

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

Páginas

MARIANO BELLOGÍN GARCÍA.— <i>Jornada agrícola en el aspecto médico e higiene del obrero del campo</i>	133
LORENZO SÁEZ.— <i>Ictericia catarral e insulina</i>	153
VICENTE GONZÁLEZ CALVO.— <i>El sistema neuro-endocrino y la tuberculosis</i>	158
SABINO RODRÍGUEZ BERGERUELO.— <i>Caso clínico</i>	169
EMILIO ZAPATERO.— <i>El mecanismo patogénico de las infecciones intestinales</i>	175
DOCTOR LEDO.— <i>Las grandes innovaciones en nuestra Facultad de Medicina y en el Hospital general. Inauguración de los Servicios de Electro-Radiología</i>	179

(Sigue)

Dr. Georg Henning, Berlin



Testogan Preparado organo-terápico, de efecto seguro, indicado en los casos de: **Potencia reducida, neurastenia sexual, estados de agotamiento, vejez prematura.**

Teligán Para combatir eficazmente los desórdenes funcionales de las glándulas genitales. Indicado en: **Desórdenes de la menstruación, molestias de la menopausia, insuficiencia sexual, vejez prematura.**

Sipolysin Muy indicado en la **adiposidad**, tanto endógena como exógena. Formas mixtas.

Intestinol Preparado a base de páncreas, secreтина y carbón. Indicado en todos los **desórdenes digestivos**, como estimulante fisiológico de las **glándulas digestivas.**

Pituigan Extracto estandarizado del **lóbulo posterior** de la hipófisis. Debilidad de las **contracciones uterinas**, hemorragias, postparto, postaborto y ginecológicas, debilidad circulatoria.

Myoston Extracto estandarizado de la **musculatura**, libre de albúmina, Angina de pecho, esclerosis, coronaria y enfermedades análogas de los **vasos cardíacos.**

Muestras y bibliografía al representante general para España:

GUILLERMO HOERNER, Suc. de WALTER ROSENSTEIN, BARCELONA — Apartado 712

BIBLIOGRAFÍA, por L. García Cabello y E. Agudo..... 197

LIBROS RECIBIDOS 201

VARIA

En la Asamblea de Mayo se tratarán de las orientaciones a seguir si para esa fecha no se ha decretado el pago por el Estado a los médicos titulares..... 202

El traspaso al Ministerio de Trabajo de los servicios de Sanidad... 205

NOTICIAS 204

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

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

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

SUERO ESPAÑA

Injectable 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 glicerosfosfórico 0,046 »
 { Acido cacodílico 0,030 »
 { Hierro asimilable 0,002 »
 { Glicerosfosfato estriánico 1/4 milig.

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

Tratamiento de la AEROFAGIA y de sus consecuencias:

Insomnios
Perturbaciones cardíacas
Perturbaciones nerviosas
Perturbaciones pulmonares

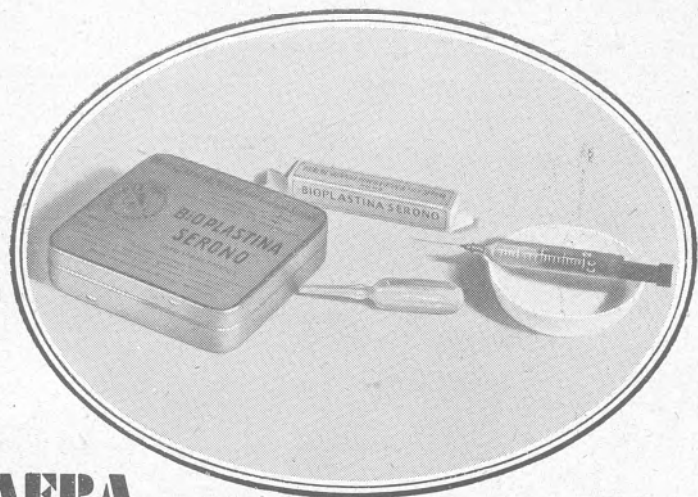
con los comprimidos de

aérophagyl

Posología: Un comprimido desleído en medio vaso de agua, en medio de las comidas. En caso de crisis, 2 comprimidos a la vez. Media dosis para niños.

La caja de 45 comprimidos: 6 pesetas

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



LA

PRIMERA

Y ÚNICA

ENTRE LAS LECITINAS

- Primera** en la terapéutica
- Primera** en prestigio
- Primera** por su calidad
- Primera** por su rápida eficacia
- Primera** por la magnitud de su venta en el mundo



Jornada agrícola en el aspecto médico e higiene del obrero del campo

por Mariano BELLOGÍN GARCÍA

I

SINGULAR IMPORTANCIA DEL TEMA.—ESPAÑA, PAIS RURAL.—
LA ANTIHIGIENE DE ESTE MEDIO Y SU ESTUDIO Y REMEDIO
OCUPAN ACTUALMENTE LA ATENCION DE LOS ESTADOS MAS
CULTOS

«No creo posible otro camino para llegar a la prosperidad de España que el que pasa por el campo.» José Ortega y Gasset. *Notas de andar y ver: Ruralismo*. Obras completas, tomo único, página 331.

Este pensamiento de nuestro actual filósofo, Ortega Gasset, sin duda, expresa una verdad social y política de nuestra patria, al enseñarnos que no hemos podido o no hemos sabido organizar el cuerpo de España, según los modelos de la ciudad moderna, y tan sólo hemos sabido hacer un artificio de urbe ochocentista, como una ficción: «Una isla de modernidad, rodeada de desierto por todas partes.»

A este fingimiento de ciudad, «con unas cuantas calles con tranvías eléctricos y unos cuantos miles de ciudadanos que en ellos van y vienen, hemos dado todos los instrumentos de la civilización», «parlamentos, códigos, prensa, escuela, y nada para las cuatro quintas partes de habitantes de España, que constituye su raigambre; nada para los cientos de miles de kilómetros cuadrados del agro y sus hombres.» «Semejante desequilibrio—afirma—es fatal.»

Lamentable verdad; cuatro quintas partes de los españoles no disfrutan los goces de la actual civilización, ni aun los primeros y fundamentales, que se refieren a la defensa contra la enfermedad y al goce de la salud mediante la nueva higiene.

Afirmamos esta gran verdad, sentada como un argumento de la importancia fundamental del tema, objeto de este modestísimo trabajo; y no creemos que sea aplicable a nuestra patria, la observación de algunos higienistas, como Stouman, que dice: «En materia de empadronamiento y de estadística demográfica, los datos relativos a las regiones urbanas y rurales, difícilmente pueden compararse entre sí; para ello, sería conveniente un

acuerdo internacional, concerniente a: 1.º Una definición uniforme de lo que se entiende por región urbana» (1).

Ni tampoco en España dudamos dónde deben colocarse las aglomeraciones, «pseudourbanas», que tienen, desde el punto de vista de la higiene, los inconvenientes de la ciudad y del medio rural (2).

En efecto, en el «memorandum» de la Comisión preparatoria, para la Conferencia Internacional Europea, de higiene rural, se afirma: «En el lenguaje usual, el término rural tiene, sin embargo, un sentido generalmente comprendido y aceptado; sirve para denominar una región o distrito, en el que la agricultura es la forma de actividad predominante y, en ocasiones, única, cuando las industrias de la región, son de poca importancia y dependen, esencialmente, de la agricultura misma (3).

No nos afecta, pues, ninguna dificultad; y vemos que desde el punto de vista demográfico y estadístico, de la higiene actual, nos hallamos enteramente acordes con la afirmación transcrita de Ortega Gasset, para significar el interés extraordinario del objeto de estudio, elegido por la sabia Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid y motivo de estas modestísimas cuartillas.

En efecto, hay que acudir con afán hondamente patriótico, a procurar la solución de un problema fundamental de nuestra España; un primer problema de incorporación del medio rural a la vida ciudadana actual; problema que Ortega Gasset denomina «realización de la vida española»; y, a la solución del mismo, ha de contribuir, en primer grado de importancia, en orden al carácter vital de la cuestión, la higiene moderna, ausentada aún del medio rústico o campesino.

Así, nuestro sabio Pittaluga dice: «El conocimiento efectivo de la situación higiénica de la vida rural, produce una impresión dolorosa y una honda preocupación. Comparten estos sentimientos todos los hombres de Estado que prestan atención verdadera a los problemas que afectan a las fuentes mismas de la vida nacional» (4).

Es necesario afirmar aquí que en esa Conferencia, en efecto, se ha dado a conocer cuán extraordinaria es la influencia que ejercen, en la masa campesina de la mayor parte de los países de Europa, la situación económica y cultura de aquélla, sobre la economía de esos mismos países y cultura intelectual de sus hombres; y examinando las causas de la crisis económica actual en el campo, se ha manifestado en esta interesantísima asamblea, que se hallan en el débil poder consumidor de productos manufacturados, que tiene el campesino de años y siglos, ya que ha limitado sus necesidades a un tipo de vida *standard* extremadamente bajo.

(1) Dr. Gheorghiu: *Revista de Igiene Sociala*, 1931, n.º 8.

(2) D. Ottolenghi: *Ambiente rurale e tubercolosi in Italia. Relazione IV Congreso para la lotta contra la tub.* Bologna, Ottob., 1931-1932.

(3) «La Conferencia Sanitaria Internacional de Higiene rural, convocada por la Sociedad de las Naciones, 29 de Junio de 1931.» Publicaciones de la Escuela Nacional de Sanidad, n.º 3, pág. 23. Madrid, 1931.

(4) Conferencia Internacional de Higiene rural. Obra citada, pág. 11.

Y afirman también los sabios congresistas que, no solamente el campesino europeo se vale con muchísima frecuencia de útiles de labor primitivos, sino que no posee noción alguna de los métodos nuevos que puedan aliviar su ruda labor y economizar fuerzas físicas.

La higiene del trabajo no ha entrado en el medio rural; ello ha merecido toda la sabia atención del Congreso mencionado.

Vemos, pues, que la nueva actuación de la higiene y medicina sociales, que al fin sintetizan sus últimos datos prácticos, en la estadística demográfica, ha descubierto recientemente, de modo tan claro que no deja lugar a duda, el hecho tan insospechado como alarmante, de la importancia demográfica de la población rural, al extremo de obligar a los Estados a salir al encuentro del enorme peligro de morbilidad y mortalidad que representa hoy la antihigiene lamentable de la vida campesina y, muy principalmente, por lo que más define a ésta, del trabajo a jornal o jornada en el agro, mediante la actuación técnica y científica de los gobiernos, conducida hacia finalidades de orden social y político, impuestas por las circunstancias históricas de nuestro tiempo.

Tal es la verdad científica que llega a deshacer el mito de la vida paradisíaca de la aldea. Ya se difundieron y ahilaron, para morir ahogados y no renacer jamás, los tenues y últimos ecos de la zampoña y el caramillo bucólicos, acordados con el estro de nuestros abuelos, para quienes era casi herético, decir que la vida campesina no era dechado de salud moral y física, gozadas en deleitosa placidez de ensueño.

II

CONSIDERACIONES GENERALES NECESARIAS.—CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO AGRICOLA ASALARIADO O JORNADA QUE TENEMOS PRECISION DE CONOCER DESDE EL PUNTO DE VISTA DE NUESTRO ESTUDIO.—FAENAS AGRICOLAS.—LAS MAQUINAS

Hay muchos prejuicios y leyendas que, tocantes a la tierra y su cultivo, corren como verdades, en boca del vulgo, que ignora por completo cuál es la realidad de aquellos afanes y de su altísima significación social.

Ya hemos visto deshacerse una de aquellas fábulas: La de la salubridad de la vida campesina.

Anexa a esta fantasía, circula la creación no menos mentida de la robustez del jornalero del campo, al que describe como un dechado único de salud, de resistencia sin fatiga posible y de inmunidad a toda especie de infecciones.

No hay médico rural, de alguna práctica siquiera, que no pruebe, con sus observaciones diarias de clínico, la irrealdad de aquella invención. Sabe bien el médico de pueblo, cuán poca cosa es necesaria para provocar en su pobre clientela de jornaleros del campo, la pérdida de su desmedrada salud,

pues no solamente es que no se protege nunca este obrero del agro contra el rigor de las influencias exteriores, sino que vive en continua desarmonía entre el gasto de fuerzas y la distribución de las mismas, conveniente para sostener la debida nutrición general.

Y por no acaecer esto así, ocurre en realidad que el trabajador del campo, fisiológicamente hablando, carece de la «virtualidad necesaria». Sencillamente, el jornalero tiene una predisposición natural o adquirida, a la astenia, como consecuencia, sobre todo, de una alimentación insuficiente y de un trabajo excesivo.

Adelantemos que es el «surmenage» crónico o lento; esto es, la constante fatiga o «ponosis», que nace del cansancio repetido, sin tregua de descanso reparador; sino que, al contrario, la fatiga de todos los días, sin el reposo suficiente a neutralizarla, origina también cada día una auto-intoxicación, a dosis pequeña, pero que nunca falta, de venenos de la fatiga muscular.

Y esta fatiga crónica en el jornalero del campo, es igual a la disminución de aquella virtualidad fisiológica, a que antes nos referíamos, hablando de la armonía necesaria en la distribución de las fuerzas. Es la fatiga; pero la fatiga permanente, crónica y más o menos larvada, la que le predispone a las infecciones, sobre todo a la tuberculosis (5):

No olvidemos desde ahora que morbilidad y mortalidad tuberculosas son, relativamente, mayores en el campo que en la ciudad; y, sin entrar siquiera, porque ello no es de este lugar, en la sola enunciación de los hechos que confirman este interesantísimo descubrimiento de la nueva higiene, realizada merced a la asociación de la experiencia del médico, del higienista, del sabio y del sociólogo, para de esta manera, como dice Hamel, «hacer la ciencia que no se contenta solamente con interrogar a las estadísticas» (6).

¡Cuán opuesta la verdad a la fábula!

La nueva higiene rural, al ocuparse del trabajador asalariado de la agricultura, no solamente ha de tener cuenta de la especial morbilidad a su faena, cual ocurre con los otros grupos de obreros, cuya morbilidad profesional es objeto de la higiene de la industria correspondiente, sino que, con ahincado interés, debe considerar la característica patológica de la fatiga crónica que el labrador pobre padece, cual una predisposición a la infección en general y muy particularmente a la infección tuberculosa, porque ninguna obra profiláctica es posible, si en primer lugar, no se deshace la leyenda o la fábula que se atraviesa en nuestro camino de la labor útil y práctica de la higiene.

Hay que acabar radicalmente con tales quimeras, de la máxima incultura, cuyos estragos alcanzan con sus males, primeramente, al campesino que la padece.

(5) Chodzko: «La tuberculose rurale et la tuberculose urbaine». *Bull. Off. int. Hyg. publ.* Tome XXIV, n.º 1.º janvier 1932.

(6) Hamel (C.): «Die Ursachen des Rückganges der Tuberculose terbllichkeit in den kulturländern.» *Beitr. Klinik. d. Tub.* V. 75-1-1, p. 135.

El campesino, en efecto, es sobre todo desventurado por la densa inopia de conocimiento, tan funesta para el infeliz abandonado, que le abrumba y daña aún más que la pobreza de los medios materiales, con ser ésta tan grande y aterradora.

Y así sucede que el jornalero del campo alimenta estas leyendas; y con un fanatismo simplista, de hombre primitivo, frente a la enfermedad, por un instinto derivado y por una oscura tradición, es un fatalista dogmático, que no ha pasado de las pretéritas centurias. Según las localidades, según las regiones, es partidario de los humores o de la irritación. Observa con inteligencia clara, pero como nadie se ha acercado a cultivar ésta, interpreta erróneamente los fenómenos que contempla; así, por ejemplo, cree «en las enfermedades de las estaciones», como en algo irremediable, que los tiempos diversos del año materialmente llevan consigo.

El higienista ha de preocuparse de las características tan acusadas del trabajo del campesino.

Es complejo y es variado; tiene muy grandes intermitencias. No puede, de ninguna manera, tener la uniformidad y continuidad del trabajo industrial. Depende también de la cualidad misma del labrador; de su condición de obrero rural o jornalero (que es el que nos interesa), o de pequeño propietario, que no nos incumbe. Aquél, sometido al imperio del explotador de la tierra, éste, a un lado la urgencia mayor que tal o cual tiempo del año trae consigo, dispone del día como un hombre libre.

Las faenas del campo son, puede decirse, que ocupan el año entero, si exceptuamos los días de frío más riguroso y de lluvias pertinaces. Hecha la recolección, es necesario, sin duda, cual si se tratara de una máquina industrial, de nuevo disponer las tierras en sazón a producir un nuevo trabajo.

Este comienza para el labrador, con el día y termina con él.

Los animales alivian la ruda faena de preparar la tierra al labrador; tiempo duro que hay que atravesar, luchando a la vez con la fatiga física de un trabajo duro y los rigores de la estación.

La aspereza grande de estas labores no permite que sean continuas, de la mañana a la noche; los hombres, como los animales irracionales, no cuentan con organización física para resistirlo y, necesariamente, hay que interrumpir las faenas. Pero, ¡cuántos pequeños propietarios (labrantines castellanos) labran sus pequeñas propiedades, aprovechando las horas de descanso que les permite el trabajo a jornal de un amo!

Después del laboreo de las tierras, sus abonos y enmiendas; en fin, la sembrera. El trabajo no se para; hay que celar la vegetación nueva y tierna.

Las labores de escardar, binar, trasplante, etc., son más o menos penosas y exigen con frecuencia una prisa y esfuerzo grandes. Las jornadas son más largas, los trabajos más continuados, las posiciones o actitudes más fatigantes.

En fin, llegan las siegas y recolección de las mieses, la vendimia; y la

máquina es una ayuda al durísimo trabajo del hombre, pues tan intensa es esta faena por el enorme dinamismo que representa la urgencia, la continuidad y la suma elevada de fuerza, que exige el máximo de energías que pueda producir un hombre, ejemplo de robustez.

En estas fases sucesivas, el trabajo del jornalero rural, tiene por carácter ser siempre muy penoso y duro; exige menos destreza que fuerza y, sobre todo, que resistencia física, salvo para el empleo debido de las máquinas.

Con esta poderosa ayuda, el labrador soporta sin ningún agravio su trabajo, que ejecuta más reposado y con menos gasto de fuerza, disfrutando de pequeñas interrupciones, de regularidad mecánica, que representa, para este obrero, la ausencia completa de la fatiga agobiadora.

Pero este medio progresivo de cultivo agrícola entre nosotros, es todavía una excepción, por lo que, ateniéndonos a la realidad, hemos de considerar como tipo medio de trabajo campesino, el realizado con el solo dinamismo de la fuerza viva del jornalero.

Mas no sólo es el aspecto físico del trabajo rural el que ofrece interés al higienista, sino la significación moral y su influencia sobre la vida del labrador.

Sus primeras y asperísimas labores las soporta con fatiga, en el desamparo de los hombres y de la misma naturaleza, desnuda; en el silencio de la tierra y el ambiente, el labrador se recoge en su espíritu; fuera, como otro mundo distinto, los hombres que gozan, todos los demás, en tanto que él, doblado sobre la esteva, con la fuerza de su vida cansada, ara el surco, mira con fijeza al sol o, de una mirada, abarca el horizonte, cuando, paso tras paso, sin descanso, deja en el surco el oro vivo de la siembra a voleo; en estas horas de agobio y soledad, abre el vuelo a la imaginación, que le traza, al calor de sus ahondados y constantes pensamientos, la figuración de una sociedad nueva, que le eleva de la servidumbre a la categoría de hombre libre.

Dejemos la bucólica en el lugar propio de la historia literaria, sin intentar siquiera inspirarnos en cuadros de aquella égloga, para referirnos al ambiente actual de nuestros campos, y afirmemos el valor fundamental que representa para el estado psico-orgánico del jornalero agrícola, el aspecto moral a que nos hemos referido.

Las máquinas agrícolas llegan como expresión del magnífico desarrollo de la técnica científica, a aliviar dolores de los hombres, a mejorar su vida y hacerla más sana y duradera.

Con estos medios mecánicos, cuya dinámica sustituye a la energía muscular del jornalero, éste asciende al lugar de un obrero inteligente, que mantiene y dirige su máquina; lo que, a la vez, supone una previa enseñanza y aprendizaje, que el futuro campesino, para provecho propio, habrá de recibir en la nueva granja de la escuela nueva en los campos, donde se formen y mejoren, física y moralmente, los nuevos cultivadores de la tierra, como base económica, más amplia y sólida de la total economía social.

Entre las máquinas de trabajo en la tierra misma, las hay que no ofrecen mayor peligro o ninguno, de accidente de trabajo, tal como nuevas azadas, las rastrilladoras, etc.; otras, cual las agavilladoras, las segadoras, tienen, en este aspecto, más inconvenientes.

Ya desde el último tercio del siglo anterior, los autores de higiene rural, han hablado de los accidentes ocasionados por las máquinas, y han llamado la atención sobre el particular en Congresos de Higiene.

El doctor Raidmondaud, en el Congreso Internacional de Turín, en 1880.

Desde entonces se ha hecho mención de toda clase de accidentes de esta índole, y merced a estudios prácticos, acompañados de estadísticas, se ha notado cuáles accidentes eran producidos por vicio de construcción de las máquinas y, de acuerdo el ingeniero mecánico e industrial y el higienista, desde entonces, han perfeccionado y acrecido con ventaja extraordinaria, la mecánica de la agricultura (7).

III

JORNADA AGRICOLA EN SU ASPECTO MEDICO: SU ANTIHIGIENE GRUPO PRIMERO DE ENFERMEDADES

Después de estas observaciones y apreciaciones generales que anteceden, por hallarlas de una importancia básica a este modestísimo trabajito, al referirnos ahora al aspecto médico de la jornada agrícola, hemos de considerar las enfermedades que con ocasión y relación directa al trabajo o jornada, padece el propio jornalero; y hemos de distinguirlas, por razón de claridad y a la vez concisión metódicas, en dos grupos: uno, el más común, que corresponde a todo campesino por su trabajo asalariado; y otro, por aquellas otras enfermedades que propiamente podemos llamar profesionales, porque se halla en estrecha e inmediata relación con tal o cual faena agrícola, más o menos especializada como profesión.

Son las del primer grupo las enfermedades más frecuentes. He aquí todas las flegmasias masivas del pecho; las pneumonías, pleuresías, bronquitis, catarros, etc.

Su etiología mediata: las inclemencias de los tiempos, sufridos en el campo, por un hombre fatigado, mal nutrido y que tal vez lleva en el pensamiento y en el corazón, la idea y la pena de su desventura; su causa inmediata y directa: la flora bacteriana que enseñoorea en un lugar de menor resistencia.

Olvidemos para siempre el tranquilo adoptado por casi todos los autores de Higiene rural del siglo anterior, de atribuir como causa principal de estos males, que tanto castigan al jornalero, al descuido de éste (8), que ha dado lugar al enfriamiento y afección consecutivas.

(7) *Igiene rurale*, di A. Carraroli, pág. 470. Casa editrice: Hoepli, Milano.

(8) Dr. Jules Rochard: *Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique*. Tome IV. Livre IV. *Hygiène rurale*, pág. 139.

Mejor es afirmar la verdad que hemos dicho. Es, además, muchas veces el trabajo que atosiga, porque también el tiempo apremia y hay que redoblar el esfuerzo y prolongar la labor tanto como la luz natural permita, hasta las sombras de la noche, aguantando, cansado, el aliento helado de una tarde invernal. Es lá sorpresa, en pleno campo, de un violento temporal de nieve o de agua; son, en fin, múltiples y casi continuas, las causas que puede ocasionar al jornalero del campo una congestión pulmonar, una inflamación aguda de las vías respiratorias.

Pero a estas influencias, que se relacionan tan directamente con el trabajo, hemos de agregar otras, de un valor relativamente secundario, pero que han de ser mencionadas, porque son frecuentes: las que ocasiona el enfriamiento brusco durante el reposo, en ciertas condiciones. Es el caso, por ejemplo, del trabajador que, así como se halla, sin precaución alguna, se echa para descansar y refrigerarse sobre una tierra fresca y húmeda, bajo la sombra de un árbol; con facilidad sucede que, así, este hombre regresa a su casa atacado de una pleuresía.

A veces, hemos de lamentar en nuestros campesinos, ignorancias y hábitos de esclavo; hecho éste, sin duda, tristemente cierto. La superior cultura actual y, consiguientemente, más exquisita afectividad, quiere, afanosamente, acabar pronto con tales desventuras; los sabios de la política y de la sociología, y nutriéndose de estos veneros, la higiene social nueva, como ya hemos afirmado, han resuelto, solidariamente, el total problema de la higiene del campo, como fruto nocivo de un mal extendido y funestísimo, producto de la miseria y de la ignorancia, que siempre se acompañan.

Hemos afirmado, sobre base científica suficiente, el hecho evidéntísimo de la relativa superioridad, de densidad tuberculosa en el agro, respecto a la ciudad.

Esta cuestión es tan interesante y se halla tan íntimamente relacionada con los objetivos concretos del tema de este estudio, tal como está enunciado, que hemos de hacer siquiera las consideraciones e informaciones más indispensables sobre tan interesante particular.

Hoy la higiene social y la estadística demográfica, llegan a la dichosa y alentadora conclusión de que, la tuberculosis ha disminuido en los países civilizados, ante el bienestar material del progreso urbano, a la par que se desarrolla florecientemente la civilización, elevando el nivel de la vida, mejorando la higiene de la casa, perfeccionando los hábitos domésticos; el desarrollo de las ciencias médicas, en fin. Así, con propiedad evidente, ha dicho algún autor, por ejemplo G. Neander: «La civilización es una muralla contra la tuberculosis, que se puede llamar defensa de la civilización» (9).

(9) *Act. Tub. scandinávica*, t. III, fac. 3 y 4, 1928. — Véase «Societe des Nations: Rapport epidemiologique mensuel de la section d'hygiène du secretariat.» N.º 147, Feb. 1931, págs. 50 y 54; cuadros IV-V-VII-VIII.

Véase Biraud: «La mortalité tuberculeuse et son évolution.» *Revue de phthisiologie*, t. IX, n.º 1.º janvier 1930.

Véase Mac Nalty: «A. Report on Tuberculosis.» *Ministry of Health and Med. Subjects*, n.º 64, Londres, 1932. Tub. VIII, pág. 9.

Véase «Comite national def. Tub. Rapport du Service de la Statistique», année 1928, págs. 196 y 197.

Como una contraprueba, para la demostración de la evidencia del fenómeno biológico que acabamos de consignar, valiéndonos del método positivo de construcción de nuestras ciencias prácticas, se nos presenta el hecho de la superior morbilidad y mortalidad de la tuberculosis en los medios rurales.

Tal es la tan grave como alarmante enseñanza, que ha llamado la atención de los Estados europeos, como decíamos al comenzar estas páginas, y que ha dado lugar a los trabajos de los higienistas del Congreso de higiene rural, de la Sociedad de las Naciones. Es un hecho éste por demás lamentable, en el que han convenido todos los higienistas de dicha asamblea.

El sabio higienista Rubner, refiriéndose a Alemania, llama a este hecho «fenómeno asombroso», y dice: «Nuestros pequeños burgos y los campos reclaman imperiosamente la necesidad de nuestra intervención y de nuestra protección» (10).

Este mismo fenómeno consigna K. Stouman, refiriéndose a las regiones rurales de Europa, en general; y afirma, además, que «la cifra femenina de la mortalidad tuberculosa en estas regiones, es superior a la masculina, particularmente de los 14 a los 44 años, pues en este período de la vida de la mujer del campo o jornalera se suma, a los efectos de los partos, la pesada labor de su vida de trabajadora.» Ginebra, 1931.

El doctor Chodzko, en la monografía citada, menciona los trabajos del doctor Z. Tomanek, de la clínica médica de la Universidad de Lwow, sobre el estudio clínico que comprende 1960 casos de tuberculosis en campesinos, comparados con 1824 casos de tuberculosis en habitantes de la ciudad.

Véase: 1.º 99,7 por 100 casos de infiltraciones, en campesinos, y 54,9 por 100 en ciudadanos, esto es, habitantes de ciudad.

2.º La tuberculosis en ambos pulmones, es tres veces más frecuente en los campesinos que en los habitantes de la ciudad.

3.º La tuberculosis pulmonar antigua, en los campesinos viejos, es más rara que en los ciudadanos de la misma edad.

4.º La tuberculosis rural acusa formas más graves que la tuberculosis de la ciudad.

5.º La tuberculosis de mucosas y piel es más frecuente en los campesinos que en los vecinos de ciudad.

6.º La tuberculosis laríngea es más frecuente en el campesino que en el ciudadano, como 3,5 es a 2.

7.º La marcha muy acelerada del proceso tuberculoso es, sobre todo, más frecuente en los campesinos.

8.º La tuberculosis rural tiene marcada tendencia por lesiones destructivas.

9.º La tuberculosis ganglionar es más frecuente en los campesinos que en los habitantes de la ciudad.

(10) *Deutsche me. Woch.* 1926, núms. 36 y 37.

10. La tuberculosis en el medio rural desde el punto de vista del contagio, parece que cuenta en el campesino con una constitución particularmente sensible y vulnerable.

Con esta interesantísima información, muestra también el sabio polaco, recogiendo los estudios de Tomaneck (que se refieren a los exámenes argométricos realizados en trabajadores del campo), que las fuerzas físicas del obrero rural están muy por debajo de las del obrero de la ciudad.

Nadie que conozca, en efecto, la vida trabajosa de nuestro jornalero del campo, deja de considerar, hondamente impresionado, cuán grande es cada día el esfuerzo que ejecuta; y es que para el campesino no han llegado los goces de la civilización y, como afirma, verdaderamente Chodzko y nosotros consignábamos, «los trabajadores del campo usan muy pocas máquinas y aparatos agrícolas que mecanicen su labor y ahorren trabajo físico.»

Sin que sea una afirmación que pueda motejarse de un exceso de optimismo, hemos de complacernos en afirmar el magnífico desarrollo adquirido por la Sanidad Nacional Española, y uno de los frutos más logrados de ese desenvolvimiento de la Administración Sanitaria nuestra, le encontramos en los llamados propiamente «Centros rurales de higiene», cuya labor práctica, de un valor incalculable, significará la redención del campesino y de la patria, que tiene en el agro su más sólida y anchurosa sustentación, valiéndose aquellos centros, en todos los momentos, de la nueva ciencia aplicada particularmente al mejoramiento moral y físico del jornalero del campo.

En estos centros rurales, que son organismos que obran el doble beneficiosísimo efecto de la sencilla y eficaz enseñanza de la divulgación científica y, a la vez, de las aplicaciones prácticas de sanidad e higiene, confirmarán primero la obra ya hecha de higiene rural, a que nos hemos referido, en otros países de Europa, comprobando la existencia de análogos hechos, que los anotados de morbilidad y mortalidad tuberculosas en los medios rurales, también en nuestra patria.

Esto nos patentizará la confirmación de hechos recogidos por médicos rurales cultos y laboriosos nuestros, anteponiéndose a los datos ya registrados. En efecto, ¡cuántos casos que han pasado como pneumonías lobares, clásicas, cuántas pleuresías, llamadas aún («a frigore»), cuántas broncopneumonías, *forzosamente* gripales, y cuántas laringitis rebeldes y bronquitis repetidas, sofocantes, etc., registradas en los obreros del campo, no son sino manifestaciones más o menos localizadas de la infección tuberculosa de aquel organismo, castigado con la doble flagelación del trabajo, sin el descanso necesario, y de la miseria!

Porque la alimentación deficiente del jornalero del campo, es otro factor de funesta influencia en la antihigiene del obrero agrícola; y aunque no sea este lugar apropiado para demostrar el valor esencial del factor económico, desde el doble punto de vista de la patología y de la higiene, sí que debemos decir que sólo una profilaxia, sobre la base de la nueva higiene social, tal como esta ciencia se define actualmente, ha de ponerse en práctica para

luchar contra los males del jornalero campesino. Por ello nada será eficaz en esta labor tan necesaria, si no se basa sobre el mejoramiento económico del jornalero, que le permita, cuando menos, lo que humanamente la sociedad no puede negarle: atender suficientemente a la alimentación propia y de su familia, que hoy no están debidamente atendidos (11).

Las dispepsias, que algunos autores clásicos de higiene rural señalan en el capítulo de morbilidad particular o específica del campesino, no son sino producto, en su mayoría, de la antihigiene, de la incultura y de la miseria, que padece el jornalero del campo, tal como el obrero de la ciudad y, como éste, padece de las alteraciones fisiológicas consecutivas a las forzadas y graves transgresiones al régimen de alimentación normal, que la penuria impone a las clases necesitadas.

Las afecciones de los ojos tienen, sin duda, más interés específico, consideradas en relación directa con la jornada agrícola; pues son, principalmente, las ocasionadas por traumatismos del trabajo, las afecciones catarrales del saco y de las vías lagrimales y la catarata.

Los traumatismos del ojo varían de gravedad, según los casos; los más benignos son los constituidos por la presencia de cuerpos extraños, ya sobre la conjuntiva, ya sobre la córnea. Estos accidentes los sufre con relativa frecuencia nuestro jornalero: polvo de la tierra molida de la trilla, brizas de paja agostada, de molida semilla y pericarpios, son los más comunes agentes.

Es lo peor que el obrero así lesionado, con frecuencia no da la debida importancia al accidente y, a veces, en el afán de la faena, pasa desapercibido, dando luego lugar a una viva inflamación de la conjuntiva, que le obliga al empleo de colirios, más o menos infalibles, pero, en realidad, sin alivio alguno para el paciente, que, por la antihigiene de éste y condiciones de inferior resistencia a la infección general o local, que le acarrea la fatiga física, terminan pronto en conjuntivitis o keratitis purulenta.

Hay una keratitis que se conoce en oftalmología con el nombre específico de keratitis de los segadores, frecuentemente grave. Tiene por causa la introducción con violencia en la córnea, de las barbas de la espiga, cuyas aristas tienen como contaminados y finos bisturís. Estos cuerpos así introducidos en el ojo, caminan, según Galezowski, a cada movimiento parpébral, en la membrana de Browmans, de donde no es posible extraerlos y causan una inflamación viva, una necrosis de la córnea y hasta pueden producir la pérdida del ojo.

Alguna vez, el cuerpo extraño, fijo de ese modo en la córnea, es extraído en parte solamente, permaneciendo enclavado el resto.

Las condiciones en que con más frecuencia ocurre este traumatismo, agravan las posibles funestas consecuencias del mismo: en efecto, este ac-

(11) Fischer: *Tuberkulosefürsorge*, Munich, 1926.

Idem: Queyrol, *Annales d'hygiène*, 1930, n.º 11, pág. 609.

cidente se produce en la siega, cuya faena de máxima dureza, da lugar a la mayor fatiga del jornalero, lanceado por un sol que deslumbra y quema; el estado más o menos congestivo del hombre violentamente inclinado sobre la tierra, los polvos, tal vez contaminados, que se introducen en el ojo, todo contribuye a hacer evolucionar rápidamente una inflamación que, desde luego, acaso simplemente traumática y aséptica, rápidamente degenera con carácter infeccioso y maligno. Esta es la opinión, ya clásica, de los más eximios oculistas: Abadie, G. Martín.

La catarata es más frecuente en el campo que en la ciudad; los especialistas se hallan de acuerdo en este punto; es un hecho absolutamente cierto, comprobado en oculística.

¿Cuáles son las causas de ese hecho evidente? Aquí el terreno de la hipótesis: Galezowski hace intervenir a la acción de la luz, demasiado intensa y señala que, en los jornaleros del campo, la opacidad comienza, ya por el núcleo, ya por toda la periferia, en tanto que en los habitantes de la ciudad, que leen o escriben y en los obreros que tienen una aplicación constante de los ojos sobre objetos fijos e intensamente iluminados, es casi siempre el segmento inferior e interno el que es invadido primero.

Abadie supone que los sudores abundantes del campo tienen, igualmente, una influencia. Es, sin duda, más legítimo y, por consiguiente más científico, atribuir una influencia grande al estado general de debilidad orgánica, por fatiga e insuficiente alimentación del obrero asalariado del campo; lo que, como hemos visto, le resta energía defensiva, frente a las infecciones en general y, en particular, contra la infección tuberculosa.

La hernia es otra afección que, verdaderamente, puede considerarse como profesional en el campesino, no sólo porque la sufre con frecuencia, sino porque, a menudo, es consecutiva a esfuerzos musculares considerables que hace durante el trabajo.

El hecho no es dudoso y está comprobado, como un dato evidente que se consigna en el capítulo de la etiología de las hernias: el jornalero campesino, por la dureza de su trabajo, los esfuerzos musculares grandes que exige y la deficiente nutrición y fatiga de quien los realiza, padece fácilmente de hernia. He ahí el mecanismo de su fácil producción, sin necesidad de acudir, como dice muy bien Le Dentu, a la consideración de actitudes correspondientes a especiales trabajos del campesino.

El jornalero agrícola, que padece de hernia, casi es un inválido y, por las condiciones desfavorables de su labor y de su vida pobre, sin fácil observancia de la higiene más simple, hay que corregir inmediatamente con la taxis y vendaje perfecto, o mejor aún, con la operación radical.

IV

ENFERMEDADES PERTENECIENTES AL SEGUNDO GRUPO DE
NUESTRA DIVISION.—ENFERMEDADES PROFESIONALES

Queremos ocuparnos ahora, no ya solamente de las enfermedades que hemos visto que, naciendo con ocasión del trabajo, las padece con relativa frecuencia el campesino, aunque se dan, claro está, en otras profesiones, sino aquellas otras afecciones que son propiamente especiales de los jornaleros del campo.

El trabajo agrícola, provoca, por la continuidad de las actitudes y la repetición constante de los mismos actos, diversos accidentes que pueden tener, según los casos, una real importancia.

Algunos de ellos no causan sino una dificultad funcional muscular o entorpecimientos pasajeros, pues que se atenúan o cesan completamente con la cesación del trabajo; pero otros adquieren un carácter durable que puede dar origen a deformaciones parciales o generales.

Labrador, entendiendo por tal el jornalero que labra la tierra, cava o ara. Los accidentes profesionales de éste varían según la herramienta que utiliza, alguna de las cuales produce lesiones musculares y articulares, como en los guadañeros y hacinadores o agavilladores.

Particularmente, los cavadores, esto es, los que manejan de continuo la azada o el azadón.

Se ha reconocido en estos obreros, además de la desviación de los dedos demostrada por Vernois, lo que hace tan fácilmente reconocible la mano del labrador, un espasmo de los músculos extensores del pie y de los flexores del dedo gordo, atribuido al movimiento repetido del pie, generalmente el derecho, que gravita fuertemente sobre el borde libre de la pala de la azada, para introducirla más en la tierra.

El empleo general de la máquina en la agricultura, hace más raros estos accidentes, variables según la forma de obrar la máquina o herramienta y actuar el hombre; por ejemplo, directamente o no sobre la parte principal (la reja) del arado, al penetrar en la tierra.

En resolución, el arte del constructor mecánico hace tan grandes progresos, que el trabajo rudo del hombre se simplifica y atempera de día en día; y como ya hemos consignado, y ahora, por su importancia, nos vemos en el caso de repetir, el higienista y el ingeniero han de realizar solidariamente el objetivo que hoy exige la nueva higiene, de transformar la faena asperísima y de esfuerzo sólo animal del labrador, en una labor suave y puramente dirigente de una fuerza desarrollada por la bestia o la máquina.

El trabajo de los *agavilladores* o *hacinadores* es penoso, pues consiste en reunir el haz o morena, liándolos con un lazo que, generalmente, es de

paja retorcida. La operación exige movimientos rápidos y enérgicos de los músculos, sobre todo del antebrazo, y una presión fuerte sobre el haz, de la rodilla en semiflexión. Todo esto da lugar a una sinovitis tendinosa crepitante de los músculos (en sus bolsas serosas y vainas tendinosas), así como también la sinovitis de la bolsa prerrotuliana, y hasta el hígoma. Asimismo, la actitud violenta de esta faena, puede dar lugar en los que la realizan, a calambres dolorosos de los músculos de la pantorrilla, extensión forzada del dedo gordo del pie y grandes dolores en la articulación metatarso-falangiana correspondiente, con un cierto grado de subluxación, así como crepitación dolorosa del extensor propio del dedo gordo.

Los segadores de prados o de guadaña, están sobre todo expuestos a los frecuentes dolores musculares de las masas carnosas del dorso o lumbago. A ello tiende la posición que exige el manejo, penoso y duro, de la guadaña. Basta haber visto esta labor, que consiste en el movimiento alternativo de derecha a izquierda de la guadaña lanzada con fuerza, merced a los músculos del tronco y brazos que parecen obedientes a esta impulsión, pero que, de hecho, la guían al contrario. El punto de apoyo es el suelo; las piernas, separadas; los músculos lumbares fuertemente tensos. Parece cual si esta operación no exige más que un mediano esfuerzo, y no hay nada de esto, pues la labor es muy penosa y grande la fuerza necesaria para realizarla, lo que obliga a frecuentes descansos de muy corta duración, es verdad, pero muy necesarios para aliviar el esfuerzo, tal vez doloroso, de la contracción permanente de los músculos del tronco y de los muslos. Estos intervalos de descanso los aprovecha el jornalero para afilar la guadaña, cuya operación ofrece sus peligros, cuando se hace con demasiada rapidez y sin la debida atención.

Aún es más fatigante la faena del segador propiamente dicho; esto es, de mieses y con la hoz; sobre todo por la postura violenta y agobiante que ha de sufrir, soportando el calor sofocante del rigor del verano.

El paludismo, como tremendo mal, casi específico del jornalero agrícola dedicado al cultivo del arroz, casi no tiene en la actualidad otro valor que el histórico, desde el punto de vista de la profilaxia palúdica, combatiendo el anofelismo, es un hecho felizmente logrado, evitando, por medio del movimiento constante del agua, una de las condiciones esenciales al desarrollo de aquél (el remanso del agua). La estadística demográfica de la región misma arrocera, evidencia esta afortunada verdad, dándose el caso de no darse invasión ninguna de paludismo, ni aun en poblados casi lacustres, como la isla Palmar, en las proximidades de Valencia y de Sueca, centro de la región arrocera.

Dos últimas afecciones merecen especial atención del higienista y del médico que se ocupe de la jornada agrícola en su aspecto médico e higiene del obrero del campo. Son afecciones, graves siempre, gravísimas tal vez, y, a veces, mortales, ocasionadas por la dureza del trabajo y las condiciones físicas exteriores en que se realiza.

La exposición del jornalero del campo al ardiente sol del verano, puede producir accidentes imputables a la acción directa de los rayos solares y caracterizados principalmente, como todos sabemos y en orden creciente de gravedad, por los trastornos siguientes: cefalea intensa y obnubilación de la inteligencia, vértigo, náuseas, disnea, en fin, parálisis, convulsiones, un violento delirio y una terminación fatal por la muerte. Tal es el efecto variable, pero siempre grave, de la insolación. Pero estos trastornos hemos de distinguirlos de los que sufre no rara vez el jornalero del campo, por efecto, sobre todo, del calor excesivo de la atmósfera y de la fatiga del obrero agrícola; es el efecto del calentamiento o, como dicen los franceses, golpe de calor.

Ahora bien, para distinguir suficientemente estos estados patológicos diversos, ocasionados por el calor, aunque no entremos en el estudio médico de los mismos, por no ser de este lugar, sí es el conocimiento de las principales características patogénicas.

Sin duda, en el calentamiento general del organismo por la temperatura ambiente, hay además una insuficiencia de la pérdida o gasto de calórico.

El golpe de calor o calentamiento no exige, necesariamente, la irradiación solar directa y se puede producir a la sombra, con tiempo nublado.

Es evidente también que el *surmenage* o fatiga favorece la aparición de los accidentes y, sin duda, los agrava.

La patogenia (digamos siquiera a grandes rasgos) de estos accidentes, no está nada clara y sí en el puro aspecto de creación hipotética; para Laveran, se trata de una acción inhibitoria de la alta temperatura sobre los centros nerviosos. Vincent, cree en una auto-intoxicación por retención de productos desasimilados. Regnard afirma, como Laveran, la acción directa sobre los centros nerviosos. Vallin habla de una alteración de la miosina del miocardio y la coagulación de aquélla ocasionaría la muerte.

Los síntomas del golpe de calor son muy variables, y no habrá práctico de la medicina rural, que no tenga registradas notas clínicas que lo confirmen.

Así ocurre, en efecto, que ya se presentan signos pneumonitorios: ansiedad, palidez del rostro, fijeza de la mirada; ya el infeliz jornalero, cae bruscamente, como herido de una exhalación, con pérdida total del conocimiento y una respiración estertorosa y pulso filiforme. A veces, la faz aparece inyectada, roja; es la forma congestiva; otras veces, cianótica, forma asfíxica; no rara vez se observa un delirio, convulsiones; en fin, el coma, precursor de la muerte inmediata.

Bien claramente se comprende, sin necesidad ni de enunciarlo siquiera, cuál ha de ser la higiene profiláctica, cuya práctica evite estos accidentes de la jornada agrícola.

Sencillamente, hacer ésta, puramente hablando, humana y no de bestia. La máquina, en ayuda del hombre, principalmente en las faenas más ásperas y una duración de la jornada y remuneración de la misma en condicio-

nes favorables a la salud del campesino; como exige la nueva higiene que, como verdadera ciencia, pretende el bien de los más, frente, acaso, al egoísmo confundido de los menos; de acuerdo en esta consideración esencial, con la evolución presente de la economía del agro.

El otro de los accidentes de interés práctico en este estudio, es el ocasionado por la fatiga aguda y fulminante que a veces sufre el jornalero del campo.

Desde luego es el resultado de un trabajo intenso y prolongado, con ocasión, sobre todo, de las faenas apremiantes del verano.

El mecanismo de estos accidentes revela, sin duda, una auto-intoxicación aguda, por productos de desasimilación, formados con abundancia tal, que no hallan emuntorio suficiente en el funcionamiento normal de los riñones; la orina, efectivamente, que contiene un exceso de urea, ácido úrico, fosfatos y sulfatos, es hipertóxica.

Los síntomas de esta fatiga aguda son, desde luego, trastornos respiratorios—frecuencia e irregularidad de los movimientos respiratorios—y cardíacos (taquicardia, arritmia). Seguidamente aparecen los síntomas generales: la fiebre de la fatiga aguda, a cuya hipertermia, tal vez contribuya una infección microbiana sobreañadida; la temperatura asciende a 39°, 40° y hasta 41°, acompañada de un estado de laxitud profunda, gran postración y una facies característica de tífico; dolor en las masas musculares; trastornos nerviosos (agitación, delirio); en fin, algunas veces hasta llega a presentarse la miocarditis, para, así, completar el cuadro de exacta semejanza clínica con una fiebre tifoidea, que es el diagnóstico que, generalmente, hace el médico rural, cuando no cuenta con otros medios para ello que la observación clínica.

V

SINTESIS FINAL

Todas estas efeciones, siempre amenazando al campesino, cuya integridad fisiológica acaba luego por perder, hállanse favorecidas, especialmente, por las condiciones antihigiénicas, en grado sumo, en las que labora el jornalero con perjuicio grande de su salud.

Este tema de la antihigiene del jornalero rural, casi primitiva como de hombre, en estado de naturaleza, es de tal importancia que constituye un especial e interesantísimo estudio, que ha de llevarse a cabo por sabios especialistas, según se acordó en el Congreso de Higiene Rural, a que hemos hecho referencia al comienzo de estas cuartillas.

No insistimos más sobre este mal nuestro, de la falta total de higiene de nuestros pueblos, trasladando a estas páginas, fielmente, cuadros observados del pauperismo rural español; pues, después de nuestros más esclarecidos patricios, Joaquín Costa y Macías Picavea, nada nuevo se podría enseñar sobre este mal de España y sobre sus remedios.

Hemos demostrado suficientemente, la triste realidad del hecho científico, de la mayor morbilidad y mortalidad de la tuberculosis en el jornalero del campo, como habitante más castigado por el trabajo y la penuria en el medio rural, relativamente comparadas aquellas cifras con las recogidas en las ciudades, aun en las más populosas e industriales; y con esto ponemos de relieve la singular importancia del tema, objeto de estas páginas, como decíamos al comienzo; y el consiguiente aplauso y gratitud que merece el sabio acuerdo de la Academia de Medicina vallisoletana, de sacar a luz aquel interesantísimo estudio de tan humanitario como urgente interés.

Honda gratitud ha de merecer, sin duda, este acuerdo de la docta Corporación, particularmente a nuestros médicos rurales, beneméritos funcionarios de la labor más interesante de la Sanidad nacional, sufridos y abnegados, cual ignorados héroes, para quienes son todos mis respetos.

Todos estos compañeros afirmarán que si, en verdad, no todo el campo español ofrece al espectador la misma visión infernal de las Hurdes extremeñas, o la no menos horripilante de la Cabrera Baja, en la provincia de León, es exacto que todo el agro de la patria nos muestra un doliente tipo medio de insalubridad, de abandono y de miseria, con sólo atenuaciones o diferencias de grado más o menos leves y perceptibles.

Apenas ha transcurrido un año que, el entonces Director general de Sanidad decía, requerido por un periodista, a propósito de la gran vergüenza nacional de la Cabrera Baja (¡recién descubierta!): «Pueblos como Truchas, Odollo, Castrocontrigo, todos enclavados en las llamadas Jurdes leonesas, los encontrará usted en España, lo que no quiere decir que sean sitios envidiables, sino que sus condiciones de salubridad, cultura y comunicación son, por desgracia, comunes a muchísimos pueblos de la península» (12).

Cuántos médicos rurales españoles podrían decir lo que el notable médico rural francés Mr. E. Leroy: «Todo lo que nosotros podemos hacer es pedir socorro, tocar sin descanso el timbre de alarma, insistir en toda la prensa sobre esta verdad, a saber: existe un azote terriblemente mortífero de la tuberculosis rural, que produce más estragos que la peste de los tiempos antiguos, más carnicería que los refinamientos destructores de la guerra más reciente (13).

»Mas no somos pesimistas; porque vemos, en efecto, cuánto preocupa este problema fundadamente a los Estados más cultos y poderosos de Europa.

»Y sabíamos que en el año 1920, el Estado de Saxe, creó el primer Instituto Experimental de Trabajo Agrícola, en Europa, en Pommeritz, cerca de Dresde.

»Pues bien, el director de este Instituto (agronomo de profesión), fué invitado por la Sección de Higiene de la Sociedad de las Naciones a tomar parte en la Conferencia especial de los directores de las Escuelas europeas de Higiene y de Sanidad, y Derlizki (que así se llama el director aludido),

(12) De la revista *Crónica*, 21-VIII-32.

(13) *Mouvement sanitaire*, 1929, n.º 65.

definió las finalidades del Instituto de su dirección del modo siguiente: "Hay que laborar por la desaparición de las penalidades que acosan hoy a la vida rural agrícola y que obliga a estas poblaciones a huir de los campos. Para ello, al lado del aumento de rentabilidad del trabajo agrícola, es necesario también mejorar las condiciones de este trabajo, facilitarle y hacerle más productivo y, en fin, hacer apreciar la ventaja para la población rural de las alegrías del campo y el lado grato del trabajo agrícola"» (14).

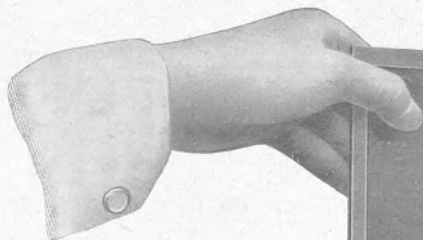
No hallamos más cabal expresión a nuestro criterio que la que acabamos de transcribir.

Creemos firmemente en el mejoramiento higiénico y sanitario del jornalero agrícola, en un porvenir muy inmediato, logrados sobre la base del mejoramiento económico y social del campesino.

El nuevo estado social de la post-guerra, que parece alumbrar una nueva civilización, con una emoción hasta ahora no sentida de humanitarismo, creó, en la Sociedad de las Naciones, el Secretariado de Higiene, cuya preocupación mayor y, por consiguiente, actividad más grande, se halla en el estudio y remedio inmediato de la lamentabilísima insalubridad y anti-higiene que castigan al jornalero campesino, que hemos pretendido poner de relieve en este modestísimo trabajo, dando a conocer sus causas y sus remedios.

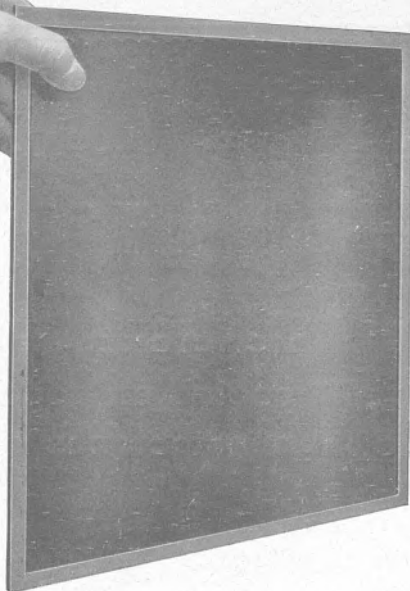
(14) «Principes généraux de la prophylaxie de la tuberculose», par le Dr. Etienne Burnet. *Bulletin trimestrel de l'Organisation d'Hygiène*. Vol. 1.º; núm. 4.





Este pequeño antidifusor a rejilla, según el Dr. Lysholm, de Estocolmo, es de una precisión incomparable, y lo forman 1.000 finísimas láminas de plomo de 0,40 milímetros de espesor y 2 milímetros de altura

Peso: 800⁷gramos



POR FIN LLEGÓ
EL
ANTIDIFUSOR ECONÓMICO
PARA
RADIOSCOPIA
Y
RADIOGRAFIA

tan ansiado por los poseedores de instalaciones roentgenológicas modestas

Dimensiones: 35,5 por 43 cm.

Precio: Ptas. 725

FACILIDADES DE PAGO

REPRESENTANTES GENERALES PARA ESPAÑA:

SIEMENS - REINIGER - VEIFA, S. A.

CENTRAL: MADRID. FUENCARRAL, 43

BARCELONA, VALENCIA, SEVILLA, BILBAO, VIGO Y LISBOA

BARDANOL

Elixir de Bardana y estaño eléctrico

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

**- Muestras y literatura -
A. GAMIR.-Valencia**

Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

Efectos terapéuticos

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

INDICACIONES

- 1.^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

Ictericia catarral e insulina

por Lorenzo SÁEZ, Médico titular de Iscar (Valladolid)

Un caso de ictericia catarral, interesantísimo por su evolución, gravedad y resultado de la terapéutica empleada, me ha impulsado a publicar su historia clínica con el exclusivo propósito de aportar una observación más a la casuística del tratamiento de la citada enfermedad, por la insulina y el régimen hidrocarbonado.

Todos los médicos generales hemos tenido ocasión de observar muchos casos de ictericia catarral, que sin medicación o con algún purgante y colágo, evolucionaron de modo favorable en dos o tres semanas, y a veces sin que el enfermo dejase sus ocupaciones habituales; pero al lado de estos casos benignos, hemos encontrado alguno que prolongando su curso a treinta o cuarenta días, nos sorprendió al final con una agravación, seguida de muerte a corto plazo y sin que resultase eficaz ninguno de los remedios empleados. Una bradicardia acentuada y un picor intenso de la piel, precedían a un estado delirante, que terminaba en el coma mortal, malogrando el buen pronóstico que al comienzo hicimos y proporcionándonos un disgusto, si prudentes o avisados por otro casi igual, no establecimos cierta reserva al formularlo.

En la patogenia que se daba a la ictericia catarral considerándola como un catarro duodenal propagado al colédoco y productor de un tapón mucoso que impedía mecánicamente el desagüe de la bilis, no se encontraba explicación satisfactoria para aquellos casos desgraciados, cuyo síndrome era idéntico en sus últimos días al de la atrofia aguda del hígado. Por otra parte, la observación en estos casos mortales de deposiciones coloreadas, de la presencia de bilis en los sondajes duodenales, y el que en la autopsia no se encontrase el tapón mucoso ni las lesiones catarrales de los grandes conductos biliares, eran datos muy significativos en contra de la patogenia puramente mecánica dada a la ictericia catarral. La presencia en los exámenes patológicos del hígado de lesiones en la célula hepática, idénticas a las que se observan en el hígado de los fallecidos a consecuencia de atrofia amarilla, encaminaron a los investigadores en busca de una explicación patogénica más acorde con los hechos clínicos observados.

Faltaba determinar, si las alteraciones de la célula hepática que se encontraron en las autopsias de los casos mortales de ictericia catarral, no eran de origen cadavérico, sino que se encontraban también, aunque con menor intensidad y difusión, en el hígado de los enfermos cuyo cuadro clínico no presentaba caracteres de gravedad. La guerra europea proporcionó a Eppinger la ocasión de hacer estas investigaciones cuando aún la enfermedad de Weil no se había observado en el ejército austriaco. Algunos soldados afectados de ictericia catarral de forma tan benigna que no les impidió abandonar

las trincheras, sucumbieron por efecto de las balas, pudiéndose entonces hacer un estudio histológico de las lesiones hepáticas en un período de la dolencia que clínicamente no presentaba cuadro de gravedad. Eppinger comprobó no sólo la ausencia del tapón mucoso y del catarro del colédoco, sino lesiones manifiestas de degeneración celular, graves y difusas, en el parenquima hepático.

Los estudios de Eppinger fueron confirmados posteriormente por otros investigadores, y hoy puede afirmarse que la ictericia catarral consiste esencialmente en una afección parenquimatosa del hígado, leve en unos casos y grave en otros, en los que hay degeneraciones idénticas por su gravedad y difusión a las de la atrofia aguda del hígado y que nos explican el cuadro clínico y de terminación funesta en algunos casos de ictericia catarral. De todo lo anterior se deduce que esta forma atenuada de la atrofia aguda del hígado, es decir, «una atrofia aguda en miniatura» o «una forma frustrada de la atrofia aguda» como la ha denominado Eppinger.

Hemos de advertir que este resumen patogénico de la ictericia catarral corresponde a su forma parenquimatosa, la más frecuente y más interesante para el médico general, por lo cual omitimos describir las demás, limitándonos a señalar que junto a la ictericia catarral parenquimatosa y dentro del cuadro hepático que se desarrolla sobre la base de una intoxicación alimenticia, existe otra forma con cuadro similar al de las ictericias mecánicas, y en cuyo substratum anatomopatológico dominan las lesiones del mesenquima hepático, es decir, una forma intersticial de ictericia catarral. Teniendo esto en cuenta, Rossle estableció los conceptos de hepatosis y de hepatitis, análogos a los de nefrosis y nefritis, reservando el primero para la ictericia catarral parenquimatosa o con lesiones en la célula, y el segundo para la ictericia catarral mesenquimatosa o con lesiones en el tejido intersticial. El que la intoxicación alimenticia produzca una u otra forma, depende de la electividad y dosis de los venenos de este origen que lleguen al hígado: los hepatocelulares producirán hepatosis y atrofia aguda, y los hepatointersticiales causarán hepatitis y cirrosis hepáticas. Las primeras son frecuentes, leves cuando no llegan a la atrofia aguda, dan las pruebas positivas funcionales del hígado, tienden a la atrofia y se curan con insulina y régimen hidrocarbonado; las hepatitis son menos frecuentes, siempre graves, tienden a la cirrosis, resultan negativas las pruebas funcionales del hígado, su síndrome es parecido al de las ictericias mecánicas, y fracasa el tratamiento insulínico y la dieta de hidrocarburos. Creemos suficiente este esquema para orientación del médico práctico y es obvio decir, que aquí como en patología renal hay formas mixtas, y que de una ictericia catarral parenquimatosa se puede producir una cirrosis hepática.

Etiológicamente se atribuyen las lesiones celulares a venenos de origen alimenticio, ya que la mayor parte de las veces el principio de la ictericia catarral coincide con un error dietético, pero habiendo visto casos en cuyo comienzo no hubo ingestión de alimento averiado, y en los que poco después

de aparecida la ictericia se encontraron en la orina y en las heces bacilos paratíficos, hizo pensar que la causa de la ictericia catarral podía ser a un mismo tiempo, la intoxicación alimenticia y la infección bacteriana.

Es fácil diagnosticar clínicamente la mayor parte de los casos de ictericia catarral de tipo parenquimatoso, por lo cual, y para no dar mayor extensión a este artículo no describimos el cuadro sintomático. Se procurará hacer el diagnóstico diferencial de la ictericia parenquimatosa con la forma intersticial y con las ictericias de tipo mecánico (litiasis, tumores, bridas, etc.); en ambos casos, si los signos clínicos ofreciesen alguna duda, habrá que recurrir a efectuar las pruebas funcionales del hígado, ya que como antes hemos indicado, no son positivas en la ictericia mesenquimatosa, ni en las ictericias mecánicas. De todas las pruebas funcionales del hígado, las que tienen más valor son la de la galactosa de Bauer y la disminución de coles-terina en sangre, siendo menos seguras la de la urobilinuria y la de eliminación de amino-ácidos. También tendrá que hacerse diagnóstico diferencial con la ictericia luética, la salvarsánica y la del embarazo, así como también con la enfermedad de Weil.

Otro problema importante es determinar cuándo se hace el paso de la ictericia catarral a la atrofia aguda del hígado, ya que según la patogenia indicada, no existe entre ambas afecciones más que diferencias de grado. El comienzo de la atrofia se anuncia clínicamente por aumentar el malestar del enfermo, la cefalalgia, la fiebre y la ictericia, y por el olor dulzón del aliento (foetor epaticus). Pero el signo más seguro de que se ha producido la atrofia es el delirio, el cual indica la pérdida de la función antitóxica del hígado y que suele ir seguido de un estado comatoso que termina con la muerte; al delirio suelen acompañar bradicardia y prurito acentuado. Las pruebas de laboratorio que indican el comienzo de la atrofia son: la reacción de la tiro-sina, de Millon, y el retardo de la coagulación de la sangre durante unas horas.

Las alteraciones de la célula hepática y su difusión en los casos graves de ictericia catarral sirvieron a Richter y a Eppinger para instituir un tratamiento racional de la misma, pues siendo la consecuencia más destacada de esas alteraciones del parenquima hepático, la pérdida de su función glucogénica, pensaron lógicamente en la insulina y en la dieta hidrocarbonada, como recursos para compensarla. Los resultados de este tratamiento, a juzgar por lo que dicen sus autores, son excelentes, consiguiéndose salvar de una muerte segura a muchos enfermos en los que se inició o desarrolló la atrofia aguda.

Hecho este resumen patogénico e indicadas sus derivaciones terapéuticas, vamos a describir brevemente la historia clínica del caso por nosotros tratado, y en la que no tenemos la pretensión de haber hecho un estudio completo del enfermo, sino relatar simplemente las observaciones que en relación con sus escasos medios y conocimientos puede hacer un modesto médico rural.

A. M. B., de veinte años de edad, abogado.

Los antecedentes familiares y personales carecen de importancia. Siempre gozó de excelente salud.

La enfermedad actual data de mediados de Octubre del año 1933, en que el enfermo, a continuación de un disgusto se sintió inapetente, con algún eructo después de la comida, estreñimiento, cansancio y pérdida de peso. Notó que tenía la piel y los ojos amarillos, pero continuó haciendo su vida normal de estudio. El dieciseis de Noviembre le veo por primera vez, encontrándole delgado y con intensa coloración amarilla de la piel, ojos y cara inferior de la lengua.

Aparato digestivo.—Inapetencia, lengua saburral, no hay vómitos ni molestias en estómago; no hay dolores en región vevicular ni duodenal, así como tampoco en el resto del vientre. Zona de matidez hepática normal; en bazo no se aprecia aumento de volumen. La percusión y palpación del resto del abdomen normales. Depositiones blancas y espesas.

Aparatos respiratorio y circulatorio, normales.

Aparato urinario.—Orina ligeramente disminuida, de color oscuro y con una franja amarillo-verdosa en la circunferencia de su nivel en el interior del recipiente. Analizada, contiene pigmentos y sales biliares; no hay albúmina ni glucosa.

El enfermo tiene perfecto conocimiento, duerme bien, no hay prurito ni cefalea. Temperatura normal. Recibe con desagrado la orden de permanecer en cama y de someterse a régimen lácteo-vegetal.

Ante este cuadro pensamos en una ictericia catarral, pues los antecedentes, el curso y la exploración nos hacen descartar las ictericias mecánicas, luética y salvarsánica. Disponemos los clásicos tres centigramos de calomelanos, tres veces al día y durante tres días.

El día veinte se presenta una ligera epistaxis y 37,5° por la tarde; el día veintiuno 37,7° por la tarde; el veintidós 38° por la mañana y 38,8° por la tarde; el veintitres 38,5° por la mañana y 39° por la tarde; el veinticuatro 37° por la mañana y 38° por la tarde; el veinticinco no hay fiebre. Estas elevaciones térmicas, sin escalofrío ni sudor abundante, me hacen pensar en el colibacilo, pues los agentes de supuración es fácil hubieran determinado estos síntomas y dolores en región hepática. Al segundo día de fiebre ordeno practicar una fórmula leucocitaria, aglutinación de gérmenes coli-eberthianos y determinación de colessterina en sangre. La nota del analista es la siguiente:

Hematíes, 5.788.070; Leucocitos, 20.694; Linfocitos, 2.916; Polinucleares, 17.779.

Forma leucocitaria:

Eosinófilos, Basófilos, Mielocitos y Metamielocitos: 0,00.

Neutrófilos bastoneados, 3; idem segmentados, 75; Linfocitos, 17.

Grandes mononucleares, 5; Formas patológicas, 0,0.

Ausencia de Hematíes granulosos.

Reacciones de aglutinación: } Negativas con Eberth y Para A y B.
 } Positivas al Colibacilo.

Colesterina: Un gramo treinta centigramos por litro.

La disminución de coleseterina en sangre, según la nota anterior, era una prueba de insuficiencia hepática como antes hemos indicado. La aglutinación positiva con el colibacilo me hizo pensar en la colangia de Naunyn, o sea, una infección de vías biliares por colibacilos colangiótropos, sin substratum anatómico de colangitis, es decir, de inflamación. La entrada en juego del colibacilo a los treinta y tantos días de enfermedad produciendo la fiebre pudiera explicarse por aumento de su virulencia, al disminuir las defensas del enfermo después de un largo período icterico. En este caso, y conforme a la etiología enunciada, pueden haber actuado conjuntamente los venenos alimenticios y los bacterianos, produciendo los primeros la alteración celular, y los segundos la fiebre y quizá también actuando sobre el parenquima del hígado.

Administramos al enfermo urotropina en inyección intravenosa y diez unidades de insulina dos veces al día.

Después de faltar la fiebre durante los días 24 y 25 de Noviembre, en la noche de este último el enfermo estuvo intranquilo y algo delirante; el 26 sigue sin fiebre y sin delirio, pero en la madrugada del 27 vuelve el delirio con carácter violento; el enfermo está muy agitado, pronuncia frases incoherentes, sus respuestas no guardan relación con lo que se le pregunta, no se da cuenta de dónde se halla, las pulsaciones son 48; hay cardíología. Este delirio significaba la pérdida de la función antitóxica del hígado por grave y difusa alteración de su parenquima, es decir, una manifestación de haberse producido la atrofia aguda del hígado. El estado gravísimo del enfermo no admite esperas de que el laboratorio compruebe con la reacción de Millon el comienzo de la atrofia, e inmediatamente inyectamos veinte unidades de insulina cada ocho horas, seguidas de inyección subcutánea de 300 cc. de suero glucosado, pues la inyección intravenosa muy repetida de este último podía producir alteraciones en las venas; además al enfermo se le hacía tomar bastante cantidad de Mostell. A las 48 horas de este tratamiento cesó el delirio y el enfermo recobró un sueño tranquilo, intenso y duradero, pues sólo despertaba para darle el jugo de uva y para ponerle las inyecciones. Cada día que pasaba el enfermo se encontraba mejor, tomaba con apetito la alimentación hidrocarbonada que exclusivamente se le daba, la ictericia disminuía, y a los ocho días de esta terapéutica desapareció totalmente, y la orina no contenía pigmentos biliares. Otros ocho días disminuyendo la insulina gradualmente, suspendiendo el suero y dando Hepatrac por su indicación hormonal e Ion-Calcina para reforzar la acción del Hepatrac, bastaron para que el enfermo completase la curación.

En resumen, un caso de ictericia catarral parenquimatosa que evolucionó hacia la atrofia aguda del hígado y que curó con tratamiento insulínico y régimen hidrocarbonado, comprobándose las afirmaciones expuestas por

Eppinger, el cual ha logrado salvar enfermos que llegaron al estado comatoso, inyectando hasta cuarenta unidades de insulina tres veces al día. Sería interesante continuar y publicar las observaciones de más casos, no sólo para tener la seguridad de contar con una medicación para poder combatir las más graves de las afecciones agudas del hígado, la atrofia, sino para prevenir ésta, tratando con insulina todos los casos de ictericia catarral por benignos que pareciesen.



El sistema neuroendocrino y la tuberculosis

por el doctor Vicente GONZÁLEZ CALVO

Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Valladolid

Yo no sabré agradeceros nunca lo suficiente esta afectuosísima como inmerecida acogida que me dispensáis, y quiero significaros con mi saludo y gratitud perdurable, la íntima satisfacción que me produce el que esta grata circunstancia me haya deparado motivo para deleitarme en la contemplación de las extraordinarias bellezas de esta vuestra tierra, la deliciosa Galicia, que dejará en mí para siempre, el más admirable de los recuerdos.

Es bien sabido, señores, el excepcional interés que encierra el conocimiento del sistema nervioso de la vida vegetativa, que en unión de las glándulas de secreción interna y de determinados dispositivos químicos, gobierna todas las actividades de la economía.

Se ha supuesto de siempre, que el tono del sistema vegetativo neural está mantenido fundamentalmente merced a la acción de dos hormonas de actividad opuesta: la adrenalina, que sería simpaticotónica, y otra autonomoexcitante propulsora del parasimpático que Eppinger y Hess denominaron automotonina.

No se llegó a concretar la naturaleza exacta de esta hormona, si bien el propio Eppinger presumió fuese la histamina, partiendo del hecho de su producción en intestino; posteriormente Marfori, comprobando la frecuencia de predominio vagotónico en los enfermos afectos del denominado «estatus linfaticus», atribuye el tono vagal a la linfoganglina que consiguió aislar por vez primera; entre nosotros, Novoa Santos, previos muy interesantes trabajos experimentales, se adhiere a la opinión del investigador italiano.

Más tarde Danielopolu, considera a la colina como antagónica de la adrenalina, producida en la cavidad intestinal y en la corteza de las adrenales, absorbida por vía venosa; el hígado sería no sólo el órgano de depósito sino también el de regulación a los fines de mantener la cifra conveniente para las necesidades de estimulación vagal y en relación a la cantidad de adrenalina.

Sería excederme de los límites que me he impuesto, si ahora os hablase de las bases experimentales que apoyan esta hipótesis, y asimismo de las recientes aportaciones que Santenoise ha hecho a este propósito.

Las variaciones locales del medio tienen también gran importancia como modificadoras del tono vegetativo, puesto que la excitabilidad de todas las sinapsas nerviosas terminales varía a tenor de alteraciones de índole fisicoquímica—concentración ácida del medio—y de la cantidad y cualidad de los electrolitos, ya que el aumento de calcio, por ejemplo, equivale a una acidificación local, y el del potasio, su antagonico es superponible a una alcalinización local.

Mas no solamente tienen interés los dispositivos terminales del sistema nervioso vegetativo; el conocimiento de los centros que gobiernan la periférica vegetativa lo ofrece aún mayor, y esto ha servido para anteponer el estudio de las perturbaciones centrales, cuya iniciación debemos a los trabajos de Brughs, Dressel y Lewy, proseguidos por los de otros muchos autores, afirmándose todos en la necesidad de escudriñar en su causa, que no sólo debe referirse al factor constitucional y otros de índole alérgica provistos de ha tiempo a raíz de la comunicación de Bloch al Congreso de Wiesbaden en 1910, sino a otras muy variadas causas.

Acciones diametralmente antagonicas del simpático con respecto al sistema autónomo, electividad precisa de acción de determinados fármacos al estimular estos dos fragmentos vegetativos, condujo a la elucubración científica de los cuadros de la simpaticotonía y de la vagotonía de Eppinger y Hess.

Pero si reflexionamos que aquellas secciones no siempre son estrictamente contradictorias y que ni los hormonas, ni los tóxicos vegetativos se comportan en todo momento con arreglo a un esquema puramente teórico, nada os extrañará que los complexos vegetativos a que acabamos de referirnos de la simpaticotonía y vagotonía totales, a desenvolverse de manera constante, fuesen sustituidos—dado su surgir irregular y parcial—por el de «neurodistoria vegetativa», cuyo calificativo no implica predominio por parte de ninguno de los integrantes del sistema.

Pues bien: dentro de muy distintos factores etiológicos, capaces de condicionar esa neurodistoria, la tuberculosis ocupa lugar preferente.

Nadie duda que la tuberculosis, enfermedad de evolución accidentada, la caracterizan períodos de agudización seguidos de otros de latencia sintomática, de duración variable.

Un estado reaccional particular—la alergia—controla y regula esos períodos; la intensidad de esa alergia más que con una resistencia especial propia de cada organismo o de la manera de reinfectarse el sujeto, como sostiene Redeker, para quien las reacciones intensas y violentas son pareja de los reinfectos masivos, y por el contrario, los pocos significativos de los reinfectos constantes debe relacionarse con el propio tono del sistema nervioso de la vida vegetativa, factor el de mayor interés de cuantos contribuyen a regular la evolución del proceso tuberculoso.

Trabajos experimentales de Moro, sirviéndose de la tuberculina, demuestran cómo fluctúa la alergia frente a esta sustancia, conforme el especial tono vegetativo.

Indudablemente los enfermos de imbalance vegetativo, los que para Krauss merecen el nombre de «estigmatizados», tienen una sensibilidad excesivamente acusada con el desarrollo de manifestaciones violentas que sirven para acrecentar la «estigmatización», que a su vez acentúa la hipersensibilidad, constituyéndose un verdadero círculo con notorio peligro para estos enfermos.

Bien entendido que de esta disposición reaccional no sólo dependen las manifestaciones de índole toxémica general, sino que a ella están supeditadas las de tipo local—vascularización, proliferación conectiva, etc.—que determinan las variantes anatomoclínicas de la tuberculosis pulmonar.

Se impone por consiguiente, ante todo tuberculoso, precisar lo que pudiéramos denominar su «personalidad vegetativa», que nos va a ser muy útil en determinadas circunstancias de orden diagnóstico, pronóstico y de tratamiento, y que ha de condicionarse no sólo en virtud del sistema vegetativo, que aisladamente nada representa, sino en relación directa con el complejo endocrino y constelación electrolítica del medio, que de una manera inmediata y mutua se influncian.

Esto dió base a Krauss y Jansch para aislar dos tipos generales de individuos: el llamado B cortical, simpático, basedowico, al que caracterizarían reacciones amplias, no precisas, y el T subcortical, parasimpático, tetanoide, del que serían propias reacciones más reducidas y circunscritas.

Redeker asegura que el tipo B está más bien en relación con las manifestaciones de la alergia secundaria de hipersensibilidad, y el T con las de la alergia terciaria, en la que, como sabemos, domina la inmunidad.

Con lo expuesto, quede, pues, subrayado el interés que debe merecernos siempre el intrincado vegetativo-endocrino en todo tuberculoso.

Y ahora, señores, vamos a analizar el comportamiento de las actividades endocrinas en la tuberculosis, refiriéndome especialmente a la localización pulmonar.

El ser órganos excesivamente vascularizados y el pertenecer muchos de ellos al sistema mesenquimatoso, les hace susceptibles de una gran sensibilidad receptiva y reactiva, a la noxa tuberculosa que origina en ellos evidentes alteraciones anatómicas unas veces, de índole funcional otras, derivando siempre un conjunto de determinadas manifestaciones clínicas que se traducen en complejos dados.

No es posible que yo pueda revisar en detalle esos característicos disturbios, ni pueda abarcar lo que corresponde a todas las glándulas incretoras; he de limitarme a recordar lo que conceptúo de mayor importancia acerca de algunos aspectos de las mutuas relaciones entre la tuberculosis y el tiroides y la tuberculosis y las cápsulas suprarrenales, que encierren una especial significación práctica.

Ha varios años realizáanse profusas investigaciones desde los puntos de vista anatomopatológico y clínico, conducentes a dilucidar el nexo de dependencia entre la tuberculosis y el hiperfuncionamiento del tiroides.

Poncet, Leriche, Gilbert, Laignel-Lavastine, entre los autores franceses, Pende, entre los italianos, Fishberg, como representante de la escuela inglesa; en los países de lengua alemana Virchow y Kocher y entre nosotros Marañón y sus colaboradores, y Valdés Lambea, han dedicado al problema estudios muy interesantes.

Ya conocéis con qué inusitada frecuencia, en el hipertiroidismo, en la enfermedad de Graves-Basedow, surgen determinadas manifestaciones de naturaleza tuberculosa y viceversa, como en muchos sujetos fímicos se comprueban disturbios dependientes de alteraciones anatómicas o de impregnación tóxica del tiroides.

A la vista de estos hechos dedúcese la importancia que puede ofrecer el conocimiento exacto de este asunto; baste anticipar que en muchos hipertiroideos, o para mejor decir, en individuos que se nos aparecen como tales, es lo menos la perturbación endocrina, y lo más el fondo tuberculoso que la sostiene, y entre tanto no se descubra el fímico, evolucionará y avanzará en sus lesiones.

El síndrome hipertiroideo se ha hecho siempre tributario de tuberculosos con antecedentes densos, de escasas lesiones, muy antiguas, con muy reducida o nula actividad, comprobándose en ellos nódulos calcificados, intumescencias ganglionares, lesiones residuales en vértices o pleura, etc.

En los tuberculosos con lesiones destructivas, en etapa avanzada, sería excepcional la reacción tiroidea, y para algunos—Morin por ejemplo—igualmente en el comienzo de la evolución tuberculosa, opinión que no comparten muchos autores y que nosotros tampoco podemos suscribir, ateniéndonos a la modesta casuística recogida durante cuatro años en el servicio para enfermos tuberculosos de la Clínica de Patología general de la Facultad de Valladolid.

Quizás en relación con el momento en que el tiroides sufre los efectos de repercusión de la tuberculosis, se condicionan la diversidad de formas de reacción histopatológica de la glándula.

No obstante lo afirmado por Rakitansky de no haber observado nunca un solo caso de tuberculosis tiroidea, de la aseveración de Virchow de que no existe órgano menos dispuesto para la tuberculosis que el tiroides, y de lo sostenido por Kocher, que el tiroides desplaza tan gran resistencia frente al virus tuberculoso, que la tuberculosis de la glándula, sólo en casos extremos permite observarse, no puede ponerse en duda la posibilidad de afecto fímico del tiroides, como lo demuestran los casos publicados por Gilbert y Castaigne, y asimismo los de Petersen y Schwartz, que denotaron focos de tuberculosis caseosa.

Cramer da cuenta de hallazgos, no de lesiones foliculares específicas, sino más bien de tipo congestivo con proliferación del epitelio alveolar y pérdida de coloide.

Y es que indudablemente, además de las lesiones de carácter específico que son más bien excepcionales, el complejo fímico, quizás una variante especial del bacilo de Koch es susceptible de localizarse en tiroides, condicionando ese conjunto de alteraciones que son propias del Basedow: disminución de la sustancia coloide contenida en las vesículas, que ofrecen un líquido menos viscoso que normalmente, también disminuida la cantidad de albúmina y muy variable la cifra de yodo; súmese una intensa proliferación epitelial de las células específicas y en la periferia un abundante acúmulo de leucocitos.

Precisamente estas lesiones no específicas, además de ser las más constantes, tienen la predilección de surgir en las etapas precoces de la evolución tuberculosa, en contraposición a las específicas que más o menos pujantes se condicionan una vez bien desenvuelto el cuadro tuberculoso.

En circunstancias no insólitas, el examen histopatológico no permite recoger lesión alguna, y para estos casos es menester invocar el mecanismo funcional estricto del afecto tiroideo, si bien antes de esto requiérese, como dice Fishberg, un aquilatado examen de las piezas que deben ser observadas con sumo cuidado.

¿Qué expresión fenomenológica van a tener todas estas alteraciones histopatológicas o funcionales del tiroides, inducidas por la tuberculosis?

En este momento, el tuberculoso nos impresiona más que como tal enfermo fímico, como un lábil o inestable vegetativo.

Ofrece un verdadero complejo basedoide: emotividad, crisis sudorales, brillantez en la mirada, amplitud de la abertura palpebral gesticulatoria, rápida crisis de diarrea al margen de disturbios digestivos, taquicardia intercalada con crisis de extrasistolia, temblor de muy reducida oscilación, alteraciones vasomotoras, pérdida de peso, y como datos objetivos, un aumento de la vascularización en zona de proyección de tiroides, con una cierta intumescencia en casos excepcionales, febrícula, aumento del recambio de los hidratos de carbono con tendencia a hiperglucemia y glucosuria y alza en el metabolismo basal que ya comentaremos más adelante; a veces, súmense a estas manifestaciones, zumbidos de oído, insomnio y fatigabilidad rápida.

Contrasta todo este cuadro, nada preciso, con la ausencia de fenomenología local, que permita presumir el móvil tuberculoso que impulsa aquellas manifestaciones.

En circunstancias aparecen aislados determinados grupos de síntomas, lo cual se presta a una mayor desorientación en el diagnóstico; unos afectan al aparato circulatorio integrando un cuadro símil al que Makensie había estudiado durante la guerra y que denominó «enfermedad indefinida»; aquejan palpitations, sensación de angustia, cierta disnea, opresión precordial, comprobándose taquicardia, latido de empuje, incluso soplos inorgánicos muy variables, descenso de la tensión arterial o aumento poco acentuado de la media; esto es, el verdadero conjunto fenomenológico de la neurosis car-

díaca o a la que se conoció en aquella época con el calificativo de «corazón irritable del soldado.»

Otros enfermos tuberculosos tiroideotóxicos aluden a disturbios digestivos, ya con predominio de atonía y característica sensación de inflazón seguidamente a las comidas y eructos, o bien con síndrome de acidismo e hipersecreción con dolores, vómitos, estreñimiento interrumpido por crisis estercoráceas y dolores cólicos.

Al fin, los menos acuden a nosotros con manifestaciones psíquicas de una modalidad muy varia, fundamentalmente con el tipo de neurosis angustiosa, de ansiedad, desarrollándose en forma accesional alteraciones vasomotoras con hipersudoración, taquicardia intensa, horripilación, etc.

Este sujeto, que es en realidad un tuberculoso de comienzo, con labilidad neuroendocrina, proyecta en este sentido todos los componentes de su cuadro clínico, y esto conduce en un examen superficial, a prescindir de las posibilidades etiológicas en orden tuberculoso, con grave perjuicio por parte del enfermo, al que no se le orienta certeramente en el tratamiento.

Ante un cuadro tan abigarrado y complejo, ¿qué criterio seguir para no incurrir en omisiones o posibles equívocos?

Primero, pensar en hipertiroidismo, en la enfermedad de Graves-Base-dow, que aun en las formas incompletas permiten una diferenciación definida; aparte del bocio, fenómenos oculares, temblor muy evidente, ofrecen pronunciada alza metabólica, intensa hiperdestrucción proteínica e hiper-yodemia que excede de las trece gammas por cien centímetros cúbicos de sangre, que representa la cifra media en el sujeto normal.

Una vez esto, dado un cuadro de molestias tan poco precisas, aquilatar la posible participación que el tiroides tenga en su desenvolvimiento, y después de un minucioso examen concretar hasta qué punto cabe culpar a la tuberculosis como factor etiológico.

Analicemos, pues, las normas, que nos ratifiquen en nuestras presunciones, respecto a la intervención del tiroides, recordándoos las pruebas más interesantes de que podemos valernos en estos casos.

Dado el supuesto de que el metabolismo de los hidratos de carbono se encuentra alterado, cabe determinar la hiperglucemia provocada, utilizando cincuenta gramos de glucosa como aconsejan Labbe, Stevenin y Nepveux, comprobando las curvas altas y prolongadas propias de estos estados; mas como son otros muchos los factores que concurren en la regulación del metabolismo de los glúcidos, colígese fácilmente la posible inexactitud en los resultados proporcionados.

Bloch y Garnier preconizan la prueba de sensibilidad adrenalínica de Goeths, de cuyos resultados se permite dudar Sturgis, aduciendo que otros procesos que nada tienen que ver con el complejo tiroideo tóxico, acusan o pueden acusar iguales positivities; por ello Eiger, partiendo del hecho de aumento de sensibilidad de los órganos efectores, frente a la adrenalina,

y especialmente de las terminaciones nerviosas de los vasos, sírvese de la sangre o plasma de esos sujetos, capaz de aumentar la vasoconstricción que normalmente condiciona la adrenalina.

Deuch, considerando la intervención que el tiroides tiene en la regulación de las albúminas de la sangre, hace dosaje de las distintas fracciones proteicas que disminuyen conforme es más intensa la actividad del tiroides.

No es preciso esforzarse con argumentaciones que impugnen estas pruebas, si no por su verosimilitud, sí al menos dada su complejidad e ineficacia práctica.

Es interesante el comportamiento en el metabolismo basal; nadie dude que en el hipertiroidismo cabe registrar cifras muy elevadas; en los estados de Basedow frustrado, por el contrario, normales o con exigua elevación sobre lo normal; este dato precisamente ha servido para la separación fundamental entre ambos procesos, mas si esto es exacto cuando nos referimos a las formas basedowoides, circunstanciadas en virtud de factores no tuberculosos—edad puberal o menopáusica o emociones e influencias tóxicas variadas. etcétera—no lo es cuando la tireotoxicosis es tuberculosa, en cuyos casos es posible recoger cifras de metabolismo basal muy altas, incluso semejantes a las encontradas en la enfermedad de Basedow.

Un cúmulo de trabajos de estos últimos años vienen a demostrarlo, aseverando la falta de paralelismo entre la fiebre, que puede existir, dado el fondo tuberculoso y sí una más estricta dependencia, con la aceleración de los cambios metabólicos, propia de la impregnación tiroidea.

En la misma tuberculosis pulmonar algo semejante ha encontrado Andreu Urra, deduciendo de sus interesantes investigaciones, realizadas en el servicio de Grafe, en Wuerzburg, que no son los enfermos intensamente febriles, con procesos anatomoclínicos avanzados, los que dan valores altos de metabolismo basal, sino más bien las de evolución tórpida que cursan con fiebre escasa.

Dautrebande y Bordier recogieron también valores normales, en tuberculosos sin tireotoxicosis, afirmando que un alza metabólica no siempre refleja la posibilidad de un «brote», sino que puede referirse a un hipertiroidismo latente hasta ese momento—Puente Veloso deduce análogas conclusiones en un documentado trabajo—.

Una vez descubierto el factor tiroideo que la Clínica permitía ya presumir, se impone la búsqueda del tuberculoso, causante del disturbio endocrino.

Ello requiere un examen clínico completo e investigación radioscópica y radiográfica que ponga de relieve el detalle de posibles imágenes de opacidad por nódulos hemáticos o acinosos, infiltrados precoces o bronconeumónicos o neumónicos, acentuación del diseño vasculo-bronquial, cintas de engrosamiento pleural. calcificaciones adrenfíticas, imágenes anulares recientes, zonas de atelectasia, etc.

Procede también investigar la fórmula leucocitaria, conforme al esquema

de Schling, y al fin no olvidaremos los métodos inmunobiológicos, concediendo entre ellos la máxima importancia a las reacciones de fijación de complemento, que en circunstancias pueden prestarnos valiosa cooperación, como hemos insistido en dos trabajos nuestros acerca de este asunto. En uno de ellos comentamos una muy instructiva observación, previamente calificada de hipertiroidismo no muy ostensible, que el examen biológico, con las reacciones de Boquet y Negre y Besredka, permitió referir a una tireotoxicosis fímica.

Señaladas las normas de diferenciación entre el hipertiroidismo y los estados de sensibilidad tiroidea en los tuberculosos, sopesado en estos últimos los factores endocrino y tuberculoso, es preciso que concretemos ahora en su relación evolutiva.

En síntesis podemos afirmar que las espléndidas reacciones tiroideas del comienzo, tan aparatosas que ocultan la causa que las motiva, tornan en tórpidas conforme la tuberculosis adquiere auge, para decaer definitivamente cuando el fímico vive el apogeo de sus manifestaciones locales y toxémicas, que es precisamente, lo que unido a la enorme restricción de la alimentación, causa entonces el aminoramiento en la actividad del tiroides; la influencia que la hipoadministración pueda tener es de interés, como lo prueban los estudios de un investigador ruso, Stefko, que se ha ocupado del problema, aprovechando las dolorosas circunstancias determinadas por el hambre en Rusia.

Se ha supuesto un cierto antagonismo entre el hipertiroidismo y la tuberculosis, hasta el extremo de que capacitaría de una cierta resistencia frente a esta infección como afirman Hamburger, Sloan, Frank, observando que sujetos pertenecientes a familias tuberculosas, con tiroides de excesivas proporciones, escapan muy frecuentemente a la infección tuberculosa, asegurando Webb, de la Clínica Mayo, que la coexistencia de tuberculosis con bocio exoftálmico es mucho menor que con respecto a otros procesos.

Esto es, en efecto, exacto muy frecuentemente; nosotros venimos asistiendo a la evolución tórpida, lenta, de una tuberculosa con un afecto tiroideo evidente, cuya observación, publicada en 1931 por nuestro colaborador y amigo, el doctor Sebastián Herrador, referíase a una joven tuberculosa con reducidas manifestaciones locales y tóxicas, que se agravan en años sucesivos; una modificación en el comportamiento clínico de la enferma permite sospechar la participación de tiroides, retrogradan a partir de este momento las lesiones tuberculosas, permaneciendo estacionadas y acentuándose una marcha clínica favorable del proceso.

No podemos sino conjeturar acerca de las reacciones a surgir en el tiroides de nuestra enferma, mas lo probable es, que a través de tan dilatado tiempo se hayan condicionado las lesiones específicas o paraespecíficas, substratum de una verdadera tiroiditis tuberculosa que sirve de dique a la evolución de las lesiones pulmonares.

Muy otro es el caso de la impregnación tiroideotóxica en las etapas más

iniciales, en cuyas circunstancias todo se refleja en la glándula, con cuanto lleva inherente que culmina en el auge metabólico, base de una inferioridad de terreno, con más intensa actividad en las lesiones, quizás facilitada en la mayoría de los casos por una inadecuada orientación en el tratamiento.

Recuerdo el caso de una muchacha de 22 años, que a los 18 ofrecía un cuadro hiperfuncional de tiroides, en que resaltaba enorme taquicardia e inquietud física; nada más, aparentemente, existía, pero no obstante los signos físicos y examen radioscópico denotaron la existencia de un infiltrado reducido en región infraclavicular derecha.

Considerando a la enferma, más tuberculosa que hipertiroidea, aconsejamos el tratamiento oportuno, que nos llevó a cabo, dos años más tarde, hemoptisis, imagen anular y sucesión broncogena de una tuberculosis que evoluciona con rapidez.

El tratamiento que requieren los estados tiroideotóxicos tuberculosos es sencillo: Fundamentalmente el mayor reposo y estancia, a ser posible, en el campo; buena alimentación, con predominio de hidratos de carbono, restricción de proteínas y bebidas excitantes.

Medicación—aparte de los tónicos generales—sedante: Valeriana, pasiflora, dosis no excesivas y convenientemente distanciadas de ergotamina, evitando en lo posible recurrir al yodo y de utilizarlo sólo en dosis reducidísimas.

Muy escaso tiempo me resta para hablaros de las cápsulas suprarrenales y la tuberculosis, y por esto voy a limitarme a un breve comentario acerca de lo más interesante.

Los fundamentos que invocábamos al principio como favorecedores de la localización tuberculosa en el sistema endocrino en general, merecen ahora especial mención al referirnos a las glándulas adrenales; son órganos muy vascularizados, de abolengo mesenquimatoso, y en relación a esta última circunstancia gozan de una función destoxicante.

No excepcionalmente la iniciación de un complejo tuberculoso se exterioriza por manifestaciones de índole suprarrenal, que atenuadas e incompletas no permiten una orientación definida en muchas circunstancias.

La astenia, una particular pigmentación del tegumento y un conjunto de disturbios dependientes del descenso de la tensión arterial, constituyen lo más interesante.

Todos conocéis y habéis tenido ocasión de comprobar en la clínica, cuán a menudo acude al médico el asténico con una fatigabilidad física, intensa y constante, que va acorde a la mental, y de ahí que en estos sujetos se recurra al socorrido diagnóstico de neurasténicos o psicasténicos, error que conduce a planear un tratamiento totalmente inadecuado.

Cuando la pigmentación impera, no alcanza las proporciones e intensidad de matiz propias del verdadero adisoniano; suelen ser manchas aisladas, con localización preferente en cara y manos, que al surgir en un sujeto joven deben suscitar siempre la posibilidad de la tuberculosis.

La disminución de la tensión arterial unas veces es asintomática, verdadero hallazgo de exploración; en otras circunstancias se refleja por alteraciones gastrointestinales—sensación de peso después de las comidas, eructos, tendencia a la aerofagia—coexistiendo generalmente con estómagos ptósicos y atónicos o también dolores, cólicos en intestino, con alternativas de estreñimiento y diarrea y expulsión de mucomembranas.

Con mayor frecuencia dominan las alteraciones de orden circulatorio, lipotimias frecuentes, tendencia sincopal, palpitaciones, o las psíquicas con el cuadro característico de la neurosis de angustia.

Conduciéndonos con igual criterio que con respecto al tiroides, ante estos casos, valoraremos la participación suprarrenal que nos evidencian las pruebas de la melanoderma provocada, las dinamométricas de esfuerzo, y por último, las glandulares, con las mismas normas de aplicación que en la enfermedad de Addison.

Entre éstas, la más interesante, la de Eppinger y Hess; el sujeto ha de ingerir cien gramos de azúcar disueltos en trescientos gramos de agua; media hora después se investiga pulso, tensiones máxima y mínima, reflejo óculo cardíaco y estado de las pupilas; inyectáse entonces un centímetro cúbico de la solución de adrenalina al milésimo, haciendo cada diez minutos las anteriores determinaciones; en los estados suprarrenotóxicos de origen tuberculoso no se comprueban las palpitaciones, aumento de la tensión máxima, diuresis con orina pálida y azucarada que son propios del sujeto normal y del hiperadrenalinémico.

Una vez esto, se precisa un minucioso examen del enfermo, en su aparato respiratorio, que permite descubrir el foco tuberculoso que evoluciona con un cuadro endocrino suprarrenal.

No olvidemos que la tuberculosis puede enmascarar todo lo endocrínico; deber del médico a sospechar siempre esa etiología; afirmarla sólo cuando la exploración, la radiografía o los procederes inmunobiológicos nos den base para ello.

Ya que no otra cosa, señores, si en el transcurso de esta breve charla he logrado suscitar en vosotros el interés hacia estos problemas, me sentiré muy satisfecho (I).

(1) Texto íntegro de la Conferencia pronunciada en el Hospital provincial de Vigo, el día 9 de Diciembre de 1933.

HEPATORRADIL

PODEROSO
RECONSTITUYENTE

FÓRMULA: Principios solubles de hígados frescos. - Extracto de malta sometido a la acción de los rayos ultravioleta. - Iodo naciente (métodos BEAUDIN y COURTOT). - Arsénico. - Fósforo. - Calcio y jarabe de rábano perfeccionado. (VITAMINAS A. B. C. y D.)

LABORATORIOS GRAÏNO

ANALGESIA Y DESAPARICIÓN RÁPIDA DEL DOLOR
sin alcaloides narcóticos, ni sustancias heroicas

CIBALGINA

"CIBA"

Amplio campo terapéutico

No produce hábito

Ausencia de fenómenos secundarios a dosis terapéuticas

INDICADA

en

Medicina general

Cirugía, Odontología

Ginecología

Radioterapia

Neuralgias, jaquecas y dolores de cabeza, dolores articulares, musculares, post-operatorios, post-partum y post-abortum. Dismenorrea y molestias nerviosas concomitantes. Dolores de los tabéticos. Dolores de la dentición.

Molestias consecutivas a la aplicación de rayos X.

Curas de desmorfinización.

Comprimidos

Gotas

Injectables

PARA MUESTRAS Y LITERATURA

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744

ACTUALIDAD MÉDICA
R. LUTEMBACHER

Tratamiento del Reuma por los
POLISALICILATOS.

POLISALICILATOS
PIÑA

Con esta asociación de salicilatos Na K Ca en solución, se ha conseguido un líquido fisiológico de su equilibrio isotónico de iones suprime las migrañas en venas y estómago.

LABORATORIO PIÑA SAGASTA, 17 MADRID

POLICLÍNICA UNIVERSITARIA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID

PROFESOR-JEFE: DOCTOR M. GAVILÁN

Caso clínico

por el doctor Sabino RODRÍGUEZ BERCERUELO, Profesor ayudante

Enferma: Carmen O. M., de 17 años, Valladolid.

Antecedente familiares.—Padre vive y está bien. La madre tuvo un aborto, vive y padece cólicos hepáticos. Han sido diez hermanos, de los cuales, dos, murieron: uno, de asfixia blanca, y el otro de meningitis. De los que viven, uno está fímico; el resto están gozando buena salud.

Antecedentes personales.—Embarazo y parto normal, lactancia materna reglada, a los seis meses fué operada de hernia inguinal, dentición y locomoción al año, locución a los once meses; una bronquitis a los tres años; a los siete años dolores de cadera derecha, deformidad del mismo miembro, impotencia funcional que le obligan a guardar cama ocho meses, transcurridos los cuales mejoró, tardando dos años en valerse por sí sola para la locomoción; quedó como secuela una impotencia funcional de la extremidad. Menarquia retardada y con molestias.

Comienzo y marcha de la enfermedad actual.—Hace tres años y gozando de buena salud, notó, un día de invierno, un fuerte mareo, que le hizo perder el equilibrio para la posición de pie, obligándose a agarrar con las dos manos fuertemente para no desplomarse al suelo; algún vómito, náuseas, sensación de desplazamiento de los objetos que la rodeaban, atenuado cerrando los ojos; estas molestias le duraban unos minutos, apareciéndole posteriormente cefalea y zumbidos del oído izquierdo, que la enferma compara en forma parecida a los ruidos producidos por chorros de vapor y le duraban seis o siete días, mientras los cuales tenía una marcada tendencia al mareo, aunque no le repetía. No recuerda presentara sordera.

Ha evolucionado por temporadas de meses encontrándose, entre tanto, completamente bien, y únicamente, desde hace un año, que viene padeciendo respiración nasal deficiente, pesadillas y tos nocturnas, sequedad de faringe, sensación de chasquido en oído izquierdo y corizas frecuentes, que coinciden siempre con esa predisposición al mareo, incluso últimamente y desde hace unos 15 días que padece un catarro nasal fuerte, presenta los mareos como hace tres años, que la impiden dedicarse a sus ocupaciones habituales.

Exploración otorrinolaringológica

Oído derecho:

Pabellón y regiones perióticas, normales; conducto auditivo externo, amplio y exento de cerumen; por otoscopia se ve membrana timpánica normal.

Oído izquierdo:

Pabellón, normal; ligero dolor, a la presión, en punta mastoidea; conducto auditivo externo, amplio y exento de cerumen; por otoscopia se ve membrana timpánica de tono oscuro, triángulo luminoso desaparecido, apófisis externa muy señalada, relieves tímpano-maleolares salientes, membrana de Shrapnell hundida, mango del martillo rojo.

Exploración funcional de la audición

Voz cuch	O. d.	{ Fonemas graves 10 mt.	O. i.	{ Fonemas graves 0 mt.
		{ Fonemas agudos 18 »		{ Fonemas agudos 1 »
Voz alta	O. d.	{ Fonemas graves 15 mt.	O. i.	{ Fonemas graves 2 mt.
		{ Fonemas agudos 26 »		{ Fonemas agudos 6 »

Exploración instrumental

Oído derecho:

Rinne positivo
 Límite inferior C₂ 16
 Límite superior 18.000
 Gellé no existe

Oído izquierdo:

Rinne negativo
 Límite inferior c 128
 Límite superior 18.000
 Gellé no existe

Weber, lateralizado a la izquierda.

Schw, prolongado.

Examen vestibular

Día 22-12-33.—Nistagmus horizontal espontáneo de gran intensidad, fugaz y rítmico hacia el lado derecho

Día 2-1-34—Nistagmus espontáneo laberíntico, igualmente hacia la derecha, pero de mediana intensidad.

Día 9-1-34.—Nistagmus espontáneo de poquísima intensidad hacia el lado derecho.

Día 13-1-34.—Sin nistagmus espontáneo.

Nistagmus provocado.—*Día 13-1-34:*

Prueba rotatoria con silla giratoria de Brüning, posición de la cabeza para investigar la excitabilidad de los canales semicirculares horizontales regulada por el otogoniómetro de Brüning, rotación dextrógira de 10 vueltas en 20" con detención brusca

Postnistagmus horizontal izquierdo de 45" de duración, mirando la enferma al extremo opuesto a la dirección, o sea hacia la izquierda. (Super-excitabilidad.)

Rotación sinistrógira de 10 vueltas en 20" con detención brusca.

Postnistagmus horizontal derecho de 25" de duración, mirando la enferma al extremo opuesto a la dirección, o sea hacia la derecha. (Excitabilidad normal.)

Posición de la cabeza 120° hacia adelante para excitar, igualmente por rotación, los canales semicirculares verticales; rotación sinistrógira de 10 vueltas en 20" con detención brusca.

Postnistagmus horizontal derecho de 20" de duración, mirando la enferma al extremo opuesto a la dirección, o sea hacia la izquierda. (Excitabilidad normal.)

Rotación sinistrógira de 10 vueltas en 20" con detención brusca.

Postnistagmus horizontal izquierdo de 25" de duración, mirando la enferma al extremo opuesto a la dirección, o sea hacia la derecha. (Excitabilidad normal.)

Prueba calórica con el otocalorímetro de Brüning. — Posición de la cabeza para investigar la excitabilidad de los canales horizontales semicirculares regulada por el otogoniómetro de Brüning; refrigeración del conducto auditivo izquierdo con agua a 27°, siguiendo el método de Brüning, consistente en medir el agua necesaria para provocar reacción nistágmica = nistagmus frigorífico de aparición rápida e intensa a los 50 cm³ de agua. (Superreflectividad.)

Por el contrario, en el oído derecho irrigándole igualmente y para el mismo canal horizontal, aparece nistagmus con 75 cm³ de agua a los 27°, lo que revela excitabilidad normal.

No hay nistagmus por reacciones pneumáticas y mecánicas.

Tampoco lo hay por los movimientos bruscos y lentos de cabeza

Prescindimos de la prueba eléctrica de Babinski.

Pruebas de equilibrio

Prueba de Romberg, normal

Pruebas de von Stein, normal.

Prueba de Babinski-Weill, marcada desviación hacia la izquierda, más acentuada en la marcha hacia atrás que hacia adelante.

Pruebas del índice de Barany, normal.

Fosas nasales.—Convexidad y cresta de tabique en fosa nasal izquierda, concavidad e hipertrofia compensadora del cornete inferior en fosa nasal derecha.

Examen funcional—Prueba respiratoria con rinómetro espejo de Glatzel, insuficiencia respiratoria nasal de ambos lados, más acentuada en el lado izquierdo.

Prescindimos de las pruebas olfatorias.

Faringe.—Amplia, ligeramente congestiva, con amígdalas adherentes, duras al tacto y cubiertas de alguna cicatriz.

Laringe.—Normal.

Diagnóstico.—Desviación de tabique con cresta e hipertrofia de cornete inferior compensadora.

Tratamiento. Quirúrgico, practicado en una sesión por el Profesor doctor M. Gavilán, consistente en una resección de la cresta del tabique del lado izquierdo y turbinectomía en el lado derecho.

Evolución postoperatoria.—Curación de la insuficiencia respiratoria nasal, franca mejoría de la sordera, zumbidos y mareos, para cuya curación ensayamos polipzercaciones en días alternos durante quince, terminados los cuales y completamente curada damos de alta a la enferma el día 16 de Febrero de 1954.

CONCLUSIONES

1.^a Que sus mareos eran debidos a una excitabilidad del laberinto posterior del oído izquierdo por un síndrome de oclusión de trompa del mismo lado.

2.^a Que la misma oclusión de trompa le causaba, a la enferma, también una sordera de conducción, de mediana intensidad, del oído izquierdo, con zumbidos, sensación de chasquidos, cefalea, etc.

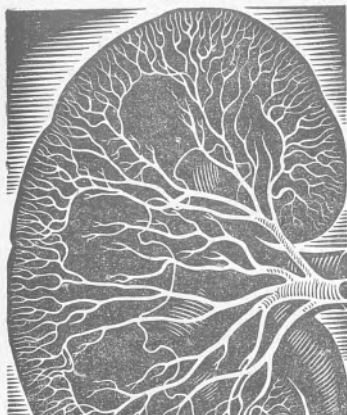
3.^a Que la mencionada oclusión de trompa era debida a los corizas frecuentes de la enferma, sostenidos por su defecto nasal, que también contribuía a ocluirla.

4.^a Que la curación fué conseguida con aireación del oído medio y corrigiendo la causa de la oclusión que, en estos casos, no tiene más tratamiento que el quirúrgico de la resección de las partes que impiden una normal respiración nasal

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



Pielitis Cistitis

Schering

En estas afecciones, como en todas las de naturaleza infecciosa-inflamatoria del aparato urogenital, proporciona la Neotropina los mejores resultados debido a su acción antiséptica, su poder de penetración y su efecto sedante en las inflamaciones.

ENVASE ORIGINAL:
Frasco con 30 grageas de 0,1 gr.



SCHERING - KAHLBAUM A. G. BERLIN

NEOTROPINA

SUSTANCIA COLORANTE BACTERICIDA

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING, S. A.

Apartado 479, Madrid - Apartado 1030, Barcelona

DIGIBAÏNE

REEMPLAZA CON ÉXITO DIGITAL Y DIGITALINA

TONICO
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.

LACTO-LEVEL

Los bacilos lácticos contenidos en el cultivo vegetal **LACTO-LEVEL**, atraviesan el estómago sin dejarse modificar por el jugo gástrico, llegando vivos y en plena actividad al intestino, donde procrean inmediatamente.

Unión de dos bacterias afines y complementarias: **BACILUS BULGARICUS** de MASSOL y **GRIGORIOF** y el **BACILUS LACTICUS** de PASTEUR

Presentado en:

Solución
Gotas
Ampollas

MUESTRAS Y LITERATURAS:

LABORATORIO LEVEL, S. A.

Córcega, 318 - BARCELONA

PRODUCTOS "ROCHE"

PANTOPON "ROCHE"

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

DIGALENE "ROCHE"

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

Productos "ROCHE", S. A.

Santa Engracia, 4

MADRID

CARTAS DE ITALIA

A PROPÓSITO DE UNA LECCIÓN DEL PROFESOR SANARELLI

El mecanismo patogenético de las infecciones intestinales

por Emilio ZAPATERO, Catedrático de Higiene

Asisto diariamente a las lecciones del profesor Sanarelli en su Instituto Universitario de Higiene, donde trabajo bajo su dirección, y esperaba con verdadera impaciencia las que habrían de recaer sobre la fiebre tifoidea; impaciencia sólo superada por la que me inspiran las que dé sobre el cólera.

La acción patógena de los gérmenes de ambas enfermedades ha sido toda fijada por memorables experiencias del sabio italiano quien, por primera vez, estudiaba la fiebre tifoidea experimental en el laboratorio del gran Metchnikof, en el Instituto Pasteur de París. A estas lecciones acude un público más numeroso aún que el de ordinario y el cual, al final de ellas, rinde, con un caluroso aplauso, homenaje al sabio de prestigio universal, ya desde hace muchos años, y al cual se deben tantos trabajos en el campo de la bacteriología, siendo de los más difundidos los que llevó a cabo sobre la fiebre tifoidea, la fiebre amarilla y el cólera.

Admira la agilidad mental y la capacidad de trabajo del profesor, quien, próximo a cumplir los setenta años en el curso de sus lecciones, cita sin titubear fechas y nombres y hace de ellas magníficas «mises au jour» del asunto que comprende. Hace pocos días le oí una maravillosa lección sobre la etiología de la escarlatina. Se pasa en el Instituto toda la mañana, que suele dedicar a la lectura de revistas (se reciben cerca de 300 en la magnífica biblioteca que es visitadísima por contener las colecciones completas de todas las revistas importantes del mundo); por la tarde, a las tres y media, da la lección y luego trabaja en su laboratorio hasta cerca de las nueve de la noche. Son recentísimos sus trabajos sobre el ultravirus tuberculoso y conoce al detalle todas las cuestiones del día, por lo que sin titubear dice siempre la revista y el año en que se ha publicado algún trabajo sobre el tema que se le consulta.

Entre los idiomas que conoce está el español, y siente un vivo interés por cuanto se refiere a nuestro país, del que conoce la obra de nuestras principales figuras médicas.

Pues bien, expuestas así en cuatro palabras las líneas más salientes de la figura de Sanarelli, que se me han venido a la pluma, vamos al tema.

Cuando el sabio italiano comenzaba sus investigaciones sobre la fiebre tifoidea experimental, esta enfermedad era considerada como una afección

típicamente intestinal. Introducido con los alimentos o con las bebidas e instalándose en el tubo digestivo, el bacilo de Eberth, encontraba en el intestino lugar apropiado para su desarrollo y el ambiente más apto para desplegar su acción patógena.

Por otra parte, era bien natural el predominio de las concepciones puramente nosográficas, ya que las experiencias de laboratorio no habían conseguido descubrir el proceso íntimo patogénico de la fiebre tifoidea. Pero no sólo entonces, sino que hoy mismo se piensa que, de la boca, el bacilo tífico llega al intestino atravesando incólume la barrera gástrica.

Exaltando el germen, consiguió Sanarelli hacer sensibles los animales de laboratorio, en los cuales pudo demostrar que el cuadro morboso, en ellos determinado, y del que son síntomas salientes el meteorismo y el dolorimiento abdominal, lo era lo mismo inoculando el germen en el peritoneo que bajo la piel. Las lesiones anatómo-patológicas en ambos casos eran: peritonitis exudativa fibrino-purulenta, enteritis aguda con abundante contenido diarreico y sanguinolento y notable tumefacción de las placas de Peyer.

Esto significa que, una vez penetrado en el organismo, el bacilo tífico, va rápidamente a localizarse en determinados órganos hacia los cuales manifiesta un tropismo específico: las cavidades linfáticas y los órganos linfáticos. En el intestino se encuentra por ser vertido con la bilis o eliminado a través de la mucosa, pero *no se multiplica en él*.

Tan intensa repercusión local de un proceso infeccioso general no podía ser debida más que a la acción de un «microbio enterófilo» y de un veneno específico dotado de afinidad particular para algunos órganos del aparato digestivo.

Es también Sanarelli quien prepara, por primera vez (1892-94), la toxina tífica, la cual inyectó en los animales de laboratorio en los cuales provoca una enteritis aguda descamativa y hemorrágica con hiperplasia de todos los órganos linfáticos: bazo, ganglios, placas de Peyer... pero con una condición: la de ser introducida en el organismo por vía parenteral, o sea por medio de la circulación general. Solamente así ejercita su acción sobre el intestino, pues *administrada por vía bucal queda sin efecto*.

Sobre esta sólida base experimental se puede, pues, decir que el bacilo tífico, sea cualquiera la puerta de entrada en el organismo—y ya veremos cuál sea esta puerta—se dirige siempre de preferencia hacia los órganos linfáticos, donde se multiplica más abundantemente que en ningún otro sitio, y desde donde difunde aquel veneno que desplegará luego su acción específica sobre otros órganos y tejidos del organismo.

Todas las diversas localizaciones y la misma bacilemia que, en ciertos momentos, se pone en evidencia por el hemocultivo, son hechos secundarios en el conjunto del proceso morboso. La fiebre tifoidea no puede ser, por lo tanto—dice Sanarelli—considerada como una enfermedad intestinal de la misma manera que la viruela no puede serlo como una de la piel.

Es, sobre todo, la toxina tífica la que, difundida en el organismo, impresionada las mucosas (congestión de todas, incluso la uterina en la enfermedad experimental, así como en el cuadro de la enfermedad humana) y más especialmente la intestinal.

Pero hay otro hecho interesante: Cuando un enfermo sucumbe a una recaída de fiebre tifoidea, las lesiones de esta recaída están limitadas a las placas linfáticas que fueron respetadas en el primer ataque; éstas no reaccionan al segundo, lo cual hace pensar lógicamente que se trate de un acostumbamiento local a la toxina, cosa que constituye un hecho muy interesante para la interpretación de ciertos fenómenos que se observan en patología humana.

Si a un cobaya se le hace ingerir una dosis de toxina tífica igual a aquella que inoculada bajo la piel le produciría la muerte, el animal no manifiesta ningún síntoma morboso, porque el epitelio intestinal no absorbe toxinas microbianas. Pero si a este animal se le hace una inyección del virus, sucumbe, pero *sin presentar ningún síntoma intestinal y faltando en absoluto lesiones abdominales en la autopsia.*

Ahora bien, todavía hay más: esta curiosa propiedad local no es específica, puesto que puede obtenerse igualmente tratando durante varios días los cobayas con inyecciones subcutáneas de un veneno pútrido cualquiera.

En suma: la pared intestinal reacciona tanto menos a la acción de los venenos microbianos, y por consiguiente a la acción enterotropa del veneno tífico, cuanto más haya sido acostumbrada e impresionada precedentemente a la eliminación de venenos aún banales, y así se explicaría, por ejemplo, la falta casi absoluta de reacción intestinal que todos los clínicos han observado en la fiebre tifoidea de los tuberculosos, y la misma explicación tendrían, por consiguiente, los casos de fiebre tifoidea sin lesiones abdominales. En este punto es conveniente recordar la exaltación del colibacilo existente normalmente en el intestino, bajo la acción de la toxina tífica, como ha demostrado el mismo Sanarelli en experiencias muy interesantes.

Los experimentos y las ideas aportadas por Besredka sobre la llamada por él inmunidad local, no hacen más que confirmar todos estos puntos de vista de Sanarelli sobre el mecanismo patogénico de la fiebre tifoidea que, en suma, sería el siguiente: el bacilo tífico penetra en el organismo, como tantísimos otros gérmenes de tantas enfermedades infecciosas por la mucosa de la buco-faringe, a cuyo contacto llega conducido por todos los conocidos factores que rigen la epidemiogénesis de la enfermedad; de allí por la circulación general (septicemia demostrada, a veces precozmente, antes de la aparición de síntomas, por hemocultivo), se dirige a diversos órganos y cavidades del sistema linfático (bazo, ganglios, placas de Peyer) donde se multiplica, segrega su toxina que impresionada especialmente la mucosa intestinal (síntomas abdominales) y otras mucosas (traqueobronquitis, tan frecuente en los primeros períodos); a través de la mucosa intestinal son eli-

minados los gérmenes y llegan a la luz del intestino de donde, juntamente con los aportados con la bilis, son eliminados con las heces fecales.

Como se ve toda la sintomatología y la anatomía patológica tienen una muy cumplida explicación con los hechos demostrados experimentalmente por Sanarelli. Asimismo la epidemiología encuentra una lógica explicación ya que, en el caso del agua, por ejemplo, los gérmenes en ella contenidos serían absorbidos a su paso por la buco-faringe, cosa, por otra parte, más en armonía con la conocida acción bactericida que, por su acidez, posee el jugo gástrico, que constituye así una barrera infranqueable para los microbios.

Tales son las ideas que, apoyadas como se ha visto, en una sólida base experimental, viene propugnando, ya hace algunos años, el profesor Sanarelli y que él mismo ha demostrado experimentalmente ser de aplicación para explicar la patogenia de otras infecciones llamadas intestinales como el cólera y el carunco dicho interno o intestinal. Todo esto explica perfectamente el fracaso de los tratamientos, tan lógicos con las concepciones antiguas, de la fiebre tifoidea por medio de los antisépticos intestinales (recuérdese lo en boga que en un tiempo estuvieron los calomelanos como tratamiento abortivo de esta enfermedad) y demuestra la indicación precisa de emplear vías en relación con los hechos expuestos, para todo lo que concierne a la profilaxis y al tratamiento de estas afecciones.

Tal ha sido uno de los puntos expuestos en la lección de hoy y que, si ya conocidos hace algunos años a través de libros y revistas, no ha tenido, que yo sepa, en nuestro país, la difusión que merecen. y contribuir a ella ha sido el objeto de las presentes líneas.



HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAINO
FORMULA

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

Jarabe agradabilísimo 5,20 pts. el frasco.

Las grandes innovaciones en nuestra Facultad de Medicina y en el Hospital general. Inauguración de los Servicios de Electro-Radiología

En nuestra Facultad de Medicina había muchas cosas por hacer. En el Hospital general, pese a la buena voluntad de los profesores encargados de los servicios del mismo, la instalación defectuosa y anticuada, esterilizaba sus esfuerzos.

Las necesidades didácticas de un lado, de otro las exigencias de los modernos métodos de exploración y tratamiento, no podían soslayarse con la conformidad de quienes son responsables ante la opinión de cuanto sucede en un establecimiento de beneficencia en cuya dirección no tienen la menor participación.

Los tuberculosos estaban mezclados con los demás pacientes hospitalizados. El edificio destinado a pabellón de partos causaba sonrojo. Los servicios de radiología y radioterapia estaban anticuados, y la buena voluntad de su director, el doctor Adolfo Pardo, no podía suplir a la ineficacia del material.

Un decano meritísimo, el doctor Bañuelos, así lo comprendió y con visión certera emprendió un plan de reformas en ambos centros, contando unas veces con el apoyo de quienes están obligados a prestarlo, otras veces la pasividad ha puesto limitaciones a sus iniciativas.

La amistad cordial que nos une al admirado maestro, hace que, refrenando entusiasmos, nos limitemos a exponer su obra. Ella es el mejor elogio de su amor hacia el Centro que regenta, y su labor, que trasciende en beneficio de nuestra región, debe ser premiada con la gratitud de todos.

En el Hospital general, los servicios del profesor Argüelles han sido modificados ventajosamente, siguiendo las inspiraciones acertadas de su titular.

En el Prado de la Magdalena se alza un soberbio pabellón, instalación que albergará en lo sucesivo a los enfermos tuberculosos. Muy pronto se inaugurará.

Un nuevo Pabellón de Partos está pendiente de rémoras administrativas para empezar a funcionar.

Varios proyectos importantísimos (creación de un Instituto de Anatomía patológica y de Medicina legal, de un Centro Anticanceroso, etc.) constituyen el programa de reformas necesarias para poner a nuestra Facultad de Medicina a la cabeza de las Facultades españolas.

Había que reformar los servicios de Electro-radiología, y ya están funcionando.

Todo esto es la ejecutoria de un decano. Con toda satisfacción lo consignamos.

El pasado día 1.º de Marzo tuvo lugar la inauguración de los nuevos servicios de Electro-radiología. Representaciones del Ayuntamiento, de la Academia de Medicina, del Colegio Oficial de Médicos, del general de la Séptima División, fueron recibidos por el decano doctor Bañuelos y los catedráticos señores Argüelles, Casas, Monterde, Morales, Salazar, Sánchez y Sánchez y de la Villa, que con el señor rector de la Universidad, el señor Martín, secretario de la misma, el señor Bécarea, inspector provincial de Sanidad y numerosos médicos invitados al acto, se trasladaron a las salas de Electro-radiología, en donde aguardaba su visita el profesor de dichos servicios, doctor Adolfo Pardo, con todo el personal auxiliar y las Hermanas de la Caridad adscritas al Departamento.

El doctor Pardo, en unión del señor decano, acompañó a los invitados, explicándoles detalladamente la complejidad de los nuevos servicios, que responden a todas las exigencias modernas de las técnicas exploratorias y terapéuticas.

Grata sorpresa fué la de todos los asistentes, el contemplar este milagro de la renovación de nuestra Facultad, merced a la iniciativa y voluntad del decano; todo el mundo elogió y felicitó calurosamente a los doctores Bañuelos y Pardo.

En nuestro deseo de conocer más detalladamente el funcionamiento y las múltiples perfecciones del nuevo material, hemos visitado al doctor Pardo, quien con toda complacencia nos ha mostrado detalladamente sus instalaciones, de las que vamos a hacer la reseña.

* * *

En el proyecto de reforma de nuestros gabinetes de rayos Roentgen, han predominado tres principios:

- 1.º Sustitución de todo material ineficaz, anticuado y de insuficiente rendimiento, por material de la más moderna concepción.
- 2.º Eliminación completa de todo peligro de alta tensión.
- 3.º Creación de gabinetes amplios, de una higiene absoluta en que se suprime todo elemento decorativo e inútil.

Para el último objeto ha sido necesario ampliar los departamentos utilizados durante los últimos años. En una reunión de claustro, fué decidido suprimir la Cátedra número 3, con el fin de instalar en ella el nuevo gabinete de radioterapia profunda, el despacho del jefe de la sección y una sala de espera para los enfermos. El antiguo gabinete de radiodiagnóstico, fué desalojado por completo para dar cabida a los nuevos aparatos adquiridos y en la antigua sala de electrología se instalaron cuatro cabinas individuales para los diferentes tratamientos eléctricos. Por último, se transformó el antiguo departamento de radioterapia en gabinete aislado para reconocimiento por radioscopia, con el fin de tener este gabinete a disposición de los diferentes profesores en todo momento dado, sin necesidad de interrumpir los trabajos en el gabinete central de radiografía.

Todas las habitaciones fueron pintadas al esmalte en tonos claros, el suelo cubierto de linoleum, e instalados modernos aparatos de iluminación que procuran hoy una luz abundante. En las figuras 1, 2 y 3, ven nuestros lectores reproducidos diferentes aspectos de los nuevos gabinetes,

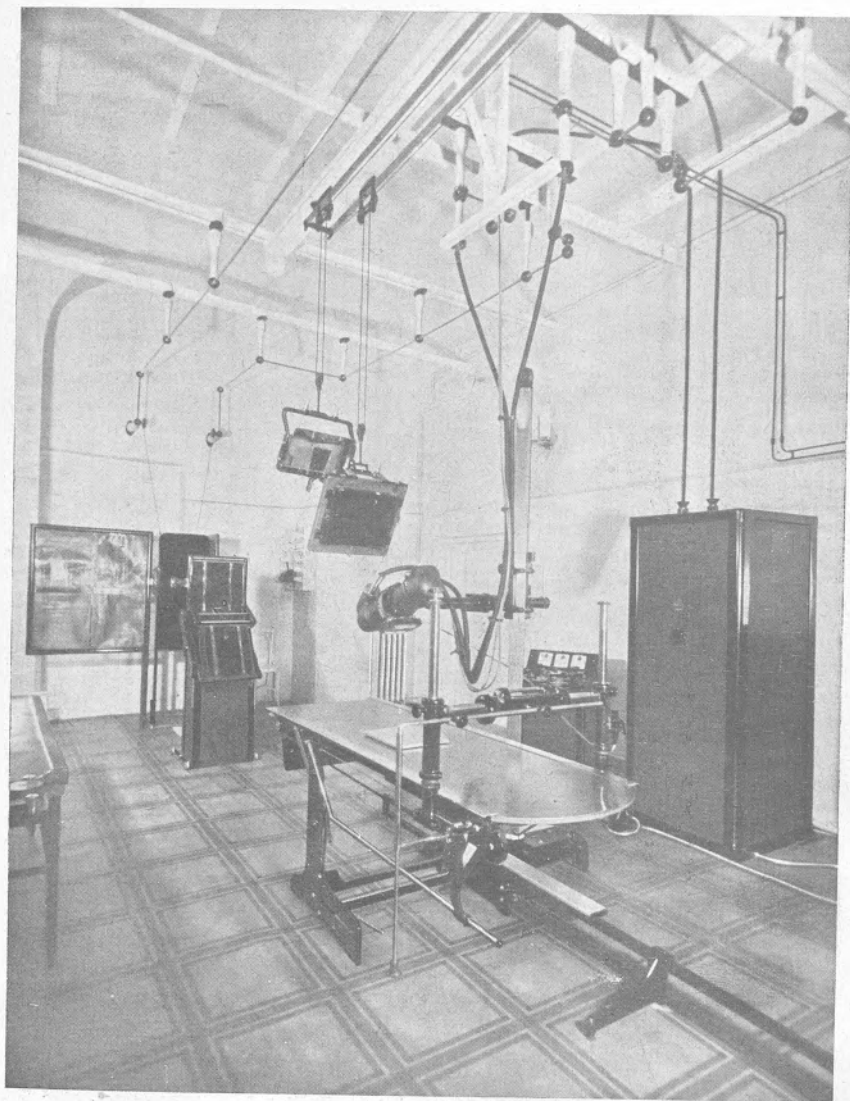


Fig. 1. El nuevo gabinete de diagnóstico Roentgen, Facultad de Medicina, Valladolid

todos confortables, y de abundantes dimensiones que recuerdan el estilo de las modernas clínicas alemanas.

La eliminación del peligro de alta tensión, ha constituido desde hace muchos años, la preocupación de los radiólogos, no solamente para su seguridad personal, sino también para la de los enfermos y del personal auxi-

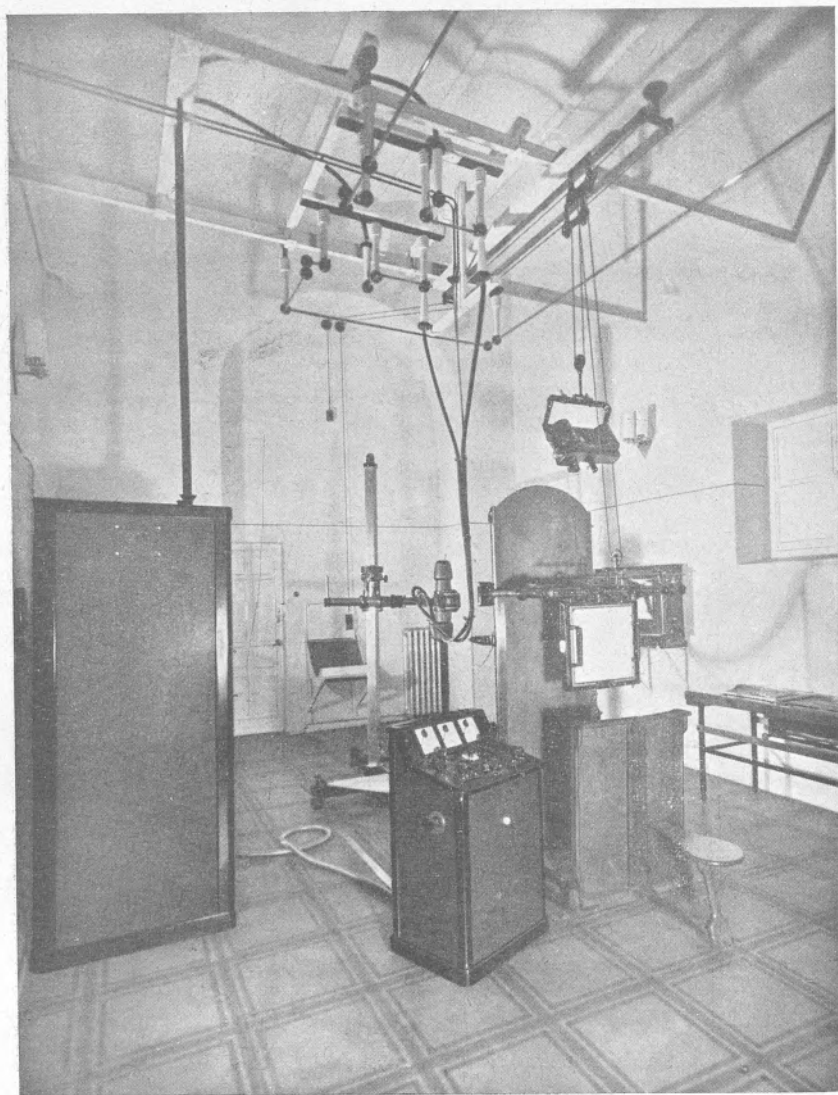


Fig. 2. Otro aspecto del gabinete de diagnóstico Roentgen.

liar de la clínica. Todos los que trabajan en las Facultades de Medicina conocen perfectamente la sensación de intranquilidad que los invade explorando a un enfermo en la oscura sala de radioscopia y viéndose rodeados de un numeroso grupo de alumnos, por tener que pensar sin cesar que un contacto imprevisto con un conductor de alta tensión, puede conducir a un accidente fatal. Esta intranquilidad va en aumento al tratarse de exploraciones, ya sean de radioscopia o de radiografía en niños o enfermos

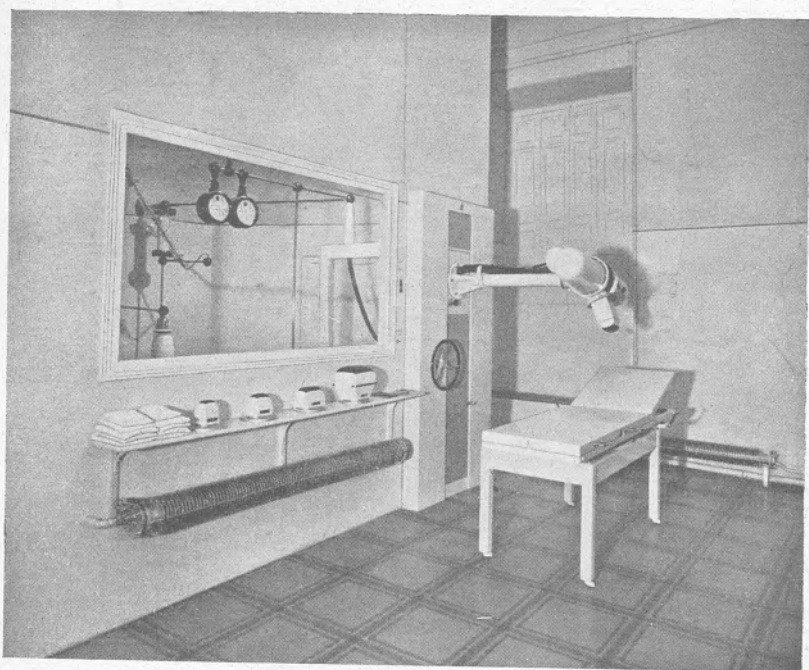


Fig. 3. Sala de tratamiento de Roentgenterapia profunda con equipo de irradiación Holfelder, montada recientemente en nuestra Facultad.

que por la clase de su lesión requieren el apoyo de ayudantes o de los propios familiares. Evidente era el peligro en que se encontraban siempre los pacientes sometidos al tratamiento roentgenterápico, por ejemplo en irradiaciones de orden ginecológico o en la administración de rayos a cortas distancias focales.

En la elección de aparatos de rayos Roentgen, se ha limitado la Junta encargada del estudio de los presupuestos, solamente a esta clase de construcciones, escogiendo para esta finalidad, para terapia profunda ultra-penetrante, el **Tuto Stabilivot** de la **Siemens Reiniger Veifa**, y para el Roentgen diagnóstico, el **Tuto Heliophos I** de la misma fábrica. El término **Tuto**

antepuesto al nombre de los aparatos, significa que en su construcción están previstas todas las medidas que excluyen el peligro de la alta tensión y radiaciones incontrolables, procedimiento cuyas patentes son en su mayor parte de exclusiva propiedad de **Siemens**. Merece dedicarse a este problema algunas cortas consideraciones por tratarse de una de las innovaciones más importantes que han tenido introducción durante los últimos años en la tecnología Roentgen y han llamado poderosamente la atención en el último Congreso de Roentgenología en París en el año 1931, desde cuya fecha han sido perfeccionados hasta tal extremo, que hoy puede considerarse resuelto definitivamente.

La protección contra alta tensión del tubo Roentgen, se consigue alo-

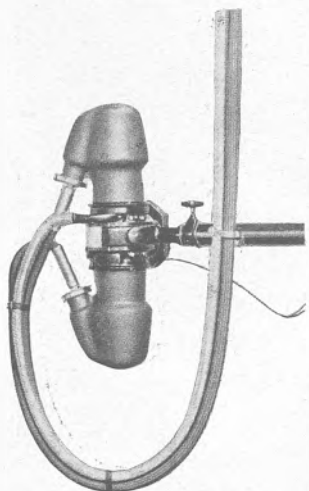


Fig. 4.

La nueva coraza SIEMENS TUTO con cables blindados, del aparato de diagnóstico.

jándolo dentro de un casco que no solamente le hace inaccesible a cualquier contacto directo, sino impide también que en caso de un defecto de aislamiento pueda tomar la corriente de alta tensión su camino a través del cuerpo del individuo, que circunstancialmente actúa como conductor, hacia tierra con los efectos fatales correspondientes, a cuyo objeto está cubierto el casco protector de porcelana con una capa de metal con derivación eléctrica a tierra.

Los cables que unen el casco con el generador de alta tensión, llevan idénticamente una coraza de metal, que está también unida eléctricamente con tierra. Y, por último, todo el restante sistema de alta tensión, en caso de la instalación de los aparatos dentro del gabinete de aplicación, va instalado dentro de un gran armario de chapas de metal, unido también a tierra.

Si contemplamos el croquis de la figura 5, en el cual están representados los principales elementos del aparato de alta tensión, con exclusión de todas las partes que no interesan a este efecto, nos damos cuenta que toda la instalación de rayos X del sistema Tuto está circundada por tierra, así que un individuo que se encuentra en contacto con la misma, no tiene posibilidad de intercalarse fortuitamente en el circuito de alta tensión, ya que todas las partes accesibles a un contacto llevan el mismo potencial de tierra. Al existir, pues, un defecto de aislamiento que pusiera la corriente de alta tensión en contacto con la cubierta metálica de uno de los tres elementos más arriba señalados, la corriente fluiría a través de esta cubierta a tierra sin peligro alguno. Observamos además que el miliamperímetro que

forma parte del circuito de alta tensión, está instalado en la mesa de maniobra para la máxima comodidad del facultativo. Vemos en el diseño que el circuito secundario del transformador está dividido en su punto medio e intercalado entre los dos terminales libres del enrollamiento el miliamperímetro conectado a tierra. Como en este punto del transformador existe un potencial 0, es decir, el mismo nivel que posee la caja metálica del instrumento por su derivación a tierra, no existe por las razones expresadas en párrafos anteriores, ningún desnivel eléctrico entre el individuo y el referido órgano y por lo tanto, ningún peligro de un paso de corriente.

Además de las protecciones que hemos aludido, preserva el mismo tubo de rayos X contra la propagación de radiaciones incontrolables por haberse encerrado el anticátodo en una cámara metálica de descarga que impide la salida de toda radiación, menos la que comprende el estrecho como de rayos netamente útiles que se proyectan a través de una pequeña abertura practicada ad hoc.

Por todas estas razones puede tener el casco blindado y los cables de alta tensión contacto inmediato con el enfermo, facilitando en muchos casos la proyección de las radiaciones con un ángulo de incidencia o desde la mayor proximidad, aplicaciones que con tubos sin protección integral eran completamente imposibles.

El alojamiento de un tubo de rayos Roentgen en un casco de dimensiones tan estrechas como era necesario para hacerle manejable, ha planteado a los constructores unos problemas que en un principio parecían sin solución. Era preciso en primer lugar, distribuir los campos eléctricos en la forma más uniformemente posible a lo largo de todo el casco.

En los tubos del tipo auto-protectores con manguito metálico en su parte media exterior, se observaba, como puede desprenderse del fotograbado de la figura 6, una gran concentración de líneas de campos eléctricos en proximidad de los casquillos en ambos extremos del tubo Roentgen; en

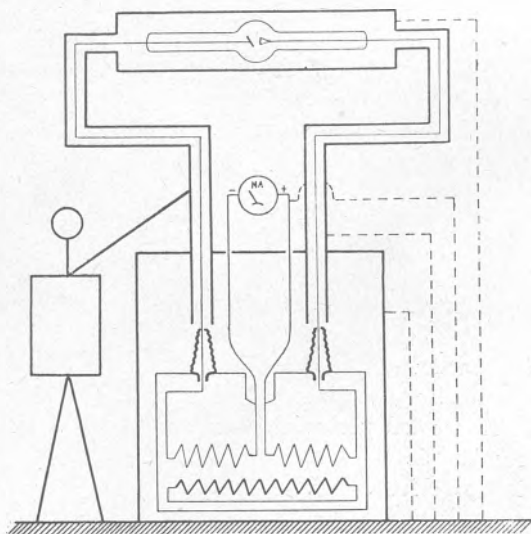


Fig. 5. Croquis esquemático de una instalación de rayos Roentgen con arreglo al sistema Tuto.

estos dos lugares, el aire que se encuentra entre la pared exterior del tubo y la cúpula como especie de aislamiento está, por consiguiente, sometida a un esfuerzo muy intenso; en su consecuencia se producen efectos de corona que conducirían colocado el tubo dentro de una cúpula cerrada, a la rápida

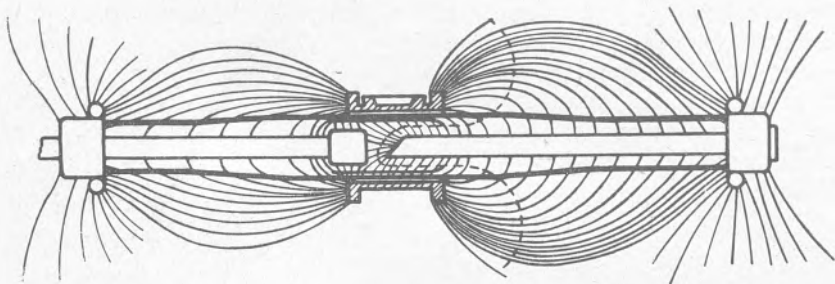


Fig. 6.

La distribución de campos en un tubo auto-protector SIEMENS MULTIX.

destrucción del mismo. En el tubo DOGLAS utilizado en el servicio de diagnóstico y terapia de la Facultad, está imposibilitado por completo este fenómeno tan perjudicial para la vida de las ampollas Roentgen por la colocación de los terminales del tubo en espacios completamente libres de campos eléctricos. Vemos en el esquema de la figura 8, que en los dos

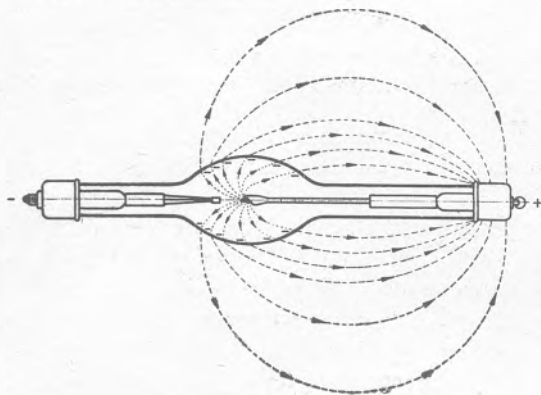


Fig. 7. Flujo de corriente de ánodo al casquillo anódido excitado por electrones secundarios.

extremos del casco TUTO, existen dos rebordes interiores que sostienen el tubo e impiden al mismo tiempo la propagación de los campos eléctricos hacia los terminales.

Un papel importante debe atribuirse en este fenómeno a la circunstancia que el cilindro metálico que se adapta en el tubo moderno alrededor de su parte media, posee un alto potencial negativo contra tierra. Este hecho

constituye un cierto inconveniente para el uso práctico de los tubos porque exigen para la suspensión del tubo en el soporte o equipo de irradiación una pieza intermedia eléctricamente aislada.

El tubo **Doglas** de forma casi cilíndrica como demuestra el esquema de la figura 9, tiene dispuesto en el interior, en su parte céntrica, un se-

gundo cilindro de vidrio en contacto con la pared de vidrio propiamente dicho, solamente en uno de sus extremos.

Este cilindro interior soporta todo el bombardeo de electrones que en los tubos normales se dirige enteramente contra la pared interior de cristal. El espacio entre cilindro interior y exterior en que rige, como en todo el tubo, un alto vacío, constituye un insuperable aislamiento e impide, por consiguiente, que la pared exterior del tubo admita alguna carga eléctrica.

Es pues posible aplicar ahora sin ningún inconveniente en la parte exterior del tubo DOGLAS un cilindro metálico para el sostenimiento del

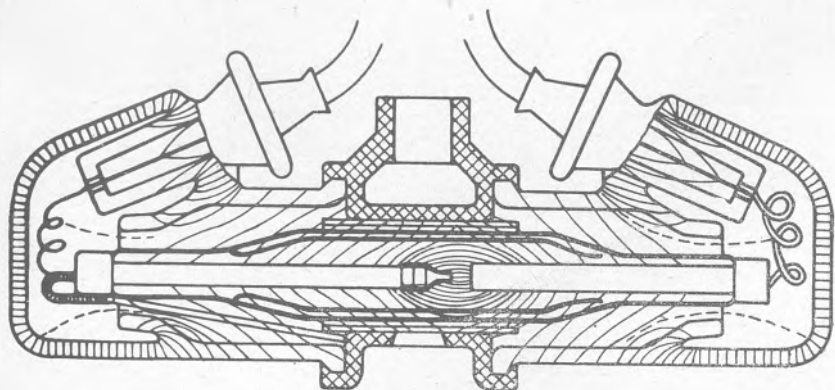


Fig. 8. La favorable distribución de las líneas de fuerza eléctrica en el casco blindado SIEMENS TUTO P.

(La existencia de espacios libres de campos y rebordes anulados de ambos extremos impide se originen efectos de corona a lo largo del tubo.)

tubo dentro del casco y derivar esta parte a tierra puesto que en dicha parte no existe ningún potencial eléctrico contra tierra.

El efecto práctico de esta medida se traduce en un aumento de la seguridad contra perforaciones eléctricas y una considerable prolongación de la duración de vida. En resumen puede decirse que la combinación del casco blindado de porcelana con espacios libres de campos eléctricos y el tubo DOGLAS con potencial de tierra en el centro, constituye una solución de uno de los problemas que más han preocupado a los investigadores y constructores durante los últimos años y está completamente a la altura de nuestros conocimientos en la técnica de alta tensión. La duración de vida de los tubos de terapia ha podido duplicarse.

Dediquemos ahora todavía algunos momentos al estudio de los principales aparatos auxiliares para el diagnóstico Roentgen que forman parte de la nueva instalación de rayos X.

El diagnóstico Roentgen ha entrado en el último lustro en una fase de evoluciones interesantísimas. Las técnicas de exploración han variado,

en parte, por completo. Los exámenes rutinarios han sido reemplazados por procedimientos mucho más sutiles y con ellos se han abierto al diagnóstico horizontes que antes ni siquiera podían vislumbrarse.

Estas técnicas, naturalmente, requieren los aparatos auxiliares correspondientes, adecuados para poder llevar a cabo con eficacia y mayor precisión las finas investigaciones, principalmente las pertenecientes al diagnóstico diferencial. Un rumbo completamente nuevo ha tomado por ejemplo el diagnóstico de pulmón con la estereorradiografía.

No es este el lugar para desarrollar las ventajas o describir la técnica de este nuevo procedimiento que nos permite ver el pulmón plásticamente

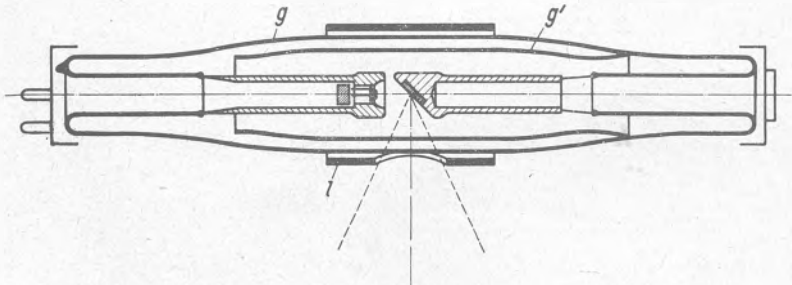


Fig. 9. Esquema del tubo de DOGLAS.

g Pared exterior de vidrio. g' Pared interior de vidrio. I Manguito exterior de metal.

y localizar, por tanto, la situación de una caverna u otra lesión. Los trabajos de Dioclés, de París, y Cohn, de Berlín (1), con justicia han llamado poderosamente la atención de los internistas y cirujanos del mundo entero. Han sido adquiridos por la Facultad los más modernos aparatos para estereorradiografía, con escamoteo automático del chasis, reproducido en la figura 10 y un aparato reproductor según Rusenthal (figura 11).

El aparato Roentgen estereográfico, efectúa con una intermitencia de sólo fracciones de segundo, dos radiografías del pecho del enfermo en dos diferentes proyecciones; con el fin de evitar el desplazamiento del tubo, deficiencia de la mayoría de los aparatos similares, trabaja el nuevo aparato con dos tubos colocados paralelamente de manera que un foco dista del otro aproximadamente 7 centímetros, distancia que puede graduarse en más o menos con arreglo a la distancia focal empleada en la radiografía.

El aparato de rayos Roentgen está provisto de dos transformadores de calefacción para el caldeo simultáneo de los dos filamentos de modo que al conmutar la alta tensión de un tubo a otro se verifica la segunda radiografía sin demora por la inercia de los filamentos.

La estereorradiografía exige del contemplador ciertas condiciones físicas; en primer lugar es necesario que ambos ojos tengan la misma fuerza

(1) «Lehrbuch der Röntgenstereoskopie» y «Atlas der Röntgenstereoskopie», por el Dr. Max Cohn, Berlín.

de visión y posean la refracción normal o corregible mediante cristales a propósito. La facultad de acomodación y convergencia deben estar plenamente conservadas. No obstante, incluso estando cumplidas estas condiciones preliminares, muchas personas no ven las imágenes en relieve. La quinta parte de los hombres carecen de la percepción de espacio, mientras que otros son capaces de ver en relieve, sin ningunos medios auxiliares, si tienen

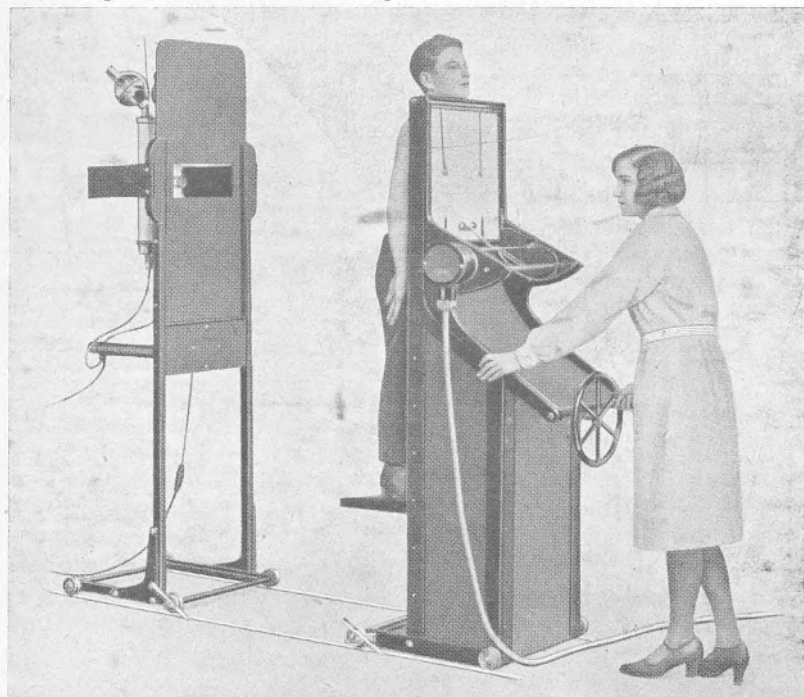


Fig. 10. Aparato para telerradiografía.

delante dos radiografías pertenecientes a un par de imágenes estereográficas. Es por esta razón de un interés extraordinario, acostumbrar ya a los alumnos desde un principio a efectuar los estudios correspondientes. La estereoradiografía, desde luego, no sirve solamente para la exploración del pulmón, sino tiene también sus empleos en otras ramas de la Medicina, entre ellos la localización de cuerpos extraños, de tumores cerebrales, lesiones por bala en la cabeza, de lesiones en extremidades, columna vertebral, situación de la vesícula biliar con respecto al colon y otros muchos fines más. Finalmente es utilizado en ginecología para localizar por ejemplo trompas y ovarios, que por decirlo así nadan libremente dentro de la cavidad abdo-

minal y ofrecen al operador grandes dificultades para la determinación de su situación.

En el diagnóstico de enfermedades internas, en particular en la del duodeno, de la vesícula biliar y otros órganos, es muchas veces de singular interés obtener radiografía en una fase de contracción determinada. El aparato de rayos Roentgen debe estar dispuesto, por consiguiente, para efectuar la radiografía bajo el control del examen radioscópico y con la velocidad de un disparo. El aparato que utilizamos para este fin es el «Dispositivo de puntería» del doctor Berg, que permite combinar la observación radioscopia con radiografías en serie ilimitada de repetición.

En el aparato reproducido en la figura 12, utilizamos cuatro a seis chasis del tamaño

de 9 por 12, del todo suficientes para conseguir en rápida sucesión el número de radiografías necesarias para apreciar la anomalía del funcionamiento orgánico. El aparato funciona de la siguiente manera: Después de colocar el enfermo debidamente y emplazar el dispositivo con la ventanilla ocupada por una pantalla fluorescente sobre el órgano a explorar efectuando al mismo tiempo cierta compresión sobre el mismo, se hace un minucioso examen radioscópico y al momento de observar una contracción que se considera interesante para el estado del funcionamiento orgánico, se aprieta un gatillo aplicado en la parte inferior del dispositivo a modo de mango de pistola y en el mismo instante se lanza desde la cámara depósito a la derecha, un chasis con película delante de la ventanilla. Al apretar por segunda vez el gatillo se conecta la alta tensión del aparato y se verifica la radiografía. La

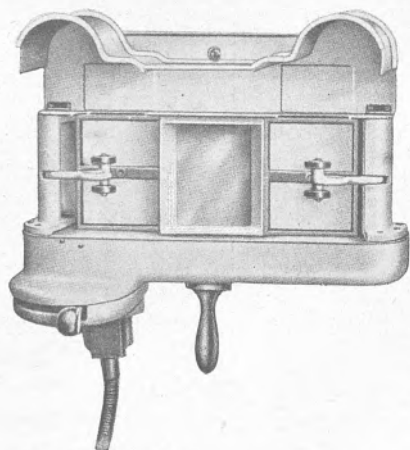


Fig. 12. Dispositivo automático para radiografías seriadas y apuntadas.

palanca visible a la izquierda del dispositivo en este momento gira hacia delante. Inmediatamente después, se coloca la palanca en su situación anterior, con cuya maniobra el chasis impresionado queda desplazado a la cámara recolectora en la parte izquierda del dispositivo, y el examen radioscópico puede seguir con el régimen del aparato correspondiente.

El aparato permite una exploración verdaderamente completa del re-

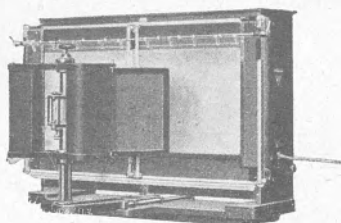


Fig. 11. Aparato reproductor de radiografías estereoscópicas según el Dr. Rosenthal.

ferido órgano con una gran economía en material fotográfico. Como el dispositivo queda conectado eléctricamente con la mesa de maniobra del aparato de rayos Roentgen, el facultativo no necesita ningún ayudante para todas las maniobras, pues realiza todo con una sola mano desde el puesto que ocupa delante del enfermo.

La radiografía de vías digestivas forzosamente debía adquirir una importancia especial desde el momento en que permitía descubrir la imagen lacunar y las alteraciones de las corvaduras. De esta necesidad han nacido los estudios para el examen radiológico de la mucosa gástrica. La técnica para estudiarla radiológicamente consiste sencillamente en examinar el aspecto del estómago, después de hacer ingerir una pequeña cantidad de una suspensión finísima de bario. Esto hace que la mucosa quede recubierta de una fina capa de bario que, adaptándose a los entrantes y salientes de los pliegues mucosos, dé una idea de éstos con tal claridad, que en muchas imágenes tiene el observador la sensación del relieve. Esto permite el estudio detallado de los pliegues existentes y de sus direcciones normales y patológicas.

Para el estudio de la mucosa estomacal de la parte cardíaca del bulbo duodenal, forma parte de nuestro nuevo arsenal un compresor neumático, según el profesor doctor Chaoul, reproducido en la figura 13, que permite comprimir con la intensidad deseada, la porción de tejidos antepuestos al órgano a explorar, impidiendo al mismo tiempo que el órgano escape del alcance de la observación.

Para la reproducción de la mucosa estomacal, se administra al paciente que se encuentra de pie delante de la pantalla fluorescente o acostado sobre una mesa apropiada, dos o tres cucharadas de «Lactobaryt». Después se trata de distribuir debidamente la sustancia opaca dentro del estómago mediante un ligero masaje aplicado sobre este órgano. Luego se aplica el compresor sobre el paciente, de suerte que el trozo del estómago que se desee reproducir radiográficamente, se encuentre dentro del espacio que cubre el anillo de la pelota compresora. Terminada esta operación, se insufla aire mediante la pera con la pelota o se deja escapar si hubiera en demasía, controlando con auxilio de una radioscopia previa, el grado más favorable de compresor y acto seguido puede procederse a la radiografía.

En esta clase de exámenes es muy conveniente cuidar de que la parte del estómago reproducido sea proyectado fuera del lugar que ocupa la columna vertebral con el fin de evitar la superposición de ambos órganos

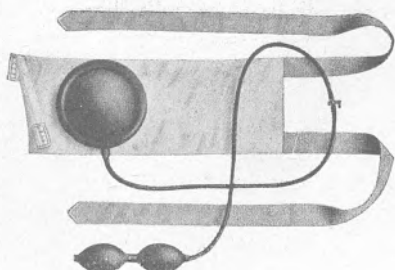


Fig. 13.
Compresor automático de Chaoul.

a cuyo objeto se coloca el enfermo en decúbito supino semi-lateral (de-recha).

La parte cardíaca se hace accesible a la exploración radiográfica con la colocación del compresor neumático sobre el trozo correspondiente del

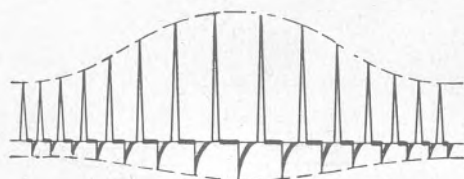


Fig. 14. Cambio de la corriente farádica del Tonisador.

estómago, colocando al paciente en decúbito supino antes de efectuar la compresión. Muchos detalles merecen todavía mencionarse del nuevo gabinete de Roentgen diagnóstico, pero su estudio lo reservamos a otro artículo.

Cerramos esta breve revista sobre aparatos de innovaciones

técnicas, con unas líneas sobre un pequeño pero muy ingenioso aparato instalado en la sección de Electrología que por muchas razones está destinado a desempeñar un papel importante en la terapéutica general. El aparato es denominado TONISADOR y está ideado por el doctor Ebel, de Viena. Su principal finalidad, es la producción de corrientes farádicas, etc., etc.

Este aparato pone al alcance de toda fortuna la producción de corrientes farádicas y galvano-farádicas onduladas, en frecuencia periódicamente

variable. El empleo de esta modalidad de corriente, adquiere cada día más partidarios, porque permite obtener todo beneficio de la corriente farádica con completa ausencia de dolor. Los tratamientos con corrientes onduladas, cuya variación de tensión puede deducirse del adjunto diseño, nos dan los medios para reducir a su tono normal los fenómenos atónicos y también hipertónicos. A este objeto se han combinado en el tonisador los efectos propios a las pequeñas frecuencias con impulsaciones fuertes de la corriente y los singulares de las frecuencias grandes con corrientes débiles. En la combinación de ambos ritmos, estriba la especial acción terapéutica de las corrientes onduladas que permiten, por consiguiente, combatir con un éxito que raya en lo maravilloso, el estado atónico, es decir, relajamiento de la musculatura de fibra lisa (intestinos) y la fibra estriada, proporcionando al mismo tiempo un efecto antiespasmódico.

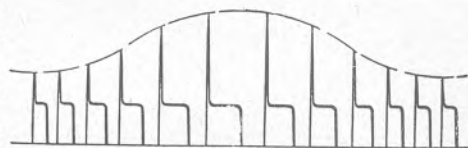


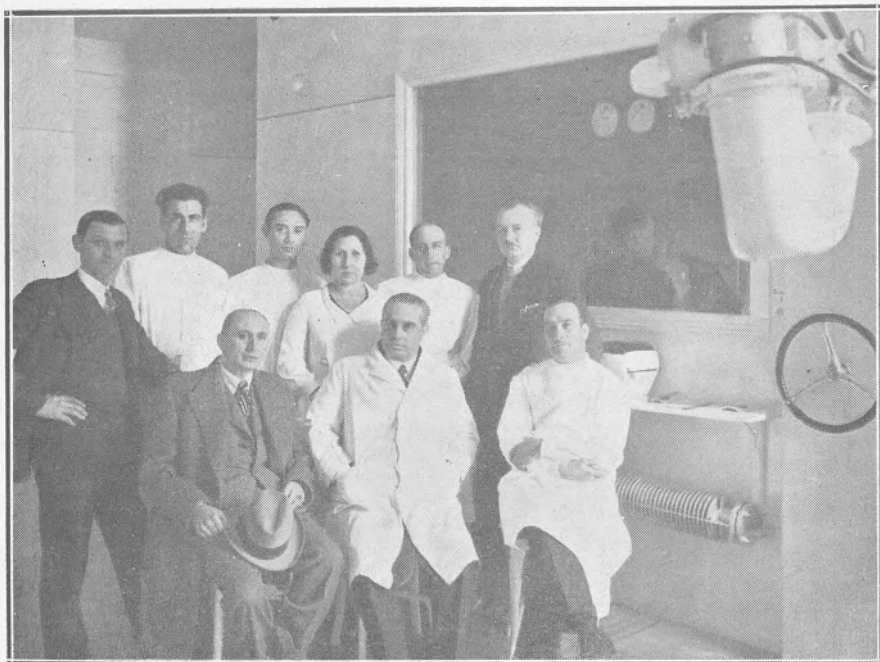
Fig. 15. Cambio de la corriente galvano-farádica del Tonisador.

Su campo de indicación es muy grande y pueden perfectamente circunscribirse los siguientes padecimientos: perturbaciones de la motilidad, perturbaciones de la sensibilidad; estado de debilidad funcional dentro de la circulación de la musculatura y perturbaciones de nutrición general y local; hinchazones; el relajamiento de los órganos del bajo vientre y de los

tegumentos abdominales; la insuficiencia postoperatoria de órganos internos, la extenuación del organismo general y las enfermedades quirúrgicas y ortopédicas.

La Facultad de Medicina de Valladolid, gracias a la gestión espléndida de su Decano, tiene una de las mejores secciones de Electro-radiología que hemos visto.

Al frente de ella, el profesor doctor Adolfo Pardo, tan conocido por sus



El profesor Pardo y personal de los Servicios.

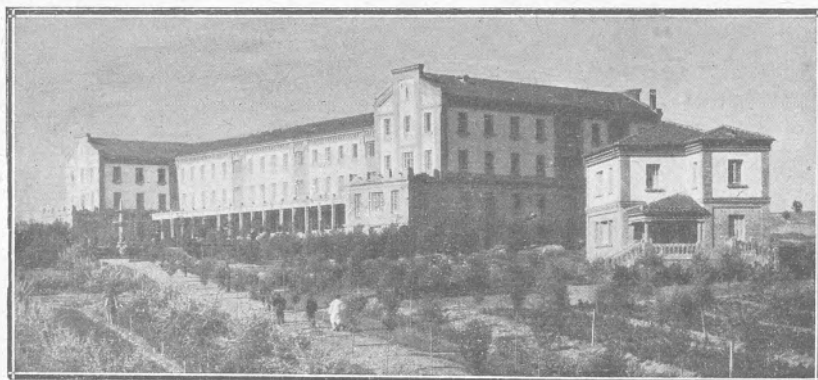
(Fotografía obtenida en nuestra visita)

trabajos de radiología normal, los únicos de esta clase publicados en lengua española, se ve secundado por un selecto personal, constituido por los señores Payerpaj, Pardo Rodríguez, Serrano Piqueras, y como colaboradores, además de las Hermanas de la Caridad, el señor Carvajal, fotógrafo de la Sección, la señorita Ibáñez y el alumno señor Asenjo, que con su inteligencia y laboriosidad cooperan a realizar una intensa labor.

Al alcance del Hospital general, dependiente de la Diputación Provincial, se ha puesto un material inapreciable que mejora extraordinariamente

los medios de exploración y de Terapia física; un Pabellón hermoso para los servicios de Fimatología y otro Pabellón de Partos están a punto de inaugurarse. A este esfuerzo, que tiende, tanto el encumbramiento de nuestra Facultad, como a la más generosa asistencia de los servicios de beneficencia, esperamos han de responder con cordialidad, quienes por ostentar cargos gestores en la administración de nuestros bienes provinciales y municipales, están obligados a abrir los ojos a la realidad, que es la de velar por la sanidad del pueblo que administran, y si hoy cierran los puños, que es signo rencoroso, mañana generosamente se complazcan en dotar debidamente servicios indispensables para la sanidad de nuestro pueblo.

DR. LEDO



Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Director: Doctor Mariano Górriz

Servicio médico permanente. Gabinetes de especialidades (radiología, oftalmología, odontología, etc.). Laboratorio. Tratamientos modernos de las psicosis. Malarioterapia. Terapéutica intracisternal de las neurosífilis. Piroterapia reglada. Balneoterapia. Narcosis prolongada. Terapéutica por el trabajo. Granjas avícola, cunícola y agrícola. Biblioteca, cinematógrafo, radio. Campos de deportes (foot-ball, tenis, pelota, etc.).

Pabellón completamente independiente para enfermos de ingreso voluntario agotados, neurosis, psiconeurosis, etc,

Detalles y correspondencia: **DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA** - Apartado 66 - Teléfono 87

P A L E N C I A



Medicamentos para la DERMO-SIFILOLOGÍA
la OFTALMOLOGÍA y la OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

(Solicite literatura y consulte nuestra publicación periódica "Analecta Terapéutica")

Laboratorios del Norte de España, s. a.
c/ Espectadores Cubi, 7 Maanou, Barcelona. 33

Eficaz e inocuo tratamiento innocuo

se obtiene con el empleo de la ANTIBLEFARINA KIRCHNER en las
BLEFARITIS, CONJUNTIVITIS, QUERRITIS, ORZUELO, QUEMADURAS, EROSIONES, ÚLCERAS
"HERIDAS" DIFUSAS DE LA CórNEA, ÚLCERACIONES 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,
como ocurre siempre que una determinada especialidad farmacéutica adquiere,
por su eficacia, un auge considerable entre los señores facultativos.

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

ANTIBLEFARINA

LITERATURA:
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA.

OFTALMOTERAPICOS KIRCHNER-Sardañola (Barcelona)

FARMACIA DE A. MARTIN MATEO

ATENDIDA POR DOS TITULADOS

Laboratorio de análisis químicos, clíni-
cos y de investigación farmacológica

Centro de especialidades farmacéuticas

Cajas toxicológicas

Santiago, 41

VALLADOLID

Teléfono 1844

LOS TUMORES DEL CEREBRO

por el

Dr. L. Puusepp

Un tomo en cuarto, de 634 páginas, ilustrado con 221 grabados en el texto. Rústica, 45 ptas. Tela, 48. Pasta, 50.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA BLENORRAGIA

por el

Dr. J. Janet

Un tomo en cuarto, de 552 páginas, ilustrado con 143 grabados en el texto. Rústica, 30 ptas. Tela, 34. Pasta, 35.

TRATADO DE PATOLOGÍA INTERNA

por los doctores

Enriquez, Laffitte, Laubry y Vincent

Cuatro tomos en cuarto. Publicados el primero, segundo (1.^a y 2.^a partes) y tercero (1.^a parte). Los 4 volúmenes publicados: Tela, 249 ptas. Pasta, 253 ptas.

TRATADO DE LAS ENFERMEDADES DE LA PIEL Y VENÉREAS

por los doctores

E. Lesser y J. Jadassohn

(14.^a edición)

Dos tomos en cuarto. Publicado el segundo, de 568 páginas y 93 grabados. Rústica, 41 ptas. Tela, 45. Pasta, 47.

TRATADO DE OBSTETRICIA

por el

Dr. S. Recasens Girol

Un tomo en cuarto, de 1.208 páginas, 430 grabados en el texto y 20 láminas en negro. Rústica, 80 ptas. Tela, 85.

LOS RAYOS ULTRAVIOLETAS EN TERAPÉUTICA

por el

Dr. J. Saidman

Un tomo en cuarto, de 740 páginas, ilustrado con 190 grabados y 4 láminas en negro. Rústica, 42 ptas. Pasta, 46.

TRATADO DE ANATOMÍA HUMANA

por los doctores

L. Testut y A. Latarjet

(8.^a edición)

Cuatro tomos, con un total de 5 062 páginas, ilustrados con 4.432 grabados. Rústica, 304 ptas. Tela, 324. Pasta, 328.

GERIATRÍA

por el

Dr. M. W. Thewlis

Un tomo en cuarto, de 368 páginas, ilustrado con 24 grabados intercalados en el texto. Rústica, 20 ptas. Tela, 23.

BIBLIOGRAFIA

DOCTOR S. ASCHHEIM.—**El diagnóstico del embarazo mediante la orina.**—Traducción de la segunda edición alemana, por los doctores don Mateo Carreras y don Ruperto Sánchez Arcas. Madrid, 1934. Un tomo en cuarto (25 × 17,5) de 150 o,50 más). Casa Editorial Bailly-Bailliere, S. A. Núñez de Balboa, 21. Apartado, 56. Madrid, 1934.

Se acaba de publicar en su versión española, el libro cuyo título antecede. Su contenido reviste el máximo interés, tanto en el terreno puramente científico, de la investigación de los fenómenos biológicos, como en el terreno de la práctica médica, así general como tocológica y ginecológica.

Desde remotas fechas ha venido persiguiéndose el «desideratum» de diagnosticar biológicamente el embarazo, ya excluyendo toda exploración clínica de la mujer, ya como complemento y auxilio de aquella misma exploración clínica. Pero, como es sabido, la mayor parte de los procedimientos de tales diagnósticos adolecían de dificultades técnicas y de muy relativa seguridad en los dictámenes que de ellos se derivaban. En atención de tales inconvenientes representa un inmenso progreso «El diagnóstico del embarazo mediante la orina», del que es iniciador y principal investigador el doctor Aschheim, autor del libro que nos está ocupando. Aschheim fué, en efecto, el primero en comprobar que la hormona del orgasmo (estro) se encuentra en la orina de la mujer embarazada en cantidades tasables en unidades de ratón, y que en los primeros días del embarazo son eliminadas, también por la orina, sustancias que poseen, de un modo semejante a determinadas hormonas del lóbulo hipofisario anterior, la particularidad de estimular el desarrollo de las glándulas germinales de animales sexualmente inmaturos.

En consecuencia, y sintéticamente, el método de Aschheim consiste en inyectar dosis graduales de orina de la paciente cuyo supuesto embarazo se desea identificar, a ciertos animales de experimentación (ratones generalmente), observando la reacción que, en plazo de ordinario breve, se produce en los ovarios de dichos animales: Cuando existen en aquellos ovarios las modificaciones morfológicas que acusan el embarazo de la mujer cuya orina se investiga, dichas modificaciones morfológicas son, por lo general, perceptibles a simple vista o con una lupa.

Reviste, pues (insistimos en ello), el método en cuestión, una importancia enorme; sus resultados nos suministran la certeza mucho antes de que puedan suministrárnosla los recursos de la clínica obstétrica. Y el libro que hoy ofrecemos al público (ilustrado con láminas que facilitan grandemente su comprensión) merecerá, de seguro, la mejor acogida por parte de todos aquellos profesionales cuya labor ha de beneficiarse y prestigiarse merced al método que en «El diagnóstico del embarazo mediante la orina» es descrito y estudiado.

Phosphorrenal Robert
Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

DOCTORES M. LOEPER y CH. MICHEL.—**Formulario práctico de Terapéutica y de Farmacología** (antiguo Dujardin-Beaumetz).—Traducción española por el doctor Angel Ortega, 32.^a edición. Madrid, 1934. Un tomo en dieciseisavo (15 × 9) de 1.000 páginas. Encuadernado en tela, 10 pesetas. (Por correo, 0,50 más). Casa Editorial Bailly-Bailliere, S. A. Núñez de Balboa, 21. Apartado, 56. Madrid, 1934.

El mejor elogio que se puede hacer de este libro son sus numerosas ediciones, todas rápidamente agotadas. Esta, recién publicada, es la treinta y dos, y como las anteriores, cuidadosamente revisada, puesta al tanto de los últimos descubrimientos farmacológicos y terapéuticos, sobre todo en cuanto a medicamentos nuevos, sueros, vacunas y regímenes alimenticios. Los memorándum de terapéutica se han enriquecido también con las más recientes aportaciones, que debe conocer todo facultativo.

Está dividido en dos partes; una consagrada a los Agentes Terapéuticos y otra a Memorándum de Terapéutica. Contiene, además, un anexo para Química biológica y certificados médicos y, por último, un índice completo de materias.

La traducción, muy esmerada, de estilo sencillo y apropiado. Un libro muy recomendado a todo médico, aun cuando tenga las ediciones anteriores, pues éstas resultan ya anticuadas y faltas de las últimas innovaciones.

PROFESOR DOCTOR F. DE QUERVAIN, de Berna.—**Tratado de «diagnóstico quirúrgico»**.—Un tomo en cuarto, de 796 páginas, con 836 grabados y 6 láminas en color. Segunda edición traducida de la novena alemana por el doctor Ignacio Bofill. Editorial Labor. Barcelona, 1934.

Es de todos tan suficientemente conocido este libro en su primera edición, que nos releva de hacer un elogio innecesario.

Baste decir que en la presente, cuidadosamente editada por la referida Editorial Labor, se notan los progresos científicos logrados en el espacio de años transcurridos desde entonces (1928-1934).

Conservando el plan cíclico de la división en partes, los capítulos han sido modificados introduciendo en algunos profundas variaciones, tales como en los dedicados al diagnóstico de las afecciones quirúrgicas del cerebro, tiroides y bazo, que han sufrido una completa transformación.

La exposición de los temas está basada principalmente en las observaciones y experiencias personales del autor con el auxilio de sus ayudantes y colaboradores en la elaboración del material de observaciones.

Por otra parte, los adelantos tipográficos conseguidos y una mayor concisión en el texto, han logrado alguna reducción en el número de las páginas y un aumento en los grabados (cerca de un centenar más), muchos de ellos clásicos ya. Igualmente se han sustituido figuras antiguas por otras más modernas y apropiadas.

Con todo esto disponemos de una buena obra que tiende a completar si no sustituir a los tratados de Cirugía.

ORTHOMIL

Producto del Laboratorio Cántabro.

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Santander.

MME. MILLET-ROBINET. Revisado y ampliado por MME. BABET-CHARTON.—

El ama de casa en el campo. El consejero de la mujer en la granja.—Versión de la 21.^a edición francesa por R. F. Villa de Rey. Un volumen de 928 páginas de 23 × 15 centímetros, con 260 grabados. Barcelona, 1932- Gustavo Gili, Editor. Calle de Enrique Granados, 45.—En rústica, pesetas 26; en tela, pesetas 30.

Obra interesante y de gran utilidad que ha de merecer la atención de nuestras mujeres. Aunque dedicada preferentemente a la mujer culta que vive en el campo, secundando las empresas agrícolas de su marido, ha de reportar también no pocos beneficios a la propietaria que pasa temporadas en sus fincas rústicas, bajo el doble aspecto de interesarla en las labores del campo, de suyo tan atractivas, y de ponerla en condiciones de guiar con sus consejos a las campesinas que son víctimas, muchas veces, de rutinas mal orientadas.

Pero aún, no es el aspecto meramente rural de este utilísimo libro el que más puede interesar. De él sacarán provecho cuantas mujeres quieran desempeñar a conciencia todos los deberes que incumben a su actuación tan compleja en la sociedad.

Con una minuciosidad de detalles que no dejan sin respuesta cualquiera de las dudas que puedan suscitarse a la lectora, trata su autora de la distribución y gobierno de la casa. Sigue un manual de cocina completísimo, con toda clase de consejos para la conservación de alimentos y numerosas recetas de confitería y pastelería.

Contiene la obra una parte muy extensa y muy interesante dedicada a la higiene y a la medicina y cirugía de urgencia, así como una serie de detalles referentes al cultivo del jardín, del huerto y de los árboles frutales.

Finalmente, la quinta parte, muy extensa también, está dedicada exclusivamente a la granja, empezando por el alojamiento y trato de los obreros empleados en ella. Estúdiense luego la cría y cuidados de cuantos animales agrícolas son base de industria casera, y las principales manipulaciones de que son objeto los citados productos.

Un minucioso índice alfabético, hace fácil la busca de cualquier detalle.

Por tan interesante obra, la Editorial de G. Gili, merece nuestros plácemes.

L. GARCÍA CABELLO



DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA

VAGOTONIL

Extrato OVARICO total. (TPO). Extrato de VALERIANA; Extrato de BELLADONA; LUMINAL. (En grasas, de 3 a 12 días).

DEL DOCTOR
GRAINO

DOCTOR CARLOS GIL.—*Manual de Radioterapia profunda*.—Editorial España. Madrid.

El ya acreditado maestro doctor Gil y Gil, director de la especialidad en el Instituto del cáncer de Madrid, ha lanzado a la publicidad este manual que llena un vacío en nuestra literatura Rontgenterápica y pone de manifiesto sus grandes dotes de maestro en la materia. Educado en la Escuela alemana a la que da justa preponderancia sin ignorar nada de la bibliografía francesa e inglesa, condición indispensable para hacer un estudio comparativo, pone muy de manifiesto en su obra, con moderno estilo, la exposición de los principios físico-biológicos, cuestiones que por su dificultad de estudio y trascendencia clínica requieren preferente atención, siendo la parte más interesante y de aportación exclusivamente personal los capítulos dedicados a la absorción, filtración, dispersión y dosimetría; sin decaer en nada el estudio que hace de la constitución de la materia en que basa el concepto moderno de la electricidad. Describe los manantiales de alta tensión, ocupándose después de los tubos radiógenos de iones y electrones; de las propiedades físicas de los rayos X, de su medida, dosificación y acción sobre los tejidos normales y patológicos, señalando los métodos de aplicación.

Obra que honra la Medicina es, en estos tiempos que va tomando preponderancia la Roentgenterapia, muy útil al especialista que quiera aumentar su bagaje científico, y de gran orientación y fácil aprendizaje, al médico y estudiante que pretendan tener conocimientos sobre la materia sin gran esfuerzo, pues ha recopilado todo el material disperso uniéndolo a su experiencia personal, relatándolo con gran sencillez y claridad.

E. AGUDO

Imprenta Castellana

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

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

Pidan una demostración de cualquier trabajo.

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

LIBROS RECIBIDOS

- Annales de l'Académie de Medicina de Barcelona.**—Volumen XIV. 1932.
- Medicina interna.**—Manual práctico para médicos y estudiantes, publicado bajo la dirección del profesor A. Ceconi, con la colaboración de numerosos profesores italianos, traducción de M. Montaner, tomo III. Modesto Usón, Editor. Barcelona, 1933.
- PROFESOR DR. A. PONS.**—**Anales de la Clínica Médica A. de la Facultad de Barcelona.**—Volumen I.º. Años 1932-33. Un tomo en octavo, de 472 páginas, con 238 grabados en el texto. Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1933. Precio, 25 pesetas.
- PROFESOR F. DE QUERVAIN.**—**Tratado de diagnóstico quirúrgico.**—Segunda edición. Un volumen de 796 páginas con 283 grabados en negro y 6 láminas en color. Editorial Labor. Barcelona-Madrid-Buenos Aires, 1934.
- Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid.**—Memoria y Discurso inaugural del curso de 1934. Tipografía «Cuesta», Valladolid.
- DOCTOR B. SANCHEZ CUENCA.**—**Polinosis (asma de heno).**—Estudio botánico y clínico del problema. Prólogo del profesor Jiménez Díaz. Un volumen de 232 páginas en cuarto, con numerosos grabados. Editorial Científico Médica. Barcelona, 1934.
- M. LOEPER y CH. MICHEL.**—**Formulario práctico de Terapéutica y Farmacología.**—(Antiguo formulario de Dujardin, Yvon y Gilbert Michel). Trigésima segunda edición española corregida por el doctor Angel Ortega Diez. Un volumen de más de un millar de páginas en octavo. Casa Editorial Bailly-Bailliere, S. A. Núñez de Balboa, 21. Apartado, 56. Madrid, 1934.
- DOCTOR S. ASCHEIM.**—**El diagnóstico del embarazo mediante la orina.**—Un volumen en cuarto de 150 páginas, con grabados en negro y color, y numerosa bibliografía. Casa Editorial Bailly-Bailliere. Madrid, 1934.
- PROFESOR I. COSTERO y colaboradores.**—**Trabajos del Laboratorio de Histología y Anatomía Patológica de la Universidad de Valladolid.**—Cursos de 1931-32 y 1932-33.
- Anunciaremos dos veces todas las obras de las que se nos envíe un ejemplar. Se hará estudio crítico si se reciben dos ejemplares, o la índole de la obra lo requiere.
- Tous les ouvrages dont nous recevons un exemplaire seront annoncés deux fois dans notre revue. Si le livre possède un intérêt spécial, ou si nous en recevons deux exemplaires, nous publierons son étude critique.
- All the works of which we receive a copy will be advertised twice in our review. If the book has a special interest or if we receive two copies of it, we will publish a critical study of the same.

Peptoyodal Robert

Yodo orgánico

Gotas e inyectable

En la Asamblea de Mayo se tratarán de las orientaciones a seguir si para esa fecha no se ha decretado el pago por el Estado a los médicos titulares

En todos los pueblos de España, los médicos titulares esperan con anhelo que los Poderes públicos resuelvan las aspiraciones que hace tanto tiempo tienen formuladas.

Hasta la fecha, muchas han sido las promesas, pero los resultados nulos.

Todos recordamos los ofrecimientos del señor Lerroux a los sanitarios españoles para cuando él fuese Poder. Ya lo es; ciertamente que han sido tantos los asuntos que le han retenido la atención en estos últimos tiempos, que no ha habido medio de hacer efectivas sus ofertas.

También es verdad que el ministro de Trabajo, doctor Estadella, ha tenido que sostener una verdadera batalla para que los servicios de Sanidad pasaran a su departamento.

Pero logrado esto, es hora de ir pensando ya en satisfacer las aspiraciones de los médicos titulares.

Ya empieza a trascender a la prensa diaria un estado pasional de no pocos médicos titulares y que por todos los medios debe evitarse salga a la superficie.

Véase, por ejemplo, lo que dice «Heraldo de Madrid»:

«No es a título gratuito este acuciamiento. No son palabras impensadas las que nos permitimos dirigir a los altos poderes, sino el producto de haber pulsado serenamente la opinión de los sanitarios rurales de todo el agro español.

Sabemos positivamente, que no pocas Juntas provinciales de Sanidad, desesperadas ante la imposibilidad de mejorar la crítica situación de los médicos titulares, que no cobran sus haberes y son víctimas de los manejos y vejaciones que les imponen los caciques, aconsejan a sus compañeros que vayan a la huelga general de sanitarios rurales.

También conocemos el detalle de que en la asamblea general que se celebrará en Madrid los días 3, 4 y 5 de Mayo próximo, uno de los temas oficiales que será objeto de estudio y discusión, es el de «Orientación a seguir si, para esa fecha, no se ha decretado el pago de los sanitarios por el Estado».

La propia Asociación Oficial de Médicos Titulares es ponente de este tema, puesto que su Comité ejecutivo ha recogido exactamente el agudo malestar de estos abnegados y heroicos funcionarios, y está dispuesto a encauzar el movimiento de rebeldía que inevitablemente estallará si el Gobierno no cumple este inexorable deber de humanidad y justicia.

Por eso aconsejamos a las altas autoridades sanitarias que activen las gestiones para que se apruebe esa ley dignificadora para la clase sanitaria antes de que sea inevitable la huelga general de sanitarios rurales, que no tardará dos meses en produ-

ELIXIR "RECA" Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

cirse para vergüenza y baldón de la República, que nadie más que el Gobierno está obligado a vigilar y enaltecer.»

Ahora bien; también ha de tenerse en cuenta que llevamos cerca de tres años con el nuevo régimen y que la Sanidad ha estado en manos de amigos de «Heraldo de Madrid», que no han hecho nada por los médicos titulares.

Por eso hay que evitar que quienes antes no tuvieron prisa alguna, ahora estimulen con exceso.

No se dejen seducir los médicos titulares. Estadella y Pérez Mateos conocen los problemas de los médicos rurales. Concédaseles un plazo prudencial de confianza y actúese en todo momento con la serenidad que corresponde a nuestra clase.

Así lo esperamos de los sufridos y beneméritos médicos titulares.

(De «La Opinión Médica»).

El traspaso al Ministerio de Trabajo de los servicios de Sanidad

La Ley ha quedado aprobada en estos términos:

«Artículo único. Se declara con fuerza de ley el Decreto de 25 de Diciembre de 1933, dictado por la Presidencia del Consejo de Ministros, a virtud del cual se incorporaron al Ministerio de Trabajo y Previsión Social los servicios dependientes de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia que se hallaban adscritos al Ministerio de la Gobernación, quedando el art. 2.º del citado decreto redactado en la siguiente forma:

Art. 2.º El Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión, tendrá dos Subsecretarías: una de Trabajo y Acción Social y otra de Sanidad y Asistencia pública. La primera constará de dos Direcciones generales: una de Trabajo y otra de Acción Social; la segunda tendrá bajo su dependencia otras dos Direcciones generales: la de Sanidad y la de Beneficencia o Asistencia pública.

Los servicios de Previsión funcionarán a las órdenes del ministro, dependiendo de él directamente y decretándose la constitución de un Consejo que entenderá en los problemas comunes a Sanidad y Seguros sociales.»

«La réunion de 1934 de la Société française d'Orthopédie dentofaciale aura lieu à Toulouse, du Jeudi 10 Mai (Ascension) au Dimanche 13 Mai sous la Présidence du Dr. Cadenat, chargé du Cours de Stomatologie à la Faculté de Médecine.

Les médecins et les praticiens de l'art dentaire qui s'intéressent aux malformations faciales et bucco-dentaires, à leurs rapports avec l'état général, sont cordialement invités à assister aux séances.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser: 3 Place du Capitole à Toulouse.»

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

NOTICIAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE LA CORUÑA

Programa del concurso de premios para 1934

TEMAS

Primero. Diagnóstico precoz del cáncer gástrico.

Segundo. La buco-rino-faringe en la patogenia de los procesos inflamatorios ósteo-articulares.

Tercero. El clima de Galicia como factor etiológico en el determinismo de los diversos procesos morbosos.

Cuarto. Formas clínicas y momento de evolución en que la tuberculosis pulmonar impone cambio de clima a los enfermos residentes en Galicia.

PREMIOS

Habrà por cada tema un premio y un «accésit», que consistirán en el título de académico corresponsal y diploma especial.

Reunión dermatológica de Estrasburgo

En la clínica universitaria de Estrasburgo que dirige el profesor Pautrier, tendrá efecto el domingo 13 del próximo Mayo una sesión especial dedicada al estudio de los sarcoides.

La primera parte de la sesión se dedicará a los sarcoides dérmicos de Boec, tanto en lo que se refiere a denominación cuanto en lo relativo a constitución del grupo, descripción clínica, lesiones cutáneas, mucosas, ganglionares, óseas, viscerales y glandulares. Fórmula hemática, anatomía patológica, etiología, patogenia, origen y tratamiento.

En la segunda parte de la sesión serán examinados los sarcoides hipodérmicos de Darier-Roussy, su etiología posiblemente múltiple, el tratamiento y la mayor o menor efectividad de sus relaciones con los sarcoides dérmicos y el eritema indurado.

Con motivo de su reciente ingreso como académico de número en la Nacional de Medicina del ilustre catedrático de Patología quirúrgica y profesor del Hospital provincial, don Laureano Olivares, la clase médica madrileña hubo de ofrecerle un banquete homenaje, el cual resultó en extremo brillantísimo.

La Sociedad Ginecológica Española ha elegido la siguiente Junta directiva:

Presidente, doctor Vital Aza; Vicepresidente, don Isaac Moreno y don Rafael García Casal; Secretario, don César López Dóriga; Vicesecretario, don Jesús García Orcoyen; Secretario de actas, don Enrique Parache; Tesorero, don Tomás García López, y Bibliotecario, don Juan de la Torre.