarlatina (43.251). Después, la difteria, 3.059. La fiebre tifoidea, 6.063. Disenteria, 2.500. Coqueluche, 6.559. En cuanto a la viruela, tifus exantémico y la fiebre recurrente, cuya frecuencia llegó a inspirar serios temores durante la guerra y años siguientes, prácticamente ha desaparecido en algunos años.

III. Causas sociales. Son, según el autor las más importantes en Rumania. Bastará con citarlas: A) factores económicos: empleo de los niños en los trabajos, alojamiento o vivienda insalubre, alejamiento de la escuela. B) situación civil y moral de los niños: separación de los niños de sus padres, huérfanos o abandonados, ilegítimos, disolución de la familia. C) Factores de educación, mala educación de los niños, cinematografía.

Después de haber estudiado con máxima amplitud, según el programa expuesto, G. Banu, las causas de la no asistencia de los niños a la escuela, muestra con gran fortuna, las consecuencias individuales y sociales de este estado de cosas e indica a continuación las medidas que es necesario tomar, cuyos fundamentos básicos enuncia en este orden: ley de obligatoriedad de asistencia escolar, vigilancia médica de las escuelas, propaganda, protección social cuyo estudio puede sin duda constituir materia extensa y honda de sendos capítulos de medicina social.

V

ORGANIZACION Y COORDINACION DE LOS PROGRAMAS DE LUCHA CONTRA LA MORTALIDAD INFANTIL EN MEDIO RURAL, COMO CONSECUENCIA PRACTICA DEL ESTUDIO CRITICO DE LA MISMA

Hay, como sabemos, dos formas de organización sanitaria que pueden dar buenos resultados: En la una el Estado administra los servicios sanitarios locales (sistema centralizado) y en la otra el Estado ejerce solamente las funciones de inspección y de coordinación (sistema descentralizado o autóctono).

Ahora bien, acéptese el sistema que se desee más en armonía con la constitución política del país (en el nuestro, por ejemplo), ya el sistema centralizado, para aquellas provincias que no se rijan por estatutos regionales; ya el descentralizado en las regiones de estatutos o autónomas, cada administración sanitaria, en funciones de central para cada uno de los dos sistemas, debe realizar un servicio especial encargado de la protección maternal e infantil, comprendiendo la primera infancia tal como la hemos dividido, recién nacidos y niños de pecho (de cero a un año); edad preescolar, desde uno a siete años, y edad escolar, de siete a trece años, y este servicio ha de estar dirigido por un médico especializado y dedicado exclusivamente a esta labor.

Esta obra, que sin hipérbole podemos calificar de salvadora de la raza, ha de tener por lo mismo su asiento y desarrollo básico en el Municipio rural, en un dispensario o Centro titulado de higiene rural infantil, anexionado al Centro primario de higiene rural y en aquélla ha de haber los locales necesarios que al efecto hemos señalado, así como el personal facultativo y auxiliar correspondiente dirigido por el médico puericultor.

Es sin duda necesario que este servicio tenga, dentro de sus funciones autónomas, la coordinación de un sistema organizado con los demás de la Sanidad, en sus formas calificadas de medicina e higiene sociales, y al efecto, el médico director del dispensario de higiene rural tendrá la relación de solidaridad y dependencia a la vez, desde luego, con la Inspección provincial de Sanidad y con la Inspección municipal de Sanidad, que representa al mismo tiempo la Inspección médica escolar en el Municipio rural.

Sería muy recomendable que este programa de lucha frente a la muerte infantil en medio rural, se coordinara también por intermedio de una enfermera visitadora, en funciones de directora, en esta actuación de su obra y especializada de protección e higiene social de la infancia y maternidad, al efecto de aunar las actividades y funciones interesantísimas y propias de las enfermeras visitadoras dedicadas a este trabajo, en los distintos Municipios rurales de la provincia.

Es conveniente, desde luego, en relación con el servicio de protección maternal e infantil, agregar una comadrona jefe, que bajo la autoridad del servicio correspondiente se encargara de la dirección de las comadronas que fuera posible colocar, desde luego, en los Municipios rurales para colaborar de modo interesante en nuestra obra de higiene rural infantil en el dispensario municipal, correspondiente de igual nombre, anexo al Centro primario de higiene rural.

Es absolutamente preciso, con relación a las tasas de mortalidad y morbilidad en el Municipio rural, se pongan en práctica todas las medidas tocante a la asistencia médica y protección maternal e infantil, como hemos estudiado en los capítulos precedentes, para responder a las necesidades de la población rural y que sería prolijo repetir.

El servicio deberá llevar a cabo, cuando sea menester, las medidas necesarias para colaborar con los médicos y coordinar todas las obras oficiales y privadas, incluyendo los seguros sociales, relacionados con la protección maternal e infantil.

Las Juntas de protección de menores creadas en nuestro país a semejanza de los Comités de Cooperación, «Kinderfürsorgeamt», en Holanda, y otras Asambleas a este tenor, pueden ser para nuestro objeto, un medio eficaz de cooperación y solidaridad.

Este servicio, en efecto, habrá de mantener una unidad estrecha con los diversos servicios sociales y de estadísticas y colaborar del mismo modo con el servicio para la prevención de las enfermedades infecciosas, tanto agudas como crónicas, comprendidas la tuberculosis y la sífilis desde el punto de vista de la profilaxis de las enfermedades que, cual las citadas ahora, amenazan sobre todo la salud de la madre y del hijo.

La organización de la higiene maternal e infantil, en la lucha contra la mortalidad en los niños, como nosotros hemos considerado, no debe perder de vista a las demás ramas de la higiene moderna con las que forma un conjunto.

Cada plan de organización de un servicio de higiene, ya del sistema centralizado, ya autónomo, ha de tener buena cuenta ya en el primer plano de su organización y elaboración de la necesidad de una colaboración estrecha entre sus diversas ramificaciones. Solamente así, con esta solidaridad funcional, podremos aspirar a los anhelados y mejores éxitos desde el punto de vista de la higiene pública.

Las cuestiones detalladas, principalmente burocráticas, de construcción de edificios, de provisión de material y de personal, de la distribución del trabajo del mismo y sus relaciones con el cuerpo médico, deberán constituir motivos distintos de sendos estudios relacionados con otras funciones de la higiene examinadas con la mayor reflexión posible, para la mejor utilización de cuantos elementos poseemos en bien de la salud de la infancia.

Tal es nuestro modestísimo trabajo, en el cual pretendemos, muy por

encima de nuestra modestísima capacidad, mostrar en cada una de sus páginas aquel amor profundo y ancho a la obra regeneradora de la higiene actual, aplicada particularmente a la defensa de la salud de nuestra Patria, acongojada de perder la esperanza en sus hijos, cuando tantos miles salen a la luz bajo la segur de la muerte, en el desamparo y horrible miseria del ambiente rural.

NOTAS E ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO

(106) *Consideraciones médico-sociales sobre el trabajo de los niños*, por E. Rasmérica. «Revista de Igiene Sociala». T. 2.º, p. 166, n.º 2, 1932.

(106 bis) *Estudios sobre el estado de nutrición de los niños en la edad escolar en Rumania*, por G. Banu y P. Ramneantu. «Revista de Igiene Sociala». T. I, p. 16, con tres gráficos. Enero, 1931.

(106 idem) *El desarrollo del cuerpo humano y su importancia en la educación física e intelectual de los escolares*.

(107) *La inspección médica de las escuelas de Nueva Gales del Sur en 1918 y 1919*, por Yvon. «La Medecine Scolaire». T. XI, p. 74, 1922.

(108) *Inspección médica de las escuelas*, por M. van der Haeve, J. M. Hamelberg y J. P. Elias. «Neder Landsch Tijdschrift voor Geneeskunde». P. 1.039. 27-III, 1920.

(109) *Examens médicaux individuels pratiqués dans les écoles primaires a Paris en 1920 et 1921*, par Charles Joly. «La Medecine Scolaire». T. XII, p. 13, n.º 5, 10 Mai, 1923.

(110) *La inspección médica de las escuelas en Suecia*, por Gotfrid Törnell. «Bulletin international de la protection de l'enfance». P. 321, n.º 14. IV-1923.

(111) *De cómo los padres tienen cuenta de los defectos hallados en sus hijos por la inspección médico escolar*, por Jane S. Greig (Victoria). Health. T. II, p. 141. 1924.

(112) *El examen racional de los escolares en el Brasil*, por A. Ferreira de Magalhaes. «Bull. Internat. Protection de l'Enfance». P. 1.683, n.º 98. XII-1930.

(113) *El examen racional de los escolares*, por G. Banu, de Bucarest. IX sesión de la sección internacional de protección de la infancia. «Bull. Inter. de la Protection de l'Enfance». VII, p. 930, n.º 95.

(114) *La protección de la infancia organizada por las autoridades municipales de Zurich: Oficina de Zurich de la infancia*, por T. Hauri. «Pro Juventute». P. 572 y 620, n.º 10 y 11, 1926.

(115) *De formation du squelette chez les écoliers par Lausies*. «Bull. du Bureau d'Hygiene du Havre». N.º 5, 1911.

(116) *La distribución geográfica del bocio en las escuelas de niños en Inglaterra y País de Gales*, por Campbell. «The Journal of Hygiene». Vol. 26, p. I, n.º 1. III-1927.

(117) *Taras físicas de los colegiales en Rumania*, por G. Costin. «Rev. de Igiene Sociala». T. 1.º, p. 575, n.º 7, 1931.

(118) *El índice esplénico en los escolares de Londres*, por R. Ross, S. R. Christophers y E. L. Perry. «Indian Jour. of Med. Res.» T. 1.º, n.º 3, p. 385. 1914.

(119) *Despistage de la tuberculose pulmonaire latente chez l'enfant d'âge scolaire*, por Bernard Chautegreil. «Journal de Medecine de Paris». N.º II, p. 215. 17-III-1932.

(120) *La propagación de la tuberculosis de los escolares en un sector rural de profilaxia antituberculosa*, por Th. Rehberg. «Zeitschrift für Tuberkulose». Vol. 52, p. 1-5, 1928.

(120 bis) *La profilaxia de la tuberculosis debe realizarse a la entrada del niño en la escuela*, por Dufestel. «L'Hygiène par l'exemple». 8.º année, p. 95, n.º 2. III-IV-1929.

121. *La tuberculosis en los escolares en Holanda*, por Christine Bader. «Bull. intern. de Protection de l'Enfance». P. 508. VI-1930.

(122) *La tuberculosis en los escolares*, por Edgar Olbrechts, de Bruselas. Comunicación de la IX sesión de la Asociación internacional de la protección de la infancia. Año 21, p. 203, n.º 6. XI-1930.

(123) *Las causas de la no frecuentación de los niños a las escuelas de Rumania*, por G. Banu. «Bull. Intern. de la Protection de l'Enfance».

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**

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

Frascos 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 5.052

MADRID - Apartado 10.025

El Primer Congreso Español Pro-Médico, visto por dentro

por LEOPOLDO CORTEJOSO

Cuando han transcurrido ya algunas semanas desde la celebración en Zaragoza de esta magna reunión de los médicos españoles, acaso resulte mejor que una reseña informativa de los actos del mismo (por otra parte conocida casi con seguridad, por la lectura de la prensa diaria) enjuiciar la labor del Congreso a través de la intervención en el mismo de sus figuras principales. Por este motivo, hemos procurado estilizar en unas breves líneas la personalidad y el modo de ver los problemas discutidos, de algunos de los hombres más representativos de este Congreso. Sin que esto quiera decir que aquí está todo lo tratado y cuantos lo trataron, pero sí lo suficiente para lograr una idea veraz de lo que ha sido el Primer Congreso Español Pro-Médico.

Y empezaremos el comentario, enfocando al

DOCTOR A. DIZ JURADO.—¿Le han prestado las rías gallegas este aire inconfundible de exquisita serenidad? ¡Quién puede asegurarlo! Lo cierto es que cuando habla cautiva y cuando calla obliga a meditar.

Como buen español del Noroeste, pesa y repesa con sumo cuidado las ventajas y los inconvenientes del Seguro. ¿Quién debe organizarle?, ¿quién debe administrarle? Para Diz Jurado no ofrece duda alguna: los que le sostengan. Y contra esta lógica no cabe discusión.

Si se discute se enfrentará el osado con dos grandes enemigos: una fina dialéctica en la razón y una humildad franciscana en el acento. Diz Jurado hablará: «Yo no he venido a imponeros nada. Acepto vuestras sugerencias siempre que respondan al sentir de la mayoría, y si en alguna cosa os ofendí... ¡perdón!»

¡Perdón! ¿Figura esta palabra en el vocabulario de las reuniones profesionales de los médicos?

DOCTOR E. BARDAJI.—Tranquilo, laborioso, entusiasta. Con este hombre irían los médicos al Seguro, a ese Seguro ideal del que nos dice que «no representa sino ventajas para unos y otros, mejorando con su implantación la Sanidad del país.»

Sin embargo, flotaba en el aire del Congreso una sombra que empañaba las cosas más nítidas. Recelo de las palabras, no de los labios que las vertían. Un recelo que se concretaba en preguntas como esta:

Si la Sanidad ha de ser función del Estado, ¿por qué el dinero del Seguro va a servir para suplantar funciones estatales?

DOCTOR J. ESPINOSA FERRANDIZ.—He aquí el *divo* de nuestra

oratoria médico-profesional. Su voz es elegante, florida, armoniosa. Y convence siempre... menos cuando defiende al Instituto Nacional de Previsión.

También con él irían los médicos al Seguro, pero ¡este pícaro Seguro de Maternidad ha enseñado tantas cosas!

Batió el record de las intervenciones. Y de las llamadas al orden por consumo abusivo de tiempo. Acaso fuese porque en las alturas siderales a que ascendía, según el doctor Palanca, en vuelo magnífico, no rigiese el cronómetro de Martín Cirajas.

Yo, sin embargo, le hubiese permitido seguir volando; no sólo de pan vive el hombre.

DOCTOR H. PARIS.—Vehemencia, convicción, fe inquebrantable; he aquí los tres lados de este triángulo, cuya personalidad es el doctor Paris.

Ha vivido poco y ha meditado mucho. Fruto de ello es la formación de un criterio que defiende con ahinco, tenazmente, indómitamente. Acaso su único defecto sea este: que pone demasiada pasión en sus palabras.

Combatió el Seguro—o mejor un sistema de Seguro—con cifras y datos actuariales impresionantes. Al Instituto Nacional de Previsión correspondió la mejor parte en los ataques.

No es un demoleedor sistemático. Podrá estar equivocado—así lo afirmó uno de los ponentes—, pero ¿estuvieron acertados los que pactaron en Ginebra a espaldas de la clase?

DOCTOR FRANCISCO HARO.—Buen timonel. Mejor traspunte. Verdugo y esclavo del rigorismo en las discusiones. Cuando menos se piensa, surge un estentóreo «¡pido la palabra! Que se lea el artículo tantos del reglamento.» Y Francisco Haro se lanza con denuedo al ataque contra los inmorales que se titulan especialistas sin serlo, o proyecta sobre la pantalla del Congreso la cinta catastrófica del Seguro de Maternidad.

Buen timonel. Gesticula demasiado, sin embargo. A fuerza de entusiasmo, se le va a ir a pique el velero de los razonamientos.

DOCTOR A. TRIAS PUJOL.—Aquel día anunciaba el programa: Enseñanza Médica. Lo natural era, por tanto, que recibiésemos una sabia lección. Trias llevaba en aquel momento sobre sus ojos azules el reflejo del Mediterráneo. Y ancho como el mar, y profundo como el mar y escrespado como el mar, su pensamiento se desgranaba en concepciones maravillosas.

Decía: «Esa verdadera masturbación mental a que se someten nuestros jóvenes con la visión de las oposiciones por delante...» «Esa existencia estéril y absurda, ese estudiar mucho y no aprender nada de las Universidades españolas...»

Aquel día, el agua azul del Mediterráneo dejó la espuma rebelde de sus olas en incontables rincones de España.

DOCTOR W. LOPEZ ALBO.—También del lado del Cantábrico soplaban aires de renovación. López Albo—libertad, vocación, rectitud—alzó una vez más su voz en defensa de una selección racional del profesorado. ¡No

más torneos oratorios para lucimiento de imberbes «empollones». La Universidad debe llamar a su seno a los hombres capacitados, y el día que éstos no tengan vocación para seguir enseñando, mostrarles cortésmente el camino de regreso...

No se asusten, no, ciertos catedráticos de Medicina. Por desgracia, hasta hoy, sólo se han expedido billetes de ida, valederos hasta los 70 años.

DOCTOR D. ORTEGA.—La extrema izquierda del Congreso. Vanguardia audaz de todas las discusiones, con ideas rebeldes vestidas de ademanos cordiales.

Algunas estridencias de su oratoria—«privilegio de clases», «obreros y campesinos», etc.—le hubieran hecho aparecer fácilmente como delegado de la Unión de Repúblicas Soviéticas. Sin esto, parte de sus ideas habrían sido acogidas por el Congreso con la máxima simpatía.

Por ejemplo, esta: «Hay que exigir responsabilidad al Profesorado por el estado de preparación del alumno.»

DOCTOR C. MORENO BARTOLOME.—De Sevilla. Pretendió leer—y lo consiguió—un largo alegato en defensa de la ley natural de los semejantes, solicitando al fin que la Homeopatía se enseñe oficialmente en las Facultades. Previamente había repartido un librito, en el que se lee: «...la naturaleza crea invariablemente lo dulce al lado de lo amargo, ley de las compensaciones, para que busquemos e injerremos los semejantes ayudando a dar más vida a las fases transitorias, y en esta fase nuestra de una riqueza completa, en el incompleto conocimiento de nuestra completa luz interior...»

A pesar de todo, se le oyó con respeto. Escuchó, al final de su intervención, la ovación más clamorosa que se haya dado en la vida a homeópata alguno.

Pero el Congreso no se contagió de su entusiasmo.

DOCTOR J. A. PALANCA.—Gran luchador. Arma al brazo, presto a lanzar el disparo certero de su argumentación formidable, contempla, como un espectador cualquiera, este ir y venir por caminos laberínticos de la política sanitaria española.

Y sonrío diciendo: «Lo que hay que hacer, en Sanidad, lo sabemos todos. Lo difícil es saber cómo hay que hacerlo.»

Escucha opiniones, asiente, vuelve a sonreír. Y desarmando argumentos para volverles a armar a su gusto—¡oh, el juguete de la polémica!—nos construye ágilmente el edificio de la Sanidad española.

¿Buen edificio? Cuando menos, de una solidez inquebrantable. Porque se apoya en esta pequeña cosa fundamental: «el maestro actuando sobre los cerebros infantiles y educando sanitariamente a las masas.»

DOCTOR J. RUIZ HERAS.—Detrás de unas gafas de concha con aire universitario, unos ojillos vivaces que escrutan cuanto se dice y se piensa de Sanidad y sanitarios rurales; este es Ruiz Heras.

Ducho en contiendas de esta naturaleza, cuando un congresista pide la

palabra para intervenir, ya sabe hacia qué lado pretende inclinar el platillo de la balanza. Le cuesta poco, por lo tanto, preparar la réplica adecuada.

Y repite una y otra vez con insistencia de paranoico: «El titular es el soldado del ejército sanitario. La función sanitaria no puede separarse de la asistencia pública...»

No hubo que librar batalla. Esta vez el enemigo presentía la derrota.

DOCTOR F. ENRIQUEZ DE SALAMANCA.—Si hubiésemos sido espiritistas, tal vez habríamos creído que era el anciano de Cos quien nos hablaba. Tal el acento grave, solemne, elevado y humanitario del profesor madrileño.

Pero Enríquez de Salamanca no ignora que vivimos en 1935 y que la inmoralidad se enrosca como una serpiente a las columnas que soportan el peso de tanta ciencia ficticia o real. Y pregunta: «¿Será mejor médico el que tenga mejor automóvil o el que cure mejor sus enfermos?»

Habría que repetir la pregunta ante la estupidez de las gentes ignoras. Porque a los médicos puede bastarles esta afirmación concreta: «El primer principio de moral médica es hacer bien lo que hacemos.» Todo lo que hacemos, podría añadirse.

Sólo que en ocasiones, para poder llevar a cabo este principio, acaso fuese necesaria la cloroformización permanente de algunos compañeros.

DOCTOR ENRIQUE NOGUERA.—Alma del Congreso. Motor y nervio, estremecimiento y vibración. Como el autor novel que asiste al estreno de su obra, atisba ansiosamente entre bastidores el desarrollo de la misma. Sonríe a veces, asintiendo con leves movimientos de cabeza; no cabe duda que el gesto y la palabra de los actores placen a su intención.

Se ha reservado para sí el último acto, precisamente el más difícil de llevar a buen puerto: Sanciones para los inmorales de la Medicina. El espectador aplaude satisfecho su labor, pero ¿por qué no pidió que saliera a escena el autor de la obra?

Sin embargo, el éxito fué rotundo. Tan rotundo, que al día siguiente los espectadores todos exigieron que el próximo estreno sea preparado y dirigido por las mismas manos laboriosas. Enrique Noguera va a tener que encaramarse en su celibato para exclamar: ¡Eh, señores, que estoy yo aquí!

DOCTOR R. HORNO ALCORTA.—Gran director de orquesta. Sin una batuta como la de este hombre, es posible que en la partitura de Moral Médica el conjunto hubiese desafinado estrepitosamente.

Pero no fué así. Y gracias a ello pudimos deleitarnos con acordes melódicos, aunque alguno saliera defraudado por creer que había acudido a escuchar «La tempestad».

DOCTOR J. BARRIO DE MEDINA.—El voluminoso y simpático dermatólogo se ha propuesto adelgazar. Para ello se ha sometido rigurosamente a un plan especial, una de cuyas características está en la discusión activa de temas profesionales.

El Congreso de Zaragoza debe haberle hecho adelgazar unos cuantos kilos. O lo que es igual, defendió y combatió criterios y proposiciones con la misma fe del enfermo optimista que ingiere píldora tras píldora. ¿Comprenderán ahora algunos congresistas por qué su insistencia en que el próximo Congreso se celebrase dentro de tres meses?

La tónica de su actuación fué esta: Defensa entusiasta y perseverante de los derechos de los médicos libres.

Porque... también los médicos libres tienen derechos, señores, de las Sociedades de médico, farmacia y sacramental.

DOCTOR L. GARCIA TORNEL.—Definidor certero y elocuente. Verbo impetuoso que hace vibrar oportunamente las fibras más hondas.

Supo poner un magnífico colofón al Congreso. «Se dice—habló—que si hemos sido muchos o pocos, no lo sé. Lo que sí sé, es que aquí ha estado lo mejor, el titular que estudia, que lee y siente deseos de saber más, el médico libre que quiere ampliar sus conocimientos, el sanitario, el profesor que quiere penetración...»

¿Qué más puede pedirse a un Congreso—añadimos—si éste es libre, si es de médicos y si los médicos son españoles?



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: Palayo, 62.—BILBAO: Erilla, 16.—MADRID: Plaza Conalejas, 4.
SEVILLA: Martín Villa, 7.—VALENCIA: Plaza Emilio Castelar, 7.



REVISTA DE REVISTAS

MEDICINA INTERNA

Sobre las huellas dactilares al servicio de la investigación de la raza y de la constitución.—KIRCHMAIR.—«Münchener Medizinische Wochenschrift».

El trabajo interesante y trascendente desde el punto de vista antropológico y racial, tiene también interés para el médico práctico, y lo resumiremos del siguiente modo: El autor ha investigado la disposición y forma de cada uno de los detalles de las huellas dactilares, habiendo logrado por este procedimiento comprobar las relaciones existentes entre razas, sexo, tipo constitucional, huellas dactilares y grupos sanguíneos, y además estudiar cómo están distribuidos los grupos raciales, con arreglo a las huellas dactilares en la población de Hamburgo.

La demostración de las íntimas relaciones existentes entre huellas dactilares y grupos sanguíneos, es de una importancia verdaderamente extraordinaria, así como también el hallazgo del tanto por ciento de sujetos, en los cuales van disminuyendo los valores de los grupos sanguíneos, en una cierta dirección, con arreglo a su posición geográfica en el mapa, de Este a Oeste.

Sobre una dieta líquida, rica en líquido y en sales potásicas, como terapéutica de la insuficiencia renal.—GERSON.—«Münchener Medizinische Wochenschrift.»

Las conclusiones a que llega el autor son como sigue: Ha empleado en la insuficiencia renal, y en otras enfermedades cardíacas, una dieta rica en líquido y en sales potásicas, regularmente pobre en calorías, pobre en albúminas y desalada.

Esta dieta tiene una acción diurética muy fuerte, que se manifiesta en mayor grado cuando el sujeto toma gran cantidad de líquido, especialmente jugo de manzanas, y resulta activa aun en aquellos enfermos en que ha fracasado la administración de salirgan para provocar el aumento de la cantidad de orina.

Una sangría y la administración de un purgante o de enemas abundantes, son necesarios antes de comenzar la cura.

El autor refiere los resultados favorables obtenidos en los enfermos cardiorenales; en primer lugar, a la dieta pobre en albúmina; en segundo lugar a la dieta rica en potasio y pobre en sodio, y en tercer lugar, a la de cloruración del organismo.

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. GRAIFO

COMPOSICION: M.A.L. a IRVADIADA con longitud de onda óptica - Extracto de hígado fresco de ternera - Lodo naciente (molado BEAUDRY y COURTOT) - FOSFORO CALCIO y Jarabe de Robano perfeccionado

VITAMINAS A y B₁₂ mas elementos sales asimilables

Precio: 4,15 Pesetas el frasco

PRODUCTO GENUINAMENTE ESPAÑOL

Laboratorio GRAIFO

HEPATORRADIL

Casos atípicos de angina de pecho.—ELLIOT.—«The Medical Clinics of North America.»

Haciendo notar lo que ha aumentado esta enfermedad en los últimos tiempos, en proporción a comienzos del siglo, hace constar que obedece a las condiciones en que se desarrolla la vida actual, llena de emociones y que somete al corazón y al sistema nervioso y aparato circulatorio a tensiones desusadas.

Por otra parte, cree existe una relación entre el temperamento del sujeto y la frecuencia de esta enfermedad. Sin embargo, considera que se ha adelantado mucho en el diagnóstico precoz, por haberse perfeccionado los procedimientos diagnósticos, y especialmente porque el electrocardiograma permite hoy el diagnóstico de los casos atípicos, pero estima que es necesario el estudio total del sujeto, y muy especialmente el estudio de las molestias subjetivas del paciente en los casos atípicos.

La patología de la sangre y la secreción gástrica en relación con la herencia patológica.—HOFF.—«Münchener Medizinische Wochenschrift», número 15.

Concluye su extenso artículo, de la siguiente manera: Para la anemia perniciosa existe una perturbación de la secreción gástrica por falta del principio de Castle, de significación causal.

La cloroanemia aquífica es una anemia por falta de hierro en la sangre, originada por falta de ácido en el jugo gástrico, que perturba la absorción del hierro, y es una enfermedad en que el factor hereditario es decisivo.

Igualmente se puede considerar existe un factor hereditario en la anemia perniciosa.

También existen relaciones entre la poliglobulia y el aumento de la secreción gástrica. E igualmente existe aquí un factor importante hereditario, ligado a enfermedades del bazo, de las glándulas de secreción interna y del diencéfalo, por existir en este lugar del encéfalo los centros nerviosos reguladores de estas funciones perturbadas.

M. BAÑUELOS

Choque renal y anuria a continuación de transfusión sanguínea.—D A U M E R I E , BRUENS, WAUTERS.—«Bruxelles Medical». Enero de 1935.

La observación presentada corresponde a un hombre de 54 años, afecto de un cáncer de estómago y profundamente anemizado, que presenta después de dos días de transfusión sanguínea de 130 centímetros cúbicos, los signos de insuficiencia renal y anemia que le llevan a la muerte en cinco días.

Los autores invocan en estas circunstancias tres grupos de accidentes postransfusionales: mecánicos, debidos a la velocidad de transfusión; anafilácticos, excepcionalmente mortales, y renales, en fin tardíos y casi siempre mortales.

Estudian en detalle este último grupo:

Los síntomas son variables: ya al encontrarse en el curso de la transfusión,

ORTHOMIL

Producto del Laboratorio Cántabro.

Solución de salicilato de sosa
2 gramos por cucharada.

Santander

las oleadas de calor con sensación de agobio, indican una sensibilidad especial del sujeto, y entonces el cuadro es de repente trágico y del tipo de angor o de edema agudo de pulmón. Una elevación de 40 grados se produce más tarde para durar una hora y ceder bruscamente más tarde. Al siguiente día es cuando se presentan y se desvuelven los síntomas renales de insuficiencia. La anuria es refractaria a todo tratamiento y mortal.

La etiología de los accidentes es mal dilucidada. Se trata para unos de incompatibilidad sanguínea, lo que confirma en una grandemente cierta medida el dogma de la constancia de los grupos sanguíneos para otros, la manifestación de intolerancia sería sérica, es decir, globular, debidas las más de las veces a un error de determinación de grupos sanguíneos.

Añaden que la profilaxia de estos fenómenos está en verificar y constatar los grupos sanguíneos antes de cada transfusión, utilizando de preferencia la reacción indirecta de Beth-Vincent.

CIRUGIA

Osteitis tuberculosa quística múltiple. (Enfermedad de Jüngling).—ALSTINE y GAVEN.—«Journ. of Bone and Joint Surg.» 1933.

Jüngling, en 1920, ha individualizado, después de cuatro observaciones, un enfermedad caracterizada por un comienzo progresivo, un dolor moderado, degeneración quística de los huesos atacando principalmente las falanges y los metatarsianos (los quistecillos tienden a fusionarse para formar grandes quistes). Por el examen histológico se encuentran células epiteliodes, linfocitos y raras células gigantes. La inoculación al cobaya es a menudo negativa. Evoluciones lentamente a la mejoría.

Fleischnev ha demostrado la asociación frecuente de la osteitis múltiple quística con el *lupus pernio* y el sarcoide de Boeck, que Goeckermann considera como tuberculoso. Alstine y Gewen apartan una demostración que juzgan muy demostrativa: hombre de treinta y dos años, absceso frío del codo, cavidad quística única en el cúbito, múltiples en la extremidad superior del húmero.

Intervienen el codo: en el contenido se constató el bacilo de Koch.

Las radiografías no son muy demostrativas, y hacen pensar en una asociación de escapulalgia banal y de tuberculosis yuxta articular del codo.

Consideraciones de orden patogénico y terapéutico sobre 31 casos de tétanos.—MAGI (SIENA).—«Minerva Médica». Febrero, 1935.

Desde el punto de vista teórico, el autor insiste en algunas consideraciones, donde su estadística se separa de las de otros autores (mortalidad más grande en los sujetos de edad, ausencia bastante frecuente de fiebre, gravedad mayor del tétanos con punto de partida en la raíz del miembro o en todo él, que del tétanos cefálico).

DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA

VACOTONIL

Extracto OVARICO total. (TIPO): Extracto de VALERIANA; Extracto de BELLADONA; LUMINAL. (En pastillas, de 4 a 12 diarias.)

DEL DOCTOR GRAÑO



Desde el punto de vista terapéutico, la mortalidad global fué de 67 por 100.

El desbridamiento del punto causal no está aconsejado más que después de la infiltración de los troncos nerviosos periféricos y alrededor del foco traumático con suero antitetánico; sin esta precaución, el desbridamiento sería más bien perjudicial que útil.

En cuanto al tratamiento propiamente dicho, el autor recomienda el proceder de Salvioli: suero antitetánico exclusivamente intramuscular asociado a los lavados de éter diluido en aceite de olivas; el éter será introducido después de la inyección de suero y a dosis fraccionadas dos o tres veces por día (una parte de éter por dos o tres de aceite). El porcentaje de curación por este método es de 45,5 por 100.

Un caso clínico ilustra esta tesis: el de un joven afecto de tétanos, extremadamente grave, desencadenado después de un día de sufrir una herida en el pie; recibió en total 330.000 unidades internacionales de suero y 92 centímetros cúbicos de éter. Curación después de crisis muy graves, en el curso de las cuales se tuvo que recurrir a la respiración artificial.

ALLUÉ HORNA

PEDIATRIA

Contribución al estudio de las meningitis por enterococos.—DOCTOR GOUVERNE.—

Tesis de París, 1934.

La meningitis por enterococos es muy rara en todas las edades; después de haber expuesto y criticado las observaciones relativas a los adultos, el autor estudia las meningitis a enterococos en los niños.

Distingue cuatro formas: 1.^a «Forma aguda», evolucionando en una semana hacia la muerte y sin remisión. Un niño de nueve años, observado por Diriat a continuación de una mastoiditis bilateral, presenta después de tres semanas una meningitis, la cual simula un empacho gástrico con vómitos y diarrea; muere a los ocho días; 2.^a «Forma hiperaguda»: un lactante de cinco meses visto por E. Casante, tiene agitación y fontanela tensa; muere en cuarenta y ocho horas; 3.^a «Forma subintransiente»: caso de Zuber, evolucionado en tres períodos (síndrome meníngeo, remisión falsa, reaparición de los fenómenos meníngeos y muerte); 4.^a «Forma asociada»: un enterococo se añade al bacilo de Koch (cuadro clínico de una meningitis tuberculosa).

Diagnóstico de laboratorio.—Líquido purulento, haciendo pensar en meningitis gonocócica, error que el laboratorio solo permite rectificar. Pronóstico muy grave. Muerte habitual.

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

Contribución al concepto de la identidad de la osteogénesis imperfecta congénita y de la osteositrosis idiopática.—DOCTOR BIERRING.—Acta Chi. Scandin. Julio de 1933.

Se trata de un caso de osteogénesis imperfecta congénita hereditaria. La madre, inmediatamente después del nacimiento ha padecido numerosas fracturas y las ha tenido hasta los 18 años. Talla: un metro. Escleróticas azules.

El niño, nacido por operación cesárea. Presenta fracturas durante la vida intrauterina. Escleróticas azules. Nuevas fracturas. Muerte por bronconeumonía a los seis meses.

El examen histológico que ha sido practicado en el hueso de uno de sus miembros inferiores, muestra la ausencia de hueso compacto y bien constituido.

No hay pues modo de distinguir allí la osteositrosis; con escleróticas azules y fragilidad adquirida, enfermedades hereditarias y osteogénesis imperfecta congénita con fragilidad prenatal, enfermedad no hereditaria.

Como Looser había demostrado, no se trata más que de dos formas: una inmediata, la otra retardada por la misma distrofia ósea.

La hidrartrosis heredo-sifilítica tardía.—DOCTOR LAURENT.—Tesis de París, 1934.

Está inspirada esta tesis por el doctor Pinard y contiene cuatro observaciones. Los oftalmólogos comprueban la hidrartrosis con bastante frecuencia en los jóvenes, sujetos portadores de la triada de Hutchinson, y estarían dispuestos a añadir a la sordera, a la keratitis y a las erosiones dentarias para formar una tetrada heredo-sifilítica. La hidrartrosis es a menudo despreciada, dada su indolencia; no se piensa en la etiología sifilítica. Se deberá pues buscar en la presencia de una hidrartrosis de comienzo insidioso, afegmática, indolora, bilateral y simétrica, crónica punción exploradora e investigación del Bordet-Wasserman.

La hidrartrosis heredo-sifilítica tardía es a menudo confundida con una hidrartrosis tuberculosa o traumática. Las hidrartrosis crónicas y recidivantes pueden ser tuberculosas. El diagnóstico se precisará por medio de la punción exploradora con examen biológico del líquido. El tratamiento de ataque por el bismuto no es recomendable. Es por los arsenobenzoados, por los cuales hay que perseguir la curación de la hidrartrosis heredo-sifilítica tardía.

ALLUÉ HORNA

HEPATOCALCIO

DEL DOCTOR GRAÑO

ACEITE DE HIGADO DE HIPPOGLOSSUS STANDARDIZADO

CON CALCIFEROL, FACTOR ANTIRRAQUITICO

Y VITAMINA A, FACTOR DE CRECIMIENTO E INMUNIDAD ORGANICA

BIBLIOGRAFIA

Reumatismo y afecciones análogas.—DOCTOR ANTON FISCHER.—Editorial Labor.
Barcelona, Madrid, Buenos Aires, 1935.

He aquí otro libro magnífico editado también por la Casa Labor, en el que se estudian, desde la pauta exploratoria del aparato locomotor y la patología general de las enfermedades articulares, hasta la higiene social y el peritaje, habiéndose añadido para mayor mérito de la obra, un excelente capítulo sobre las enfermedades del aparato locomotor en la legislación española, por nuestro buen amigo el doctor Carrasco Martínez, prematuramente muerto, por desgracia, para la Medicina nacional y que avalora en grado considerable, la importancia de este libro.

Consta de 264 páginas con numerosas figuras, especialmente radiografías, y se puede recomendar, tanto desde el punto de vista clínico como del de higiene social y peritaje para los alumnos porque no es excesiva, y para los médicos generales que a menudo tengan que dictaminar sobre estas enfermedades osteoarticulares.

La traducción, a cargo de la doctora Nordmann y el doctor Carrasco Martínez, excelente, y la presentación, magnífica, la acostumbrada en la Casa Labor.

M. BAÑUELOS

Eficaz e inocuo

se obtiene con el empleo de la **ANTIBLEFARINA KIRCHNER** en las
BLEFAJITIS, CONJUNTIVITIS, QUERRATIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ULCERAS
Y HERIDAS INFECCIOSAS DE LA CórNEA, ULCERACIONES Y QUEMADURAS PALPEBRALES.

La **ANTIBLEFARINA KIRCHNER** es la primera pomada oftálmica a
base de **Loretinato de Bismuto** que se divulgó a los señores oftalmiatras
de España y América latina, según fórmula del Profesor don Tomás Blanco,
de Valencia, que fué quien dió a conocer en España la gran eficacia terapéu-
tica, 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,
cómo 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

ANTIBLEFARINA

LITERATURA
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA.

OFALMOTERÁPICOS KIRCHNER - León XIII, 7 - Barcelona

Métodos clínico-químicos sencillos para el análisis de la orina y la sangre.—PROFESOR DOCTOR ERWIN BECHER.—Manuel Marín, Editor. Provenza, 273. Barcelona, 1935.

La Casa Marín, ha tenido la excelente idea de verter al idioma español este pequeño manual de 196 páginas en cuarto menor, que un hombre de laboratorio y de clínica, que cuenta con la experiencia considerable de Becher, había redactado para uso de las clínicas en los países de lengua alemana.

Lleva el librito un prólogo muy justo del eminente profesor Volhard, en el que se justifica la aparición del libro.

Pero es en el prólogo del autor donde el propio Becher nos muestra las razones poderosas que motivaron la redacción de este librito tan importante.

En él se describen, como dice el título, numerosas técnicas de análisis urgente en el laboratorio, muchos de los cuales han sido ideados y otros perfeccionados por el autor del libro.

Muy bien traducido por el doctor González Campo de Cos, y correctamente presentado por la Editorial Marín, este libro es indispensable en todas las clínicas y laboratorios, y además muy recomendable, sobre todo a aquellos médicos, que contando con un pequeño laboratorio, quieran lanzarse a hacer análisis, muy solicitados hoy por los clínicos modernos.

M. BAÑUELOS

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)

ELIXIR "RECA"

Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.