

Clínica Extremeña

REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE CÁCERES

U

ESTA REVISTA SE REPARTE GRATIS
A LOS SEÑORES COLEGIADOS

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
EL DOMICILIO SOCIAL DEL COLEGIO
SANCTI-SPIRITUS, 3 - TELEFONO, 282

PUBLICACION MENSUAL,
PROFESIONAL Y CIENTÍFICA

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
LA JUNTA PERMANENTE DEL
COLEGIO MÉDICO

SUMARIO

SECCIÓN CIENTÍFICA.—Los vómitos por aerofagia en el lactante de menos de seis meses.—El tratamiento de quemaduras.—El régimen de las colitis.—Vómitos de la primera infancia.—Algunos puntos importantes.—SECCIÓN DE LEGISLACIÓN.—Consejo para entender en los problemas.—SECCIÓN OFICIAL DEL COLEGIO.—Actas de sesiones de los días 13, 24 y 30 de Septiembre; 2 y 29 de Octubre y 5 de Noviembre.—Necrológica.—REVISTA DE REVISTAS.

CÁCERES

Imprenta y Encuadernación de García Floriano.—Calle de Carrasco n.º 40.

1935

LEMPISOL

A N E M I A S



ANTIEMICO
DEL HIGADO
Y COBRE

PRINCIPIO
AISLADO
CON HIERRO

INYECTABLE
LA EFICACIA DE 2.000 GRs. DE
HIGADO POR AMPOLLA DE 2 C.C.
CAJAS DE 10 AMPOLLAS DE 2 C.C.

JARRABE
CADA FRASCO DE 100 C.C. CONTIENE
EL PRINCIPIO ANTIEMICO DE
1000 GRs. DE HIGADO FRESCO

PRODUCTO NETAMENTE NACIONAL

 LABORATORIOS JUSTE MADRID. FRANCISCO NAVACERRA Y HIB
APARTADO DE CORREOS 1030

S.1
12411

Laboratorio «CASTEL»

ANALISIS CLINICO BACTERIOLOGICO
Y SEROLOGICO

Sangre y Líquido Cefalorraquídeo.



Orina, Esperma, Esputos.

Contenido gástrico.

Líquido duodenal.

Heces, Líquidos retirados por punción.

Exudados. Leche de mujer.



Pruebas funcionales renales.

» » hepáticas.

» » del aparato digestivo.

» » de la nutrición.



Análisis químico y biológico de alimentos (incluyendo vitaminas).

Análisis de Agua.

Facilitamos material estéril para recogida de sangre y productos patológicos a quien lo solicite.

“GADOL” CASTEL

Insustituible en caso de Ganglios, Infartos ganglionares, Manifestaciones escrofulosas, Linfatismos, Tuberculosis, etc.

Muestras gratis a los señores Médicos que la soliciten

PLAZA MAYOR, 37 — TELÉFONO, 108
CACERES

JOSE ROPERO

Médico Oftalmólogo del Hospital de Cáceres



Plaza Mayor, 4 y 6

Teléfono, 37

CÁCERES

LUIS INFANTE

Médico especialista en

GARGANTA, NARIZ Y OIDOS

Consulta de 10 a 1 y de 5 a 6

Plaza Mayor, 49, 3.º - CACERES

BOROLUML

FORMULA: TARTRATO BORICO POTÁSICO FENIL-ETIL-MA-
LONILUREA, CAFEINA, BELLADONA ETC.

INDICACIONES

EPILEPSIA
VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA
HISTERISMO Y OTRAS AFEC-
CIONES DEL SISTEMA NERVIOSO.

GRAJEAS DE

YODURO BERN-K.YNA.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento

Científico y Radical de las

VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías
de los vasos por las
GRAJEAS DE

VARIFLEBOT

FORMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CI-
TRATO SÓDICO TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.

Dirigirse para muestras y literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO

MADRID

Clínica Extremeña

Revista científica mensual

Sección Científica

(TRABAJOS TRADUCIDOS)

Los vómitos por aerofagia en el lactante de menos de seis meses

Por P. LEREBoullet, MARCEL LELONG y P. AIMÉ.

"La Presse Médicale", París, 5 de Octubre de 1935. N.º 80

Traducido directamente del francés para CLÍNICA EXTREMEÑA

por E. A. O'FERRALL

A pesar de las observaciones ya antiguas de Guinon, de Variot, de Lesage, a pesar de los trabajos de Leven y Barret, de Weill y Cardère, los vómitos por aerofagia no han sido comentados debidamente. Hechos importantes, recientemente adquiridos, nos han parecido traer nueva luz sobre el problema y autorizar un ensayo de revisión de la cuestión.

Uno de estos hechos es de orden terapéutico; es la eficacia evidente, a menudo inmediata, en ciertos vómitos del lactante, de alimentación de consistencia espesa, en sustitución de la ali-

“CEREGUMIL“ FERNANDEZ Y CANIVELL

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO

Insustituible en las intolerancias gástricas y afecciones intestinales

Fernández y Canivell. - Málaga

Representante en Extremadura: **Francisco Cruz Quirós. - Cáceres**

mentación líquida. Esta constatación dietética puramente empírica al principio, se ha impuesto en la práctica de todos los pediatras y nosotros mismos hemos verificado la exactitud de de la misma.

El segundo hecho—que aclara lo que el primero tenía de misterioso—es una constatación de fisiología radiológica: es una ley de funcionamiento de la faringe; que la deglución de los líquidos es acompañada por una ingestión de aire mucho mayor que la deglución de alimentos pastosos o espesos.

He aquí la razón de la eficacia de las comidas espesas en ciertos lactantes explicada claramente, al mismo tiempo que queda demostrada la realidad de los vómitos por aerofagia y precisada una indicación terapéutica, que ha quedado vaga hasta ahora. Además el desarrollo metódico de nuestro análisis radiológico, al perfeccionar nuestros conocimientos de las condiciones de la ingestión del aire y de la evacuación del mismo por el estómago, ha enriquecido nuestra terapéutica con otros dos medios eficaces: la alimentación con la sonda esofagiana y el decúbito lateral izquierdo momentáneo.

Es en el caso del lactante muy joven que se observa la forma más típica de los vómitos por aerofagia, la forma prandial. La clínica puede ser suficiente para asegurar el diagnóstico.

Se trata de un niño de algunos meses, de algunas semanas y hasta de algunos días. Muy a menudo es un lactante de pecho, porque sería exagerado decir que los vómitos por aerofagia son más frecuentes en el niño criado con biberón: lo contrario nos ha parecido más cerca de la verdad. Los dos sexos son atacados indistintamente.

El comienzo de la afección está muy cercano al nacimiento y no se nota la fase latente inicial prolongada tan típica de la estenosis congénita del píloro. Desde los primeros días comienza el niño a vomitar. Al principio son los vómitos espaciados, caprichosos, sobreviniendo sólo en ciertos días o en ciertas tetadas, o por períodos de varios días, seguidos por períodos de calma, los vómitos son tanto más numerosos de manera que aumenta el apetito y se hace más vigoroso. Pronto el hábito se confirma: los vómitos se producen a cada tetada, con una regularidad que produce en la madre una inquietud legítima, y que la preocupación familiar y los cambios desordenados de régimen harán más firme.

El apetito es normal o aumentado. El niño chupa del seno o del biberón con una rapidez a veces extrema, ingiriendo a la vez demasiado aire y demasiada leche. A cada deglución simultánea de aire y de líquido se puede oír un sonido «glu-glu» característico, (Mery, Guillemot y Arrimet). A veces—y este hecho

está en contraste con la voracidad inicial—el lactante hace alto al segundo o tercer minuto de la tetada, la excesiva distención gástrica suprimiendo la sensación de hambre y haciendo imposible toda nueva ingestión. A menudo se agita y emite gritos quejumbrosos. Si en este momento sobreviene una eructación (que puede traer consigo un borbotón de leche), el niño aliviado vuelve a emprender su tetada interrumpida.

El horario del vómito es, en general, precoz. El niño puede vomitar durante el curso de la tetada, o inmediatamente después, o poco después, raramente después de media hora. Si, pasado este tiempo, no ha vomitado el niño, es muy probable que pueda retener su alimentación. Esta regla no es, sin embargo, absoluta: la devolución de los alimentos puede ser tardía; puede hacerse en varias veces durante el intervalo interprandial. El modo de devolución del alimento es variable: por eructación, por regurgitación, y por vómitos verdaderos.

Por eructación el aire es evacuado de manera brusca, explosiva, y sobre todo ruidosa, al mismo tiempo que la leche expulsada.

En la regurgitación gástrica los fenómenos ocurren de la siguiente manera: poco más o menos tiempo después que el niño ha sido puesto nuevamente en decúbito horizontal, la leche aparece en la boca casi silenciosamente, sin presencia de náuseas previas, sin modificación de la facies, sin contracción visible de los músculos de la pared abdominal, por el solo esfuerzo de la musculatura gástrica. A veces la leche corre como baba por la comisura de los labios; como nosotros lo hemos observado radiológicamente, es una ola de reflujo gastro-esofágico que llega a su fin en la boca del niño. Cuanto más energética haya sido la contracción gástrica, tanto más viva es la ejaculación, y la leche sale como un chorro para caer sobre el babero.

Cuando la distención ha sido excesiva, la leche es expulsada por un vómito verdadero, vómito en cohete, con la puesta en juego de la musculatura abdominal y frénica.

El aspecto de la leche es variable, cuajada o no; no está relacionada de manera alguna con el medio de expulsión, depende únicamente del horario y la regurgitación puede ser tan tardía como un verdadero vómito. Inmediatamente después de la tetada, la leche no está cuajada, más tarde se encuentra en estado grumoso, si la coagulación se ha hecho en masa en el estómago el niño puede que no regurgite más que un líquido acuoso, el suero lácteo.

Las regurgitaciones y los vómitos son favorizados por la posición de decúbito demasiado horizontal y por desplazamientos demasiado bruscos del cuerpo del niño. Son calmados por el sueño.

El examen somático del niño no revela apenas nada. Enseguida después de la tetada, se nota una curvadura timpánica de la región epigástrica, sin contracciones peristálticas visibles. En el intervalo de las tetadas, el vientre puede encontrarse abombado, distendido por la aerocolia consecutiva a la aerogastria. Estos síntomas no tienen gran valor y en general es mejor insistir acerca del carácter negativo del examen. En especial, es importantísimo subrayar que las deposiciones no son patológicas: no existe diarrea, ausencia de aspecto mucogrumuloso o glutinoso, ni siquiera el aspecto de almáciga. A lo más se encontrará un falso estreñimiento, por consecuencia de la baja alimentación, ella misma secundaria a los vómitos.

La nutrición general y el crecimiento del niño no son alterados al comienzo, el lactante no tiene la apariencia de enfermo.

Si se aplica el diagnóstico correcto, si se pone en marcha un tratamiento conveniente, cesa inmediatamente la devolución alimenticia. Si no el síndrome persiste durante semanas o meses enteros. Se prueben todas las leche una por una, leche de vaca de diferentes procedencias, el babeurre, leche seca o condensada en disolución. Estos cambios múltiples de alimentación a menudo intempestivos o mandados a capricho pueden al fin determinar un verdadero estado dispéptico con sus consecuencias. En tal caso se tiene el cuadro de una verdadera enfermedad, pero (como con demasiada frecuencia ocurre en el caso del lactante) creada artificialmente. Las papillas hechas líquidas por medio de maltage son mal soportadas. De manera general todos los regímenes son ineficaces, mientras su consistencia física es líquida. Cuando el niño está al pecho, esta evolución persistente es demasiado frecuentemente el pretexto para un destete prematuro.

La tenacidad de los vómitos, el adelgazamiento consiguiente, pueden, al examen superficial, en verdad, hacer temer la posibilidad de una estenosis del píloro. Hacia el sexto mes, las regurgitaciones se hacen menos frecuentes, mas tarde desaparecen, esta desaparición coincide con la aparición en el régimen de alimentos de consistencia espesa.

A la forma prandial de los vómitos por aerofagia que acabamos de describir, propios al lactante sometido a la alimentación líquida, se opone la forma interprandial que solo citaremos para recordarlo. En este caso el aire no es solamente tragado al tiempo de la tetada, sino también en los intervalos de las mismas, a causa de un tic de salivación y de deglución relacionado con una afección nerviosa de origen central. Esta forma se semeja a la del adulto, es excepcional en el lactante de menos de un año, y solo se la observa en los idiotas escefalopáticos (Guinon, Riba-

beau-Dumas). Se manifiesta desde un principio especialmente por brotes de timpanismo abdominal, y por ascensos de vómitos.

El estudio radiológico de la deglución esofágica de los líquidos, comparada con la de los alimentos espesos o pastosos, aclara de manera precisa las condiciones de aerofagia en el lactante e ilustra el mecanismo de la distensión gástrica que resulta.

1.º *Mecanismo de la aerofagia: La alimentación líquida.* Durante la tetada, el lactante aunque sea normal, traga siempre una considerable cantidad de aire: tal es el hecho principal demostrado por las radiografías instantáneas del esófago tomadas en serie durante el curso de la tetada.

En estos clichés aparece el esófago como una bolsa alargada, de calibre relativamente enorme, ya que su proyección cubre y hasta sobrepasa la del raquis. Los contornos de esta bolsa bosquejan sinuosidades correspondientes a las olas contractiles, la más clara de las cuales está siempre situada en la parte media del conducto. La forma del imagen es la de una sanguijuela con una extremidad inferior gruesa, menos frecuentemente la de una salchicha o de una oruga, o de un reloj de arena. Si el examen se efectúa en posición vertical, el contenido de esta bolsa es transparente: está constituido principalmente por aire ingerido, dispuesto sea en una única burbuja enorme, sea en múltiples burbujas, yuxtapuestas, separadas por un delgado ribete opaco transversal. En esta posición la cantidad de aire ingerido parece, a cada deglución, superior a la de líquido: este último se aglomera en la parte inferior del conducto, dilatada en forma de embudo (epicardia), justamente por encima del diafragma y se para un momento antes de atravesar el cardias. Resumiendo, durante la deglución del líquido, la imagen esofágica es una imagen de distensión gaseosa transitoria, una verdadera bolsa de aire esofágica, antecámara de la bolsa de aire gástrica.

Durante la tetada, el aire y el líquido entran simultáneamente, en dos corrientes paralelas. Contrariamente a lo que ciertos autores suponen, a medida que el estómago se llena, no sale aire por el cardias: el aire que ha penetrado en el estómago no puede salir por el cardias más que por eructación, o en el curso de una regurgitación o de un vómito.

Al fin de la tetada, la bolsa de aire gástrica ocupa cerca de la mitad de la imagen gástrica. Mucho o poco tiempo después sobreviene la eructación. Un verdadero vómito de aire; ésta no es más que una defensa de la musculatura gástrica contra la distensión: es el resultado de una contracción normal del antro pilórico; puede traer consigo una parte de leche. El aire no expulsado

por el cardias es evacuado por el píloro, paralelamente al contenido alimenticio. En ayunas, el estómago del lactante no contiene más que una mínima cantidad de aire (aire residual). Salvo excepciones rarísimas, el lactante no traga aire en el intervalo de sus tetadas.

Las condiciones habitualmente invocadas no juegan más que un papel nulo o insignificante en la producción de la aerofagia. Si no se modifica la consistencia de los alimentos, la deglutición de aire es la misma, se alimente el lactante al pecho o con biberón, se le alimente con cuchara o con taza. Tampoco tienen influencia verdadera las posiciones del niño durante su alimentación, ni la forma de la teta o del chupón, ni la adherencia variable de los labios al pezón o al tetón; la aerofagia está relacionada, no a un fenómeno bucal de succión, sino a un fenómeno faríngeo de la deglutición. Sólo una causa tiene la aerofagia del lactante: la consistencia líquida del alimento ingerido.

La contra-prueba se efectúa fácilmente: los clichés del esófago tomados durante la deglutición de papillas espesas muestran que el conducto no contiene aire o solamente algunas burbujas, pequeñas y espaciadas; como consecuencia de la disminución de la cantidad de aire ingerido, la bolsa de aire gástrica es de poca dimensión. Muy pronto después de la ingestión, la papilla farinácea se hace líquida en el estómago bajo la influencia de los fermentos digestivos: a pesar de esta licuefacción la bolsa de aire permanece pequeña. La consistencia espesa del alimento al momento de pasar la faringe es pues el factor esencial.

El estudio de la deglutición faringo-esofágica en el lactante, demuestra, pues, el doble hecho cuya importancia es considerable: la excesiva aerofagia es la consecuencia directa de la alimentación líquida exclusiva; los alimentos de consistencia espesa suprimen o disminuyen la ingestión de aire.

2.º *Como la excesiva aerofagia puede provocar vómitos.*—En todos los vómitos, cualquiera que sea su causa, la aerofagia toma parte: el contenido gaseoso del estómago se junta al contenido alimenticio para crear el mínimo de presión intra-gástrica necesaria para que la contracción gástrica pueda ser eficaz: pero aquí esta actuación benéfica es solo accesoria.

Hay casos, sin embargo, en los cuales la aerofagia es el factor principal de la distensión gástrica. Con la ayuda de pequeñas cantidades de poción Riviére, hemos realizado bajo la pantalla el vómito por sobrecarga gaseosa del estómago, y hemos demostrado que el estómago del lactante reacciona de la misma manera, cuando contiene demasiado alimento (vómitos por suralimentación) o cuando contiene demasiado aire (vómitos por aerofagia.)

3.º *Por qué todos los aerófagos no vomitan.*—Pero de la misma manera que no todos los lactantes suralimentados vomitan

tan, tampoco vomitan todos los lactantes aerófagos: y es preciso ahora explicar por qué; la distención excesiva, apoyada por algunos, no lo es sin embargo por otros: como muy justamente ha observado el señor Marfan; he aquí la dificultad del problema, el nudo de la cuestión.

Ante todo, con la misma consistencia alimenticia, la cantidad de aire ingerido varía de un lactante al otro: la faringe de cada lactante teniendo un carácterístico funcional determinado. He ahí un don de alguna manera constitucional, dominado por condiciones individuales, anatómicas y fisiológicas.

También es preciso distinguir entre la distención lenta y la distención brusca. Los aerófagos que vomitan son a menudo los lactantes glotonos, que maman con una rapidez desordenada, distendiendo su estómago y vomitando enseguida, frecuentemente hasta antes de haber terminado la tetada: a veces basta con hacer que esta sea menos precipitada para suprimir los vómitos.

Ciertos lactantes evacuan el aire ingerido mejor que otros, ya por el cardias o por el píloro. Por el cardias la eructación puede tardar, ser incompleta o faltar del todo. La duración de la evacuación pilórica del aire depende de múltiples condiciones, entre las cuales no se debe olvidar ni la motilidad propia del píloro y que varía de un niño a otro, ni tampoco las posiciones dadas al niño en su cuna, durante la digestión: hemos demostrado que el decúbito lateral derecho, la evacuación pilórica de aire intragástrico se hace difícilmente.

En fin, la sensibilidad del estómago a la distención (como el de la vejiga) está controlada por condiciones locales o generales que pueden crear no sólo diferencias individuales, sino diferencias según los momentos, en un mismo individuo. La edad es por cierto una circunstancia importante y la clínica demuestra que en las primeras semanas de la vida, el estómago resiste menos la distención que en las fases ulteriores.

Pero, sobre todo, a falta de poderlo definir de otra manera, nosotros llamaremos «Terreno neuro-pático» esta irritabilidad especial de ciertos sujetos. Su actuación, en muchos casos, es indiscutible y explica como lo haya bien observado el doctor Marfan en su estudio de los vómitos habituales, que no se puede nunca prever la reacción del lactante con la simple valoración de las dimensiones de la bolsa de aire.

De todas maneras, cualquiera que sea la complejidad del problema y la oscuridad que todavía reina alrededor de esta cuestión, nosotros somos de opinión que, ya que la supresión de los vómitos es causada por la supresión de la aerofagia, será preciso considerar la ingestión de aire como factor esencial y no como accesorio. Opinamos que, el criterio terapéutico es en este caso

decisivo y no podría descuidarse de él, ni en una interpretación patogénica ni en una clasificación nosológica.

Al fijar el sitio de los vómitos por aerofagia en una clasificación de conjunto, es importante ahora, demostrar como se diferencian de los otros tipos de vómitos del lactante. Aquí se trata solamente del lactante que vomita, pero cuyos vómitos son un síntoma habitual y no episódico.

A la cabeza se aislan desde luego los vómitos por distensión, es decir los casos en los cuales la devolución de los alimentos no es más que una reacción mecánica de defensa de la musculatura gástrica contra la distensión excesiva. Comprenden dos variedades. O bien la distensión es debida a la ingestión de leche en exceso: estos son los vómitos por suralimentación; su tratamiento consiste en disminuir el volumen de leche ingerida. O bien la distensión es debida a la sobrecarga gaseosa, cuando el lactante ingiere demasiado aire durante la tetada: estos son los vómitos por aerofagia, que desaparecen si se consigue suprimir la distensión por aire.

Después vienen los vómitos por falta de alimentación: son aquellos que cesan paradójicamente con el aumento de la ración. Estos casos merecerían más bien el nombre de vómitos por inanición: son el resultado de una afección nerviosa secundaria a la falta de alimentación, cuyas condiciones humorales merecerían ser precisadas y que revelan una perversión del hambre, (hambre nauseosa, bien descrita por Albert Mathieu).

Los vómitos por dispepsia, primitiva o secundaria, son el resultado de una inadaptación cualitativa del régimen. Aquí no se trata ya de los intervalos entre tetadas ni el volumen de las mismas, ni de suprimir la excesiva aerofagia, por el contrario es preciso cambiar la naturaleza misma de los alimentos, remplazándola por otra, más apropiada a las facultades digestivas del niño. Raros, aunque no imposibles, tratándose de la leche de mujer, son estos vómitos principalmente frecuentes en el curso de la alimentación artificial. En este grupo de factores, no es jamás el vómito un síntoma rigurosamente solitario: cóexite con las molestias de la nutrición (distrófia) y las alteraciones digestivas (dispepsia): inapetencia o anorexia, pero principalmente por las modificaciones de las deposiciones del enfermo visibles en la cuna del niño y que pueden apreciarse por medios del laboratorio. Los vómitos por intolerancia o por anafilaxis a la leche deben ser incluídos en este grupo.

Seguidamente vienen los vómitos por obstáculo. El sitio de este obstáculo puede ser variable: gástrico, pilórico, duodenal, intestinal; puede ser orgánico, (malformación congénita o lesión adquirida) o solamente espasmódico. La estenosis orgánica impone la operación quirúrgica. En los vómitos por espasmo, los

fenómenos nerviosos juegan un papel importante casi preponderante, y, bien analizados, indican las directivas terapéuticas.

Tales son los esquemas que es preciso recordar. En la realidad estos pueden encontrarse asociados en combinaciones complejas, las cuales deberán ser separadas por el análisis clínico. Así es pues, que el espasmo no es jamás, por así decir, puro: se sobrepone sea a la aerofagia, sea a un factor local orgánico (malformación congénita, alteración inflamatoria mantenida por el estado dispéptico o por la infección), sea a un factor general, humoral o nervioso, que exagera la aptitud espasmódica. De la misma manera, la alimentación excesiva no es pura sino al principio de su evolución; se convierte en un estado dispéptico que complica su aspecto, con mas o menos rapidez. La aerofagia puede encontrarse asociada al exceso de alimentación cuantitativa. Es de máxima importancia notar que estas asociaciones se efectúan en proporciones desiguales: en cada caso el diagnóstico debe aislar el factor preponderante, el cual dominará la principal indicación terapéutica.

El conocimiento del verdadero mecanismo de la aerofagia conduce a medios terapéuticos eficaces.

La introducción del alimento líquido por la sonda esofágica suprimiendo la función faringea, suprime al mismo tiempo la bolsa de aire. En los casos graves puede darse el caso de tener que hacer uso de la misma. En la aerofagia pura es inútil hacer un lavado de estómago antes del cebado.

El aumento de la consistencia del alimento permite disminuir la cantidad de aire ingerido durante el curso de la tetada. Para obtener ésto dispone el pediatra de numerosos medios.

Un primer grupo de alimentos espesos se caracteriza por la restricción de su contenido acuoso. Si el niño se alimenta al pecho, es difícil lograr este método. Sin embargo se puede reunir la leche materna y espesarla por evaporación, o hacer uso de ella para confeccionar papillas. Cuando no se puede extraer la leche materna, se puede dar al niño, inmediatamente antes de la tetada al pecho o en el medio de esta, una o media cucharada de las de café de confitura de leche condesada. (Le Lorier) o si el niño tiene edad suficiente, una cucharada de las de café de una pasta espesa confeccionada con arrowroot (arrurus), sémola o patata (Epstein, Cozalino). Si el niño es alimentado artificialmente le método de leche de vaca evaporada o reducida es de fácil aplicación. La leche condensada, la leche seca, las babeurres condensadas permiten al disminuir convenientemente el agua de dilución, la obtención de alimento de consistencia apropiada. Según

Gallois (1906) se podrá utilizar los quesos blandos o de crema. Estos regímenes alimenticios, por la disminución de su contenido acuoso y su concentración en prótidos y lípidos, son regímenes mal equilibrados: deberán ser estrechamente vigilados; en especial será preciso cuidar de restituir al niño, la cantidad de agua necesaria sea por vía bucal (en el intervalo de las tetadas o durante la noche), sea hasta por inyecciones subcutáneas. Desde que la edad del niño lo permite se combinará el espesamiento de los alimentos por evaporación con el espesamiento por la adición de harinas o vegetales (legumbres).

El otro grupo de regímenes espesos se caracteriza por la adición a la ración líquida de elementos sólidos en cantidades bien controladas: éstos son los regímenes farináceos y vegetarianos, posibles a veces desde la edad de tres meses. Según Terrien (1905), se puede dar, al niño que padece de vómitos, papillas espesas de arrow-root (arrurus). Se tendrá cuidado de no maltearlas para no hacerlas líquidas; pero se podrá, después de la ingestión de la comida, hacer tomar al niño una pequeña cantidad de malta, cuya acción se efectuará en el estómago. Si se presenta la dispepsia farinácea, será conveniente reemplazar toda o parte de las harinas hidro-carbonadas por harinas azoteadas, según la técnica de Ribadeau Dumas: ya no es necesario hacer un elogio de estos alimentos. De los seis meses en adelante, a veces antes, se podrá recurrir a los purés de verduras varios, (Rohmer, Aviragnet y Dayras). Es evidente que aplicando la ingeniosidad de cada cual, será fácil adaptar las fórmulas dietéticas más variadas a un caso especial.

El decúbito lateral izquierdo inmediatamente después de la tetada favorece la evacuación del aire intragástrico por el píloro y disminuye enseguida la distensión gaseosa del estómago. En esta posición la bolsa de aire, se coloca inmediatamente debajo del píloro, se evacua hacia el intestino en un cuarto de hora. Según W. Magnusson y H. Engström, en esta posición, el aire atraviesa el intestino delgado con rapidez y alcanza el colon en menos de diez minutos, es expulsado por el ano prontamente si la motricidad cólica es normal. En la práctica, después de la tetada, se deja al niño en la posición vertical el tiempo suficiente para que pueda producirse la eructación normal; en seguida, se haya producido o no, se acuesta el niño sobre al costado izquierdo durante un cuarto de hora (primer tiempo) después sobre el costado derecho (segundo tiempo) hasta la siguiente tetada, el decúbito lateral derecho favorecerá la evacuación pilórica de la parte líquida del contenido gástrico. En numerosísimas ocasiones nos ha sido dado poder comprobar la eficacia de este método. Queda sobremanera evidente el interés de este método sencillo

cuando el niño está al pecho y pudiendo de esta manera evitar toda alteración en el régimen.

Tales son los tres métodos que permiten luchar con eficacia contra la aerofagia y los vómitos resultantes de la misma. Por electivo que sea su modo de acción, es preciso no olvidar dos puntos importantes: por una parte se cuidará de que el niño no beba con demasiada rapidez, intercalando varias pausas en el curso de la tetada; por otra parte, se disminuirá la irritabilidad del niño prescribiendo sea gardenal en dosis de 0,01 repetida dos o tres veces en las 24 horas, sea cloruro o bromuro de calcio. En fin, se vigilará para calmar la emotividad de los allegados.

Los vómitos por aerofagia en el lactante son un ejemplo de las afecciones cuya explicación es preciso averiguar, no en la patología, sino en la fisiología tan especial de esta edad de la vida, y, más especialmente, en las leyes que rigen la deglución de los líquidos.



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

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

Laboratorios del Norte de España, S. A.
e e Especialidades Quím. y Químicas, Barcelona. 33

El tratamiento de quemaduras con Aceite de Hígado de Bacalao

Por JOHN P. STEEL.

"The Lancet", N.º 5.841. 10 de Agosto de 1935

(Traducido directamente del Inglés por E. A. O'FERRAL)

El artículo publicado el año pasado en «The Lancet» por el profesor Wilhelm Löhr de Magdeburg, llamando la atención al tratamiento de quemaduras por el Aceite de Hígado de Bacalao, era de importancia suficiente para justificar el ensayo de este método. Pocas veces se reciben en los hospitales casos de quemaduras que no hayan recibido la primera cura previamente en casas de socorros, etc., y éstas por costumbre consisten en la aplicación de alguna materia aceitosa aplicada a la superficie quemada. Por esta razón no puede aplicarse el método del ácido tánico sin hacer una extensa limpieza previa de la piel, en muchos casos necesariamente bajo anestesia general. A causa de sus propiedades analgésicas se hace uso extenso también del ácido picrico en tales casos y la aplicación del ácido tánico no es fácil en superficies así ya tratadas. Donde no era deseable tener que hacer una limpieza de la piel, era la práctica en este hospital seguir la primera cura con una aplicación de petróleo líquido o vaselina estéril, pues la continuada aplicación del ácido picrico traía resultados desagradables en casos de idiosincrasia.

El uso del Aceite de Hígado de Bacalao parecía un método tan fácil y de utilidad tan general, que nos decidimos usarlo en el tratamiento de quemaduras leves con el fin de poder apreciar su verdadero valor y nos fué fácil compararlo con el ácido tánico y los demás tratamientos por substancias aceitosas. Las ilustraciones que acompañan a este artículo demuestran con toda claridad el por qué se llegó a la conclusión que el uso del Aceite de Hígado de Bacalao estaba ampliamente justificado, no solo en las quemaduras leves, sino también en las de mucho mayor extensión y penetración. En verdad hemos tenido tal éxito con su uso que su aplicación al tratamiento de quemaduras ha llegado a ser una rutina para tales casos. Su mayor ventaja es, que no importa que tratamiento se haya seguido en la primera cura de urgencia, no es necesario emprender una limpieza a fondo de la piel antes de poder aplicar las curas subsiguientes.

Al principio se creyó que el Aceite de Hígado de Bacalao combinado en una pomada con una base cerosa permanecería en contacto más íntimo con la superficie quemada, pero muy pron-

to nos dimos cuenta, cuando se hizo el cambio de apósito, que éste o estaba seco o tenía la tendencia de arrancar el tejido granuloso junto con el resto de unguento ceroso. Para contrarrestar esta dificultad se aplicó gasa bien impregnada de Aceite de Hígado de Bacalao encima de la superficie que se deseaba tratar y ésta se quitaba al expirar las 12 horas. Con la experiencia se ha llegado a comprobar que una vez cada 24 horas es suficientemente frecuente para hacer la cura, y el apósito se deja «in situ» y se vuelve a empapar en aceite, la gasa no se quita hasta 48 horas después de haberse colocado la primera vez, una ventaja evidente donde la superficie que hay que tratar es extensa.

Tanto Löhr como Winnett-Orr de Nebraska usan el método oclusivo, pero la única oclusión que nosotros hemos encontrado necesaria es de cubrir el apósito con «jaconette» para procurar que la gasa permanezca impregnada. En todos casos se usa Aceite de Hígado de Bacalao crudo, desde un principio. Casos que previamente no han reaccionado a los tratamientos ordinarios, han hecho excelente progreso con este aceite, y la rapidez con que una superficie indolente se transforma en una de granulación sana es notable. Este tratamiento es popular también entre los pacientes. Casi todos han dicho que la primera aplicación del Aceite de Hígado de Bacalao les ha dado mucho más alivio que otros medios de tratamiento. Se nos permitirá quizá citar un caso:

Un fogonero de barco, que tenía cicatrices en casi todas las partes del cuerpo, sufrió quemaduras en el brazo izquierdo, del hombro hasta el codo, a bordo de un barco a cinco días de viaje de Liverpool, que le fueron causadas por una caída contra la puerta de una de las calderas del barco. Sostuvo una quemadura de tercer grado que fué tratada a bordo con ácido pícrico, y al llegar al puerto fué enviado inmediatamente a este hospital (Smithdown Road Hospital, Liverpool.) Sufrió considerables dolores y había toxicidad a causa de las aplicaciones de ácido pícrico. Se aplicó inmediatamente el Aceite de Hígado de Bacalao y en doce días pudo ser dado de alta con una superficie completamente curada y sin cicatrices.

Por una extraña coincidencia unos quince días después de su próxima llegada al puerto fué enviado por el médico de la compañía en la cual navegaba a este mismo hospital a causa de una obstrucción intestinal aguda y se encontró que no solo no tenía cicatrices causadas por sus recientes quemaduras sino que la pigmentación de color marrón que a menudo queda después de este tratamiento, habían desaparecido completamente. Otro caso confirma esta opinión:

Una mujer, de 25 años de edad había estado en el hospital por más de dos años y medio como resultado de extensas que-

maduras causadas por haberse caído al fuego en su casa. Había sido tratada por varios métodos durante un período de dos años, y había tenido lugar tal escarificación que tenía la barba atraída a lo menos dos pulgada y media hacia la pared del pecho. En las partes donde no había tenido lugar ninguna mejoría se ensayó ingerto de piel pero no resultaron. Finalmente se usó el Aceite de Hígado de Bacalao en las partes donde no había ocurrido ninguna cicatrización y ahora nos encontramos con un cuadro de islas de piel sana sin cicatriz en medio de extensiones de cicatrices.

Relataremos brevemente dos casos de quemaduras tratadas por el método de Löhr:

1.—A. B. se quemó todo el antebrazo izquierdo de grado segundo y tercero al derramársele una sartén de grasa hirviendo, y fué admitido en el hospital el 10 de Abril, padeciendo grandes dolores. Se le curó con el referido aceite y declaró que el dolor había sido inmediatamente aliviado. 14 días más tarde se le dió de alta sin vestigios de cicatriz y dentro de un mes había desaparecido la pigmentación.

2.—C. D. reputado epiléptico, fué admitido el 15 de Abril y dado de alta el 28 de Junio. Sus extensas quemaduras eran el resultado de una caída en el fuego y en las fotografías que acompañan este artículo podrá seguirse el progreso de su curación. Al marcharse llevaba aún una cura seca. Aún después de quemaduras tan extensas y tan graves no hubo cicatriz.

Habiendo obtenido resultados tan halagadores en los casos de quemaduras se decidió probar este método en otros casos. Se trataron de esta manera úlceras indolentes y rozaduras profundas, pero siempre siguiendo la regla «si hay pus, hay que dejarlo salir». Teniendo eso en cuenta se ha encontrado el uso del Aceite de Hígado de Bacalao una gran ventaja en la curación de superficies de muy lenta cicatrización. Después de la eliminación de pus o de trozos de piel gangrenosos, el aceite aplicado de la forma que ya hemos descrito ha inducido la rápida granulación del tejido que anteriormente se había demostrado indolente en úlceras de la piernas y hasta en casos de fístula. Un caso de fístula encontrábase en el hospital 34 días bajo tratamiento rutinario y todavía tenía una secreción serosa. Después de curar la herida durante 6 días con Aceite de Hígado de Bacalao, pudo el enfermo abandonar el hospital y tuvo sólo necesidad de volver dos veces más para ser curado.

E. F. tenía una superficie séptica en la pierna durante tres semanas mientras que estaba embarcado; se había desarrollado celulitis y estaba cambiando la piel. Estuvo en el hospital 17 días con tratamiento de Aceite de Hígado de Bacalao y salió casi completamente curado. Cuando una semana más tarde hizo acto

de presencia no era posible ver nada de la herida, excepción hecha de una ligera pigmentación roja, la cual desapareció en el espacio de algunos días.

Al menos que las superficies distales y proximales de una articulación estén comprendidas en la lesión no se efectúa ninguna inmovilización ni tampoco se procura obtener oclusión alguna excepto la que se obtiene con el uso de la «jaconette». Se usa el Aceite de Hígado de Bacalao crudo sin refinar y se aplica por medio de gasa empapada en el mismo. La cura no se quita durante 48 horas, pero al fin de las primeras 24 horas, antes si se estima necesario, se vuelve a empapar en aceite sin tocar la gasa. En algunos casos se encuentra al fin de una semana que las granulaciones son hasta exhuberantes, en cuales casos durante 24 horas se reemplaza el aceite por alguna pasta a base de óxido de zinc.

La única desventaja de este tratamiento, está en el olor desagradable que desprenderá el apósito, pero esto se puede mitigar algo por cambios frecuentes de ropa de cama. En un tiempo añadimos al aceite un aromático, pero lo dejamos pronto pues no parecía valer la pena. A veces el olor del aceite dará repugnancia al enfermo y le impedirá tomar su alimento, pero estas leves náuseas pronto desaparecen. Las ventajas son evidentes, el alivio que obtiene el paciente en la primera aplicación, la abolición de curas frecuentes (con el dolor consiguiente para el enfermo), y la eliminación casi completa de tejido de cicatrización. La pigmentación de color chocolate que se encuentra en la parte sanada desaparece sin más tratamiento.

Se hizo una comparación en el laboratorio entre el Aceite de Hígado de Bacalao y petróleo líquido, habiéndose inoculado 10 cc, de cada uno con *Estafilococo piogeneo aureo*. En el caso del aceite, después de una incubación de 48 horas, las subculturas en agar comprobaron que aunque los organismos estaban aún vivos el crecimiento estaba inhibido. El mismo resultado se obtuvo con el petróleo líquido en el curso de una semana. Es evidente que ninguno de los dos es medio adecuado al crecimiento de los organismos, y esto justificará, como dice Löhr, el cambio de una superficie infectada en una que demuestra limpieza y curación.

Si el contenido vitamínico del Aceite de Hígado de Bacalao tiene alguna afinidad natural hacia la piel y los tejidos subyacentes sería difícil decir, pero es evidente que existe algún factor en este aceite que no está presente en tales materias grasosas como el petróleo líquido. Este «algún factor» tiene el efecto de curación mucho mas rápida y la eliminación casi completa del tejido de cicatrización.

El régimen de las colitis de fermentaciones y de las colitis de putrefacciones

Por J. COUTURAT.

"La Presse Medicales,, N.º 69. 28 Agosto. 1935

(Traducido directamente del Francés por E. A. O'FERRALL)

Los regímenes alimenticios adaptados a las dos grandes categorías de colitis: las colitis de fermentaciones y las colitis de putrefacciones, son ante todo regímenes de exclusiones. Sus constituyentes dependen de las posibilidades de las digestiones gastro-intestinales que varían en absoluto en estas dos categorías.

En sus «Notas de técnica y de clínica», (Boletín semestral de la Clínica de Enfermedades del aparato digestivo del Hospital de San Salvador. N.º 1 Noviembre de 1934), el profesor E. Doumer publica dos tipos de régimen útiles de conocer.

La colitis de fermentación se caracteriza por una digestión defectuosa o nula de las celulosas llamadas «digestibles» y del almidón. Por consiguiente los alimentos que contienen estos elementos deben ser suprimidos. Las materias albuminoides por lo contrario, son perfectamente toleradas. Estas deben formar la base del régimen. Las materias grasas en abundancia son generalmente mal toleradas.

Entre los alimentos prohibidos, el pan está estrictamente proscrito en todas las formas de colitis de fermentación por leves que sean. En las formas graves, se prohibirán hasta los sucedáneos del pan: biscochos, galletas secas. Se suprimirán igualmente las harinas, féculas, pastas alimenticias y todas las preparaciones en las cuales entran estos productos (tortas, cocidos, entremeses, salsas).

Supresión completa igualmente de las judías, guisantes, habas y lentejas.

La patata debe prohibirse terminantemente.

Las verduras y las frutas al natural (zanahorias, nabos, puerros, lechugas, manzanas, peras, cerezas, naranjas,) están en principio prohibidas, porque constituyen ante todo de celulosa;

sin embargo, se podrá estudiar la tolerancia de cada enfermo a pequeñas cantidades de estos alimentos, las verduras en puré y finamente coladas, las frutas en la forma de jugo de fruta o en jalea.

Las mermeladas o compotas de frutas enteras están prohibidas. El plátano es una fruta que no debe permitirse.

Por general las grasas son mal toleradas, y si lo son, solamente en muy pequeñas cantidades y bajo forma de mantequilla fresca.

Las materias albuminoides son generalmente digeridas perfectamente en la colitis de fermentación, será preciso destinar un gran sitio en el régimen a las carnes y a los pescados blancos en el caso de estos enfermos. Estos alimentos deberán prepararse a la parrilla o asados.

Entre los alimentos permitidos podemos citar: la leche desnatada, los quesos cocidos (holandés, suizo, port-salut), huevos muy frescos.

Entre los vegetales, el arroz, de grano pequeño es perfectamente tolerado y debe constituir la base de la alimentación del enfermo de colitis de fermentación. Tostadas de arroz con sal reemplazarán el pan en este caso.

Otros vegetales tolerables: son salsifis, corazones de alcachofas, puntas de espárragos.

Las frutas se darán bajo forma de jugo de frutas frescas; jugo de naranja, de limón, de uvas.

Entre las jaleas de frutas se debe recomendar ante todo una de ellas, la jalea de arándano, por su poder astringente. El azúcar ordinario se tolera bien generalmente. La única bebida permitida es el agua ordinaria. Se permitirá un poco de café, o mejor alguna infusión malteada caliente después de las comidas.

La colitis de putrefacción está caracterizada por una digestión defectuosa o nula de las materias albuminoides, es decir ante todo las carnes y los tejidos conjuntivos. Está bajo la dependencia de las deficiencias gástricas, pancreáticas o biliares. Por consiguiente, será preciso arreglar el régimen según las diversas indicaciones suministradas por el examen coprológico que hará evidente, más especialmente, una u otra de estas deficiencias.

Entre las materias albuminoides están prohibidas en todos los casos: las carnes pasadas o conservadas, menudos de reses, pescados secos o en conserva.

Cuando domina la insuficiencia gástrica, se permitirá la carne de vaca, de ternera, de cerdo, de borrego, carne de aves, asadas o a la parrilla, bien cocidas y picadas muy fino, y, de todas maneras, en pequeña cantidad.

En la insuficiencia pancreática, se impone la supresión completa de la carne. Se pueden permitir los huevos en pequeña

cantidad cuando domina la insuficiencia gástrica pero terminantemente prohibidos en los casos de insuficiencia pancreática. La leche está siempre indicada, sobre todo el empleo de las leches fermentadas del tipo «kefir» o «yoghourt». Se aconseja también el uso de los quesos frescos. Todos los tipos de frutas son permitidos y convenientes. Esto también aplica a las verduras. Por regla general se permite el pan.

En todos los casos en los cuales la insuficiencia pancreática es la dominante, es preciso dar cantidades moderadas de almidón, por consiguiente hay que disminuir el consumo de pan, patatas, y otras féculas. El azúcar es tolerada.

Las grasas (mantequilla) son toleradas en los casos de insuficiencia gástrica neta, en todos los casos de insuficiencia biliar o pancreática, es preciso por lo contrario, eliminarlas casi completamente del régimen.

En fin, como bebida, se aconsejará el empleo moderado del vino o de la cerveza en la insuficiencia gástrica. En los otros casos, el vino bien aguado constituirá la mejor bebida del que padece colitis de putrefacción.

ADVERTENCIAS

Los autores de artículos originales que deseen números aparte, deberán solicitarlo del Secretario, abonando su importe. Los trabajos que requieran la inserción de clichés, será de cuenta de su autor el importe de dichos clichés, hasta tanto que la situación financiera de la Revista mejore. Los trabajos quedarán propiedad de la Revista.

Toda la correspondencia, manuscritos, libros, revistas, cambio de prensa, etc., deben dirigirse al Colegio Médico, Cáceres. Apartado, 21.

Los Vómitos de la Primera Infancia

Por E. APERT.

De "La Presse Medicale,, Agosto 7, 1935. N. 63

Traducido directamente del Francés por E. A. O'FERRALL.

El vómito es un hecho banal en la primera infancia; el lactante vomita en cada ocasión y cuanto más joven es, tanto más cierta es esta aseveración; reacciona de esta manera a toda causa mórbida, y hasta se puede decir que a todo incidente que le cause molestia. Por consiguiente, no hay que alarmarse cuando el vómito se presenta como caso aislado, pero tampoco hay que descuidar el buscar los motivos, ya que puede ser sintomático del comienzo de una enfermedad aguda, y hasta, este un hecho aún más grave, ser la primera manifestación de una estrangulación herniaria o de una invaginación intestinal, exigiendo ambas una intervención inmediata; o bien de una meningitis tuberculosa con su correspondiente y terrible pronóstico.

El médico es consultado con más frecuencia aún, a causa de vómitos repetidos, sea en varias tetadas consecutivas, sea a diversos intervalos durante el curso del mismo día, o durante una serie de días, y hasta puede ser que los vómitos hayan llegado a ser habituales. Estos vómitos repetidos indican un estado de intolerancia gástrica cuya causa es preciso averiguar. Así pues, el tratamiento de los vómitos de los lactantes no puede ser un tratamiento únicamente sintomático: antes de prescribir, será preciso profundizar en la semiología y de esta manera llegar a la patogenia y así establecer el tratamiento adecuado.

El primer punto es precisar cómo y en qué momento se producen los vómitos en relación con la tetada. Es necesario distinguir entre el vómito y la simple regurgitación, pues esta última alarma a las madres sin razón, sobre todo si son primíparas. La regurgitación es un simple reflujo de leche que sobreviene muy pronto después de la terminación de la tetada; se produce ante todo cuando el niño es aún muy pequeño, y está mamando al seno de una madre con leche abundante y generosa, principalmente después de las tetadas matinales.

Para hacer menos frecuentes y menos copiosas las regurgitaciones basta a menudo con acortar la duración de las tetadas de la mañana; sin embargo si continúan produciéndose aun cuando la balanza demuestra que las tetadas no son demasiado abundantes y cuando el peso del niño no sobrepasa un término medio

de 20 a 25 gramos diarios para el lactante de un trimestre, será preciso combatirlas, sobre todo si se producen más allá de 10 a 15 minutos después de la tetada. En este último caso, demuestran una sobreexcitación del estómago, como se puede constatar inmediatamente si se ven contracciones violentas y frecuentes, se hará uso del poder antiemético del citrato de sosa y del azúcar, dando inmediatamente antes de la tetada siguiente una cucharada de café de la siguiente mezcla:

Citrato de sosa	0'50 gr. a 1 gramo.
Jarabe de azúcar	90 gramos.

Es preciso dar más atención a los verdaderos vómitos de leche cuajada que sobrevienen algo más tarde después de las tetadas; abundantes, acompañados de esfuerzos y a menudo con eructos gaseosos ruidosos causados por la emisión brusca de aire que ha sido tragado al mismo tiempo que la leche. Es normal que a cada chupada el niño ingurgite aire. No se trata de aire que provenga del biberón al menos, si se tiene el cuidado de inclinar el mismo convenientemente para que el aire no pase a la teta; se trata de aire de la faringe, que proviene de las fosas nasales.

Es muy cierto que ciertos lactantes sienten molestias a causa de una cantidad excesiva de aire en el estómago; después de la tetada, en vez de dormirse, o al menos de permanecer tranquilos y satisfechos de la plenitud estomacal, se agitan, se quejan, lloran, gritan, hasta que se produce un ruidoso eructo de gas. Dar la tetada al niño en posición vertical o muy inclinada contribuye a remediar esta molesta condición. Si ésto no es suficiente, puede ser eficaz pasear al niño algunos minutos, después de la tetada, teniendo en los brazos en posición sobre el vientre e inclinado a un ángulo de 45.º, en esta posición y ayudado por golpecitos suaves en la espalda, la mayor parte de las veces eructará y luego se dormirá tranquilamente.

Nos quedan por tratar los verdaderos vómitos mórbidos.

Cuando un lactante que hasta entonces no ha tenido por costumbre vomitar, y estando en plena salud, repentinamente tiene uno o varios vómitos abundantes y penibles y al mismo tiempo una alteración visible de su estado general, es preciso ante todo asegurarse que no se trata de una oclusión intestinal, sea por una estrangulación herniaria o por invaginación.

El examen de los orificios herniarios, ombligo, anillo inguinal, anillo crural, resuelve la primera eventualidad. Si al mismo tiempo hay defecaciones glutinosas y sanguinolentas, es preciso pensar en la segunda, pero no hay que esperar este signo para descubrir la invaginación; no hay que tener recelos en introducir

el dedo índice en el ano, fácilmente dilatable; a veces se palpará la morcilla de la invaginación, o el dedo sacará filamentos glutinosos sanguinolentos que señalan el diagnóstico de invaginación. Es preciso apelar al cirujano, con urgencia.

Con mucho mas frecuencia ocurren los vómitos cuando el lactante está en plena salud, y son, con la elevación de temperatura al principio, los signos de una infección aguda, muy frecuentemente de las primeras vías respiratorias; se descubrirá esta causa examinando la boca, la garganta, las fosas nasales; se encontrará roja, se ven descender por ella secreciones que provienen de las fosas nasales; por otra parte el interior de la nariz está húmedo. Será preciso pensar en un posible comienzo de sarampión. En tal caso, los vómitos no son mas que un síntoma y no necesitarán otro tratamiento que el de la enfermedad causal.

No hay que olvidar tampoco que el vómito puede ser el primer signo visible, para la familia, de un estado meníngeo; el vómito saliendo en este caso en chorro, sin esfuerzo; el abatimiento del niño siendo testigo de su cefalalgia, el encuentro de la rigidez de la nuca y del signo de Kernig harán atribuir el vómito a su verdadera causa.

A partir de estos vómitos, podremos decir añadidos a otro estado mórbido, el tubo digestivo es el que con más frecuencia es responsable de la causa; en la gastro-enteritis aguda, tal como se observa después de haber ingerido alimentos en malas condiciones, y con más frecuencia aún en los días de calor en verano (summer disease, inglés, trad: enfermedad de verano), los vómitos son un elemento del cuadro clínico con la diarrea profusa y fétida, y las modificaciones de la curva térmica, hipertermia, alternando a veces con la algidez; la deshidratización que se demuestra por el estado parecido a cera del tejido sub-cutáneo, la alteración de la fisionomía, la retracción de la fontanela, el enfriamiento de las extremidades. Es preciso inmediatamente suprimir toda alimentación a excepción de biberones de agua hervida y hacer, varias veces al día si lo es preciso, una inyección sub-cutánea de agua salada isotónica, llamada suero fisiológico, en dosis de 60 a 120 gr., según el volumen del niño, para remediar a la vez la deshidratización y la decloruración. Si es grande la debilidad, se puede agregar algunas gotas de coñac al agua del biberón, y algunas gotas de clorhidrato de adrenalina, al milésimo, en la inyección sub-cutánea.

No insisto acerca de los vómitos relacionados con la apendicitis o la tos ferina. Es preciso que nos atengamos al tratamiento de los estados en los cuales el vómito constituye el síntoma predominante sino el único.

Ante todo debemos apartar dos estados especiales en los cuales se trata, sea de una tendencia habitual a los vómitos (enfer-

medad de los vómitos habituales), sea de vómitos que ocurren por series separadas por intervalos de salud (enfermedad de los vómitos periódicos).

Esta última es una enfermedad muy especial; la primera crisis de vómitos sobreviene brutalmente cuando el niño se encuentra en plena salud; a veces una madre perspicaz habrá notado, que en los días precedentes, el niño habrá tenido menos apetito, demostrado menos actividad, menos alegría; es solamente antes de los 12 o 18 meses de edad que sobrevienen estas crisis; a veces coinciden con una erupción dentaria; a menudo se trata de niños grandes, gordos, apáticos o por lo contrario, agitados, nerviosos, coléricos; casi siempre se encuentra en la familia la gota, la urticaria, la diabetes, las migranas, el asma, la enterocolitis o el eczema. El niño mismo padece a menudo de estreñimiento, tiene digestiones lentas con defecaciones voluminosas.

El primer vómito es de sustancias alimenticias, enseguida el niño vomita secreciones gástricas, glutinosas o biliosas; la ingestión de todo alimento aun cuando líquido, aunque no sea mas que una gota de agua, provoca náuseas penibles seguidas de vómitos; la intolerancia gástrica es completa, como consiguiente el niño muy pronto se encuentra abatido, soñoliento; no hay fiebre, sino mas bien una tendencia a la hipotermia con enfriamiento de las extremidades.

El abdomen permanece elástico y con tendencia a retraerse. El hígado, siempre relativamente grande en el niño joven, puede sobrepasar las costillas falsas, y hasta ser un poco sensible a la presión.

El aliento toma desde los primeros vómitos un olor especial, diferente del olor agrio frecuente despues de todo vómito, y parecido al olor de la manzana «reINETTE» o según Marfan, al del cloroformo mezclado con ácido acético. A veces se puede notar este olor hasta antes del primer vómito. Este olor es debido a la presencia en el aire expirado de acetona, la cual por otra parte puede ser encontrada químicamente en la orina.

Durante la crisis es preciso tener al niño en cama bien abrigado, si es necesario, rodeado de botellas de agua caliente; no debe suministrársele ningún alimento, pero puede ensayarse agua azucarada helada dada por cucharadas de café a intervalos de varios minutos. También podrá dársele por cucharadas, agua de Yichy helada y azucarada. Si aún se manifiesta la intolerancia gástrica, se combatirá la deshidratación por pequeños lavados de agua tibia o por inyecciones sub-cutáneas de agua salada isotónica.

La duración es muy variable. Si al fin de dos, tres, cuatro días continúa la intolerancia gástrica, cae el niño en un estado de seria postración, y adelgaza rápidamente. Entonces el recurso es gran-

des inyecciones de suero glucosado hipertónico seguidas inmediatamente por una inyección de 5 unidades de insulina.

Al fin de un período que varía entre medio día y 5 ó 6 días o aún más, la intolerancia estomacal se atenúa y desaparece, y se puede progresivamente realimentar al niño.

Pero es de importancia instituir un régimen que sea susceptible de evitar la recurrencia de las crisis. Del 2.º año en adelante, la alimentación debe incluir compotas, frutas, verduras cocidas en puré, así como farináceos con muy poca mantequilla y grasa, leche; los huevos son generalmente mal tolerados. Es preciso vigilar la regularidad de las deposiciones; todos los meses se dará durante tres días seguidos un grm. de calomelano.

La enfermedad de los vómitos habituales ha sido distinguida por el Dr. Marfan de los vómitos relacionados con la dispepsia causada por errores alimenticios. Puede en efecto, manifestarse aparte de toda falta en la alimentación, por el hecho de un espasmo gástrico, produciéndose media hora, una hora, u hora y media después de la tetada, repitiéndose a veces después de todas las tetadas, a veces una o dos veces al día. Es una enfermedad de la primera infancia; apareciendo a veces desde las primeras semanas, en todo caso en el primer trimestre y, hasta en los casos más rebeldes desapareciendo en el curso del segundo y a lo sumo del tercer semestre. A menudo alternan períodos de atenuación con períodos de agravación.

Marfan ha demostrado que la enfermedad se caracteriza por un espasmo total del estómago, completamente distinto del espasmo pilórico; este espasmo es provocado por la introducción de la leche en el estómago; persiste durante un tiempo variable; provocando finalmente el vómito en una contracción espasmódica más violenta; pero una o dos horas después de la tetada el píloro cede y el contenido estomacal es evacuado en masa en el duódeno, por consiguiente la desnutrición es pronunciada solamente en los casos en los cuales los vómitos se repiten abundantemente en cada tetada. No hay éxtasis gástrico prolongado; tres horas después de la tetada el tubaje con la sonda de Nelaton coge solamente un líquido muy claro.

Este estado es debido a una hipersensibilidad especial de la mucosa gástrica y a una hiperexcitabilidad de los músculos del estómago en su totalidad. Es ante todo frecuente en los heredo-sifilíticos.

El tratamiento consiste, por una parte, en hacer más espesas las comidas. Desde el 2.º semestre se puede comenzar a dar papillas espesas. Para evitar la deshidratación y la concentración de la orina se podrá dar media hora después de las comidas una o varias cucharadas de sopa, de agua hervida azucarada.

Pero es preciso calmar la hipersensibilidad de la mucosa dan-

do algunos instantes antes de las comidas una cucharada de café de la siguiente poción:

Tintura de Belladona.....	1 a 3 gotas según la edad.
Bromuro de Calcio.....	50 centigramos.
Julepe de goma.....	90 gramos.
o sino:	
Dermatol.....	2 gramos.
Jarabe de azúcar.....	90 gramos.

En los casos rebeldes se podrá dar, al despertar, un comprimido de un centígramo de gardenal.

Finalmente en su día tratamiento antisifilítico si es preciso.

Otra enfermedad especial en la cual el síntoma principal es el vómito es la estenosis hipertrófica del píloro. Se manifiesta solo a las pocas semanas de vida, sea en el niño de pecho sea en el alimentado por biberón; el niño comienza a vomitar, éstos se repiten a cada tetada; el niño tiene hambre, toma con avidez el pecho o el biberón; después de un tiempo que varía, el niño vomita en masa todo el contenido de su estómago.

El niño adelgaza rápidamente; a través de su pared abdominal demacrada se puede ver el estómago como una bola que la mano al parparlo siente endurecerse y contraerse. A veces se puede provocar esta contracción por el choque del dedo sobre la pared.

Un signo que permite afirmar que se trata verdaderamente de hipertrófia del píloro es la constatación, al tacto, de un tumor duro en forma de oliva bajo el borde del hígado. Pero la ausencia de este tumor no permite asegurar la ausencia de estenosis hipertrófica; el signo de importancia es la impermeabilidad absoluta del píloro.

Esta se puede constatar por una parte por la ausencia de polvos de carbón ingeridos al mismo tiempo que una tetada; pero vale más, cuando es posible, seguir por radioscopia, el progreso de un biberón de una suspensión de barito, se verá contraerse el estómago con fuerza sin conseguir que el líquido opaco penetre en el duódono; las contracciones infructuosas se repiten hasta el agotamiento sin resultado o con un resultado incompleto, la mayor parte permanecerá en el fondo del estómago aun cuatro horas después de la tetada.

Otro modo de constatar lo defectuoso de la evacuación estomacal es el intubaje del estómago por la mañana en ayunas por medio de la sonda de Nelaton; ésta recogerá los cuajos de la leche ingerida la noche antes.

Cuando los síntomas están completos, cuando el examen radioscópico es afirmativo, el único tratamiento eficaz es la piloro-

plastia; pero se encuentran casos muy molestos de pasaje incompleto donde se puede creer en un espasmo pilórico provocado por una dispepsia emetizante de origen alimenticio. Volveremos a tratar de esta eventualidad.

Después de haber estudiado estas diversas variedades de vómitos de tipos bien caracterizados, tenemos que atribuir una importancia no menor a los vómitos relacionados con alteraciones gastro-intestinales, pues se les encuentra frecuentemente en la práctica, y la cuestión de poder diferenciarlas de las afecciones que ya hemos descrito siempre se impone.

Los vómitos son el primer síntoma de la indigestión aguda susceptible de producirse en el lactante por las causas más triviales, fuera de todo desarreglo en el régimen, simplemente porque durante el curso de antes o después de una comida el niño ha sido molestado por una sacudida intempestiva, un susto, frío, calor. El método a seguir consiste en un sencillo descanso del estómago por medio de un régimen acuoso momentáneo seguido de una vuelta progresiva a la plena alimentación.

Más difícil es el tratamiento de los vómitos que se repiten y que no pueden ser clasificados en las categorías que ya hemos estudiado, y que se presentan acompañados de síntomas que en mayor o menor grado atestiguan alteraciones digestivas. Abultamiento durante el período de digestión, agitación, quejidos, deposiciones mal olientes, glutinosas, mezcla de partes líquidas y grumosas, con partes más o menos verdosas. En presencia de estos signos de dispepsia, es importante hacer una investigación del régimen del niño, la leche suministrada, su preparación y la cantidad de azúcar que se le añade, su esterilización, el número de tetadas y los intervalos entre las mismas, las variaciones en el peso del niño y su temperatura. Naturalmente el primer paso es asegurar el estricto cumplimiento de las reglas precisas que gobiernan la alimentación de los niños, pero es necesario tener presente que ciertos sujetos presentan disposiciones especiales; la regla de dar al lactante cuotidianamente una cantidad de líquido igual a la décima parte de su peso corporal más 200 gramos es un punto de reparo, pues si el niño aumenta de peso satisfactoriamente con menos cantidad hay que atenerse a esta última, inversamente se probará una cantidad mayor si el peso permanece estacionario.

Los vómitos son también muy frecuentes en los casos de alimentación insuficiente, y con demasiada frecuencia se agravan porque mientras más vomita el niño, más agua se le echa a la leche o más se disminuye la cantidad. Los vómitos causados por alimentación insuficiente desaparecen a menudo con el simple hecho de administrar leche condensada azucarada diluída con agua hervida, en tales proporciones, que se efectúa una concentración

del biberón; en los niños de pecho se puede dar al comienzo de la tetada una cucharada de café de leche condensada azucarada.

No siempre se logra, por la simple modificación de la alimentación, la digestión perfecta y la desaparición total de los vómitos. Un niño que ha digerido mal sigue durante algún tiempo dispéptico. Es preciso ayudar la función digestiva añadiendo en cada tetada, un poquito de polvo de fermento digestivo, pepsina, «papaina», Lab-fermento, atural pancreatina, «maltase», «distase»; reservándose estas últimas para los niños ya suficientemente grandes para tomar farinaceas en su alimentación, y están especialmente indicadas cuando la reacción al yodo demuestra almidón sin transformar en las deposiciones.

Cuando hayan desaparecido los vómitos y las defecaciones defectuosas, no se debe continuar indefinitivamente el uso de los fermentos, sino espaciar su suministro, al principio en un biberón sí y en otro no, después solamente una o dos veces por día, más tarde suprimirlo del todo.

No he hablado, porque se observan muy raramente, de los vómitos por intolerancia congénita de la leche; es indudable que tales intolerancias pueden darse, pero son raras y en la mayor parte de los casos aparte de las enfermedades propiamente emetizantes, la aplicación regular de las reglas precisas de la alimentación de los lactantes permite evitar los vómitos, que si nó serán incidentes pasajeros y rápidamente conjurados.

Algunos puntos importantes en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de los niños

(Extracto de una Conferencia pronunciada en la Escuela Médica de post-graduados de las Universidades Inglesas)

POR REG. LIGHTWOOD.

"The „Lancet,, Londres, 12 de Octubre de 1935. N.º 5.850

Extractado y traducido del Inglés para CLINICA EYTREMEÑA
por E. A. O'FERRALL

Manera de aproximarse al enfermo.—Al ver el enfermito por primera vez, debemos tomar la historia del caso; entonces efectuar el examen del mismo y completarlo antes de comenzar la seria reflexión que verdaderamente conduce al diagnóstico. Los padres del niño escuchan con mucha atención a las preguntas del médico y les dan gran importancia, tanto a lo que se pregunta como a la manera en la cual se pregunta. Es un gran error adoptar la aptitud de un catedrático suspendiendo a un alumno ignorante o a la interrogación de un detective de película o los medios interrogatorios de la Dirección General de Seguridad. Siempre se recibirá al enfermito con una sonrisa, el pobrecillo está viendo por primera vez a un desconocido y se encuentra aprehensivo. El médico que trata niños no debe tener dificultades en sonreír y aparecer amable a sus pacientes. El niño que pone el grito en el cielo y ensordece a todos en la consulta con sus gritos es habitualmente un niño mimado y mal acostumbrado, pero no hay que decírselo a la madre o no se la volverá a ver. Será preciso llamarla a un lado y llevarla con tacto a la espontánea admisión de que su niño está un poco mimado, con un poco de diplomacia esto es bastante fácil. Nunca se criticará a la madre delante del niño; es evidentemente malo para la disciplina del hogar.

Manera de tomar la Historia.—El secreto del éxito está en adoptar una rutina para las preguntas, que necesita un poco de molestia hasta llegar a ser habitual. Preguntas inteligentes, ade-

más de sonsacar la información deseada, causará una favorable impresión en la madre acerca de la competencia del médico. Por ejemplo, en el caso de un lactante, se preguntará si nació en su término normal o prematuramente; el peso al nacer; el aumento semanal; la alimentación; el intervalo entre tetadas; si se usan ambos pechos en cada tetada o alternando; si el lactante toma el pecho bien o si interrumpe la tetada por cualquier razón, como por ejemplo por no poder respirar por la nariz; si eructa con facilidad después de la tetada. Entonces se preguntará acerca de las deposiciones; con qué frecuencia se efectúan; qué consistencia tienen; qué color tienen; existe flato. Se harán las preguntas rápidamente para evitar una pérdida de tiempo, pero no tan rápidamente para confundir a la madre.

Tratándose de un niño, le trato casi como si fuese una persona mayor y nunca de manera arrogante o severa y desde luego nunca despreciativamente. Es importante obtener su confianza para que no huya y sea necesario irle siguiendo alrededor de la consulta. Se debe llegar al examen paulatinamente. Después de una observación general se comenzará por acariciar el vientre de manera amigable, entonces se palpará cada parte en orden fija. Siempre comienzo con la región iliaca izquierda, entonces el hipocondrio izquierdo y así siguiendo en la dirección del reloj hasta la fosa ilíaca izquierda. Los niños generalmente demuestran aversión a la percusión y al estetoscopio y estos medios deben usarse con suavidad y tacto. Siempre se terminará el examen escrupulosamente, incluyendo las fauces y la orina, y no se omitirá ninguna parte del mismo porque el diagnóstico ya parezca claro.

El valor de la rapidez del pulso durante el sueño.—La rapidez del pulso durante el sueño apuntado en el mismo gráfico que la de día, es esencial en el examen de ciertas afecciones cardiacas. En el niño normal debe ser de 10 a 15 pulsaciones menos que durante el día. En casos de carditis reumática grave, ambas rapideces se aproximan y son ambas algo más vivas que en el estado normal. La rapidez del pulso durante el sueño permitirá decidir cuando el enfermo podrá abandonar el lecho; pues cuando el trazado nocturno vuelve a separarse del diurno, tomando nuevamente el intervalo normal, y la taquicardia está desapareciendo, existe entonces una definitiva mejoría clínica. Similarmente, cuando el intervalo que separa ambos trazados se estrecha y existe la taquicardia nocturna, es una advertencia de una recaída. La pauta de sedimentación es otra indicación útil de cuando la carditis cesa de ser un proceso inflamatorio activo, pues con la mejoría disminuye y luego vuelve a lo normal, más o menos en acuerdo con la rapidez del pulso nocturno. La pauta de sedimentación también es elevada en el reumatismo artrítico y en

infecciones de las amígdalas, nefritis, neumonía, etc., pero, aunque no deja de ser curioso, no en la corea.

Taquicardia nerviosa.—Algunos niños nerviosos se quejan de dolores indefinidos, están pálidos, se cansan fácilmente; demuestran taquicardia, golpes del primer sonido en el ápice y la sospecha de ruido sintólico. De esta manera puede simularse el reumatismo. El pulso durante el sueño dará el diagnóstico entre carditis reumática precoz y esta taquicardia nerviosa, pues las influencias nerviosas no actúan durante el sueño y por lo consiguiente el pulso es normal. El niño que padece taquicardia y debilidad neuro-vascular generalmente es traído al médico porque está pálido; a menudo la causa de esta palidez es miedo o cansancio. Frecuentemente después de algunos minutos cerca del fuego con un libro de grabados infantiles recobra sus colores normales. La palidez de anemia no desaparece de esta manera. En este síndrome neurovascular puede que haya albuminaria postular y se tomarán muestras de día y de noche. La dispepsia también es una afección común. En el tratamiento se bosquejará un régimen a los padres; se evitará la fatiga pero se recomendará ejercicio estimulante. Los baños fríos o tepidos son mejor que los baños calientes. El niño debe seguir atendiendo al colegio o escuela, o si es conveniente y posible se suprimirán las clases de la tarde si las condiciones imponen al niño esfuerzo excesivo. Es importante recomendar, una hora de reposo, acostado durante el día. Como tónico, una mezcla de ácido hidroclicórico, gentiana y nuez vómica podrá darse, pero no hierro.

Anemia.—El mejor medio de juzgar la palidez en la anemia es de comparar las palmas de la mano del niño con la del médico. El principio-guia en el tratamiento de la anemia depende del índice de colores; si es bajo puede que el hierro sea útil; pero no si es alto. La deficiencia del hierro es, sin embargo, la causa más corriente de anemia. Se necesitan dosis razonablemente fuertes de hierro, hierro reducido común mezclado con azúcar es de gran valor. Hasta un niño prematuro puede tomarlo y la dosis para un niño de seis meses es tres cuartos de grano (medida inglesa) y para los de más de un año dos granos. Azúcar de hierro sacurada es útil, como lo es el «Ferrodic». Escojándose preparaciones de hierro y no compuestos orgánicos.

Tolerancia a drogas.—Los niños toleran algunas drogas muy bien, especialmente la belladona. Esta es, por ejemplo, de gran valor en enuresis nerviosa, en la cual también algunas indicaciones caseras ayudan a recobrar la contianza. La dosis inicial de belladona es de 5 mínims (medida inglesa) de tintura, aumentándola a 10 y más tarde a 15 hasta que la enuresis está bajo control o se presentan señas de intolerancia. Si se tiene éxito con esta droga se continuará su uso durante dos meses y entonces

se disminuirá gradualmente. Para los niños que padecen convulsiones la mejor droga y la más segura es el cloral; lo toleran bien y se puede administrar una única dosis de 5 grs., por recto. Antes de comenzar el tratamiento de epilepsia deberá el médico estar completamente seguro de su diagnóstico y que los ataques recurren con regularidad. Se administrará bromuro de potasa, a dosis de 5 grs., tres veces al día, hasta el próximo ataque, cuando se aumentará la dosis, y se continuará de esta manera hasta que ya no se presentan más ataques. La dosis apropiada, que de esta manera se ha averiguado, se continuará por un espacio de dos años. Es verdad que no siempre se tiene éxito con los bromuros en la epilepsia, pero deben ser los primeros en probarse.

Sección de Legislación

Consejo para entender en los problemas comunes a la Sanidad y Seguros Sociales

La «Gaceta» correspondiente al 13 del actual, publica el siguiente Decreto del Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad:

El 16 de Marzo de 1934 fué promulgada la Ley en virtud de la cual quedaron incorporados al Ministerio de Trabajo y Previsión los servicios de Sanidad y Beneficencia que se hallaban adscritos al Ministerio de la Gobernación. En esa Ley se decretaba la constitución de un Consejo que habría de entender en los problemas comunes a Sanidad y Seguro Sociales.

A decretar la constitución de ese Consejo había movido al legislador, de una parte, el convencimiento de que no era justo ni conveniente fundir los seguros Sociales en la Sanidad ni viceversa, por la diferencia de fines específicos, de campo, de aplicación y de origen en sus recursos; de otra parte, la visión clara de que el estado necesitaba de ambas instituciones estatales para combatir el problema sanitario español y de que entre ambas tenía que haber relaciones estrechas que era preciso sostener y posibles razonamientos, y duplicidad innecesaria de funciones y de gastos que era preciso evitar.

Cada uno procediendo por su cuenta puede hacer una labor estimable; pero coordinados sus esfuerzos en lo que sea común y, sobre todo, en lo que además de ser común sea de gran cuantía, ambas instituciones pueden dar mayor rendimiento, ahorrar sumas cuantiosas y prestar más eficaces servicios a la salud pública. Pueden igualmente prestarse muy útiles y recíprocos servicios y contribuir con ellos a la satisfacción interior, lo mismo de los que han de recibir los servicios que de las clases beneméritas que han de prestarlos.

Para lograr eso, se dispuso la constitución de ese Consejo que ha de tener como finalidad general la coordinación de las funciones y esfuerzos de ambas instituciones.

La elevación de funciones que se le encomienden y que para evitar arbitrariedades y dudas se enumeran expresamente, y el carácter técnico de las mismas o de las entidades a que ha de referirse, obliga a dar a ese Consejo ese mismo carácter de elevación y tecnicismo.

Ese Consejo ha de tener solamente funciones consultivas para

el Ministro y de servicio social para los fines de la Sanidad pública, y condición esencial para su oficial actuación ha de ser el respeto a la autonomía, no sólo de las dos entidades que se trata coordinar, la Sanidad pública y los organismos aseguradores, sino también la de las Corporaciones sanitarias cuyo concurso se haya de necesitar y utilizar. Si se hiriera esa autonomía no se evitaría la injusticia y el peligro que en la fusión previó el legislador y se cegaría una fuente de fecundidad de las mismas que está en su poder de iniciativa y responsabilidad, como hechos notorios confirman.

Per mucho que fuese el acierto en la selección de las personas que han de constituir el Consejo, este sería estéril si no se pone a su disposición el trabajo permanente y continuado de técnicos que ejecuten sus acuerdos y que preparen la documentación y los estudios para el acierto de esos acuerdos que han de necesitar. Y esa es la explicación del Secretario que se pone a su disposición, cuya composición inicial se dispone, pero que el Consejo podrá en lo sucesivo modificar, según sus necesidades y posibilidades.

En atención a lo expuesto, a propuesta del Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad y de acuerdo con el Consejo de Ministros, Vengo en decretar:

Artículo 1.º De conformidad con lo establecido en la Ley de 16 de Marzo de 1934, se constituye en el Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad, bajo la presidencia del Ministro, un Consejo que entienda en los problemas comunes a Sanidad y Seguros Sociales.

Artículo 2.º Para los efectos de este Decreto se considerarán cuestiones comunes a Sanidad y Seguros Sociales:

a) La determinación de los servicios técnicos y económicos que recíprocamente puedan y deban prestarse ambas instituciones.

b) La coordinación de sus esfuerzos en la construcción y organización de obras sanitarias de gran coste, en la adquisición de utillaje sanitario moderno y costoso, en la lucha contra enfermedades sociales, educación popular sobre higiene, creación de Centros de Investigación científicosanitaria y estadísticas de morbilidad y mortalidad.

c) Proponer la intervención que Sanidad, Colegios Médicos y Farmacéuticos e Instituto Nacional de Previsión hayan de tener en los organismos o Tribunales que haya de designar el personal sanitario en las Obras y Centros a que el párrafo anterior se refiere, así como en la organización de dichos servicios técnicos, en los conflictos que pudieren surgir entre dos o más de las entidades en este párrafo nombradas y en la alta tutela de la moral profesional.

Artículo 3.º En la determinación de servicios recíprocos, en la coordinación de esfuerzos y en la intervención recíproca a que el artículo anterior, párrafo c) se refiere, habrá de quedar respetada la acción autónoma de las entidades a que el artículo anterior alude.

Artículo 4.º El Consejo de Coordinación entre Sanidad y Seguros Sociales estará constituido:

Del Subsecretario de Trabajo.

Del Subsecretario de Sanidad.

Del Subdirector de Sanidad.

Del Subdirector de Beneficencia.

Del Subdirector de Trabajo.

Del Jefe del Servicio de Previsión Social.

De un técnico de Sanidad y otro de Seguros Sociales, designados libremente por el Ministro.

De un Actuario del Instituto Nacional de Previsión.

Del Catedrático de Sociología de la Universidad Central.

De un Catedrático de la Facultad de Medicina, designado por su Junta; y

Del Jefe de la Asesoría Jurídica del Ministerio.

Artículo 5.º Las funciones de este Consejo sobre los problemas de su incumbencia serán las siguientes:

a) Ser necesariamente oído por el Ministro antes de tomar decisión oficial sobre ellos.

b) Emitir los informes que el Ministro le pida sobre los problemas aludidos y elevar a él los que por propia iniciativa haga.

c) Hacer los estudios, acumular la documentación y girar las visitas que sean necesarias para el mejor cumplimiento de los fines del Consejo.

Artículo 6.º Para la realización de estas funciones, el Consejo organizará un Secretariado, al frente del cual estará un Consejero funcionario del Ministerio, experto en materias de Sanidad general y de Seguros Sociales.

Serán auxiliares suyos, como *mínimum*, dos técnicos, uno en Sanidad y otro en Seguros Sociales.

Artículo 7.º El Ministro de Trabajo, Justicia y Sanidad dispondrá lo necesario para que este Consejo de Coordinación entre Sanidad y Seguros Sociales pueda iniciar su actuación dentro de los tres meses siguientes a la promulgación de este Decreto.

Dado en Madrid a once de Noviembre de mil novecientos treinta y cinco.—NICETO ALCALÁ-ZAMORA Y TORRES.—El Ministro de Trabajo, Justicia y Sanidad.—FEDERICO SALMÓN AMORÍN.

Sección Oficial del Colegio

Acta de la sesión celebrada por la Junta Permanente de este Colegio, el día 13 de Septiembre de 1935

En la Ciudad de Cáceres a 13 de Septiembre de 1935, previa citación, se reunieron don Julián Murillo Iglesias, don José Ropero Fernández, don Telesforo Merchán, don Eusebio Pita, don David Domínguez y don Ramón Sánchez Cayetano; siendo las ocho de la noche, el señor presidente declara abierta la sesión.

Actúa de secretario don Ramón Sánchez Cayetano, dándose lectura al acta de la sesión anterior que es aprobada.

El señor presidente, da lectura a la carta que ha dirigido al señor Portas, presidente de la Junta de Distrito de Jarandilla en contestación al telegrama, que dicha Junta envió a este Colegio y por unanimidad la Junta hace suya referida carta, acordándose pase este asunto a la Junta General próxima.

Se acuerda pase a la Junta General próxima, el asunto de la iguala media de los pueblos que tienen puestos de la Guardia civil y Carabineros, para que determine el concepto de la misma.

Se acuerda pase a la Junta de Distrito de Cáceres, la comunicación que dirigen los Agentes Comerciales Colegiados por considerarse este asunto de la competencia de dicha Junta.

Se da lectura al escrito recibido por el Presidente de la Junta de Partido de Trujillo señor Durán Mediavilla, referente a tener igualados en el Pago de San Clemente, de Trujillo, el señor Casco, de Herguijuela, acordándose citar a los interesados a la próxima Junta Permanente, para resolver dicho asunto.

Se acuerda proponer a la Junta General próxima, abrir una suscripción, por invitación del Colegio de Segovia, para los huérfanos del compañero fallecido, señor Para Santaengracia, vilmente asesinado en Cantalejo.

Se acuerda proponer a la Junta General próxima, si este Colegio ha de adherirse como corporación al primer Congreso Español Pro-Médico que se celebrará en Zaragoza del 6 al 11 de Octubre próximo.

Se acuerda abonar las dietas que tiene devengadas el señor Vicepresidente del Colegio, señor Merchán, por asistencia a las Juntas Permanentes que en ella se especifican.

Se da cuenta del telegrama recibido de Valencia, con motivo de la desgracia por el accidente en que perdió la vida al doctor

Cortés Pastor, y del telegrama que este Colegio envió dando el pésame a los familiares del finado y al Colegio de Valencia, acordándose conste en acta el sentimiento por la pérdida de este compañero, gran defensor de los intereses de la clase médica.

Se acuerda visitar al señor Gobernador para exponerle varios asuntos de médicos rurales.

Se autoriza al señor Tesorero y Contador para presentar a la Junta General próxima las transferencias que sean precisas en algunos capítulos del Presupuesto, que están próximos a rebasar las consignaciones de lo presupuestado, autorizando al señor Tesorero para que envíe a Murcia, Previsión Médica, Federación de Colegios y Colegio de Huérfanos, las cantidades.

Por tener la documentación en regla es colegiado don Juan Nevado Loro, de Valdehúncar.

Y no habiendo más asuntos de que tratar y siendo las diez de la noche, se levantó la sesión, de que yo el Secretario accidental certifico.—RAMÓN SÁNCHEZ CAYETANO.—V.º B.º, J. MURILLO.

Sesión de la Junta Permanente del día 24 de Septiembre de 1935

En Cáceres a veinticuatro de Septiembre de mil novecientos treinta y cinco, reunido los señores que componen la Comisión Permanente de este Colegio, se dió lectura al acta de la sesión anterior, que fué aprobada, y por el señor Presidente dió cuenta de la sesión celebrada por la Junta de Mancomunidad Sanitaria en el día de ayer, manifestando que entre otros acuerdos tomó referida Junta por mayoría de votos, y con el voto en contra de los representantes sanitarios se tomó el acuerdo que cuando el sueldo que cobraba el titular anterior a la Ley de Coordinación era igual o mayor a lo que le corresponde por la clasificación de esta Ley, siga cobrando lo mismo y no se incremente el sueldo actual de la Ley, en la diferencia de lo que le correspondía por la titular antigua y lo que cobraba. Por unanimidad se acordó recurrir contra el acuerdo antes mencionado, por entenderlo altamente lesivo a los intereses de los facultativos titulares, presentando para ello el oportuno escrito ante la Subsecretaría de Sanidad y autorizando para interponer el recurso, al Presidente del Colegio de Médicos, sin perjuicio de que los interesados que se consideren perjudicados, puedan elevar individualmente el recurso correspondiente. Se acuerda que por circular se haga presente este acuerdo a los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria.

Y no habiendo más asuntos de que tratar, se levantó la sesión de que yo el Secretario certifico.—RAMÓN SÁNCHEZ CAYETANO.—V.º B.º: El Presidente, J. MURILLO.

Acta de la sesión celebrada por la Junta Permanente de este Colegio, el día 30 de Septiembre de 1935

Asisten los señores don Julián Murillo, don Telesforo Merchán, don David Dominguez Villagrás, don Eusebio Pita, don Plácido Sánchez Carrión y don Ramón Sánchez Cayetano, actuando de Presidente el primero de los señores citados y de Secretario el último.

Abierta la sesión por el señor Presidente y leída que fué y aprobada el acta de la sesión anterior, se dió cuenta de los siguientes asuntos:

Oficio de la Alcaldía de esta Capital, en el que solicita el nombre de un Médico para formar parte del Comité Local para la defensa contra la guerra química, según lo dispuesto en las disposiciones del Ministerio de la Guerra. Por unanimidad y dadas las circunstancias que concurren en el colegiado don Antonio Silva Alcántara de ser Licenciado en Ciencias Químicas, fué propuesto para dicho cargo.

Seguidamente por el Secretario se dá cuenta del oficio remitido por el Presidente de la Junta del Partido de Logrosán, don Blas López Díaz referente a la situación penosa que atraviesa el ex colegiado señor Hernández Quintana, con residencia en Navazuelas. Se acuerda solicitar del interesado los datos oficiales precisos para hacer la reclamación debida, así como también dirigirse al señor López Díaz.

Se dá cuenta de la carta que remite el señor Romero, de Plasencia, pidiendo que si no hay representación nombrada para el Congreso Pro-Médico que se verificará en Zaragoza el 6 de Octubre próximo, se le envíe esa Delegación. Se acuerda cumpliendo lo aprobado en la Junta General última, no conceder esa Delegación, puesto que sería ir contra los acuerdos de la Junta General.

Se conoce la instancia remitida por la huérfana del médico don Víctor Martín González, María Martín, y se acuerda pase a la Previsión Médica para fines de socorro.

Se pasa al asunto deribado de la disposición sobre pago de los derechos por asistencia a la Guardia civil. Se acuerda dirigirse con urgencia a todos los compañeros que ejercen en los puntos donde haya puestos de la Guardia civil, para que remitan antes del día 7, una relación de las diferentes categorías de sus igualatorios con el precio establecido, y diciendo también el número de igualados en cada categoría.

Se da cuenta del asunto de Guijo de Santa Bárbara, y se acuerda citar a los dos médicos residente en dicho pueblo, señores Díaz Muñoz y Padilla García, para que concurran a la próxima sesión que tenga esta Comisión Permanente.

Por la Presidencia se expone el asunto derivado de las certificaciones hechas fuera del papel correspondiente, y se acuerda requerir a don Baldomero Sánchez, de Valverde del Fresno y a don Joaquín Hurtado, de Coria, para que se abstengan de certificar en papel no oficial.

Y no habiendo más asuntos de que tratar, siendo las diez de la noche, se levantó la sesión de que yo el Secretario certifico.—RAMÓN SÁNCHEZ CAYETANO.—V.º B.º: el Presidente, J. MURILLO.

Acta celebrada por la Junta Permanente de este Colegio, el día 2 de Octubre de 1935

Asisten los señores don Julián Murillo, don José Roperro, don Eusebio Pita, don José Merino, don David Domínguez Villagrás y don Ramón Sánchez Cayetano, actuando de presidente el primero de los señores citados y de secretario el último.

Abierta la sesión por el señor Presidente habla éste de la frecuencia con que se remiten a los Centros oficiales, certificaciones expedidas en papel no oficial, y se acuerda redactar una Circular advirtiéndoles a todos los Colegiados el deber que tienen de hacer siempre las certificaciones en los impresos legales establecidos, advirtiéndoles que de no hacerlo incurrirán en las sanciones establecidas en nuestros Estatutos y que se llevarán a efecto.

Por la misma Presidencia se dá cuenta de la entrevista tenida en la tarde del mismo día de esta Junta con el señor Gobernador de esta Provincia, con asistencia del señor Sánchez Cayetano como Vocal de la Junta Provincial de la Beneficencia; para estudiar la aplicación de las Ordenes ministeriales que regulan la admisión en las consultas y establecimientos benéficos sanitarios de los llamados «económicamente débiles». La Junta Permanente aprueba lo hecho por la Presidencia en dicha reunión de informarse debidamente de los demás Colegiados que tengan ya establecidos estos servicios para que con los datos suministrados se redacte la Ponencia correspondiente para la Junta Provincial de Beneficencia.

Y no habiendo más asuntos de que tratar, se levantó la sesión a las diez de la noche, de que yo el Secretario certifico.—RAMÓN SÁNCHEZ CAYETANO.—V.º B.º: el Presidente, J. MURILLO.

Acta de la sesión celebrada por la Junta de Gobierno, el día 5 de Noviembre de 1935

Con asistencia de los señores Vocales de la Junta de Gobierno, don Telesforo Merchán, don Juan Romero, don Lorenzo Alamillo, don Teodoro García Estévez, don Urbano Casas, don Mariano Rodríguez Arias, don Teodoro Porta, don Antonio Fer-

nández Rajel, don Blas López Díaz, don Dagoberto León, don David Domínguez Villagrás, don José Ropero Fernández, don Eusebio Pita, don Ramón Sánchez Cayetano; bajo la Presidencia de don Julián Murillo y previa convocatoria al efecto, el señor Presidente abre la sesión explicando a los miembros de esta Junta el por qué de la citación y su urgencia, pues estando próximo la aprobación de los presupuestos del Instituto de Higiene en la reunión que celebrará la Mancomunidad Sanitaria el próximo día 7, no quería silenciar a la Junta los varios casos que tendría que aprobar y resolver con su voto en dicha Junta, como representante del Colegio y necesitaba conocer la opinión de los miembros de la Junta, y que estando relacionado este asunto con el señor Laguna, lo citó a esta Junta, encontrándose presente en este acto, el cual expone su actuación en el Centro de Higiene de Trujillo y después de una amplia deliberación en estos asuntos, por unanimidad se acuerda:

1.º Que se dé un voto de confianza a la Presidencia del Colegio y a la de Titulares para proceder como crean en consecuencia en la próxima Junta de Mancomunidad del día 7.

2.º Que se oponga de una manera terminante a todos los aumentos de sueldo, mientras todos, absolutamente todos los Centros Primarios existentes no estén dotados de todo lo que necesitan y sus Médicos gratificados debidamente.

3.º Cumpliendo con lo legislado a partir de 1.º de Enero, todos los Centros de Higiene y Dispensarios antipalúdicos de la provincia cesarán y los que se creen, a partir de esta fecha que estén bien dotados y el personal retribuido decorosamente.

Y no habiendo más asuntos que tratar, se levantó la sesión siendo las dos de la tarde, de que yo el Secretario certifico.—RAMÓN SÁNCHEZ CAYETANO.—V.º B.º: JULIÁN MURILLO.

Acta de la sesión celebrada por la Junta Permanente de este Colegio, el día 29 de Octubre de 1935

Con asistencia de los señores Murillo Iglesias, Merchán Martín, Domínguez Villagrás, Ropero Fernández y Sánchez Cayetano, dá comienzo la sesión a las ocho y diez de la noche, dándose lectura al acta de la sesión anterior que queda aprobada.

Dada cuenta carta recibida del médico señor Fernández Grandizo, de Brozas, denunciando hechos contra otro médico de la localidad, se acuerda pasar dicha denuncia al Presidente de la Junta de Distrito para que incoe el oportuno expediente.

Se da lectura a una carta del colegiado don Pedro Llanos Núñez, en solicitud de ciertas rebajas en la cuota de colegiado, se acuerda manifestarle no puede accederse a ello por impedirlo el Reglamento.

Se da lectura a oficio y copia de la apelación por honorarios médicos que envía el Juzgado Municipal de Ladrillar, y se acuerda manifestarle la conformidad del Colegio en la tasación de honorarios, cargándole el 10 por 100 con arreglo a la ley.

Dada lectura a comunicación del médico señor Jiménez Aparición, de Belvís de Monroy, se acuerda pasar la denuncia que hace a la Inspección provincial de Sanidad.

Examinada carta del Médico don José Gándara, de Tornavacas, sobre intromisión en su partido médico, del Médico interino de Casas del Puerto, señor Miña, se acuerda oficiar al Colegio de Avila a que pertenece dicho pueblo, para que ordene a citado señor se abstenga de realizar los hechos denunciados.

Vista la denuncia de don Blas López Díaz, contra el Médico de Logrosán don Antonio Becerro, se acuerda remitirla al Vicepresidente de la Junta de Partido de Logrosán para que incoe el oportuno expediente.

Examinada la cuenta que presenta el médico de Arroyomolinos de Montánchez, don Carlos Borrella Redonde, sobre tasación de honorarios por accidente de trabajo, se acuerda contestarle en el sentido de qué estando vigente una tarifa oficial para estos asuntos, a ella debe atenderse.

Se acuerda enviar a Previsión Médica la instancia de la señorita María Martín Jara, huérfana del Médico don Víctor Martín González, por si puede dicha entidad acceder a lo que solicita sobre una pensión o socorro.

Dada cuenta de la consulta formulada por el Médico don Eugenio Avila, de La Garganta, se acuerda enviarla para informe del Abogado-asesor del Colegio.

Y no habiendo más asuntos de que tratar, y siendo las diez y quince de la noche, se levantó la sesión, de que yo el Secretario certifico.—RAMÓN SÁNCHEZ CAYETANO.—V.º B.º: el presidente, J. MURILLO.

Necrológica

Nuestro querido y distinguido amigo, el ex Secretario de este Colegio, don Luis Infante Sánchez, ha sufrido una irreparable desgracia. Su joven y bella esposa ha muerto el 6 del actual, quedándolo sumido en el mayor de los desconsuelos, en unión de su distinguida familia.

La rápida y cruel enfermedad, dentro de la gravidad, no preveyó este fatal desenlace. Por eso el señor Infante se encuentra aún más afligido.

Al reiterar al querido compañero nuestra condolencia y más sentido pésame, le pedimos sepa sobrellevar tanta desventura.

REVISTA DE REVISTAS

Estudio de la neumonia neumocócica.—I

Por DAVIES, HODGSON Y WHITBY.

Extracto de un artículo en "The Lancet", N.º 5.823, 6 de Abril de 1935

Traducido por E. A. O'FERRALL

Al consultar las diferentes estadísticas, se verá, que en los países anglo-sajones, la mortalidad por neumonia es muy elevada. Ciertas estadísticas dan el número como 40 por 100, otras de 20 a 25 por 100 de mortalidad.

El neumococo del tipo I es responsable por sí sólo de más de la tercera parte del número total de neumonias. Da el tipo clásico de neumonia del individuo joven en buena salud, la neumonia franca aguda lobar.

Entre 19 enfermos atacados de neumonia del tipo I tratados por el suero, 2 murieron, uno de meningitis, el otro de pleuresía purulenta bilateral. En este grupo, el hemocultivo fué positivo en cuatro enfermos que sanaron por la sueroterapia.

El efecto del suero sobre los síntomas no ofrece duda alguna y las publicaciones americanas demuestran la reducción de la mortalidad desde su empleo, pero es preciso que este tratamiento sea aplicado precozmente.

La Neumonia Neumocócica.—II

Por DAVIES, HODGSON Y WHITBY.

Extracto de un artículo en "The Lancet"; N.º 5.824; 13 de Abril, 1935

(Traducido por E. A. O'Ferrall).

La neumonia del tipo II es más grave que la del tipo I. No reviste la misma apariencia que la de la neumonia clásica. Es generalmente acompañada por una toxemia profunda y termina con menos frecuencia en una crisis. 9 por 100 de las neumonías están representadas por este tipo. Cuando no es tratada por el suero, es la mortalidad de 45 por 100; tratada por el mismo, lo es de 40 por 100. El suero tiene menos actuación en este tipo.

La neumonia de tipo III es la mas grave de todas. Representa el 15 por 100 de las neumonías. Ataca con preferencia a los ancianos. La mortalidad sobrepasa el 45 por 100.

La neumonia del tipo IV es responsable por el 30 por 100 de los casos. La mortalidad es mas baja; alrededor de 14 por 100. Parece ser la neumonía de la infancia.

El examen de un enfermo de neumonia no puede ser completo si no se determina el tipo de neumococo infectante. Es tan útil como la determinación de un bacilo tífico causal en una fiebre tifoidea. Es a menudo difícil hacer esta investigación durante los primeros tres días de la neumonia, justamente, desde luego, cuando sería mas útil para la aplicación de la sueroterapia. Si dicho tratamiento se instituye precozmente, cae rápidamente la fiebre y se ve producirse una mejoría en casos de neumonia grave con profunda toxemia y cianosis.

Para poder juzgar acerca de la marcha de la neumonia, la investigación de leucocitosis es un medio excelente. De 20.000 a 30.000 glóbulos blancos aseguran un buen pronóstico. Una leucopenia o una cifra normal de leucocitos deben hacer temer una neumonia de gravedad. Pero es preciso que esta leucocitosis caiga al mismo tiempo que la temperatura.

El funcionamiento del hígado en los tuberculosos

Por G. BARBERA.

Extracto de artículo de "Il Policlinico", S. P., N.º 50,17-XII-34

Traducido por E. A. O'FERRALL

Se conoce la frecuencia de las alteraciones hepáticas encontradas en la autopsia de los tuberculosos pulmonares; el autor ha investigado si estas alteraciones podrían ser descubiertas en vida de los enfermos por el examen clínico, el de las orinas, la taza de la glicemia, el estuche de la coagulabilidad y de la fórmula leucocitaria, la prueba de la hemoclasia digestiva y las pruebas de la levoloria y la galactosuria. Ha constatado el autor, que en estas formas graves que llevan ya un año de evolución, la tuberculosis pulmonar trae consigo siempre alteraciones hepáticas, alteraciones las cuales, según los casos, pueden enmendarse o hacerse definitivas. Del punto de vista del pronóstico, la exploración funcional del hígado es útil en los tuberculosos pulmonares pues parece que las lesiones hepáticas tienen una acción desfavorable en la marcha de la tuberculosis y que la integridad del hígado es un elemento importante en la curación de la misma.

La Difteria tóxica

El significado de las curvas de tolerancia de azúcar y el valor de la insulinoterapia

Por N. BEGG.

Extracto de un artículo en "The Lancet", N.º 5.818.

2 de Marzo de 1935

Traducido por E. A. O'FERRALL

A pesar de la sueroterapia intravenosa e intramuscular, el pronóstico de la difteria tóxica es grave. Para disminuir la mortalidad, se ha procurado enfocar el problema de otro ángulo, y se han añadidos otros métodos nuevos a la sueroterapia.

Schwentker y Noël han demostrado, que en el curso de una difteria grave, se observa una hiperglicemia preletal y si no sobreviene la muerte, se vé revelar la glicemia después del tercer día. Durante la toxemia hay una reducción, y en la mayoría de los casos, una ausencia completa de glicógeno hepático y muscular así como una falta de asimilación de la dextrosa por la sangre. Como aplicación directa de sus investigaciones, Schwantker y Noël trataron 14 casos de difteria tóxica por inyecciones intravenosas de dextrosa y por insulina. Tuvieron 13 éxitos. Benn, Hughes y Alstead también emplearon este método de tratamiento con iguales favorables resultados.

Para estimar la tolerancia de azúcar, el actor inyecta en las venas 20 gr., de dextrosa en una solución salina al 50 por 100 y controla cada media hora la glicemia por el micro-método de Follin y Wu. Normalmente el azúcar sanguíneo, después de una tal inyección, se eleva a 2.50 gr., por litro; vuelve a caer a más o menos la cantidad de un gr., una hora después.

Ha notado el autor que los enfermos que habían de morir en las tres semanas de complicaciones cardíacas tenían una tolerancia de azúcar muy mala. Ha aplicado el tratamiento siguiente: primero una inyección intramuscular de 80.000 unidades de suero artificial, una dosis intravenosa de 100.000 unidades, no diluída, puesta muy lentamente y una inyección intravenosa de 20 gr., de dextrosa. Al mismo tiempo se administraba 100 gr., de dextrosa oralmente. Durante el curso de la mañana y de la tarde, de 10 a 35 unidades de insulina, o sea un máximo de 70 unidades al día.

De entre 124 enfermos que padecían difteria tóxica, 62 fueron sometidos a este tratamiento y parece haber tenido una notable influencia en el curso de la enfermedad y sobre sus complicaciones.

La Partenología

Por F. JAYLE.

*Extracto de un artículo de „La Presse Medicale”;
3 de Agosto de 1935*

(Traducido por E. A. O'Ferrall)

En el campo de la ginecología general, merece mucho más atención la partenología que la que se le da hoy en día. Es éste el estudio de la muchacha, de la virgen. A este estudio contribuyen poderosamente la embriología, la morfología, la anatomía, la macro y microscopia y la fisiología las cuales nos dan la explicación de la gran diversidad que se encuentra en la individualidad femenina.

Como observa el autor, en la conferencia que está parcialmente descrita en el artículo que extractamos aquí, no existe un tipo variable de aparato genital, el normal no es mas que una concesión teórica ninguna muchacha está hecha del mismo modo que otra.

La heredad o mejor dicho el atavismo, mandan en principio la vitalidad, la fuerza, la probable evolución de la futura mujer; desde su nacimiento, son las condiciones de ambiente, como una educación racional, de desarrollo según la naturaleza, que pueden guiarla en el sentido favorable para el individuo y para la raza.

El autor insiste acerca de los estrechos lazos que unen el aparato genital con la economía total del organismo, e indica la necesidad de hacer un examen completo de cada individuo. Tanto para la correcta consumación del matrimonio como para la previsión de la deseable maternidad, recomienda el autor la necesidad de un examen prenupcial. El médico debe examinar el vientre en su total y prestará especial atención a los tejidos vulvares, buscando los pequeños signos de esclerosis, pues el ovario es el centro trófico de todo al aparato genital y la vulva es el espejo de tales glándulas.

El autor adopta un instrumental especial para este examen. Se ocupa de las varias intervenciones operatorias, en las cuales añade se debe tener un gran respeto por el punto de vista estético; con justicia, deplora la grandes incisiones abdominales y las inútiles mutilaciones que se pueden siempre ver hoy en día. Para muchos trastornos la fisioterapia, los ejercicios musculares y la vida de campo son los mejores métodos de curación.

El autor termina asegurando la necesidad y augurando la implantación en todas las facultades de Medicina de la enseñanza y aún mejor de la Consulta de Partenología.

La Neumonía lobar: una enfermedad epidémica

Por GUNDELL y WALLBRUCH.

Extractado de «Deutsche Medizinische Wochenschrift»; N.º 14; 5, Abril, 1935

Traducido por E. A. O'FERRALL

La neumonía lobar parece claramente determinada por una infección, debida en la mayoría de los casos, al neumococo del tipo I, II y III; lo mismo que en todas las infecciones, no es extraordinario constatar que puede tomar un aspecto epidémico. No se ha señalado hasta ahora una verdadera epidemie de neumonía, pero los autores han observado en un pueblo de 300 habitantes una epidemie que alcanzó a 19 individuos de 12 familias. La afección pareció haber sido propagada por intermediación de la escuela y ha evolucionado en tres focos distintos, comprendiendo 14 neumonías derechas, 2 neumonías izquierdas y 3 neumonías atípicas. El examen bacteriológico demostró en 17 casos el neumococo de tipo I. El examen sistemático de los individuos sanos alrededor de los enfermos puso en evidencia un gran número de portadores de gérmenes: casi el 1 por 100 de la población. Parece pues haberse tratado de una verdadera epidemie y el papel desencadenante parecía ser atribuible a una pequeña epidemie gripal que sobrevino en ese momento.

Intoxicación mortal por granos de ricino

Por ABDELKADER-LUFTI.

Extractado de «Deutsche Medizinische Wochenschrift»; número 11; 15-3-35.

Traducción de E. A. O'FERRALL

El enfermo había sido llevado a la clínica a causa de padecer vómitos, diarrea y un síndrome tóxico, después de haber ingerido de 15 a 20 granos de ricino. Sobrevivió aun 12 días y murió después de haber presentado los signos de nefritis con uremia y alteraciones de la circulación periférica.

Los síntomas clínicos y anatomo-patológicos de la intoxicación demostraron que el veneno actúa sobre todo sobre los vasos y las células y determina pequeñas hemorragias, necrosis, congestión y degeneración al nivel de los riñones, el hígado, el corazón y el bazo. Es interesante notar que todas las intoxicaciones han sido provocadas por los granos y jamás por el aceite que de ellas se exprime.

Contribución a la Patogenia de la Linfo-granulomatosis

Por S. GRAFF.

*Extractado de la „Deutsche Medizinische Wochenschrift“;
Número 12; 22-III-35*

(Traducción de E. A. O'Ferral)

El autor considera que la linfo-granulomatosis debuta frecuentemente al nivel de las vías respiratorias y digestivas superiores. Sus manifestaciones pueden estar clínicamente latentes o tomar el aspecto de tumores malignos de la base del cráneo. Según el autor estas lesiones tienen una importancia tal en este sentido que constituyen la sede mas importante de la infección primaria: sería pues clínicamente fácil de ponerlas en evidencia precozmente por medio de rinoscopia posterior y esto permitiría una terapéutica radioterápica desde un principio.

Estas nociones conducen a un concepto patogénico que explica la constatación habitual de las primeras manifestaciones clínicas al nivel de los ganglios del cuello.

La limitación precisa del comienzo de la enfermedad puede facilitar el descubrimiento del agente específico de esta enfermedad infecciosa así como su distinción de un cierto número de cuadros clínicos próximos pero no idénticos.

El autor solo apoya estas conclusiones absolutas con algunas observaciones; él admite además que son «hipotesis de trabajo» y que dejan aun un número de problemas que resolver y que una estrecha colaboración de médico y otorrinolaringólogo es indispensable.

Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cáceres

Concurso-Certamen 1935

Por acuerdo de la Junta general de este Colegio de Médicos, se abre un Concurso-Certamen para premiar los trabajos científicos que a juicio del Jurado merezcan tal distinción, y con sujeción a las siguientes bases:

1.^a Se abre un Concurso para premiar trabajos científicos e inéditos que presenten los señores colegiados de esta provincia.

2.^a Será condición precisa pertenecer a este Colegio y estar colegiado con anterioridad a esta convocatoria.

3.^a Los premios a adjudicar serán los siguientes:

Primer premio «LEOCADIO DURAN CANTOS», de 300 pesetas en metálico y Diploma. Tema libre.

Segundo premio: Premio de la Inspección provincial de Sanidad. 300 pesetas en metálico y Diploma. Tema: «Campo de extensión del servicio médico en la provincia de Cáceres».

Tercer premio: 250 ptas. en metálico y Diploma. Tema libre.

Cuarto premio: 200 ptas. en metálico y Diploma. Tema libre.

Quinto premio. 150 ptas. en metálico y Diploma. Tema libre.

Tantas menciones honoríficas como el Jurado acuerde.

4.^a El plazo de admisión de los trabajos será hasta el día 15 de Diciembre de 1935.

5.^a Los trabajos se remitirán a la Secretaría del Colegio Oficial de Médicos, sin firmar, antes de la fecha indicada más arriba, bajo sobre cerrado y con un lema, y en sobre aparte, también cerrado y con el mismo lema, el nombre del autor.

6.^a Los trabajos premiados serán de propiedad de este Colegio hasta su publicación en la Revista CLINICA EXTREMEÑA.

7.^a Los trabajos no premiados estarán a disposición de los que acrediten ser sus autores, en la Secretaría de este Colegio durante el plazo máximo de tres meses, y si pasado dicho plazo los interesados no los reclamaran, el Colegio de Médicos dispondrá libremente de ellos.

8.^a El Jurado encargado de la calificación y adjudicación de premios, será nombrado en la Junta general que celebre este Colegio el próximo mes de Septiembre, con amplias facultades para cumplir su cometido.

9.^a El reparto de premios se hará en la Junta general que celebre el Colegio en Enero de 1936.

10. Las dudas o faltas que hubiera en estas bases, las resolverá el Jurado una vez constituido.

Cáceres y Enero 1935. —LA JUNTA PERMANENTE.

REGLAMENTO de la Biblioteca del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Cáceres, aprobado en Junta general del día 28 de Enero de 1934

Artículo 1.º Los libros que componen la Biblioteca del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Cáceres, podrán ser usados por todos los colegiados.

Art. 2.º Por la Comisión de Biblioteca se fijarán en el Salón, a la vista del público, las horas destinadas a la lectura.

Art. 3.º Para poder hacer uso de dichos libros, será condición precisa solicitarlo del empleado encargado, en el oportuno Boletín de lectura.

Art. 4.º Por el empleado se le entregará el libro solicitado, a cambio del Boletín, el cual a su vez, con el «usado» puesto, se archivará cuando el colegiado termine cada día.

Art. 6.º Se prohíben las anotaciones, enmiendas y registros en los libros.

Art. 9.º Las peticiones de adquisición de libros que hagan los señores colegiados, se transmitirán al señor Bibliotecario, el cual, a su vez, mensualmente, las hará llegar a la Comisión de Biblioteca, para acordar lo que proceda.

Art. 11. DE TODOS los libros de esta Biblioteca, se concederán los oportunos préstamos para todos los colegiados que residan fuera de la capital, siendo de cuenta de ellos los gastos de envío y de reintegro de los mismos, para lo cual enviarán los gastos de franquicia al hacer la petición correspondiente.

Art. 12. Ningún colegiado podrá tener en su poder más de dos volúmenes de la Biblioteca.

Art. 13. La duración de dicho préstamo no podrá exceder de un mes, y las peticiones se despacharán por riguroso turno de pedidos.

Art. 14. Los señores colegiados residentes en Cáceres, podrán llevarse igual cantidad de volúmenes de la Biblioteca que los colegiados de fuera de la capital, pero por un plazo de ocho días, y previa autorización de la Presidencia, siempre que sea caso urgente y necesario.

Art. 15. Con las revistas se hará lo siguiente: Las recientes, estarán en poder de los peticionarios durante cinco días, y sólo un número de cada vez. Se considerarán recientes las revistas publicadas dentro de un año hacia atrás, contando desde la fecha en que se haga la petición de la misma.

Las antiguas estarán en poder de los peticionarios durante quince días, y podrán tener tres números de cada vez. Se considerarán antiguas todas las revistas que no sean recientes.

Art. 17. Las pérdidas o inutilizaciones de libros o revistas obligan al peticionario a su reposición inmediata.

Si la obra estuviera agotada, pagará cuadruplicado el importe de su valor, sin perjuicio de pasar el asunto a la oportuna Junta, para que ésta pueda acordar otras sanciones.

Art. 18. Como sanción a los malos lectores que no cuidan al libro debidamente, la Comisión de Biblioteca podrá ordenar la publicación de sus nombres en nuestra Revista.

TARIFA DE ANUNCIOS

Cubiertas interiores

Plana entera.....	200 Ptas.
Media plana.....	110 »
Cuarto de plana.....	60 »
CUBIERTA EXTERIOR, EL 20 POR 100 DE AUMENTO	

Páginas interiores

Plana entera.....	160 Ptas.
Media plana.....	85 »
Cuarto de plana.....	50 »

ANUNCIOS ENTRE EL TEXTO O EN OTRAS PARTES DE LA REVISTA Y ENCARTES
PRECIOS CONVENCIONALES

(ESTOS PRECIOS SE ENTIENDEN PARA UN AÑO, O SEAN DOCE INSERCIONES)

Número de colegiado, 440

PEDRO R. DE LEDESMA

Médico Tocólogo excedente de la B. M. de Madrid;
del Hospital Provincial y del
Instituto Provincial de Higiene, de Cáceres

—————
Cirugía general-Obstetricia y Ginecología
—————

Plaza de la Concepción - Teléfono, 421
CACERES

YODURO BERN CAFEINADO

en grajeas, glutinizadas, inalterables conteniendo cada una

0 grs. 15 de yoduro potásico químicamente puro

0 grs. 05 de Cafeina » pura

asimilables en el intestino. Sin yodismo.

INDICACIONES: Asma: Enfisema: Bronquitis: Arterioesclerosis:
Enfermedades del corazón: Angina de pecho, etc.

DOSIS: De 3 a 8 grajeas al día antes de las comidas.

Dirigirse para muestras y literatura al autor D. I. BENEYTO.—Laboratorio farmacéutico. Calle Gómez Hemas (C. Lineal).—CHAMARTIN-MADRID

GINECOLOGIA Y PARTOS

TRATAMIENTOS MEDICO-QUIRURGICOS

Gonzalo Mingo González

Tocólogo Ginecólogo titulado en
el Instituto Rubio, Maternidades de
Madrid y Casa de Salud Valdecilla

Arturo García Sánchez

Médico Tocólogo

Consultas de 11 a 1 y de 5 a 7

MORET, 4 — TELÉFONO, 131 — CÁCERES

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

Director: D. Bernardo Morales

BURJASOT (VALENCIA)
(ESPAÑA)

Jarabe Bebé Tos ferina de los niños. Tos crónica y rebelde de los adultos. Infalible e inofensivo.

Agentes exclusivos, J. URIACH Y C.^a S. N.-Barcelona

Tetradinamo (ELIXIR E INYECTABLE)

Medicación dinamófora y regeneradora de los estados consuntivos. A base de fósforo, arrhenal, nucleinato de sosa y estricnina.

Septicemiol (INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Estimulante general de las defensas orgánicas a base de colessterina, gomenol, alcanfor, y estricnina.

Eusistolina (SOLUCION E INYECTABLE)

Preparado cardio-tónico y diurético a base de tinturas alcohólicas decoloradas y valoradas de digital, estrofantus y escila.

Mutasán (INYECTABLE)

Tratamiento bismútico de las espiroquetosis en todas sus formas y manifestaciones. Perfectamente tolerable.

Al pedir muestras indíquese Estación de ferrocarril

PALUDISMO

LAVERANSAN

Poderoso contra fiebres palúdicas, tónico, aperitivo y reconstituyente

COMPOSICION. Cada píldora Laveransan contiene:

Clorhidrato de qq	15 centigramos.
Arrhenal	1 »
Protooxalato de hierro	2 »
Polvo nuez vomica	1 »
Extracto blando genciana	5 »

Caja de 40 píldoras, pesetas 6'50

Muestras a disposición de los señores Médicos

LABORATORIO BAZO

RIBERA DEL FRESNO (BADAJOZ)

DOCTOR: Si necesita un buen recalificante, antirraquitico, antianemizante, etc.

No vacile: emplee CALCITOSE

(sello y polvo)

Dosis por sello	Fosfato de cal	0'25 gramos
	Carbonato de cal	0'25 »
	Latacto de cal	0'25 »
	Latacto de hierro	0'15 »
	Fluoruro de calcio	0'05 »
	Glándula suparrenal desecada	0'05 »

TOTAL 1'00 »

Dosis por cucharada 1'40 grms. } Las mismas cantidades que el sello, más 0'40 gramos de Magnesia calcinada.

Producto del Laboratorio «Tanis», Granátula (Ciudad Real)

Venta en todas las Farmacias

J. MERINO HOMPANERA

DIRECTOR DEL DISPENSARIO

ANTITUBERCULOSO CENTRAL

PULMÓN Y CORAZÓN



Consultas de 2 a 4



Avenida de Cervantes, 44

Teléfono, 472

BENEDICTO MALAGA

APARATO DIGESTIVO Y NUTRICION



RAYOS X METABOLISMO BASAL



Consulta: De 11 a 1 y de 4 a 6

Avenida de la República, núm. 13

Teléfono 466

CACERES

DISPONIBLE

Los enfermos del

ESTÓMAGO e INTESTINOS

dolor de estómago, dispepsia, acedías y vómitos, inapetencia, diarrea, úlcera del estómago, etc., se curan positivamente con el

Elixir Estomacal SAIZ DE CARLOS

(STOMALIX)

*Poderoso tónico
digestivo que triunfa siempre*

Venta: Principales farmacias del mundo.



ACIDONA

Medicación clorhidro péptica. Contiene todos los elementos del jugo gástrico normal

INDICACIONES: Dispepsia por disminución o desaparición del ácido clorhídrico del jugo gástrico (hipoclorhidria o anaclorhidria) o anulación secretoria de este producto. (Aguilia); dispepsia atónica, flatulenta, cuyas molestias digestivas se hacen sentir inmediatamente de comer (pesadez e. inflazón gástrica, etcétera)

DIGESTÓNICO

Es una especialidad farmacéutica eficaz para combatir con éxito las **ENFERMEDADES DEL ESTÓMAGO** caracterizadas por hiperclorhidria y gastralgias.

REUMATISMO, GOTA, LITIASIS, ANTISEPSIA DE VIAS URINARIAS, SON LAS INDICACIONES DE

ARTRITINA

El mayor disolvente de ÁCIDO ÚRICO

Dr. F. VICENTE.—Cartagena, 16.—MADRID

SANATORIO QUIRÚRGICO

DE

Andrés Martín Merás

CIRUGÍA GENERAL

Plaza Marrón, 8

Teléfono, 408