

## SUMARIO

### ARTÍCULOS ORIGINALES

Páginas

DOCTOR MARIANO BELLOGÍN GARCÍA.— <i>Estudio crítico de la mortalidad infantil en medio rural</i> .....	501
JOSÉ M. <sup>a</sup> DEL HOYO.— <i>La alimentación adecuada en el niño después del primer año y su importancia para evitar la aparición de trastornos digestivos.</i> .....	517
PROF. DR. M. BAÑUELOS.— <i>Acciones patológicas, que los climas, en relación a su humedad, ejercen sobre la salud del hombre.</i> .....	521
FELIPE G. <sup>a</sup> LORENZANA.— <i>Expectoradores «sanos» de bacilos de Kock</i> .....	529

(Sigue)

**Testogán "Henning" masculino**  
Indicado en la insuficiencia sexual y en los fenómenos de vejez prematura

**Teligán "Henning" femenino**  
Indicado en todos los trastornos genitales endocrinos

Representante:  
**GUILLERMO HOERNER**  
BARCELONA - Apartado n.º 712

<i>Sesiones clínicas del Instituto Rubio.—DR. B. DE M.</i> .....	337
<i>Previsión Médica Nacional</i> .....	342
<i>Disposiciones oficiales interesantes</i> .....	346
BIBLIOGRAFÍA.....	349
LIBROS RECIBIDOS .....	352

---

## CEREGUMIL - FERNÁNDEZ

Fernández & Canivell

MÁLAGA

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO

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

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

CAFEINADO

Tratamiento  
Científico y Radical de las  
**VARICES, FLEBITIS**

Hemorroides y Atonías  
de los vasos por las  
**GRAJEAS DE**

# VARI-FLEBOL

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

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

## Preparaciones ETHOS

### TERMOTONA

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

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

### SUERO ESPAÑA

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

FÓRMULA { Astenol . . . . . 0,012 grs.  
Acido glicerofosfórico . . . . . 0,046 »  
Acido cacodílico . . . . . 0,030 »  
Hierro asimilable . . . . . 0,002 »  
Glicerofosfato estricnico . . . . . 114 milig.

### FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

## MEDICACIÓN CLÁSICA DE

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

# Jodarsolo

*la golosina de los niños*

PESETAS 6, FRASCO DE 300 GRMS. DE CONTENIDO

---

---

### AGLICOLO

diabetes y glicosurias; *gotas y comprimidos.*

### MIOSAL

extracto de músculo; *gotas e inyectables.*

### LEJOMALTO

azúcar alimenticio; *polvo.*

### OXIDAL

activador de la oxidación celular; *inyectable.*

### ZIMEMA

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

### CASEAL CALCICO

heteroproteinoterapia; *inyectables 2 y 5 cc.*

### SURRETAL

extracto total suprarrenal; *inyectables.*

### CORTICAL

extracto cortical suprarrenal; *gotas e inyectables.*

### ERGAL

extracto medular suprarrenal; *gotas e inyectables.*

### GONEAL

quimio-proteinoterapia; *inyectables.*

### LUTEAL

extracto de cuerpo lúteo; *inyectables.*

### NARCOTAL

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

### OVARIAL

juugo ovárico fisiológico; *gotas e inyectables.*

### MASTAL

extracto de mama funcionante; *gotas e inyectables.*

---

---

LABORATORIO CHIMICO FARMACEUTICO V. BALDACCI - PISA

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

## Estudio crítico de la mortalidad infantil en medio rural

por el doctor MARIANO BELLOGÍN GARCÍA

TRABAJO LAUREADO CON EL PREMIO DEL MINISTERIO DE TRABAJO, SANIDAD Y PREVISIÓN,  
OTORGADO POR LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE EN AÑO 1934

Prólogo del Dr. ENRIQUE BARDAJÍ,

Inspector provincial de Sanidad de Madrid. Ex-subsecretario de Sanidad

Con su proverbial modestia califica con el nombre de trabajito su autor, el maravilloso «Estudio crítico de la mortalidad infantil en el medio rural». Como apreciará el lector, nada hay más lejos de la verdad, y el único sentimiento que se experimenta al leer este estudio es precisamente el de su poca extensión, que fuerza a su autor a condensar de un modo sintético la enorme cantidad de conocimientos que el trabajo representa.

Parece mentira que puede hacerse de un modo tan completo y brillante en tan pocas páginas, un plan armónico de lucha contra la mortalidad infantil, y es que cuando se domina a fondo una materia, resulta aparentemente sencillo concretar casi en aforismos todo lo que a ella se refiera. Y del conocimiento que de estos problemas tiene el autor, es buena prueba el plan de la obra y la clasificación de las distintas edades del niño, para examinar en cada una de ellas los peligros que al niño amenazan y la manera de evitarlos. Bien se ve que es la obra de un sanitario completo, que al estudio de los problemas de la higiene española dedicó lo mejor de su poderosa inteligencia y lo único que yo desearía es que los principios que sienta, pudieran ser guía para médicos y para las escuelas normales, ya que estos conocimientos deben inculcarse al niño como los fundamentales o básicos de su cultura.

Asombra, por otra parte, la bibliografía de que se hace mención: citas de primera mano no copiadas y de distintos países, así como también sorprende el examen comparativo y los juicios que le sugieren las distintas legislaciones en lo que hace referencia a la protección de la vida infantil.

Todos los capítulos están tratados con mano maestra, pero lo curioso es que movido el autor por una limitación de espacio impuesta por las mismas condiciones de estos certámenes científicos, lo que deja de decir o lo que esboza es tan interesante como lo que dice, y cualquiera es capaz de adivinarlo por aquella claridad con que sienta las premisas que obligan al espíritu más torpe a llegar a una misma conclusión. No es posible decir más que lo que dice en esa edad tan abandonada y que califica de pre-escolar, para poner a los niños a cubierto de las enfermedades infecciosas por medio de las vacunaciones preventivas, a las que pasa revista con su peculiar competencia, sin olvidar, como buen español, un recuerdo de cariño y justicia al creador de la gran higiene, don Jaime Ferrán. Pero lo que más llama la atención

es cómo desde la primera línea hasta la última, se nos revela como el tipo de sanitario moderno o integral en el sentido de la palabra, y cómo por esto, sin querer el lector, llega por la fuerza del argumento, que no se pierde nunca, a la misma conclusión de que la infancia abandonada en el medio urbano, y más en el rural, no puede ser atendida más que por medio de la moderna medicina social y sus dos grandes elementos de acción, el Seguro social y los Centros rurales de higiene, describiendo estos últimos con tal cariño y con tanto detalle, que no necesitan sino que el legislador los multiplique en la forma que se preconiza, en la seguridad de que con ellos rebajaríamos nuestras cifras oprobiosas de morbilidad y mortalidad infantil, y como consecuencia las cifras totales de mortalidad. Lástima grande que el estado de nuestra hacienda y más aún la incomprensión de nuestros políticos, haga que los presupuestos de nuestra Sanidad sean aproximadamente la décima parte de los que son en los países cultos. Incomprensión que puede ser suicida, porque los delitos contra la salud pueden compararse a los del terrorismo y a los de expendición de moneda falsa, y acaso aquel crédito que las Cortes negaron para hacer una profilaxis científica, sea la causa de que una enfermedad que pudo y debió evitarse, vaya a herir a los familiares o a los mismos que no comprendieron la necesidad de aquella concesión.

No es la única vez que el doctor Bellogín ha sido galardonado por sabias Corporaciones, y si mi deseo sirviera de algo, yo le rogaría que expusiera con extensión en una obra fundamental todo lo que tan sucintamente nos dice en este maravilloso trabajo.

## ESTUDIO CRÍTICO DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN MEDIO RURAL

### *Puntos de vista de interés general y básico*

Nadie duda de que la característica del territorio de la patria es, sobre todo, la correspondiente a un país agrícola, de donde la justificada atención de nuestros higienistas y sanitarios en los problemas fundamentales de la nueva higiene rural y ningún asunto de mayor interés que el que ofrece la higiene infantil, y así hemos de ensalzar justamente los sabios propósitos de la Sociedad Española de Higiene, que al ofrecer en este año al estudio un tema de tan extraordinario interés, parece cooperar a la obra anunciada como de mayor importancia por «Office Intenationale d'Higiène Publique», y la Conferencia Internacional de Higiene Rural, convocada por la Sociedad de las Naciones en 20 de Junio de 1931.

El primer factor necesario para el estudio que nos ocupa, hemos de encontrarle en la información suficiente, relativa a los males a combatir, labor esta, primordial, de la estadística, relativa, sobre todo, a la cifra y a las causas de las defunciones, sencillamente, a fin de adaptar los medios de la lucha, frente a las más graves causas de mortalidad. Para que una esta-

dística sea útil, ha de reunir las condiciones fundamentales de ser explícita y verídica. Mas ocurre, desgraciadamente, que hasta el momento actual no podemos decir otra cosa sino que la mayor parte de las estadísticas que se hacen en Europa y América no bastan para darnos lo que anhelamos, una imagen exacta de las causas de defunción en las diferentes edades (1). Así acontece que, por ejemplo, para la edad pre-escolar, muchos países, y entre ellos España, no dan más que la mortalidad global, de uno a cinco años, cuando sería conveniente conocer la cifra para cada año, con el fin de encontrar dónde se halla la mayor gravedad.

Si esta deficiencia advertimos relativa al número, no lo es menos tocante a las causas de la muerte, por múltiples motivos, de los que señalaremos únicamente los que nos afectan ahora. Ejemplo: casos en que el médico ha sido llamado ya en el último momento, cuando le es imposible establecer el diagnóstico sin autopsia. En otros casos, se indica solamente la afección terminal, por ejemplo, bronco-pneumonía, si se trata de sarampión o de raquitismo, o meningitis en caso de tuberculosis, y otras denominaciones por esta índole, como acontece, pongamos por caso, en la sífilis, en tanto que lo verdaderamente útil sería conocer la enfermedad primitiva.

Son tan interesantes los estudios de Stouman sobre este particular, que nos vemos obligados a trasladar algunas de las conclusiones de aquellos trabajos, por afectar de un modo directo y esencial a nuestra modesta labor: «La mortalidad infantil fué, en otros tiempos, bastante más elevada en las ciudades que en el campo o medio rural. Actualmente, la cifra de mortalidad infantil es más elevada en las regiones rurales que en las ciudades. en Alemania, Suiza, Países Bajos, Suecia, Dinamarca y Finlandia, así como también, para el primer mes, en Inglaterra» (2).

Antes de los más recientes estudios, y ya extendidos y admirados, de Stouman, otros autores habíanse ocupado en este trabajo de mayor interés. Así, L. Cruveilhier, afirmaba ya en 1911, con ocasión de un Congreso, de Berlín, esta conclusión «relativamente a los niños de 0 a 1 año, con frecuencia la mortalidad es tan elevada y a veces más en el campo que en las urbes y en las grandes aglomeraciones industriales» (3). Por esto nos llama la atención hasta cierto punto, pues en parte coincide con la conclusión transcrita de Stouman la afirmación de «Municipal engineering and the sanitary record». Vol. LXIII, núm. 1.539, 29-V-1919, pág. 363, de la mayor supervivencia, en todas las edades, según la estadística de la vida rural.

A estos defectos graves, para el conocimiento básico de la estadística, hemos de agregar la irregularidad y discutible fidelidad de nuestro empadronamientos rurales, pues el acrecentamiento natural, calculado en los estados del registro civil, no es bastante para llegar a la expresión categórica de una cifra exacta, particularmente si se tiene debida cuenta de la intensa emigración de algunas regiones y el éxodo campesino a las ciudades grandes. Por esto hemos de comenzar que, para valuar la población rural y, por consiguiente, la infantil, rural, no disponemos sino de las cifras publicadas (con

tales defectos dichos), y solamente aproximadas, por la Dirección general de Estadística. Y aun estos datos no se refieren, apenas, a los pequeños pueblos, al agro. Mas este, considerado hoy tal como la nueva higiene y medicina social exige, hemos de apreciarle como una colectividad que exige un estudio estadístico completo.

El segundo obstáculo, que en parte hemos apreciado de la inexactitud frecuente de la causa de la muerte, por los motivos que se aducían, se halla agravada en las regiones rurales (aunque con excepción más rara cada día, afortunadamente), sin médico, y por consiguiente donde éste ha de diagnosticar después de la muerte del enfermo.

Otra causa tan interesante como de complicado estudio para el objeto que nos ocupa, hállese en la tan variada característica de nuestra rica población hispánica, con regiones rurales de características racialmente distintas, que tanto imposibilita, por consiguiente, un estudio comparativo, según norma, como exige el conocimiento individual de una región cualquiera a estudiar (4).

Teniendo siempre ante nosotros la realidad de las dificultades que hemos señalado, ya podremos comenzar, notablemente aliviados de obstáculos, el nuevo estudio estadístico demográfico que se impone imperiosamente en el medio rural, para conocer al enemigo que hemos de combatir, y sobre esa base, ordenar la campaña sanitaria de verdadera eficacia. De este modo aconsejados, sobre todo por los estudios de Stouman, ya citados (véase nota bibliográfica número 2) y Wghedzko (4), hemos de partir, por ejemplo, del estudio de aquellos distritos rurales, de una cultura media, más ponderada y uniforme, por la fidelidad de diagnósticos médicos, la uniformidad de costumbres, donde la emigración está más restringida, en fin, donde hallemos menos grandes obstáculos para obtener al fin un estudio básico que nos llevará sin duda a confirmar el nuevo dato estadístico de la mortalidad más elevada en el medio rural, y, por consiguiente, de la mayor cifra en el mismo, de mortalidad infantil, señalada en nuestro país, y aun difundida extraordinariamente por medio de estampas que remedan el lúgubre anuncio de una «empresa de pompas fúnebres», de pésimo gusto estético.

Ahora bien, tenemos la esperanza segura de ver subsanadas en un porvenir muy próximo, en nuestra patria, todas estas causas de imperfección estadística, y sobre ese dato básico desenvolver espléndidamente la organización nueva en favor de la higiene rural en general, y particularmente, de la higiene infantil, merced a la difusión por todo el ancho ámbito de la patria, de los Centros de higiene rural que, en resolución, han de resolver el problema sanitario español, ya que es nuestra patria un país sobre todo rural, como hemos dicho. Y en dichos Centros, cual avanzadas de la civilización en el medio campesino, relativamente a la cuestión fundamental que nos preocupa de las estadísticas, ha de haber estadísticos, adscritos a las Inspecciones sanitarias de la provincia, que establezcan las modificaciones útiles al fin perseguido, siguiendo la orientación de la higiene actual.

Pero el estudio crítico de la mortalidad infantil, en el medio que sea, supone también el conocimiento estadístico de las enfermedades que no sean mortales, puesto que la lucha contra la mortalidad infantil supone el conocimiento de la morbilidad y ésta no aparece en los datos estadísticos de mortalidad. Todo lo cual nos afirma más en la necesidad de instituir Centros en cada región (nuestros Centros rurales secundarios en cada distrito rural, judicial), en los que completen y corrijan los datos a que nos hemos referido orientados en el sentido de la protección infantil y la maternal complementaria, y proceder a una información suficiente sobre las principales causas de la muerte y las principales enfermedades reinantes.

En síntesis final, vemos que todas las muertes evitables están ligadas a una de estas tres causas: económicas, de orden sanitario y psicológico, que aparecen muy acusadas, sobre todo en el medio rural. Así, pues, habrá necesidad de realizar en los Centros mencionados una sumaria pero suficiente información, que precise, primero relativamente a los factores económicos, el modo de vida de los habitantes «standard of life» y las consecuencias que del mismo resultan (véanse las notas bibliográficas consignadas), las condiciones de trabajo de las madres y la separación de la madre y del hijo (véanse notas) y consecuencias que pueden acarrear. Segundo, en lo tocante a las causas sanitarias, la información ha de referirse a los medios que la región posee en cuanto a la protección de la mujer y de los recién nacidos (vigilancia antenatal, asistencia obstétrica, cuidados de los recién nacidos y de los niños de pecho) (véanse notas). En fin, tercero, que se refiere a las causas psicológicas, habrán de informarse de las costumbres locales con relación al parto, al cuidado del recién nacido y crianza del niño, y, particularmente, a la antihigiene resultante de la ignorancia, de los prejuicios y de las supersticiones, etc.

En este particular último, si tuviéramos espacio, habríamos de hacer algo de lo más característico y sobresaliente del folklore nacional en este aspecto, y fieles a la verdad, no podríamos evitar los tintes trágicos de muchas de sus páginas.

El resultado de toda esta información, habrá de ser el observar que domina ya uno, ya otro de los factores de antihigiene señalados, según las distintas regiones, y que el buen éxito del plan de lucha contra la mortalidad infantil en estos medios se hallará tanto más favorecido cuanto más fiel y completa se haya realizado la información, pues que, solamente cuando se ha reconocido bien el campo de batalla, puede hacerse, en condiciones de triunfo seguro, el perfecto emplazamiento del ejército vencedor.

Una vez puesto en funciones, en un país, un sistema organizado de protección materna e infantil, las investigaciones a que nos referimos continuarán sin duda ejerciendo una gran utilidad; sacarán a luz lagunas de organización y permitirán por el contrario encontrar mejoras y métodos nuevos para desenvolver y perfeccionar así, más aún, los resultados útiles. Por ejemplo, en la interesantísima labor de higiene escolar en el medio rural,

confirmaremos con la copiosa consulta, siquiera de la literatura más interesante sobre este tema, cuán necesitada se halla de modificación la estadística de morbilidad infantil, habida cuenta de las enseñanzas biológicas de la nueva higiene escolar.

Tan urgente y necesario como la renovación de la estadística en relación con la mortalidad infantil, es la implantación inmediata de ciertas medidas legislativas que reclaman la urgente defensa del niño y de la madre, muy particularmente necesarias en el medio rural. Cumpliendo con un deber ineludible de humanidad, hemos de acordarnos de los desamparados campesinos. Hay que proteger, en efecto, con esa nueva legislación, «a los niños que, en el seno de la familia, no hallan las condiciones favorables a su desarrollo físico y mental.»

También en medio rural y campesino se siente, si bien se considera con necesidad más apremiante que en la ciudad, las condiciones en las cuales la sociedad tiene la obligación de reemplazar a la familia. Son los huérfanos sin apenas amparo, los niños enteramente abandonados por los padres, en extrema miseria, o tal vez en extrema inmoralidad, los niños explotados, los niños desamparados, con los padres en el hospital, en la cárcel. A su vez, la sociedad debe protección a los niños enfermos que constituyen con frecuencia una carga demasiado pesada para una familia pobre, acaso el hijo necesita una educación especial, reclamada por el estado psicoorgánico; en tal circunstancia el Estado ha de encargarse del tratamiento correspondiente médico-pedagógico.

Todo niño separado de su familia reclama una gran vigilancia, y al efecto, hay que legislar también creando un sistema de inspección regular, de esta categoría de niños, comprendiendo, sobre todo, las visitas a domicilio.

En fin, la legislación frente a las enfermedades contagiosas, en medio rural, de un modo especial ha de organizarse inmediatamente, a fin de defender con la mayor energía el ambiente campesino con una serie organizada de disposiciones relativas a la declaración de los casos contagiosos; la segura protección de los enfermos y separación de éstos de sus familiares y compañeros en las clases y en cualquiera otra colectividad infantil, desinfección, búsqueda de portadores de gérmenes, en cualquier agrupación de niños, clausura de las escuelas, casas-cuna, orfanatos, etc., en caso de epidemia, hospitalización de los enfermos, vacunación preventiva, organización adecuada al medio rural y campesino de la profilaxis de aquellas infecciones que permitan esta labor, mediante la inyección de suero de un convaleciente o suero-prevención. Temas todos estos que constituirán sendos objetivos de estudio crítico, tocante al punto de vista de este modesto trabajo.

## I

Este trabajo comprenderá cuatro partes, expresión de una división natural. Primera, que es la que ahora nos va a ocupar: Causas de la mortalidad infantil debidas a la antihigiene de la maternidad y lucha contra las mismas,

en medio rural. Segunda: causas de mortalidad infantil en el recién nacido. Tercera: idem en la edad pre-escolar. Cuarta: idem en la edad escolar.

Al tratar ahora del estudio crítico de la mortalidad infantil, en medio rural, en el recién nacido, distinguiremos ventajosamente, por separado, la mortalidad que corresponde a los siete primeros días de la vida, porque intervienen causas completamente distintas a las que aparecen en el resto de esta primera edad, y exigen, por consecuencia, medios de profilaxia diferentes también (7).

Adoptaremos una común norma en los diferentes capítulos, tanto como nos sea posible. Después de la mención de cifras de mortalidad correspondientes, los peligros o causas de antihigiene y su aspecto médico y social, daremos a conocer el plan de lucha contra estos enemigos de la vida infantil, revisando la diversidad de los métodos preventivos, y haciendo crítica del valor de los mismos, para dar a conocer cómo hemos de organizar y utilizar los medios materiales a nuestra disposición, sin omitir cuáles son los deberes y las atribuciones del personal que ha de actuar, terminando con la exposición de un plan de conjunto de coordinación de toda actuación, con el fin de proteger la higiene (esto es, la vida) del niño en el medio rural, hoy tan gravemente amenazada (8).

Lucha contra la morbilidad y mortalidad materna de origen obstétrico, como causa de mortinatalidad infantil, acentuadamente desde el punto de vista rural o campesino.

Hoy todas las naciones del mundo civilizado se ocupan de este particular, como objetivo preferente en la higiene infantil, y con diferencias que no afectan a lo fundamental, todos los Estados convienen en la necesidad de atender a las causas sociales y a las causas médicas de la morbilidad y mortalidad maternas, mejorando la asistencia médica (que llega a ser deplorable en medio rural), y también la asistencia auxiliar necesaria, divulgando, merced a una enseñanza práctica necesaria y adecuada, la importancia de cuantos cuidados y vigilancia exige la mujer embarazada, tratada convenientemente y asistida en las condiciones que la ciencia reclama. Hay ejemplos verdaderamente horribles, cual de antihigiene del parto, como de seres en estado de naturaleza, y que han sido publicados en algún diario de Madrid, por compañeros médicos rurales. Bástenos ahora con denunciar el hecho, y dar una vez más la voz de alarma, esperando, seguros, que se ha de acudir a la defensa de la raza, con el remedio urgentísimo.

Todas las disposiciones sobre protección maternal e infantil convienen esencialmente en la legislación sobre estos tres puntos: 1.º Administración sanitaria médico-social, para la protección de la maternidad. Instituciones y actuación convenientes a cuanto tienda a una eficaz vigilancia y a un tratamiento apropiado. 2.º Formación profesional perfecta del médico y de la comadrona, al objeto de que la parturienta tenga la asistencia debida. 3.º Educación popular relativamente a la necesaria higiene práctica. Hemos de proceder ahora, con la concisión que nos sea posible, impuesta por la

extensión del tema y el espacio limitado para su desarrollo, a dar a conocer lo más interesante de las legislaciones en vigor sobre estos objetivos, en los principales Estados de Europa y de América, para aconsejar lo más interesante y adaptable a nuestra legislación.

1.º Leyes médico-sociales. Conviene todas las disposiciones (en nuestra patria también, relativamente a las funcionarias) en proporcionar a la madre, tanto antes como después del parto, un período de tiempo bastante largo, durante el cual no habrá de realizar trabajo alguno que sea penoso o perjudicial al estado de embarazada.

El proyecto del Convenio de Washington (1919) constituye un ejemplo del género de legislación que protege a la mujer empleada, como ocurre en la disposición a que aludimos ya de nuestra patria. Estipula el Convenio que ninguna mujer, casada o no, podrá trabajar durante seis semanas posteriores al parto, en ninguna de las empresas industriales o comerciales definidas en el artículo 1.º de dicho Convenio, y que las embarazadas empleadas en las empresas aludidas, mediante la presentación de un certificado médico que acredite la fecha aproximada del embarazo, de modo a cesar la mujer en su trabajo seis semanas antes de la fecha presumida del parto. Dispone también que la madre perciba una indemnización o pensión, suficiente para el perfecto sostenimiento, en las debidas condiciones de higiene, de la madre y posteriormente también del hijo, durante, al menos, de seis semanas después, recibiendo durante este período de descanso servicio gratuito de médico y comadrona.

Esta legislación adolece, más que nada, de no fijar la cuantía de la indemnización o pensión, pero, sobre todo, de no pensar más que en la mujer empleada, siendo así que la mujer que percibe otro salario, más penosamente ganado, tal vez, como ocurre muy lamentablemente en el ambiente campesino rural, la mujer pobre, que no recibe ningún salario y que ha de trabajar en sus afanes domésticos, grabados con la carga durísima de la mujer campesina que tantas veces ayuda al hombre en la labor de la tierra y aun, en algunas regiones, le sustituye enteramente (ejemplo: Asturias, Galicia y provincia de León), estas infelices no se hallan aún dentro de esta nueva legislación protectora médico social (10).

Pero afortunadamente, hemos de consignar aquí que las legislaciones posteriores van corrigiendo tan graves defectos. Así, por ejemplo, la ley italiana, de 10 de Diciembre de 1925, y Reglamento de 15-IV-1926, se refiere categóricamente: a) II Caracteres de la asistencia. d) es íntegra, material y moral (11).

Esto mismo se ordena en la ley de protección de maternidad y de la infancia en el Uruguay: «Están comprendidas en la categoría de mujeres protegidas, las casadas cuyos ingresos no sean superiores a treinta pesos, con un hijo; cuarenta, con dos, y 60 con tres o más.» Antes habla de la hospitalización para las abandonadas, las enfermas, las internas en establecimientos de corrección, etc. (12).

Se acentúa la protección a la madre y al niño en la legislación nueva de la Unión de las Repúblicas Soviéticas Socialistas: «Durante ocho semanas (seis hemos visto en el Convenio de Washington de 1917) antes del parto y ocho después, tienen derecho a un permiso o licencia una mujer obrera o empleada. Se prohíben los trabajos nocturnos y supletorios a toda mujer encinta. Para las empleadas de oficina se rebaja el tiempo de permiso a seis semanas antes y seis después. Una mujer con licencia por parturiente, conservará la plaza hasta cuatro meses, 8, durante todo el tiempo de la licencia; la mujer recibirá una pensión de la caja del seguro, igual al salario» (aquí ya vemos corregido el grave defecto señalado en el Convenio de Washington) (13).

En Suiza, cuya legislación, como tendremos ocasión de ver, es un hermoso ejemplo de un Estado que vela y se preocupa de continuo por el problema fundamental de la salud de sus súbditos, también ha legislado sobre el interesantísimo particular que nos ocupa, como estudio básico en la legislación que hemos de reclamar para la necesaria y urgente defensa de la vida infantil en medio rural y campesino, Anteponiéndose Suiza a cualesquiera otra nación, y mejorando las disposiciones posteriores del citado Convenio, ordena, en la ley federal de 18 de Julio de 1914, «que las mujeres encinta, que lo soliciten, serán dispensadas del trabajo en las fábricas durante ocho semanas antes y ocho después del parto.» Existía ya entonces en Suiza el seguro de maternidad, tan recientemente implantado en España, mas no obstante las mejoras posteriores, adolece la legislación Suiza, como todas las citadas, de la grave omisión que hacen de la mujer rural o campesina (14). El pueblo del agro, base económica de la sociedad, abandonado en este particular de la higiene, como en otros aspectos de la sanidad, no menos importantes.

Otro tanto debemos afirmar de los Estados Unidos (15) y del Japón (16). El estudio comparativo de esta legislación nos permite concluir la conveniencia, particularmente en medio rural, de los grandes cuidados que reclama la higiene antes y después del parto, para la madre y el hijo, hallándose entre esos cuidados; en primer lugar el descanso necesario de la madre, obrera agrícola o campesina, en el sentido que hemos indicado, protegiéndola con una legislación conveniente, que hoy no la ampara, a cualquier mujer del campo necesitada de esa protección, casada o no, sin medios económicos precisos para los debidos cuidados, lo que habrá de consignarse en la futura inmediata legislación, con la amplitud y solidez de base bastante a realizar el ideal inmediato del seguro de enfermedad en toda la humanitaria y hermosa extensión de su sentido más amplio (17).

Todas las medidas en este sentido, en medio rural, serán necesarias, cumpliendo con el deber social durante un tan crítico período de la vida fisiológica de la mujer, salvaguardando su salud, levantando el nivel de la práctica obstétrica y, sobre todo, de la higiene necesaria del recién nacido,

en el agro, que, hasta el presente, se hallan en general como hemos ya dicho, más cerca de la barbarie que de los Estados verdaderamente civilizados.

Mas hoy hemos, con la mayor complacencia, de señalar la hermosa orientación de nuestra administración sanitaria, sobre la base de la nueva medicina e higiene social, legislando en el sentido que manifestamos, con la realidad de los Centros secundarios de higiene y terciarios también, que hay que sembrar en todo el ancho campo de nuestra patria, sobre todo agrícola, cooperando en una acción de hermosa solidaridad, con la institución del seguro de enfermedad que comprenda y desenvuelva el actual de maternidad.

*Debe exigirse la declaración obligatoria de la infección puerperal*

Por el peligro, grave siempre y gravísimo muchas veces para la madre y para el recién nacido. En la bibliografía que hemos mencionado, relativa a la protección de la madre y del recién nacido, se afirma esta necesidad, y hasta se recomienda, para aliviar en todo caso naturales escrúpulos profesionales, instituir la declaración obligatoria de infección puerperal por la denominación más amplia de «pirexia puerperal», ya que ésta puede, verdaderamente, y aun puede ser producida no más que por el bacilo «coli» o por una ligera inflamación de la mama, definiendo así la infección puerperal como en Inglaterra: «todo estado febril que se presente en una mujer, en los veintidós días que siguen al parto o aborto, cuando la temperatura de la enferma se mantiene a 38° centígrados o más, durante un período de 24 horas, o alcance ese nivel varias veces durante los días que hemos señalado.»

Es el caso que, en medio rural, con más afán aun que en el de la gran ciudad, hemos merced a la declaración obligatoria indicada, de acudir con toda urgencia a combatir, mediante la asistencia debida, un enemigo que se presenta de la madre y del hijo, proporcionando nosotros para vencerle, la asistencia adecuada extraordinaria.

*Llevar al medio rural cuantas facilidades nos sean posibles, relativas a consultas y tratamiento.—Vigilancia prenatal*

Se afirma, con interés creciente, que la asistencia de la embarazada no se ha de limitar al momento del parto, y que debe dar comienzo cuanto antes sea posible, durante la gestación, continuando así, después del parto (ahora en bien de la madre y del hijo) hasta que aquélla quede completamente restablecida. Tal es, como hemos visto en la bibliografía consignada, uno de los principales fines que persiguen las legislaciones de protección de la madre y del recién nacido. Es bien cierto que esto impone la necesidad de un personal suficiente y competente, que se encargue de estos servicios, y en efecto, así lo determinan dichas disposiciones, refiriéndose sobre todo al ambiente de la ciudad, pero no se puede exceptuar al medio rural, y hay que llevar a ese ambiente al médico especialista y a la comadrona; pero convenientemente, esto es, sin que resulte para tales profesionales una sobrecarga de trabajo,

insuficientemente remunerado, a cambio de una gran responsabilidad. La administración sanitaria ha de desarrollar en estos sentidos estos nuevos servicios, tanto en su aspecto médico como en su aspecto social, llevando al agro también los cuidados que reclaman la madre y el recién nacido, para combatir el más terrible enemigo de la salud de la raza.

*Dispensario prenatal.—En íntima conexión con la vigilancia prenatal*

Se habrá de organizar en el agro, sobre la base de los Centros rurales, con un doble objeto: a) Médico: examen y vigilancia regular de la mujer encinta. b) Pedagógico, educativo y social, tocante a los cuidados que reclaman la embarazada y el recién nacido.

Los dispensarios prenatales serán dependencias de los Centros rurales de higiene mencionados, constituyéndose así, de un modo especial, el mejor desenvolvimiento que exige la obra nacional de hacer resurgir la robustez natural de nuestra raza en todo su vigor, mediante la obra de necesidad urgente de protección de la maternidad y de la infancia en medio rural.

Una labor de divulgación bien realizada sería un éxito grande para el dispensario, que verá dichosamente crecer sus ficheros de inscripción e historia de observación periódica, estimulando esta asistencia de la embarazada al dispensario, dándola a conocer que, el subsidio de maternidad o indemnización en especie, según la organización que se dé al futuro seguro de enfermedad, que ha de implantarse por precepto constitucional, no se otorgará sino a las madres que se hagan inscribir en aquel centro.

Mas la vigilancia prenatal en medio rural, donde no hay otros centros científicos, debe ser especialmente rigurosa y fiel en todo momento, porque una atención insuficiente o inadecuada, puede con más facilidad que en el medio ciudadano crear una tan falsa como posiblemente nociva seguridad. Deben, así, aconsejarse con insistencia las visitas regulares al dispensario durante todo el tiempo necesario, pensando que el estado de salud satisfactorio de la embarazada en el día de la observación no nos asegura que así continúe hasta el parto.

Claro está que la organización de este dispensario, anejo al Centro rural de higiene, ha de ser tan sencilla como nos sea posibles, pero sin dejar incumplidas las fundamentales condiciones materiales sencillamente, habitación de aislamiento y examen de mujer, y otra para desnudarse, con un laboratorio donde puedan hacerse inmediatamente las investigaciones más necesarias. Este laboratorio, en los centros rurales más modestos, podrá ser sustituido por el correspondiente a dicho centro.

En cuanto al personal, deberá hallarse impuesto en obstetricia, higiene y medicina prenatal, y con clara conciencia de su interesantísima actuación en la higiene de la infancia y en la medicina social tan necesaria e interesante en el medio campesino.

Creemos que una mujer médica, especializada como queda consignado, que se encargase de este servicio, obtendría luego la entera confianza de la

clientela del dispensario que, de este modo, crecería rápidamente. Habrá el personal auxiliar de un comadrona y una enfermera visitadora.

### *Examen prenatal*

En la primera visita se hará la información mediante la labor de una anamnesia completa desde el doble punto de vista, médico y obstétrico, y se le someterá a la embarazada a un examen que comprenda: medida de la presión sanguínea, análisis de orina y sero-diagnóstico de la sífilis, siempre que haya motivos de presumir que este examen puede servir de base a futuras observaciones. El examen habrá de extenderse al aparato digestivo, auscultación del corazón y pulmones, examen de la boca y dientes. Se comprobarán si hay o no flujos vaginales u otros focos posibles de infección; todo con el fin de acudir, en caso oportuno, al tratamiento de la afección orgánica que se hubiere descubierto. Durante el último mes, examen de la presión sanguínea y de la orina, cada semana, y en fin, entre la 34 y 36 semanas, investigación atenta de la posición del feto. Se aconsejará siempre lo que convenga relativamente a régimen alimenticio, ejercicio físico, descanso, higiene general, ocupaciones cotidianas, etc., y finalmente, con oportunidad, preparativos al objeto del parto, que ha de realizar la embarazada, en su domicilio, si ha de dar a luz en él.

### *Vigilancia después del parto*

Puede ocurrir, en efecto, que una mujer sufra de lesiones sobrevenidas durante el parto, (rasgaduras del periné o del cuello del útero, por ejemplo), que no han sido tratadas o que no han cicatrizado completamente al fin de la lactancia, o también que los órganos pélvicos, particularmente el útero, no han recuperado por completo la normalidad.

Es difícil darse cuenta de estos accidentes dentro de los quince días que siguen al parto; de aquí la necesidad de insistir en los cuidados que hay que dar a la madre, examinándole durante las seis semanas que siguen al parto, pues es entonces cuando hemos de esperar el restablecimiento de los órganos a la normal. Recuérdese el tiempo que a este efecto conceden las legislaciones de protección de la embarazada, incluso nuestra legislación, sí, pero hacen caso omiso de la mujer del campo.

Claro está que la labor del dispensario del Centro en el medio rural, en este particular, será la de asegurarse que esta vigilancia después del parto se realiza por el médico de cabecera y en caso negativo, se hará por el del dispensario.

### *Formación profesional conveniente del médico y de la comadrona*

Toda obra de protección de la infancia ha de comenzar, naturalmente, por la labor que ahora nos ocupa de la defensa de la madre. La misión, pues, de la comadrona, tiene una importancia esencial y acentuadamente,

allí donde la incultura del medio, cual es el agro o campo, la reclama con más interés. Ahora bien, hemos aprendido nosotros, mediante el estudio de las legislaciones sobre el particular, a las que hemos aludido, que varía la reglamentación sobre este tema tan importante; generalmente, no son reconocidos de un modo oficial. Por el contrario, en los Países Bajos, reciben una suficiente formación durante tres años, realizando en este tiempo la mayor parte de las operaciones obstétricas normales. En la mayor parte de los países se considera y respeta la utilidad grande de estas modestas auxiliares, pero hemos con sinceridad de reconocer que la cultura de la mayor parte de ellas, en algunos países como en el nuestro deja muchas veces bastante que desear, y aun si cabe, es más deficiente aun su enseñanza práctica. Recordamos a propósito de esto, haber oído a un catedrático de obstetricia, de una populosa ciudad española, que en unos exámenes de comadronas éstas le decían, como presidente del mismo, refiriéndose a los cuidados a dar a la parturiente, todas de igual manera: «Servidora, lo primero que haría es sentar a la parturiente en el cubito de pino!» (sic), por decúbito supino. En efecto, pasada la natural extrañeza del profesor, pudo después de los exámenes averiguar la causa de tan extraordinaria y extravagante uniformidad, observada por estas mujeres en la técnica del parto normal, y que era tan aventurada como equivocada traducción que las infelices mujeres dieron a la frase del texto, que decía decúbito supino.

Acabemos de una vez con esta densa incultura, y respondamos a la inmejorable voluntad de estas mujeres, dándoles la enseñanza teórica que exige la higiene moderna y el ejercicio profesional, expuesta con toda la claridad y sencillez posibles, y sobre todo, aquella formación práctica que acredite la importancia grande de esta cooperación interesante en la obra magnífica de higiene y medicina sociales, particularmente en el ambiente rural, donde la escasez de médicos y la intensa labor clínica de éstos, no les permite, por carencia de tiempo, la paciente atención que el servicio de comadrón exige. (18).

Esta nueva educación de la comadrona, es general en todas las legislaciones que hemos podido estudiar y a las cuales nos referimos ahora, se ocupan de este particular más o menos directamente. Esta educación se ha extendido, en fin, hasta el Africa: según nota del médico general Thirous, director general del Servicio de Sanidad, en Madagascar, presentada a el Off. Int. d'Hyg. Publ. «algunas muchachas malgaches, suficientemente instruídas para comenzar el estudio de la Medicina, han solicitado en 1927, ser admitidas en la escuela de Medicina de Tananarive». (19).

### *Educación del público*

Labor estéril esta que llevamos expuesta de higiene prenatal y tratamiento de las mujeres encinta, si ésta, víctima aun de la más funesta ignorancia, rechaza esta nueva y alentadora obra de solidaridad social y cierra

la puerta a la salud que llama, para abrirla a la superstición de los siglos oscuros, recibiendo a la partera que, tal vez con las manos sucias, se dispone a realizar en aquella parturiente legendarias prácticas brutales, más propias de una tribu semisalvaje. Acentuadamente en el agro, la mayor parte de las enfermedades anexas al parto hemos de atribuirles, en verdad, a la ignorancia, a los prejuicios, a la apatía o indiferencia de la madre, y hasta a un poder que no tiene explicación racional.

He aquí, pues, una de las tareas que con más fuerza se imponen en cualquiera Centro, a las clases sanitarias que los dirigen: la divulgación por los procedimientos alumbrados con el brillo del conocimiento intuitivo, para llegar a la creación en la sencillez primitiva de los medios rurales de la opinión clara de la verdad salvadora. en materia de protección de la maternidad y primeros cuidados a los recién nacidos. Esta enseñanza se dará por el personal facultativo y auxiliar mencionado, ya individualmente a la mujer que acude al dispensario rural, ya colectivamente por medio de conferencias dadas con la sencillez de una conversación familiar, con demostraciones prácticas por medio de «films» adecuados y pedagógicos.

Un camión que transporte cuadros murales ilustrados con tal fin y aun modelos anatómicos para la mejor comprensión intuitiva de los puntos de mayor interés, constituirán indudablemente, un medio muy útil de difundir la enseñanza necesaria de toda necesidad en el ambiente rural y campesino.

(Continuará)

## NOTAS E ÍNDICE BIBLIOGRÁFICO

- (1) *Rapport du Comité rapporteur pour la protection de la mere, l'hygiene de la premiere enfance et de l'enfance d'age prescolaire.* Societé des Nations. Gêneve, 1931.
- (2) Societé des Nations. *Rapport épidémiologique mensuel de la Section d'Hygiène du Secretariat.* Anée 10, n.º 5 y 6. Gêneve, 15 mai et 15 juin 1931. «La mortalité dans les regions rurales de l'Europe».
- (3) *La mortalité infantile a la campagne,* par L. Cruveilhier. «Revue Philanthropique et Congres de Berlin». 9-1911.
- (4) *Mortalidad infantil y sus causas.* «Municipal engineering and the Sanitary Record». Vol. LXIII, p. 363, n.º 1.539. 29-V-1919.
- (5) *Natalidad y mortalidad infantil en dos Ayuntamientos vecinos,* por Graemiger. «Schwizerische med. Wochenschr». P. 977. 20-X-1921.
- (6) *Etude sur la mortalité rurale en Pologne.* Seance de l'Office Internationale d'Hygiène publique. Octobre, 1930.
- (7) *La mortalité chez le nourrissons et ses causes multiples,* par Raffaelli. «Maternité et infanzia». 3.º année, p. 1.066, n.º 12, 1928. Avec carte et graphique.
- (8) *La mortalité de l'enfance dans les quatre plus grandes villes de Suède,* par Einar Riege á part des Acta Paediatrica. Vol. IX, supplémen III. «Upsal. et Wiksells» 1930.
- (9) *Sur la mortalité des norrissons a Berlin en 1924,* par Clemens Wiese. «Deutsche Medizin. Wochenschr.» T. LI, p. 1.240, 1925.
- (10) *La protección de la maternidad y de la infancia,* por K. Rauchfuss. «Roussky Vrtach.» 1913.
- (11) *Analyse et commentaire de la loi du protection de l'enfance et maternité du 10 decembre 1925,* par M. le Dr. A. Lutrario, Delegué de Italie en Office International d'hygiène publique. P. 810, 1927.

(12) *La protection de la maternité et de l'enfance en Uruguay.* Note del Dr. Julio Etchepare al Off. Int. de Hyg. Pub.

(13) *La protection de l'enfance et de la maternité dans l'Union des Republiques sovietistes socialistes.* Note presentée au Comité de l'Off. d'Hyg. Int. Publ. par le Dr. A. Roubakine. 1927.

(14) *La protection des accouchées et des nourrissons en Suisse.* Rapport du prof. Dr. Berheim Karrer, Directeur de la pouponne cantonale de Zurich al Com. de l'Off. Int. d'Hyg. Publ. Novembre, 1927.

(15) *L'action en vue de l'hygiène maternelle et infantile aux Etats Unis.* Note presentée au Com. de Off. Int. d'Hyg. Publ. par le Dr. Talliaferro Clark. Novembre, 1927.

(16) *La protection de la maternité et de l'enfance au Japon.* Com. faite au Com. de l'Off. Int. d'Hyg. Publ. par le Dr. Mitsuzé Tsurumí, Délégué du Japon. Nov., 1927.

(17) Primer Congreso Nacional de Sanidad. *El seguro social de enfermedad y la Sanidad Municipal.* 6 a 12 de Mayo de 1934.

(18) *Sur la protection de la maternité et de l'enfance dans le Royaume des Seves.* Croates et Slovenes. Note presentée au Com. d'Off. Int. de Hyg. Publ. par le Dr. G. Yoanovitch, professeur de la Université de Belgrade. Octobre, 1928.

(19) *L'Hygiene et la protection de l'enfance au Madagascar.* Note du M. Thirous au Com. de l'Of. d'Hyg. Int. Publ. Octobre, 1928.

# Eficaz e inocuo tratamiento

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

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

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

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

LITERATURA  
Y MUESTRAS  
PARA EXPERIMENTACION CLINICA.

**ANTIBLEFARINA**  
OFTALMOTERÁPICOS KIRCHNER - León XIII, 7 - Barcelona

# Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

## Efectos terapéuticos

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

### INDICACIONES

- 1.<sup>a</sup> En las enfermedades del aparato urinario si hay infección primitiva, o para evitar las secundarias, y como profiláctico de éstas en las intervenciones quirúrgicas que hayan de efectuarse sobre los órganos del mismo aparato.
- 2.<sup>a</sup> En las infecciones del aparato digestivo y muy especialmente en la litiasis biliar, colecistitis, angiocolitis (con preferencia en caso de cólico hepático).
- 3.<sup>a</sup> En las infecciones generales, como bactericida general y para anular la influencia nociva de la eliminación de microbios patógenos por la orina y los tóxicos sobre el hígado, por sulfconjugación de los productos microbianos.
- 4.<sup>a</sup> En muchas dermatosis, como depurativo general, modificador del medio intestinal y antiséptico hepático-renal.

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

# SPASMOSÉDINE

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



SEDATIVO  
CARDIACO

LABORATORIOS DEGLAUDE .PARIS  
MEDICAMENTOS CARDIACOS ESPECIALIZADOS

Agente general para España: J. M.<sup>a</sup> MALASCH, Avenida 14 de Abril, 440-BARCELONA  
Muestras y literatura a disposición de la clase médica.

## La alimentación adecuada en el niño después del primer año y su importancia para evitar la aparición de trastornos digestivos

por JOSÉ M.<sup>a</sup> DEL HOYO

La alimentación del niño, que durante su primer año con el predominio del régimen lácteo, las más veces, al pecho de la madre o nodriza, no suele presentar grandes dificultades si no se ignoran los conocimientos, siquiera sean elementales, que se refieren a su administración, llega a un momento el comienzo del segundo año de la vida, en que surgen no pocas dificultades al pretender por un lado la cesación de la alimentación al pecho y por otro la administración al niño de aquellos suplementos que le son necesarios y que han de constituir el paso a la alimentación variada ulterior del niño mayor.

Nada más fácil, en este momento, que incurrir en una alimentación defectuosa si nos dejamos guiar por las apetencias del pequeño, que ya en esta fase de la vida suele mostrar preferencia o a las ideas de alimentación elementales que el vulgo posee, pues en este caso se llega a implantar un régimen «de capricho» que pocas veces responde a una base científica.

Se ha llegado hoy, después de las dificultades que a ello se oponían, a conocer bastante exactamente la flora bacteriana habitual en el intestino del niño y las alteraciones que en ella se producen como causa o consecuencia de los trastornos digestivos. Las dificultades para el exacto estudio y conocimiento de la flora bacteriana del intestino, es debida a que se deduce de la que existe en las heces, y se comprende que del estudio de la flora fecal su biología no puede indentificarse con la del intestino; más exactos estudios se han llevado a cabo por el examen «in situ» hechos rápidamente en autopsias de niños muertos por trastornos digestivos, pero aun así se comprende que puedan ya encontrarse modificaciones debidas al proceso «post mortem».

Las primeras investigaciones sobre la flora intestinal se deben a Escherich (1886), pero tanto éste como Lesage, Doria, Flügge, etc., atribuyeron significación patológica a gérmenes que más tarde se demostró ser habituales del intestino por Metchnikoff y su discípulo Berthelot. Posteriormente descubrió Moro el «bacillus acidophilus» y Tissier el «bacillus bifidus» que lleva su nombre, quedando sentadas las bases de los conocimientos actuales.

Sin entrar en la descripción de más detalles, pues nos apartarían del fin del presente artículo, diremos en conjunto que prácticamente consideramos en el intestino la flora bacteriana habitual dividida en dos grupos: el grupo fermentativo (coli, lactis, aerógenes, enterococo, acidophilus, bifidus, etcé-

tera), y el grupo putrefactivo o flora proteolítica (*perfringens*, *putrificus*, *exilis*, *proteus*, etc.). Como quiera que la composición de los alimentos ingeridos por el niño debe ser adecuada para mantener estas dos floras en una relación de equilibrio necesario, y este equilibrio se altera cuando se produce la administración de alimentos que estimulan el desarrollo exclusivo de una sola flora, se comprende el interés que la alimentación tiene de un modo directo.

Sabemos que los hidratos de carbono producen predominio de la flora fermentativa y que las proteínas lo hacen de la flora putrefactiva, ocurriendo lo mismo con los alimentos en cuya composición predomina uno u otro de los citados principios inmediatos.

Por esto ocurre generalmente en el niño, ya en su segundo año, en el cual no hay ningún alimento de los habituales, que pueda considerarse «indigestible», pero sí lo es la alimentación exclusiva con aquél, pues se constituye entonces lo que llamamos «alimentación unilateral», porque afecta sólo a uno de los principios inmediatos, y que altera a la larga los procesos digestivos. Y es preciso recordar que en la práctica encontramos muy frecuentemente esto, pues los niños, al tener preferencia por alimentos que pueden agruparse en uno solo de estos grupos, es consentido por sus familiares para evitar pequeños disgustos al niño y le llegan a administrar exclusivamente aquellos preferidos con exclusión absoluta de los demás, y así crean al mismo tiempo que la base para una alteración dietética que surgirá con un motivo insignificante, al calor, brote dentario, etc., una perversión del gusto que ha de ser más tarde un serio obstáculo cuando se pretenda alimentar al niño científicamente, a más del perjuicio psíquico-educativo que se ocasiona accediendo a los caprichos del niño.

Como quiera que no podemos analizar caso por caso estas alteraciones, y por ser tan frecuente en la alimentación con leche de vaca exclusiva o predominante, voy a insistir sobre ello. Por su facilidad de administración, por la facilidad mayor que el niño muestra para su ingestión y aun por la creencia de que la leche es un alimento imprescindible en la crianza del niño, se llega a administrar ésta al pequeño casi de modo exclusivo; la modificación de la flora intestinal con predominio de la proteolítica es su consecuencia primera, pues la leche tiene un alto contenido vitamínico, esto, claro es, no se manifiesta las más de las veces por alteraciones clínicas, cuando el niño no es predispuesto y entra en una típica distrofia por leche de vaca; pero llegado el calor, un brote dentario, un ligero enfriamiento, etcétera, ocurre lo que continuamente vemos, especialmente en los meses de calor, y en la práctica profesional, las deposiciones que pudiéramos llamar «standard», todas con los mismos caracteres, alcalinas, fétidas, mucogomulosas, etc., debidas a la dispepsia por leche de vaca de tipo de putrefacción.

En este caso es interesante para su tratamiento hacer un estudio etiológico, pues por la supresión de la leche suelen mejorar rápidamente, mejoría que se hace aun más rápida si se hace la administración de alimentos-me-

dicamentos de tipo fermentativo para aumentar la flora bacteriana en defecto y conseguir con ello el equilibrio digestivo.

Hoy día no existen dudas y se admite por todos los pediatras que en el intestino del niño coexisten ambos procesos de putrefacción y de fermentación, y pareciendo ser precisamente los ácidos los que actúan de freno en la putrefacción bacteriana, si bien estos procesos parecen existir a diversas alturas del tramo intestinal, y se ha considerado también por algunos autores (Marfan, Suñer) que la mezcla de la flora de los distintos tramos pueda tener papel en la patogenia de los trastornos digestivos. Metchnikoff y otros autores pensaron que el trastorno digestivo sería siempre producido por alteración en el sentido de aumento de la putrefacción, y para restablecer el equilibrio perdido se recurría a lo que se llama «implantación microbiana», administrando gérmenes productores de ácido láctico o fermentadores. Este método, fundado en una base errónea de considerar a los gérmenes putrefactores agente causales exclusivos de los trastornos digestivos, ha gozado de gran predicamento y todavía en la actualidad son muchos los médicos que prescriben multitud de preparados a base de gérmenes productores de ácido láctico.

Hoy parece ser suficientemente demostrado que la implantación artificial de flora microbiana no tiene éxito, y preferimos por ello hacer el tratamiento con el concepto nuevo de «alimento-medicamento», administrando aquellos productos dietéticos de cuya composición ha de seguirse el predominio de la flora en defecto. Así lo han comprendido Retgger y Cheplin, pues a la administración de cultivos, primitivo procedimiento de implantación que emplearon, le han sustituido al empleo de una alimentación rica en carbohidratos, particularmente lactosa y dextrina, o bien la leche acidófila.

Se ve, pues, cuánta importancia tiene que sea labor exclusiva del médico, y labor difícil en muchos casos, la instauración de un régimen ade-

---

## **Imprenta Castellana**

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

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

*Didan una demostración de cualquier trabajo.*

*Montero Calvo, 17. - Apartado de Correos 27.*

*Teléfonos 2238 y 2239. - Valladolid.*

cuado al niño según las distintas edades, pues sólo el profesional puede escoger entre los diversos alimentos existentes aquellos que cubriendo las necesidades calóricas del niño, eviten la alimentación unilateral o dirigida a evitar la predisposición morbosa a padecer dispepsias de un tipo determinado.

Las necesidades calóricas en el niño de esta edad son con mucho más elevadas que las del sujeto adulto, puesto que a la reparación del desgaste sufrido por las células en su trabajo, se une el que la irradiación del calor por milímetro cuadrado de superficie es mucho más elevado, y asimismo las necesidades que se desprenden de la superficie que continuamente se encuentra sometida a crecimiento. Las necesidades calóricas aproximadas son cien calorías por kilo que han de llenarse en una proporción adecuada por los distintos principios inmediatos; las mayores discrepancias afectan a la cifra de proteínas de la ración que oscila entre límites bastante amplios entre las distintas escuelas; creo que se puede dar la cifra aproximada de 3 gramos a 3 y medio gramos por kilo de peso; una cantidad aproximadamente igual puede darse para las grasas, y aumentando para los hidratos de carbono a una cifra triple de la de grasas, ya que éstos constituyen la base de alimentos energéticos en el niño a esta edad, y las grasas necesitan para su metabolización una cantidad elevada de carbohidratos.

Hecha esta ración con la relación adecuada entre los principios inmediatos, es preciso compaginar estas proporciones con productos de elevado contenido vitamínico, zumos de frutas y vegetales frescos, mantequilla fresca, yema de huevo, etc., necesarios ya algunos de ellos en épocas anteriores, pero imprescindibles a partir de este segundo año de la vida para obtener un desarrollo «eutrófico» del niño.

De esta manera, una alimentación desarrollada y comprendida sobre base científica, no podría menos de influir de manera notoria sobre la morbilidad, y en consecuencia también mortalidad estivales, llegando a evitarse muchos trastornos digestivos, algunos de los cuales, como los coincidentes con la salida de los dientes, parecen tener ya carta de naturaleza, y son perfectamente prevenibles en gran parte de los casos, observando en todo momento una alimentación correcta.

# HEPATOCALCIO

DEL DOCTOR GRAÑO

ACEITE DE HIGADO DE HIPPOGLOSSUS STANDARDIZADO  
CON CALCIFEROL, FACTOR ANTIRRAQUITICO  
Y VITAMINA A, FACTOR DE CRECIMIENTO E INMUNIDAD ORGANICA

# Acciones patológicas, que los climas, en relación a su humedad, ejercen sobre la salud del hombre

LECCIÓN EXPLICADA EN CÁTEDRA EN MAYO DE 1935

por el Prof. Dr. M. BAÑUELOS

Señores:

El aire sobre la tierra no es absolutamente seco. En todas las partes de la superficie terrestre se obtiene una mayor o menor cantidad de agua, al estado de vapor, en forma visible o invisible para el ojo humano. En los días claros y despejados este vapor de agua es invisible, y en otras ocasiones llega a hacerse visible. Cumple en la atmósfera este vapor de agua una serie de funciones, de las cuales sólo nos interesa considerar algunas, que hacen relación a nuestro objeto. Así, pues, diremos que el peso específico del aire seco en absoluto es igual a 1, pero si tenemos en cuenta que, el peso del vapor de agua es igual a 0,625, resulta que el aire húmedo pesa menos que el aire seco. Hecho de cierta importancia, puesto que explica las variaciones de la presión atmosférica en los cambios de tiempo hacia lluvia o el aumento cuando disminuye el valor de agua en la atmósfera, y con ello nos explicamos el influjo que pueda ejercer ello sobre el cuerpo humano.

Una determinada cantidad de aire, para una cierta temperatura, puede tener únicamente una cantidad fija de agua, como cifra máxima, y cuando se quiera aumentar esa cifra, se produce la precipitación del vapor de agua sobre las paredes del recipiente, constituyendo una especie de rocío, pero la cantidad de agua que puede tener un volumen determinado del aire varía con la temperatura, y así resulta que a 10° contiene doble cantidad de vapor de agua que a cero grados, y a 100° aumenta la cantidad de agua en un 3,6 por 100 por cada grado que se aumente.

\* \* \*

El influjo de la humedad atmosférica sobre la salud del hombre está fuera de toda duda; pero las razones y los mecanismos por los cuales se ejerce este influjo están muy lejos de haber sido esclarecidos. Por ello, solamente se puede afirmar que cuando en la atmósfera se han producido cambios atmosféricos que amenazan lluvia, una serie de personas, más sensibles que otras, acusan el influjo de la humedad atmosférica aquejando diversas molestias.

No obstante, algunas cosas parecen haberse esclarecido, y así se afirma que el influjo de la humedad atmosférica no dependen tanto de la cantidad de agua, que existe en la unidad de volumen de aire, como de la cantidad de humedad que contenga el aire en proporción a la temperatura ambiente; de donde resulta que lo más importante para la salud del hombre no es la humedad absoluta del aire, sino la relativa. Es mucho más importante,

se ha dicho, el estado del termómetro húmedo que el estado del termómetro seco; con lo que se quiere indicar la dependencia entre humedad y temperatura.

Efectivamente, todo el mundo sabe, por experiencia propia, la sensación especial de desagrado y disgusto, y a veces de malestar, que se siente cuando el termómetro acusa mucha temperatura, y al mismo tiempo existe gran humedad en la atmósfera por amenazar tormenta en esos días bochornosos del verano, aunque quizá todavía no haya nubes en la atmósfera, y entonces se demuestra, con la realidad, lo mal que el hombre soporta temperaturas no muy elevadas, conteniendo gran cantidad de humedad la atmósfera. Con esta misma temperatura y aire seco muchos hombres se sentirían completamente bien. Seguramente que, en tales condiciones, las causas de malestar del hombre se deben, principalmente, a lo difícil que le resulta regular su temperatura en  $36,5^{\circ}$  a  $37^{\circ}$ , siendo la sintomatología del golpe de calor, en sus más leves grados, las molestias más frecuentemente causadas en las personas sensibles o que no van vestidas convenientemente para soportar el calor húmedo.

Son muchos también los sujetos que en tales circunstancias acusan astenia, cansancio y desgana para todo trabajo corporal y psíquico.

El sistema nervioso parece ser menos activo en tales condiciones, y por eso, cuando se dan esas circunstancias atmosféricas, el hombre acusa, juntamente con el cansancio, somnolencia y pereza, que cuando se sostiene mucho tiempo la humedad y la elevación de la temperatura, se transforman en insomnio y una gran indiferencia ante el medio circundante.

\* \* \*

En oposición a esto, el aire seco ejerce sobre el hombre una acción refrigerante y un estímulo para su actividad, siendo acaso todo ello explicable, porque el aire seco disminuye la temperatura del cuerpo humano, y éste, para mantener la normal, necesita realizar ejercicio corporal.

También se han querido explicar todos estos procesos que venimos comentando, porque se producirían modificaciones en el equilibrio electrolítico de humores y tejidos, y además modificaciones en el estado de los coloides orgánicos; pero una demostración de tales suposiciones falta todavía.

Habiendo considerado hasta ahora la atmósfera húmeda y caliente, debemos examinar a continuación, siquiera sea brevemente, cómo influye sobre el cuerpo humano la atmósfera húmeda y fría. Es hecho bien sabido que el frío húmedo es una de las sensaciones más desagradables que el hombre experimenta en el invierno, y todo el mundo sabe bien que los días fríos del invierno y claros y despejados, y luciendo el sol, siempre que el viento no sea muy fuerte, aunque la temperatura sea baja, se soportan admirablemente y no parecen influir de manera perniciosa sobre la salud. Por otra parte, la humedad absoluta de la atmósfera en el invierno es muy pequeña, aunque

la relativa sea grande; pero el aire expulsado en la expiración, como sale a mayor temperatura que el aire exterior, puede lanzar grandes cantidades de agua desde el interior al medio ambiente; por eso se soporta bastante bien por el hombre el invierno, cuando éste no es excesivamente frío, y por eso son saludables también los deportes en la nieve y en el hielo, cuando el sol luce.

Pero cuando el tiempo es demasiado húmedo y frío, y el sol no luce en el horizonte, el hombre soporta mal esos días, sobre todo cuando se prolongan, empezando por sentir una gran nostalgia por la luz y por el calor, debido a que el aire húmedo conduce mejor el calor, y el sujeto se enfría más y más pronto.

Por otra parte, los enfriamientos son más difíciles de evitar y se originan gran número de enfermedades, que con tiempo claro, aunque frío, no aparecerían. Sobre todo, la persistencia de las nieblas hace que aparezcan con facilidad numerosos estados catarrales de las vías respiratorias, y sin que sepamos por qué, en estas condiciones muchos microbios patógenos, que se localizan frecuentemente en el aparato respiratorio, exaltan su virulencia y aparecen epidemias de tipo gripal, e igualmente, si la humedad va acompañada de enfriamiento de todo el cuerpo, las pleuresías y las nefritis aparecen también, en gran escala, llegando a tomar las nefritis aspecto epidémico. También el reumatismo poliarticular agudo y los reumatismos crónicos se multiplican en estas condiciones, de donde se desprende que el frío húmedo facilita el desarrollo de diversos estados patológicos.

\* \* \*

En cuanto a la presencia de nubes se refiere, es necesario tener presente que en este mundo todo es relativo, y que si el cielo despejado y sin una nube, con temperatura agradable, obra favorablemente sobre la salud del hombre produciendo alegría y sensación de bienestar, sobre todo en primavera, en cambio en los días de verano suele alegrar a veces, en los climas muy secos y muy cálidos, la presencia de nubes que anuncian la lluvia, que hará disminuir la cantidad del polvo atmosférico, que por ser excesivo irrita las mucosas del árbol respiratorio, y aun la conjuntiva ocular, produciendo entonces la lluvia una sensación de bienestar y de mejoría de salud en los sujetos, tal como se observa, a menudo, en el mes de Septiembre, después de un verano caluroso, en Castilla.

La lluvia por sí sola no resulta, ni puede resultar, perjudicial para la salud; y sin embargo, a veces sucede que la lluvia origina perjuicios a la salud del hombre, cuando el sujeto se moja y esta ropa la sostiene sobre su cuerpo, al mismo tiempo que un viento más o menos fuerte, evaporándola, origina enfriamientos, dando lugar a las enfermedades que por enfriamiento húmedo hemos mencionado anteriormente; pero con la diferencia de que aquí constituyen casos aislados y allí tomaban aspecto epidémico.

Otros factores intervienen también, conjuntamente con los estudiados, sobre la salud del hombre, y que están en relación con la humedad del ambiente, debiendo mencionar, sobre todo, la tensión eléctrica y carga eléctrica del aire, factor, que sin saber bien cómo y de qué manera, es indudable que influye, y acaso poderosamente, en la sensación de bienestar del hombre en un clima o lugar determinado.

\* \* \*

A continuación nos vamos a ocupar de los trastornos que en la salud del hombre se originan por déficit de humedad en el medio ambiente, lo que quiere decir que cuando el aire que respiramos es demasiado seco, nuestra salud puede correr ciertos peligros; y como resumen de lo que pudiéramos decir acerca de las leyes fisiológicas y de Patología general, que a esta cuestión se refieren, vamos a exponer las leyes más interesantes para el médico.

1.<sup>a</sup> Ley.—El aire húmedo hace perder al cuerpo menos calor que el aire seco; por consiguiente, calor húmedo y frío seco, en relaciones inversas, pueden ser perjudiciales para la salud del hombre, porque el primero conduce al golpe de calor y el segundo facilita las enfermedades por enfriamientos.

En consonancia con esta ley, el hombre de la meseta castellana teme a los enfriamientos más que los de las regiones húmedas, porque la experiencia le ha enseñado la efectividad y realidad de la acción perniciosa de los enfriamientos, por causarle repetidas veces muchas de las enfermedades que atribuimos a excesos de humedad en el medio ambiente, y corrientes de viento que faciliten el enfriamiento, sobre todo si el sujeto que se enfría estaba sudando.

2.<sup>a</sup> Ley.—Como se pierde vapor de agua por la respiración, el aceleramiento de los movimientos respiratorios no interviene casi en nada para refrescar el cuerpo en los climas húmedos; en cambio actúa como poderoso refrigerante en los climas cálidos y secos, a semejanza de lo que sucede, por ejemplo, en la respiración disnéica del perro, cuando tiene exceso de calor. Por consiguiente, en los climas cálidos y de aire seco, como suele ser Castilla en el verano, la disnea cumple una acción refrigerante.

3.<sup>a</sup> Ley.—Con altas temperaturas y con gran humedad en el medio ambiente, al mismo tiempo que con calma atmosférica, sin vientos de ninguna clase, resulta difícil la refrigeración del cuerpo.

También aquí sigue siendo un hecho curioso el que siendo la humedad atmosférica uno de los factores más principales para la determinación de los climas, cuyas acciones fisiológicas y patológicas son evidentes, se haya estudiado esta cuestión tan poco, desde el punto de vista científico, que como regla general podía decirse que la ciencia sabe poco más o menos lo que el hombre del vulgo, acerca de las acciones del exceso y déficit de humedad en el medio ambiente, sobre la salud del hombre. Así, por ejemplo, los conocidos dolores de las cicatrices en los cambios de tiempo, como igualmente

los dolores de los reumáticos, se ha intentado explicarlos por variaciones en el volumen del tejido de la cicatriz, durante los cambios de humedad, es decir, que las articulaciones enfermas y las cicatrices actuarían como verdaderos higrometros, a semejanza de lo que sucede en ciertas especies animales, como son los insectos, en los cuales existen verdaderos aparatos de carácter higrométrico, y aun en el hombre los pelos se comportan como verdaderos higrometros, y como se sabe se han utilizado en la práctica para la fabricación de estos aparatos. Y en cuanto a las articulaciones, se podrían comparar en sus partes cartilaginosas y fibrosas a las placas de gelatina, que como también es conocido, son de una gran sensibilidad higrométrica.

El aire seco con déficit de humedad ejerce sus acciones perniciosas, principalmente, sobre las heridas, secándolas rápidamente, e igualmente es pernicioso el aire seco en exceso, sobre la mucosa nasal, y en especial sobre los labios y las conjuntivas; pero aun sobre las mucosas de la tráquea y bronquios puede llegar a ser perjudicial, cuando la sequedad del mismo es muy grande y la nariz y faringe se hallan secas en exceso.

También el aire seco en alto grado ejerce acciones perjudiciales sobre la piel, como se observa en los climas secos del desierto, en los cuales se llega a perder el agua del cuerpo, sin llegar a constituirse gotas de sudor, porque se evapora rápidamente.

Como consecuencia de la necesidad de perder agua por la respiración y por la piel para regular la temperatura, el hombre de los climas secos necesita tener siempre un gran depósito de agua en su organismo, para poder subvenir a estas necesidades, sin que por ello se produzca un espesamiento de la sangre, y esto, que sucede en el hombre, sucede también en los animales que sudan; pero los pequeños animales que no sudan, y que no tienen una regulación física del calor orgánico, no tienen esa cantidad de agua en exceso dentro de su organismo, que prestada a la sudoración y a los pulmones regula la temperatura, sin espesamiento de la sangre.

En ellos, en los animales que no sudan, la pérdida de agua va inmediatamente seguida del calentamiento de la sangre y de graves trastornos fisiológicos y patológicos.

Hemos considerado los casos extremos en los cuales la humedad excesiva o la sequedad excesiva conducen a trastornos patológicos, incluso a los que ahora vamos a estudiar, que son los que como consecuencia de la sudoración extraordinaria para regular la temperatura y la pérdida de vapor de agua extraordinaria también por la respiración, agotan el agua en depósito o reservas que tiene el organismo para estas necesidades, conduce a un espesamiento de la sangre y de los humores orgánicos, que se exteriorizan primero por una sed más o menos violenta, con ligero malestar y después con graves trastornos en la fisiología normal, que se hacen ostensibles en muchos aparatos, desde la sensación de sequedad de fauces, mucosas y piel, a toda la sintomatología del golpe de calor, si no se repone rápidamente el agua que el organismo necesita para su funcionamiento normal.

Pero cuando la sequedad no es excesiva, ni la humedad tampoco, ambas ejercen efectos favorables y estimulantes sobre el organismo, cuando éste llega de un clima contrario, es decir, en el verano, por ejemplo, el hombre de la meseta de Castilla encuentra alivio cuando se acerca a un clima más húmedo, y en el invierno el hombre de la costa se siente mejor y estímulo cuando viene a la meseta castellana.

Estas acciones de la humedad, tanto en el caso de exceso como de defecto, se ven aumentadas o disminuídas, según las circunstancias, por la acción del sol y del viento. Así el sol, por su acción calorífica, contribuye a aumentar la sequedad del aire y a mitigar en cambio el exceso de humedad. El viento, por su acción desecadora, aumenta la acción refrigerante del clima seco, y en cambio no modifica casi la acción del clima húmedo, o por lo menos lo hace en pequeña proporción.

Todas estas acciones de la humedad son modificadas e influídas además por muy distintos factores, de los que mencionaremos algunos, que colocaremos en el grupo de los conocidos, habiendo sin duda algunos otros que todavía son desconocidos.

Desde los trabajos célebres de Arrhenius sobre las acciones que la electricidad del aire ejerce en los procesos fisiológicos, se ha estudiado reiteradamente la electricidad del aire, la ionización del aire, la conductibilidad eléctrica del aire, y ello se ha hecho en el aire del mar, en el de las montañas, en el del desierto y en los cambios atmosféricos, para tratar de buscar una relación entre estos factores y la salud del hombre, pudiendo decir, desde ahora, que las conclusiones a que se han llegado no permiten afirmar nada cierto sobre el particular.

Por otra parte, los rayos del sol, dando lugar a modificaciones muy importantes en la materia muerta y en la materia viva, presuponen un cierto papel, también en relación con la humedad atmosférica, puesto que corrientemente en los climas húmedos el cielo suele estar cubierto y la cantidad de rayos ultravioleta que llegan a la tierra es pequeña, mientras que en los climas secos, el sol puede lucir durante muchas horas y el cielo está despejado llegando gran cantidad de rayos ultravioleta a la tierra, y ejerciendo conjuntamente con la sequedad del aire las acciones activas sobre el organismo.

Los factores no estudiados son aquellos que se hacen notar como propios de un país, sin que sea posible explicar el motivo, y así mencionan los autores alemanes, tales como Kestner, el desarrollo extraordinario en longitud y anchura de los niños, que se llevan a veranear en las costas del mar del Norte, y además las reacciones cutáneas que experimentan, incluso las modificaciones que se observan aun en las reacciones a la tuberculina.

Estos mismos factores desconocidos son los que actúan también para que en ciertos lugares de la tierra se recomienden como favorables para tratar determinadas enfermedades, lo que ha dado lugar a que se hable de climas excitantes y climas no excitantes de las funciones orgánicas.

# Ginecología médica

Para el tratamiento endocrino de  
*Insuficiencia ovárica*  
*Trastornos climatéricos*

## PROGYNON-B OLEOSO

(ESTER BENZOICO DE LA HORMONA DIHIDROFOLICULAR)

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

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

### ENVASES ORIGINALES :

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

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

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING S. A., MADRID / BARCELONA



**NEO**  
**SPIROL**  
ESTEVE

PRIMER 914 NACIONAL  
para el tratamiento de la

# SÍFILIS

en todos sus períodos

INYECCIÓN  
INTRAVENOSA

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

Vitalipol. . . . . Vitaminas A. D.

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

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

## EDITORIAL LABOR, S. A.

BARCELONA: Provenza, 84-88 -:- MADRID: Plaza Independencia, 4

### NUEVAS PUBLICACIONES MÉDICAS LABOR

aparecidas en el 1.º y 2.º trimestres de 1935

#### Tratado de Histología y Anatomía microscópica

por el Prof. Dr. L. Szymoowicz. Con 580 páginas y 408 figuras en negro y color. **Ptas. 55,-**

#### Tratado de Técnica operatoria

publicado bajo la dirección del Prof. M. Kirschner, con la colaboración de eminentes especialistas. Constará la obra de ocho tomos, profusamente ilustrados en negro y color.

TOMO I: **Parte general**, por M. Kirschner. 732 páginas y 755 figuras, en negro y color. **Ptas. 90,-**

#### Tratamientos dietéticos modernos

por el Dr. R. Franck. Con 185 págs. y 3 ilustraciones. **Ptas. 15,-**

#### Alimentación del niño de pecho

por los Dres. F. Meyer y E. Nassau. Con 424 páginas y 85 ilustraciones. **Ptas. 28,-**

#### Tratado de las Enfermedades infecciosas

por los Profs. Dres. G. Jochmann y C. Hegler. 1.190 páginas y 464 figuras, la mayoría en color. **Ptas. 86,-**

#### Accidentes por la electricidad

por el Dr. S. Jellinek. Con 174 pág. y 50 ilustraciones. **Ptas. 17,-**

#### Tratado práctico de tuberculosis

por los Dres. H. Alevander y G. Baer. Con 490 páginas y 238 figuras. **Ptas. 36,-**

#### Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los niños

por el Prof. Dr. F. Lust. Con 520 págs. (3.ª edición.) **Ptas. 30,-**

## 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 y sépticoantiséptico / EMBALSAMAMIENTOS

LUCHA ANTITUBERCULOSA DE ESPAÑA.—DISPENSARIO DE LEÓN

## Expectoradores "sanos" de bacilos de Koch

por FELIPE G.<sup>a</sup> LORENZANA, Director interino

En estos últimos tiempos ha sido objeto de estudio y de varias publicaciones, un hecho ya frecuentemente observado, de sujetos que presentan en sus esputos bacilos de Koch, sin que sea posible encontrar ni física ni radiológicamente la lesión originaria de estos bacilos.

Con motivo de un caso estudiado por nosotros, nos interesa, además de exponerle, hacer algunas consideraciones sobre el concepto actual de este hecho, siempre un poco desconcertante, y que al hacer cada vez mejor el estudio del tuberculoso o del presunto enfermo de tuberculosis, podemos encontrarnos con esta discordancia a la que realmente no estamos acostumbrados.

Numerosos autores se han ocupado de este asunto: Calmette, Cordier, Gutmann, Lowel, Opitz, Meersseman, Bezancon, Partearroyo, Ayerbe, Almansa, etc.

Ante un enfermo que nos ofrece esta modalidad, según qué autor lo haya estudiado, ha formado su hipótesis. Así, por una parte, se pensó, primeramente, en que se trataría de un error de laboratorio, en que se hubieran contaminado esputos no bacilíferos, cuyo concepto exigió lógicamente la inmediata comprobación, que hizo desecharlo. Igualmente hubo de pensarse en los bacilos ácido-resistentes saprofitos del agua o vidriería. Desde el laboratorio se pasó al individuo, habiendo llegado a considerarlos como expectoradores sanos de bacilos de Koch, portadores válidos les llamó Cordier, presentándoles, pues, bajo este aspecto como simples portadores de bacilos.

Esta explicación tan sencilla es de difícil arraigo, y por consiguiente algunos autores hicieron nuevas hipótesis. Se pensó que si la radiografía no acusaba lesión alguna podría suceder que no se viera, pero no que no existiera. Así expusieron Stephani y Mollard cómo algunas lesiones no son puestas de manifiesto en la placa radiográfica por no llegar al «dintel de opacidad», lo que haría que la zona donde asentara no tradujera en la radiografía anormalidad alguna.

Igualmente deben valorarse las lesiones esclerosas discretas, la tramitis de Bezançon, que pueden ser las originarias de estos bacilos. Es además preciso no olvidar que la localización de las lesiones puede muchas veces estar situada de tal manera que no sea accesible a la impresión sobre la placa en la posición corriente postero-anterior, con centraje de tubo a nivel de cuarta vértebra dorsal, y en la que las regiones retrocardiaca e hiliares son difíciles de ver.

Aun las hipótesis han sido extendidas en el sentido de las experiencias de Leuret y Caussimen, en las que se pone de manifiesto la facilidad del epitelio alveolar para el paso de los bacilos que llegaran por vía hemática o linfática, sin determinar lesión, o siendo ésta mínima en la que la pequeña reacción histológica evolucionaría hacia la integridad tisular. Meersseman se muestra partidario de este concepto.

Sergent y Cordier se atienen en este hecho al llamado bacilo de salida, ya que lo han observado en sujetos con procesos inespecíficos pulmonares. Otros autores dan gran importancia al papel importante que juega la bronquialveolitis descamativa en tuberculosis pulmonar, lo que haría que no se percibiera la lesión por no llegar al diten de opacidad conforme al concepto de Stephani y Mollard, que llama Almansa de Cara, fase pre-radiográfica.

La amígdala, la rotura de algún ganglio tuberculoso, la baciloscopia positiva en contenido gástrico de origen biliar, etc., han sido igualmente objeto de estudio en estos casos.

Por otra parte, parece sin embargo que hay un hecho fundamental: es la escasa virulencia de estos bacilos.

Así, pues, del conjunto de las hipótesis y fundándose en datos objetivos, debemos tener en cuenta esta escasa virulencia bacilar. De la misma manera, y con arreglo al concepto actual de nuestro conocimiento sobre la infección tuberculosa, hay que tener en cuenta el momento alérgico del sujeto. Y es preciso no olvidar que la situación de la lesión puede ser difícilmente accesible a la normal visibilidad en la posición postero-anterior.

Si recordamos que el bacilo de Koch, al penetrar en el organismo ejerce su acción de dos maneras, como cuerpo extraño, que aboca a la formación del tubérculo, y como productor de toxinas, que produce en el organismo merced a la reacción alérgica, una reacción perifocal que constituye el infiltrado, si su virulencia es escasa o la situación alérgica del individuo es excelente (alergia terciaria), no se produciría el infiltrado o éste sería tan escaso que no llegara a la visibilidad. De esta manera, en nuestra opinión, el concepto de los mal llamados expectadores «sanos» de bacilos de Koch, debe ser valorado únicamente en este sentido, excepto en los casos en que la lesión exista y sea visible en otras posiciones que la postero-anterior.

Respecto a esto último, he de citar la utilidad de la exploración radiológica del tórax, en distintas posiciones, citando aquí únicamente la posición en lordosis de Fleischner, que tiene la ventaja de poder hacer un estudio detallado del vértice pulmonar, al liberarle de las sombras óseas que normalmente se superponen. De esta manera la clavícula y la primera costilla quedan por encima del límite superior.

La colocación se hace de la siguiente manera: El enfermo mirando al tubo, o sea en posición antero-posterior, apoyada la espalda en el chasis, siguiendo el eje del enfermo una inclinación de unos 30° referidos a la vertical, de tal manera que el rayo central penetre a nivel del apéndice xifoides. El re-

sultado así obtenido se demuestra en la radiografía número 3. Miñana, Ulrici, Calonge y Gil, etc., han empleado el procedimiento poniendo de manifiesto la utilidad del método para descubrir lesiones no visibles de otra manera. Nuestro caso encaja perfectamente en este hecho.

En los otros casos en que no es posible descubrir nada, el concepto que

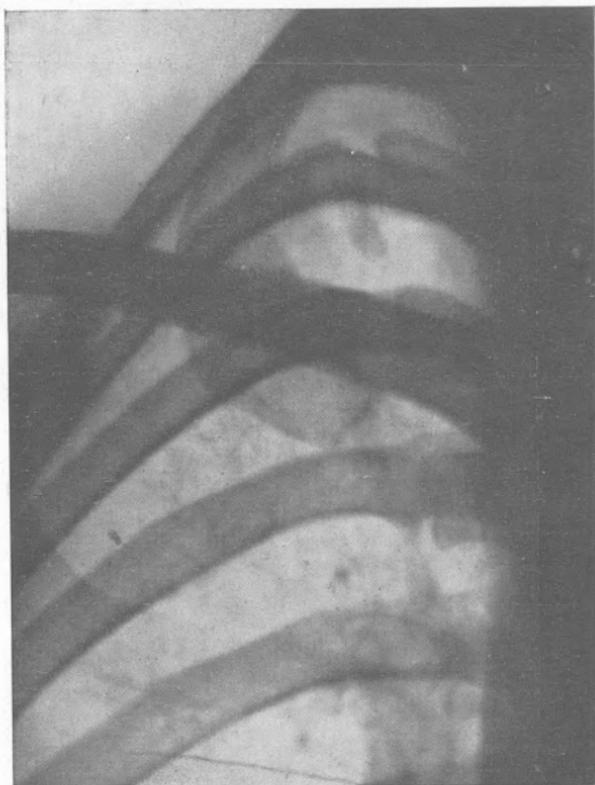


Radiografía 1.<sup>a</sup>

debe merecernos es el de encontrarse la lesión en fase prerradiográfica. Existe una forma de comienzo de la tuberculosis pulmonar, que desde el punto de vista clínico ofrece una sintomatología indeterminada, sin que sea posible descubrir nada a la exploración física ni radiológica, hasta que pasado algún tiempo, uno o más meses, nos vemos sorprendidos con que aquel enfermo que se había considerado como sano presenta una lesión constituida. Si en estos casos investigamos los esputos, es probable que encontremos algunas veces bacilos, y cuya lesión no llega al dintel de opacidad. Sería, pues,

una lucha entre la infección y los procesos defensivos, manifestándose la lesión cuando aquélla ha provocado la regresión alérgica.

Es lógico pensar que hay sujetos que después de haber presentado una lesión y aquélla ha desaparecido, habiéndose reabsorbido la reacción perifo-



Radiografía 2.ª

cal, esta microlesión restante no es visible, lo que debemos tener en cuenta. De donde puede existir también una fase post-radiográfica.

El caso que presentamos es el siguiente:

N., marido enfermo de tuberculosis pulmonar. Con motivo de reconocimiento familiar sorprendemos enferma a su mujer, en Agosto de 1933. El marido muere meses después.

La enferma que nos ocupa es balifera. V. de S. 23. La radiografía (radiografía 1.ª) pone de manifiesto su proceso lesional. Al fallecer el marido desaparece la enferma.

Casi dos años después, en Mayo de 1935, regresa al Dispensario. Su estado general es bueno, no notando sintomatología subjetiva alguna. Los

esputos siguen conteniendo bacilos de Koch. La radiografía (radiografía 2.<sup>a</sup>) ofrece una imagen que no tomaríamos muy en consideración si no fuera por la baciloscopia positiva. En ella se advierte un nódulo de Puhl, un casquete apical y una imagen infraclavicular de dibujo acentuado de tramitis.

Reiteramos el examen de esputos, siendo todas las veces positivos. Ante



Radiografía 3.<sup>a</sup>

este hecho, pensamos que pueda tratarse de una lesión en fase post-radiográfica, pero antes de formar este juicio tratamos de descubrir las zonas ocultas, para lo cual hacemos una radiografía en lordosis forzada. Nos inclina a investigar el no poder dudar de la autenticidad de los bacilos tuberculosos, por haber convivido con un enfermo bacilífero y haber sorprendido en esta mujer una lesión evolutiva y activa en aquel momento.

La radiografía (radiografía 3.<sup>a</sup>) practicada en posición en lordosis de Fleischner, nos muestra la existencia de cavidades sin apenas reacción peririfocal.

Se trata, pues, de un caso que podríamos considerar como de expectoradora de bacilos en fase post-radiográfica, ya que tenemos la prueba de haber tenido lesión y la de su regresión en la segunda radiografía. Sin embargo el estudio de su parenquima pulmonar, acudiendo a la posición en lordosis, nos muestra la real existencia de cavidades, que no hubieran sido descubiertas de otra manera.

De todo lo anteriormente expuesto, deducimos lo siguiente: Que aunque no es frecuente descubrimos alguna vez enfermos que expectoran bacilos sin que la radiografía en posición postero-anterior se nos ponga de manifiesto la lesión. Que no existen expectoradores «sanos» de bacilos de Koch, siendo algunas veces posible descubrir las lesiones acudiendo a distintos procedimientos de proyección, o bien que dicha lesión no llegue al dintel de opacidad, bien se encuentre en fase pre-radiográfica o post-radiográfica. Que juega un gran papel en esta escasa visibilidad, por una parte la escasa virulencia del germen y por otra la reacción alérgica del individuo, que puede llegar incluso hasta la anergia positiva de Hayek. Que este tipo de lesiones debe denominarse, conforme hemos expuesto en otro trabajo, tuberculosis bacilífera con lesiones inaparentes.

#### BIBLIOGRAFÍA

- ALMANSA DE CARA.—«Rev. Esp. de Tub.» Abril, 1935.  
 BEZANCON, BRAUN y MEYER.—*Sci. d'étud. scient. sur la Tub.* «Rev. de Tub.» Febrero, 1934.  
 CALONGE y GIL.—«Rev. Esp. de Tub.» Abril, 1935.  
 DIEZ.—*La tuberculosis pulmonar en el niño y en el adulto.* 1935.  
 JIMENEZ DIAZ.—«Lec. de Pat. Med.» 1933-34.  
 MEERSEMAN.—«Pres. Med.», núm. 18. 1935.  
 MIÑANA.—«Arch. de Tiss. de la Enf. de Chamartín». 1933.  
 PARTEARROYO.—«Rev. Esp. de Tub.» Febrero, 1935.  
 STEPHNI y MOLLARD.—«Pres. Med.», núm. 67. 1934.

---

### **ORIGINALIDAD TERAPÉUTICA**

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

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

*Laboratorio Egabro*

**CABRA (Córdoba)**  
 (ESPAÑA)

# BIOPLASTINA SERONO ENDOVENOSA

Ha sido puesta a la venta

en cajas de 4 inyectables de 10 c. c.  
y cajas de 8 inyectables de 5 c. c.

después de

## ENSAYOS BRILLANTÍSIMOS

Los señores médicos pueden pedir detalles a las oficinas de propaganda  
de la Casa Lepori en España: Madrid: Plaza de Canalejas, 6.



Desde hace 30 años  
acreditada  
y preferida

**Arsenoferratoza**  
(Licor ferro-arsenical con 0,3% Fe. y 0,003% Ars.)

El preparado ideal para la  
medicación combinada de  
**Hierro y Arsénico**

Frascos de origen con unos 250 grs.

Literatura y muestras a disposición de los Sres. Médicos

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

Vente exclusiva para España:

„BOEHRINGER“ Productos Químico-Farmacéuticos, S. A.  
BARCELONA - Apartado 5.052

MADRID - Apartado 10.025

# 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

## PRODUCTOS VÉLEZ

V  
E  
V  
E  
L  
E  
Z

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

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

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

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

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

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

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

## Sesiones clínicas del Instituto Rubio

**DOCTOR VERDES MONTENEGRO.**—El empleo de los preparados oleosos de las sales de oro.—Empieza diciendo que va a tratar de un problema de actualidad, pues es de mucho interés considerar la evolución que han seguido en estos últimos años las ideas relativas al tratamiento de la tuberculosis por las sales de oro. Es de tanto interés el asunto, que hoy mismo ha visto una comunicación acerca de él anunciada en la Sociedad Española de Fisiología, y en la Sociedad de Estudios de Tuberculosis se empezó hace unos días a abordar este tema, el cual será discutido en una sesión próxima. Ello demuestra cuánto preocupa el mecanismo de acción de las sales de oro en la tuberculosis pulmonar, lo que ha dado lugar a nuevas normas y nuevos productos, los preparados oleosos, que en estos últimos tiempos han empezado a emplearse.

Tiene el tratamiento aúrico una historia corta, pues fué en el año 1917 cuando se empezaron a estudiar en España el trifal y el krysolgan, dos preparados de oro que no alcanzaron gran difusión, y fué a fines del año 1924 cuando Mollgard dió a conocer sus trabajos experimentales sobre la sanocrisina. Aplicáronse a este producto por los prácticos los estudios hechos por otros autores sobre los dos preparados anteriormente citados, y es curioso observar que las dosis iniciales de estos medicamentos, aun no siendo grandes, fueron rebajadas pronto, pues la clínica demostró que se producían alteraciones diversas, unas veces renales, otras dérmicas, edemas laríngeos y otros trastornos hoy mejor estudiados con los preparados del tipo de la sanocrisina, lo que hizo pensar que se había excedido la dosis para la cual era susceptible el enfermo. No alcanzaron el krysolgan y el trifal la difusión que ha tenido no sólo en España, sino en el mundo, la sanocrisina, y suponíase entonces que las sales de oro tenían una acción directamente bactericida y que impedían el desarrollo del bacilo de Koch; se comprenderá que impregnar el organismo de un modo uniforme de esta manera, no es una cosa fácil ni llana, y ya esto hizo pensar a Feld que esta acción no era directamente bactericida, sino una aceleración catalítica de procesos curativos, que si no fuera por la acción de estas sales, se desarrollarían más lentamente.

Sin embargo esto es también algo nebuloso. Después se ha creado con la sanocrisina una gran literatura, en la que se insistía en la acción bactericida, pero los prácticos demostraron cierta desconfianza hacia la idea de que el modo de acción fuera realmente bactericida, y despertó también temores el empleo de dosis fuertes, porque parecían análogos la acción de la sanocrisina y la de la tuberculina, y con

**DISMENORREAS. CLIMATERIO. EPILEPSIA**

**VACOTONIL**

Extracto de BELLADONA LUMINAL. (En grasas de 6 a 12 diarias.)

Extracto OVARICO total. (TIPO). Extracto de VALERIANA. Extracto de BELLADONA LUMINAL.

**DEL DOCTOR GRAÑO**



ésta ya se había demostrado que el tratamiento no ofrecía peligro por el empleo de dosis pequeñas crecientes, y era, en cambio, a veces, catastrófico el empleo de grandes dosis; por este recuerdo se pensó por muchos prácticos en disminuir las dosis que entonces se preconizaban.

Mollgard sostenía que el producto debía ser fácilmente difusible, y aunque esto también despertó cierta desconfianza, fué sin embargo aceptado. No lo fué en cambio, el suero que se prepara al mismo tiempo para tratar los fenómenos tóxicos que sufrían los enfermos, pues todos los sueros habían resultado ineficaces contra estos fenómenos. Much, con sus trabajos analizando especiales particularidades del virus tuberculoso, había demostrado de manera evidente que este camino estaba cerrado a todo progreso.

Se había formado con la sanocrisina, sobre amplia experimentación, un cuerpo de doctrina que la realidad ha ido desmoronando, como se sabe ocurre generalmente con las primeras explicaciones que se dan sobre cualquier cosa; también la primera explicación que dió Erlich sobre la quimioterapia, era que ésta destruía directamente los gérmenes, y hasta habló de una esterilización magna.

Los hechos han demostrado después que la sanocrisina tenía sobre el linfoma tuberculoso una acción rápida y decisiva que no tenía sobre otras formas de la tuberculosis, lo que hizo pensar a algunos que se administraba mal o que el producto no reunía las condiciones necesarias para tratar enfermos de otros procesos tuberculosos, mientras que sí las tenía el linfoma.

Los experimentos de Levaditi sobre la acción del bismuto en la sífilis, han abierto, aunque lentamente, paso a nuevas normas y a nuevos productos en el tratamiento de la tuberculosis por las sales de oro; decía Levaditi que no mata el bismuto «in vitro», ni tampoco un extracto de hígado, riñón o bazo, los espiroquetes de la sífilis, pero que combinados estos productos los mataba con rapidez, lo que hacía pensar que la acción en este caso no se debe al bismuto, sino a la formación de un cuerpo nuevo debido a la combinación del bismuto con las albúminas orgánicas.

He dicho que las dosis de las sales de oro que se empleaban en la época del trífal y krysolgan, aun no siendo grandes, fueron pronto reducidas, lo que se hizo con el propósito de evitar los fenómenos reactivos y las sorpresas por el desconocimiento del grado de sensibilidad del enfermo; el hecho es que esta disminución de las dosis produjo una disminución de las reacciones intensas y de los efectos nocivos que antes se observaban; esta disminución de las dosis no perjudicaba al efecto beneficioso de las sales de oro, pues Schroeder, en contra de la opinión sostenida por otros autores, ha obtenido con dosis pequeñas resultados favorables.

Levaditi halló, investigando la capacidad terapéutica de la sanocrisina en la sífilis experimental del conejo, que no solamente en inyecciones intramusculares e intravenosas, sino aun administrada por la boca, surtía efecto, e hizo observar también, que la destrucción de los gérmenes en el chancro experimental se operaba por la inyección intramuscular de trepol, y que bastaban cantidades tan pequeñas de bismuto que no podían ser demostradas por los métodos ordinarios del análisis cuantitativo; el bismuto permanecía casi en su totalidad en el músculo, y pequeñas cantidades en el bazo, riñón, pulmones e hígado; en las lesiones, la cantidad de bismuto que se encontraba era de 1 a 2 milésimas de miligramo, bastando, por lo tanto, ligeros indicios de bismuto para ejercer su influencia letal.

Como se ve experimentalmente, la necesidad de dosis fuertes en el tratamiento

por las sales de oro, tiene argumentos en contra que merecen estimación. Si bien se considera, tiene también argumentos en contra la necesidad de que el preparado sea muy soluble y difusible como se pensaba por el autor de la sanocrisina.

La comparación que venimos haciendo de la tuberculosis con la sífilis, me hace recordar que años atrás el aceite gris era la preparación preferida por los sifilógrafos, quienes solamente en los casos en que especiales circunstancias le desaconsejaban, utilizaban los mercuriales solubles, poniendo a éstos el inconveniente de su rápida eliminación del organismo; me parece muy probable que no fuera esta eliminación tan rápida como se creía, sino que parte del mercurio permaneciera en el organismo formando un depósito aunque éste fuera desde luego menos importante que el producido por el aceite gris. Lo mismo ocurre con la sanocrisina, que a pesar de ser muy soluble se encuentra en el organismo aun mucho tiempo después de inyectada.

Esta sospecha la despiertan los resultados del tratamiento de la sífilis por los bismutos, pues éstos, según el mismo Levaditi, son lentamente novilizados, formando compuestos orgánicos. Los glóbulos blancos y las células fijas del tejido, ejercen acción fagocitaria respecto de las partículas de bismuto; estas células fagocitarias no favorecen la circulación constante del bismuto en el organismo, sino que contribuyen a formar depósitos de los cuales se van movilizando cantidades insignificantes de una sal organo-metálica, cantidades que no obstante su pequeñez, bastan para producir la destrucción de los gérmenes. De análoga manera se comportan las sales de oro en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, según sugieren los análisis muy minuciosos de Hansberg en los enfermos tratados con la sanocrisina, preparado soluble, y según él, la concentración de la sal de oro aumenta en la sangre a cada inyección de ésta. Al cabo de 24 horas de una inyección, la cantidad de oro en sangre, aunque esté muy disminuida, es sin embargo superior a la que correspondería si se hubiera difundido equitativamente entre los distintos plasmas. Esto nos revela que el oro encuentra dificultades para difundirse por el organismo, y Hansberg cree que esto quizá pueda ser debido a que el oro ha formado con las albúminas de la sangre compuestos más difícilmente difusibles que el producto inyectado.

Como se ve, estas creencias se acercan a las que se deducen de los estudios de Levaditi, acerca del ulterior destino de los productos de bismuto en la sífilis. Estas consideraciones han hecho pensar que sería probablemente muy beneficioso un preparado de oro en suspensión oleosa para el tratamiento de la tuberculosis, y ello ha sugerido la aplicación de estos productos; con ellos se aspira a formar en el organismo depósitos de oro que serían lentamente movilizados, y no es preciso ad-



Medicamentos para la Dermo-Sifilología  
la Oftalmología y la Oto-Rino-Laringología

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

**L**aboratorios del Norte de España, S. A.  
c/ Especialidades Euzk., Mañan, Barcelona, 33

ministrarlos en inyección intravenosa, sino más bien intramuscular, para contribuir a formar ese depósito que la acción de los jugos gástricos fuera desmoronando y producir la impregnación continuada, pero débil, de los focos patológicos.

De la comparación entre la acción de estos productos aúricos y la de los bis-múticos en la sífilis, resulta que teóricamente las dosis de la sal de oro podían ser disminuídas grandemente, con lo cual los peligros de las reacciones orgánicas quedarían reducidísimos. Los compuestos que se utilizan son suspensiones oleosas, que podrían ser consideradas como una especie de aceite gris aúrico para el tratamiento de la tuberculosis al 2 y el 20 por 100.

Se emplean estos productos a dosis muy bajas, iniciándose el tratamiento con inyecciones intramusculares de una décima de jeringuilla, que corresponde a dos miligramos de un preparado orgánico de oro, manteniéndose al enfermo largo tiempo bajo la acción de las sales de oro, haciendo una inyección a la semana; a las 10 o a las 20 semanas, según la pauta que se emplee, se ha alcanzado la dosis de 20 miligramos, o sea dos centigramos. Empleando entonces una suspensión al 20 por 100 y procediendo de la misma suerte, la dosis que se alcanza al inyectar la jeringuilla entera, o sea a las 10 o 20 semanas del segundo tratamiento, es de 20 centigramos, según se aumenten de media en media las décimas o de una en una.

Estas dosis, aunque bajas, son suficientes, pues ya hemos visto la pequeña cantidad que basta, y yo he empleado este método de tratamiento en un gran número de casos, sin observar ninguna reacción renal, ni epidérmica, y solamente en algunos casos he observado la presencia de escasas décimas, que han obligado a repetir la dosis.

Inútil es decir que a pesar de la rareza de las reacciones locales, la investigación de albúmina en la orina no debe descuidarse. Para facilitar una dosificación perfecta, debe emplearse el modelo largo de la jeringuilla de Liebeg.

De algunos compañeros tengo noticias de que han hecho ensayos que han diferido algo de los míos, porque se han empleado estos productos en suspensión oleosa, prescindiendo de la suspensión primera de 2 miligramos por décima de c. c. y empezando por la segunda. Por este medio se han obtenido también resultados favorables. Otros preparados se utilizan que contienen diez y veinte centígrados por ampolla. Como todas las cosas recientes, necesita esta modificación de las normas establecidas para el tratamiento de la tuberculosis por los preparados aúricos, la sanción de la experiencia. Sin embargo, los fundamentos teóricos son, en mi opinión, tan favorables, que parece natural que prevalezca, justificando la frase de Hegel, para quien lo racional es lo real.

**DOCTOR GONZALEZ VILLANUEVA.**—**Quiste paradentario.**—Es el quiste paradentario un tumor benigno, nacido en la extremidad de una raíz dentaria, que deriva anatómicamente del esbozo epitelial del sistema de la dentición.

Mucho más frecuente en la mandíbula superior que en la inferior, esos quistes aumentan progresivamente de volumen y toman poco a poco un desarrollo considerable.

La variedad clásica forma dentro de la región de la fosa canina un tumor regular, liso, recubierto de mucosa normal, dando a la palpación la impresión de una pared anterior depresible. Este quiste contiene un líquido cetrino; es transparente a la diafanoscopia; sin embargo puede ser infectado, bien por vía dentaria canalicular o lo más a menudo por una punción intempestiva que lo abre y fistuliza. La radiografía no revela las más de las veces su existencia.

En lugar de hacer saliente al nivel de la fosa canina, el quiste paradentario puede empujar el suelo del seno e incluso perforarle y penetrar dentro de la cavidad sinusiana, dando lugar a la variedad llamada intrasinusal.

Cuando evoluciona hacia la región platina, llega a deformarla y elevarla en más o menos cantidad.

El quiste paradentario en la mandíbula inferior, forma las más de las veces en un punto limitado, una tumefacción ósea que corresponde al sitio del diente causal. Otras veces una tumefacción difusa, la cual responde a una cavidad multilocular resultante de la presencia de trabéculas que estrangulan el quiste, dificultando su desarrollo de una manera regular.

Los quistes paradentarios, clínicamente apreciables, cerrados o fistulizados, deben ser quitados quirúrgicamente.

El modo operatorio es diferente, según que el quiste pertenezca a una u otra variedad.

En la enferma de cincuenta y tantos años que presenta, portadora de un voluminoso quiste paradentario, éste ocupa la fosa canina derecha. Despegando el quiste, la mucosa del suelo, pared externa e interna de la fosa nasal de dicho lado, había llegado a ocupar además en profundidad hasta la mitad aproximadamente de la misma, originando dificultad respiratoria unilateral. El abultamiento de la fosa canina empezó hace poco más de dos meses, siendo el crecimiento progresivo nasal lo que decidió a la enferma a venir al servicio de oro-rinolaringología. La operamos con anestesia local, por vía sublabial, separando con relativa facilidad el quiste de las paredes blandas prequísticas, así como de toda la fosa nasal. Un poco más laboriosa fué su enucleación de la pared ósea de la fosa canina, que por cierto estaba ya deprimida por él, y cuando sólo nos quedaba aislar la parte de quiste más próxima a su inserción, debimos actuar sobre ésta con más presión que la debida, aunque procurábamos evitarlo, porque el quiste se rompió, saliendo con fuerza el líquido que lo llenaba. Como teníamos aislada ya toda la membrana del quiste, la extirpamos completamente entera, comprobando antes que su inserción correspondía precisamente al sitio del canino superior derecho. Practicamos un drenaje a través de la mucosa nasal para poder así hacer sutura de la incisión bucal, a fin de evitar de este modo infecciones post-operatorias y probables fistulizaciones, quedando la enferma perfectamente, no creyendo sean de temer recidivas. Aunque algunos respetan el diente originario del quiste paradentario, nosotros hemos aconsejado a la enferma que se lo extraigan, porque además, en este caso, no está sano.

DR. B. DE M.



## HEPATOBRON

DEL DOCTOR GRAINO  
FORMULA

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

Jarabe agradableísimo 5,20 pts. el frasco.

## Previsión Médica Nacional

Por su interés, copiamos las instrucciones siguientes recogidas del Colegio de Médicos de Coruña:

### A LOS ASOCIADOS DE LA PROVINCIA QUE TODAVIA NO TIENEN HECHA LA «DESIGNACION DE BENEFICIARIOS»

Rogamos a los señores asociados que todavía no lo hayan hecho, se sirvan extender y remitirnos, con la urgencia posible, sus hojas por duplicado de «Designación de Beneficiarios», de conformidad con lo que preceptúa el artículo 21 del Reglamento de «Previsión Médica Nacional», pues de fallecer un asociado sin cumplir dicho requisito, serán designados por la Mutual los beneficiarios condicionales, según determina el artículo 24, en forma de pensión mensual entre las personas favorecidas.

Los impresos especiales que con dicho fin fueron enviados oportunamente a todos, deben ser extendidos y devueltos al Colegio para darles el curso correspondiente, y en caso de haber sufrido extravío aquéllos, debe interesarse la remisión de otros nuevos.

La «Designación de Beneficiarios» puede ser pública o secreta; en el primero de los casos basta con extender los impresos en forma conveniente, encargando al Colegio su envío a «Previsión». Los segundos, redactarán sus impresos, los cerrarán en sobres especiales que se facilitan por el Colegio, entregándolos con todas las formalidades al Presidente, que en pliego sellado, lacrado y certificado lo hará llegar a «Previsión». En uno y otro caso hay que extender y firmar las dos hojas de designación; una, que se archivará en las oficinas de la «Previsión», y otra, en otro lugar fijado por el Consejo, por si la primera pudiera, por cualquier causa, destruirse o extraviarse.

### FORMAS DEL SUBSIDIO

Es este un punto interesantísimo. Casi la totalidad de las Mutualidades que existen, exigen la forma de Pensión. En la «Previsión Médica» se pueden elegir: a) Pago en una sola entrega, que en los casos normales no debe ser la forma recomendable. b) Pago en forma de *Pensión* por 10, 15 o 20 años, según su cuantía y la finalidad perseguida. c) Forma *Mixta*, abonar una cantidad en el acto y el resto en forma de pensión mensual.

### PENSION

Debemos, sin embargo, hacer saber que si nuestro Reglamento reconoce el derecho de elegir la *Indemnización en una sola entrega* (por aquellos casos especiales en que así sea más conveniente), no se olvida decir que la forma de *Pensión* es la *que mejor llena la finalidad de la «Previsión»*. No deben olvidar nuestros compañeros que de ordinario suelen ser la mujer y los huérfanos malos administradores de su capital, y será frecuente el caso en que, cobrando en una sola entrega, sólo alcance el subsidio a cubrir las necesidades de muy pocos años.

La forma *recomendable* es, pues, la de *Pensión* por 10 o 20 años, según su cuantía; ella es la única capaz de asegurar que durante ese largo período de tiempo—so-

brado para que los hijos crezcan y cambie su situación económica—no han de faltar a la familia del profesional medios de atender sus necesidades de un modo decoroso.

Pudiera ser que algunos, desconfiados, eligieran la forma de Indemnización *en una sola entrega*, no por ser mejor que la forma de *Pensión*, sino por creer que *así es más seguro* que ha de percibir la familia sus derechos. Alguno podrá tal vez preguntarse: A largo plazo... ¿vivirá la «Previsión»...? ¿Habrá suficiente garantía?

#### GARANTIA DE LAS PENSIONES

Ello nos obliga a redactar estas notas para llamar la atención de los asociados sobre el hecho de que—dado nuestro sistema de organización—una y otra forma *ofrecen la misma garantía; la garantía más absoluta*. Garantía que tiene además dos aspectos: en el *aspecto material*, para las oficinas de «Previsión» todos los subsidios son *en una sola entrega*, pues aunque en los casos en que el asociado señala la forma de *Pensión*, el Consejo de Administración *desembolsa en el acto la totalidad de las pesetas importe del subsidio*, para invertirla en Valores de los que autoriza la Inspección de Seguros, y son estos Valores, con sus intereses acumulados, los que *garantizan* el pago de la *Pensión* durante el tiempo fijado. La Entidad es *simple administradora*. Había de disolverse la «Previsión» (hecho imposible ya obtenida su actual pujanza), y nunca *peligrarían las pensiones*, que estarían aseguradas con los *Valores depositados* para tal fin.

En el *aspecto moral*, «Previsión Médica Nacional», al entregar los subsidios, ejerce una acción tutelar con las viudas y huérfanos pensionados, recordándoles periódicamente con el fruto de previsión legado por el asociado, virtudes de trabajo y sentimientos paternos que podrán borrarse por vicisitudes económicas. ¡Para la entrega de unas pesetas a nuestra muerte, zastarían las sociedades actuariales!

*Ningún otro sistema ofrece tan sólidas garantías.*

Puede, pues, *recomendarse* en todos los caso normales la forma de *Pensión*, por ser la más ajustada a las conveniencias de casi la totalidad de las familias de nuestros asociados. Sólo en casos excepcionales se justifica elegir otro sistema, y aun en estos casos normales, es preferible la forma *Mixta*, que permite la entrega inmediata de una cantidad y además asegura la *Pensión*. Pero, en general, debe, sin escrúpulos, aconsejarse la forma de *Pensión*.

Esta forma de *Pensión*, por otra parte, permite obtener una *suma* de pesetas *mucho mayor* que la que aparentemente ofrece el Reglamento. Por ejemplo: los beneficiarios de un asociado a los cuatro Grupos, pueden percibir *50.000 pesetas en una sola entrega*, pero si el asociado elige la forma de *Pensión* por 20 años, al cabo de ellos ha percibido, no las pesetas 50.000, sino *76.800 pesetas*, que representa un aumento de más del 50 por 100, y además, la *seguridad* de que durante 20 años no pueden faltar a sus hijos los medios de vida.

# ORTHOMIL

Producto del Laboratorio Cántabro.

Solución de salicilato de sosa  
2 gramos por cucharada.

Santander.

## FORMA MIXTA

La forma *Mixta* exige un ejemplo para que sea bien comprendida. Supongamos que un asociado inscrito en el grupo IV elige la forma *Mixta*. De las 50.000 pesetas de que puede disponer, puede ordenar que se entreguen 5.000 en el momento del fallecimiento, y el resto que se abone en una pensión mensual de 450 pesetas durante 10 años, o de 337,50 durante 15 años. Otro ejemplo: puede disponer se entreguen 10.000 pesetas en el momento del fallecimiento y el resto que se abone en una pensión de 400 pesetas mensuales durante 10 años.

Dicha forma *Mixta* es, sin duda, un acierto por las múltiples combinaciones que permite a los asociados a los Grupos III y IV. Será, a no dudarlo, una forma preferida de aquellos mutualistas que no comprenden todas las ventajas de la Pensión pura como procedimiento de elección de valor indiscutible.

Algunas designaciones que hemos recibido por carta y la experiencia de muchos casos especiales, nos han hecho ver la conveniencia de llamar la atención sobre este extremo.

No debe olvidarse que el Consejo de Administración ha de *respetar escrupulosamente* toda designación reglamentaria, *dentro de los fines que persigue esta obra de compañerismo*.

## PREVEA SU CASO

Algunos señalan sencillamente: «Designo beneficiarios a mi esposa y a mis cuatro hijos». El asociado debe tener en cuenta la posibilidad de que la esposa fallezca también. En tal caso la «Previsión» repartiría la Pensión a partes iguales entre los cuatro hijos. Esto no suele ser siempre práctico, pues a veces hay hijos varones que a los pocos años pueden ganar su vida y no deberían percibir pensión (habiendo hijas tal vez necesitadas. Otras veces, incluso, una hija se casa y puede vivir bien, y participa, sin embargo, de una Pensión que sería más eficaz entregar íntegramente a otra hija menor soltera. El número de casos especiales que podrían citarse como ejemplo, es muy elevado.

Todo esto quiere demostrar la conveniencia de que el asociado prevea todos los casos con arreglo a la particular estructura de su familia y determine todo cuanto crea conveniente. Ejemplo: El asociado a que nos referimos que ha dicho: «Designo

# CESARKIN

**PRECIO: 6 PESETAS**

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

**MUESTRAS Y LITERATURA:**

**A. MARTÍN MATEO**

Santiago, n.º 41 - VALLADOLID

beneficiarios a mi esposa y a mis cuatro hijos», ha podido añadir: «Caso de fallecimiento de mi esposa, la pensión se repartirá entre mis cuatro hijos si los varones no han cumplido todavía los 20 años; en caso afirmativo, se repartirá a partes iguales entre mis dos hijas, si están solteras; si alguna contrae matrimonio, la Pensión se entregará a la que permanezca soltera; si estuviesen casadas, se repartiría entre ambas. Caso de que alguna enviudara, adquiriría desde aquel momento el pleno derecho a la totalidad de la Pensión, etc.»

#### ACCION TUTELAR

A veces será lo más cuerdo facultar al Consejo de Administración para que aplique la Pensión a sus hijos siguiendo las normas que se ajustan al espíritu y la letra del artículo 24 referente a beneficiarios condicionales.

En otras ocasiones no estará de más añadir «Faculto al Consejo para que pueda modificar estas disposiciones en el caso en que concurrieran tales o cuales circunstancias, etc.».

En fin, tienden estas líneas a hacer comprender, sobre todo a aquellos asociados que por su trabajo rudo tal vez no han podido estudiar el Reglamento, que no tengan reparo en especificar en su designación de beneficiarios todo cuanto se les ocurra dejar previsto, puesto que el Consejo ha de respetar y hacer cumplir siempre del modo más exacto la voluntad del asociado, ejerciendo la más recta tutela en este sentido.

#### CASOS ESPECIALES

Han llegado también al Consejo consultas de algunos compañeros que se encuentran en situaciones especiales: unos divorciados, otros apartados largos años de su hogar; con hijos legítimos; sin hijos legítimos, pero otros reconocidos, etc. Todos estos casos deben ser bien aclarados en la designación y además hacer la consulta en carta aparte al Consejo. Ello permitirá estudiar los casos y dejarlos resueltos en forma que, sin detrimento de los preceptos morales, se garantice para el porvenir que la voluntad del asociado ha de ser respetada en todas sus partes. La carta del asociado y el acuerdo del Consejo se unirán a la designación de beneficiarios, y ya no podrá tener el asociado la menor intranquilidad.

EL MAS COMPLETO Y PODEROSO RECONSTITUYENTE

**HEPATORRADIL**

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

COMPOSICIÓN: MALTA IRPADIADA con longitud de onda precisa - Extracto de hígados frescos de ternera - Fosforo - CALCIO y Jarabe de Robano perlectico

VITAMINAS A y D. mas elementos utiles asimilables.

Precio: 4,15 Pesetas el frasco

PRODUCTO GENUINAMENTE ESPAÑOL

**HEPATORRADIL**

Laboratorio GRAINO

## Disposiciones oficiales interesantes

La parte dispositiva del Decreto de 28 de Junio con que el Gobierno se ha incorporado al movimiento abolicionista y por el ue se señalan los jalones que han de seguirse en la lucha antivenérea, es como sigue:

Artículo 1.º Queda suprimida la reglamentación de la prostitución, el ejercicio de la cual no se reconoce en España a partir de este Decreto, como medio lícito de vida.

Art. 2.º Son enfermedades venéreas: la sífilis, la blenorragia, el chancro venéreo y la linfogranulomatosis o enfermedad de Nicolás Favre, en cualquiera de sus localizaciones.

Art. 3.º Las personas afectas de cualquiera de estas dolencias están obligadas a someterse periódicamente, de acuerdo con las instrucciones que la Sanidad pública difundirá y propagará, con la amplitud debida, a vigilancia y tratamiento pertinentes, bien sea bajo la dirección de los médicos privados, o bien, cuando se carezca de medios económicos, utilizando los servicios de las Instituciones antivenéreas del Estado.

Art. 4.º Los padres o tutores de menores o incapaces, afectos de dolencias venéreas, tienen la obligación de cuidar del tratamiento de sus hijos o pupilos.

Art. 5.º El Estado adquiere el deber de facilitar gratuitamente el tratamiento de los enfermos venéreos pobres en todo el territorio nacional.

Art. 6.º A los efectos señalados en el artículo anterior, serán considerados representantes de la lucha oficial antivenérea los médicos rurales de aquellas poblaciones en las que no exista Dispensario oficial.

A tales médicos se les facilitará por el Dispensario más próximo, a título gratuito, los medicamentos que precisen para el tratamiento de sus enfermos pobres.

La petición de dichos medicamentos habrá de justificarse en cada caso ante la autoridad sanitaria, que informará respecto a la pertinencia de la misma.

Art. 7.º A fin de unificar el criterio terapéutico entre los médicos en armonía con el progreso de las pautas científicas, será obligación de los Inspectores de Sanidad la frecuente organización de cursos prácticos, breves, en los Dispensarios antivenéreos, a cargo del personal de los mismos, y con destino a los médicos rurales, cuyo perfeccionamiento técnico ha de procurarse en todo momento, siendo obligatoria en tales médicos, para poder seguir disfrutando de la titular, la asistencia a dichos cursos, cuando menos, una vez cada cinco años.

La Dirección general de Sanidad cuidará del exacto cumplimiento de esta disposición.

Art. 8.º A medida que se vaya intensificando el desarrollo del servicio de asistencia social, se ampliarán sus funciones a las que le compete realizar en la lucha antivenérea, singularmente de las grandes urbes, y que, en principio, pueden concretarse en las siguientes:

- a) Recopilación de datos para la formación de las estadísticas de morbilidad venérea.
- b) Investigación de las fuentes de contagio.

c) Estímulo discreto entre los enfermos rezagados o inconscientes, para el cumplimiento del presente Decreto.

d) Evidenciación y descubrimiento de las infecciones ignoradas.

e) Divulgación de las instrucciones sanitarias antivenéreas.

Art. 9.º Los médicos, tanto privados como oficiales, quedan obligados a dar conocimiento a las autoridades sanitarias de aquellos casos en los que, a evidente peligrosidad social, se una la rebeldía o incumplimiento manifiesto para seguir el tratamiento adecuado.

Art. 10. A la vista de tales denuncias, las autoridades sanitarias podrán acordar el tratamiento obligatorio e incluso la hospitalización forzosa, previo peritaje oficial cuando se considere oportuno.

Art. 11. De acuerdo con lo que dispone el apartado b) del artículo 8.º, será misión preferente de la Lucha Antivenérea el descubrimiento de los focos de contagio y esterilización de los mismos, en la medida de lo posible.

A tal efecto, quedan facultadas las autoridades sanitarias, singularmente de las poblaciones pequeñas en las que el escaso número de habitantes permita conocimiento directo de la vida de cada cual, a decretar la vigilancia médica periódica de aquellas personas que por su conducta resulten sospechosas, como posibles focos de transmisión venérea, siquiera el primer o primeros reconocimientos no evidencien signos clínicos de enfermedad aparente, y siempre dentro de la más estricta discreción.

Art. 12. Todo médico que asista a enfermos venéreos está obligado a instruirles, mediante la entrega de las cartillas y consejos editados por la Sanidad oficial, respecto al alcance y peligros de las enfermedades venéreas, así como de la reiteración terapéutica que exigen.

También será obligación de los médicos comunicar a las autoridades sanitarias o al Servicio de Asistencia Social, las noticias y datos que desde el punto de vista sanitario puedan discretamente inquirir respecto a los posibles focos de contagio.

Art. 13. El tratamiento de las enfermedades venéreas queda exclusivamente reservado a los médicos.

Cualquier infracción a este precepto se perseguirá como delito de intrusismo.

Se prohíbe a los médicos el tratamiento de los enfermos venéreos por correspondencia y los anuncios en cualquier forma, respecto a supuestos métodos curativos que no correspondan a la verdad científica, o que no se ajusten a las normas de la debida seriedad.

Se prohíbe igualmente toda clase de publicidad que, de manera más o menos encubierta, tienda a favorecer o facilitar el comercio sexual.

Queda prohibido expresa y terminantemente a los farmacéuticos el despacho, sin prescripción facultativa, de productos para el tratamiento de las enfermedades venéreas.

Se exceptúa la venta de medios profilácticos.

Art. 14. La dirección, inspección y orientación de la Lucha Antivenérea, se

---

# ELIXIR "RECA"

Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

---

atendrán a las recientes disposiciones respecto a distribución de servicios afectos a la Dirección general de Sanidad, así como a la que regule las funciones pertinentes al Consejo Nacional de Sanidad.

Art. 15. Los Dispensarios oficiales antivenéreos dependerán de la autoridad sanitaria provincial, figurando al frente de ellos un médico oficial de la Lucha de los que ejerzan función clínica y que, como delegado de dicha autoridad, ostentará el cargo de director.

A este fin, y para hacer más estrecha la independencia de todas las Instituciones sanitarias provinciales, se procurará que los Dispensarios antivenéreos se instalen en los Centros sanitarios dependientes de la Inspección provincial de Sanidad, a menos que las circunstancias locales hagan más recomendable la utilización, a estos fines, de Centros hospitalarios.

El director del Dispensario antivenéreo central de cada capital será jefe de la Sección provincial de Lucha antivenérea y, de acuerdo con el inspector de Sanidad, organizará y vigilará el servicio en el medio rural, poniendo en práctica todas las medidas conducentes a la mayor eficacia del mismo.

Cuando en una misma capital existan más de un Dispensario central y, por consiguiente, de un director, los directores de los Dispensarios constituirán un Comité que, bajo la presidencia del inspector provincial de Sanidad, actuará en las funciones antes señaladas.

Art. 16. Los Dispensarios antivenéreos instalados en poblaciones que no sean capitales de provincia, dependerán directamente del inspector provincial de Sanidad, jefe de la Lucha antivenérea en la provincia, el cual establecerá las relaciones de dichos Centros con las demás Instituciones sanitarias del Estado que existan en la localidad y, de modo preferente, con las consultas prenatales y los Centros de Sanidad de puertos, disposición que lógicamente afecta también a los Dispensarios establecidos en las capitales de provincia.

Art. 17. Los servicios antivenéreos sostenidos por las Diputaciones, Ayuntamientos, entidades, sociedades y aun particulares, estarán sujetos a la Inspección técnico-sanitaria del Estado.

Art. 18. Por los Ministerios de Justicia, Guerra y Marina, deberán dictarse las disposiciones necesarias para la continuidad en el tratamiento de los reclusos, soldados y marinos afectos de enfermedades venéreas.

La Sanidad de Puertos se preocupará de facilitar el tratamiento de los marinos mercantes, nacionales y extranjeros, durante sus escalas, en armonía con las pautas relativas al caso, establecidas en el acuerdo adoptado en Bruselas por la Unión Internacional contra el peligro venéreo.

Art. 19. El Estado intensificará y cuidará escrupulosamente de la enseñanza de la Venereología en las Universidades de la Nación.

Como consecuencia del Decreto implantando en España el régimen abolicionista, se suprimen los Dispensarios oficiales antivenéreos de Sanlúcar de Barrameda, Tomelloso, Baena, Lucena, Pueblonuevo, Puente Genil, Guadix, Loja, Alcalá la Real, Martos, Vélez-Málaga, Caravaca, Jumilla, Lorca, Yecla, Langreo, Mieres, La Estrada, Morón, Utrera y Sagunto. Asimismo se suprimen todos los servicios de hospitalización que hasta la fecha se han venido prestando en las provincias con cargo al presupuesto de la Lucha-Antivenérea.

Todo el personal afecto a los servicios suprimidos cesará en sus destinos sin más trámite, por ser su nombramiento de carácter eventual.

# BIBLIOGRAFIA

---

**Higiene Urbana y social.**—Profesor doctor A. Salvat Navarro.—Editorial Manuel Marín, Barcelona.

El profesor Salvat ha dado cima a su tarea al publicar, reunidas en un tomo, las materias que le quedaban por estudiar en su Tratado de Higiene. El que esto escribe, recuerda perfectamente que, hace ya algunos años, cuando debatiéndose en el ambiente rural en que ejercía la profesión, acabó de definir su orientación hacia el estudio de las cuestiones de Higiene y Sanidad, supo con desaliento, al ocuparse de la bibliografía, que no podía disponer de libros españoles sobre la materia y que habría que seguir siendo tributarios del extranjero.

A los pocos meses aparece (1925) el primer tomo del Tratado de Higiene del profesor Salvat, de Barcelona, que venía a llenar la necesidad tan intensamente sentida. Al año siguiente publica el segundo, y hoy reúne en su Higiene Urbana y Social las materias que faltaban.

De los dos primeros tomos he de decir una sola cosa: que están agotados y en activa reimpresión, previa puesta al día; esto dice por sí solo el acierto del doctor Salvat al escribir su Tratado y la necesidad aguda que en nuestro país había de un libro de Higiene. Por otra parte, la juventud universitaria acababa, cuando vió la luz dicho libro, de descubrir rumbos hasta entonces apenas sospechados al resurgir de nuestra sanidad, y para seguirlos encontró una sólida guía en el libro del cateórico de Barcelona agotando los tomos publicados.

Dice el profesor Salvat, y es verdad, que este tomo podía llevar el nombre de «Tratado Elemental de Sanidad»; véase sino la siguiente y rápida revista a su contenido.

Comienza con un capítulo sobre la higiene individual, como base de la colectiva, con un apéndice sobre ejercicios físicos. Antes de entrar en el urbanismo se estudia todo lo referente a la habitación, como célula que es de la urbe, y penetra después en los complejos problemas que nacen de la necesidad de agrupación de las viviendas. El capítulo sobre «Urbanismo» tiene un marcado sabor práctico y crítico a la vez al tratar de la urbe moderna, y pone las cosas en su punto en cuanto a las necesidades de la vida de las ciudades de hoy y las exigencias excelsas de la Higiene y la Sanidad.

Se estudia después lo que pudiéramos llamar «fisiología» de la urbe, considerando lo referente a su «aparato circulatorio» que aquí, como en el organismo humano, tiene dos sistemas: el arterial (abastecimientos hídricos y de otras clases) y el venoso (aguas residuales); los más modernos sistemas para el cumplimiento de una y otra función están descritos en el libro, viéndose un fino sentido práctico y un exacto conocimiento de los problemas a la hora de valorar los distintos sistemas.

El régimen sanitario de las basuras urbanas está tratado de idéntica manera, y lo mismo lo referente a los abastos, cuestiones expuestas con un evidente sentido práctico y utilitario.

Viene después las cuestiones concernientes a los distintos servicios públicos y la modernidad de los grabados y fotografías, que es otra de las características del libro; culmina en las que ilustran lo referente a espectáculos públicos. Todos los servicios públicos están concebidos de un modo racional y siempre con la vista puesta en las realidades y posibilidades.

Los capítulos de Higiene Escolar e Higiene Profesional, o del Trabajo, están expuestos con el carácter eminentemente social que hoy es ineludible conceder a tales cuestiones. Todos los detalles están expuestos con la claridad y el sentido práctico que con características constantes en los escritos del profesor Salvat.

Lo referente a la Asistencia Pública, problema cuyo interés está actualmente exaltado por ser mayores las necesidades en este sentido, está admirablemente tratado, y lo concerniente a Hospitales está ilustrado con muy bellas fotografías de los desconcertantes hospitales modernos.

Finaliza el libro con la exposición de la organización sanitaria nacional, durante la que se hace crítica acertadísima de la situación actual, haciendo resaltar, sin embargo, que hallándose nuestra sanidad en un tumultuoso proceso constituyente, nada hay fijo. Pero se aportan soluciones, se estudia lo que se hace en otros países, se expone el estado lamentable de nuestra sanidad rural a pesar de una legislación sanitaria municipal que no deja cabo por atar, se estudian igualmente las orientaciones del Consejo de la Sociedad de Naciones sobre estos asuntos... en fin: una visión clara y acertada de nuestras necesidades en materia de sanidad y una serie de remedios y soluciones de indudable eficacia.

Por último, un apéndice sobre rudimentos de estadística sanitaria que constituye el brillante broche de cierre del libro, y un párrafo en que el autor ofrenda su labor a sus maestros, su universidad y a los ideales humanistas y patrióticos que fervorosamente profesa.

Los estudiantes, los médicos, y cuantos se interesen por los problemas que plantea la Higiene Urbana y Social, leerán con gran provecho el libro del profesor Salvat, que está escrito con la claridad, amenidad, concisión y sentido práctico en que es maestra la pluma del autor.

El doctor Salvat ha encontrado, como él mismo dice en el prólogo, un leal colaborador en el editor don Manuel Marín, que presenta el libro de modo irrepachable.

EMILIO ZAPATERO BALLESTEROS  
Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina

---

DOCTOR HANS ALEXANDER, Director del Sanatorio de Agra.—**Indicaciones sobre el tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar.**—Traducido del alemán por el doctor Francisco Piñero.—Editorial Labor.

El subtítulo de esta obra, a saber: «Lo que el médico práctico necesita saber sobre este tema», es la expresión más justa y precisa del propósito de su autor, a nuestro juicio completamente logrado, apuntándose la Editorial Labor uno más entre tantos aciertos bibliográficos al publicarla en español en una traducción correcta y muy cuidada.

Estudia el autor primeramente, desde un punto de vista general, la fundamentación de las indicaciones de toda terapéutica quirúrgica en la tuberculosis pulmonar, agregando a los razonamientos algunos datos estadísticos.

Alude también al mecanismo de acción de la colaproterapia en general, y atribuye su acción terapéutica, además de al factor mecánico, a las modificaciones fisiológicas determinadas por el colapso, especialmente en las circulaciones sanguínea y linfática y también a la retracción pulmonar activa.

Se ocupa después, por separado, de cada uno de los procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la tuberculosis de los pulmones, empezando por el neumotorax artificial, al cual concede gran importancia y valor curativo, haciendo en pocas páginas una descripción muy completa de su técnica, signos radiológicos, complicaciones, indicaciones y contraindicaciones.

El siguiente capítulo está dedicado al estudio de la toracoplastia extrapleural, mostrándose partidario decidido de esta intervención, y señalando con criterio muy acertado sus indicaciones, juntamente con un resumen de las técnicas empleadas en la actualidad, pasando después a ocuparse con menor extensión de la frénico-exéresis y el taponamiento con parafina o plomaje, razonando con criterio justo y acertado la inferioridad en punto a eficacia y extensión de sus indicaciones con respecto a los dos métodos anteriores.

Termina la obra con un capítulo breve y muy claro como todos ellos, dedicado a analizar el mecanismo de curación de la tuberculosis pulmonar tratada quirúrgicamente, documentado con radiografías y fotografías de piezas anatómicas de gran valor demostrativo.

La obra consta de 80 páginas y posee 28 ilustraciones y un pequeño índice bibliográfico.

DR. L. MERINO

---

#### La gastro-enterostomía, por J. Quemada Blanco.

Es esta obra de nuestro paisano el doctor José Quemada Blanco, una exposición técnica de los diversos métodos operatorios de la gastroenterostomía, detallada y cuidadosa, fruto de una labor personal por todos conocida, reflejo de su práctica diaria.

Esto avalora esta monografía en la que de modo tan cuidadoso se sientan las indicaciones y las contraindicaciones de la intervención, se estudian magistralmente, la mano que escribe es la misma que maneja el bisturí, las distintas técnicas usuales, sin descuidar el recordatorio de los cuidados pre y post-operatorios.

Gran profusión de grabados y esquemas ayudan aun más a la comprensión eficaz de un texto clarísimo.

Nuestros lectores conocen ya, por habernos honrado el doctor Quemada con su colaboración, la perfecta exposición que hace de sus grandes conocimientos. Muy sinceramente recomendamos a cuantos se interesen en estos estudios, la lectura de tan excelente monografía, cuyo contenido es el siguiente:

Preparación del enfermo.—Anestesia.—Técnica general de la laparotomía y de las suturas en las anastomosis gastro-intestinales.—Gastro-enterostomía.—Gastro-duodenostomía.—Gastro yeyunostomía.—Gastro yeyunostomía anterior.—Gastro-yeyunostomía posterior.—Gastro-yeyunostomía en Y (o ipsiliforme).—Gastro-yeyunostomía marginal.—Tratamiento post operatorio.—Indicaciones de las gastr-enterostomía y elección de método.



## LIBROS RECIBIDOS

- Anatomía patológica de la tuberculosis, de L. Aschoff. Edit. Labor, Barcelona.
- Psiquiatría para el médico general, de J. Lange. Edit. Labor, Barcelona.
- Reumatismo y afecciones análogas, de A. Fincher. Edit. Labor, Barcelona.
- Compendio de embriología humana, de A. Mischel. Edit. Labor, Barcelona.
- Diagnóstico y terapéutica de la tuberculosis pulmonar y laríngea, de H. Ulrici. Editorial Labor, Barcelona.
- Química fisiológica, de P. Hári. Edit. Labor, Barcelona.
- Alimentación del niño de pecho, de L. Meyer y E. Nassau. Edit. Labor, Barcelona 1935.
- Tratado de histología y anatomía microscópica, de L. Szymonowicz. Edit. Labor, Barcelona 1935.
- Tratamientos dietéticos modernos, de R. Franck. Edit. Labor, Barcelona 1935.
- Formulario Bouchardat, por Bouchardat y Rathery. 29.<sup>a</sup> edición española de la 37.<sup>a</sup> francesa, completamente reformado. Casa Editorial, Bally Bailliere, S. A., Madrid 1935.
- Tratamiento conservador de las enfermedades de la mujer, por Enrique Kahr. Manuel Marín, Editor, Barcelona 1935.
- El problema de la tuberculosis en la provincia de León y labor del Dispensario anti-tuberculoso Central, por los doctores J. Vega Villalonga, Inspector Provincial de Sanidad, y F. García Lorenzana, Director del Dispensario.—Folleto de 32 páginas con gráficos y grabados.—Imprenta Moderna, León, 1935.
- La influencia española en el progreso de la Ciencia Médica, con una Memoria del Instituto de Investigación Wellcome y de los Laboratorios y Museos de investigación afiliados, fundados por Sir Henry Wellcome, Ll. D. Sc. F. R. S.—Requerido del X Congreso Internacional de Historia de la Medicina, Madrid, 1935. «The Wellcome Foundation Ltd.», Londres.
- Anemias y alimentación, por I. Sánchez Rodríguez, y prólogo de G. Mazañón. Tesis doctoral premiada por la Academia Nacional de Medicina en 1935. Ediciones del Arbol. Madrid 1935.

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 recevrons 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.