

Saludo a Franco: ¡¡Arriba España!!



Núm. 153

Octubre - Noviembre 1937

BOLETIN OFICIAL

DEL COLEGIO MÉDICO PROVINCIAL DE PONTEVEDRA

Sumario

Páginas

Impresiones del Congreso médico germano- ibero-americano, por el Dr. Rasilla . . .	1
Sobre dos casos de fracturas complicadas de húmero, por el Dr. Gómez Durán. . .	9
Sección Oficial.	25
Sección de Noticias	27
Mutualidad Benéfica Provincial.	32
Boletín del Colegio Odontológico	33



DISPONIBLE

Tip. Celestina Peto

SANATORIO MARESCOT

de cirugía general y ginecología

→ PONTEVEDRA ←

Director: ENRIQUE MARESCOT IGLESIAS

*Cirujano del Hospital, de las Clínicas de París,
ex alumno de las Clínicas Quirúrgica del Hospital de la
Salpetriere y Ginecológica del Hospital Broca (París)*

Este sanatorio, lujosamente instalado y dotado de cuanto los nuevos adelantos requieren, responde a las necesidades de la moderna cirugía, practicándose en él toda clase de operaciones quirúrgicas y tratamientos similares.

El servicio está a cargo de las Hermanas Terciarias Franciscanas de la Divina Pastora. Para la Dirección espiritual de los enfermos, un capellán asignado al establecimiento, celebra todos los días el Santo Sacrificio de la Misa en la Capilla instalada en la casa.

Cuenta en todas las habitaciones con calefacción por agua caliente, así como también con teléfono conectado con la red interurbana.

El establecimiento está situado en magnífico parque con árboles seculares, jardines y paseos cubiertos, para comodidad de los enfermos.

A la puerta de entrada al parque, hay parada del tranvía eléctrico.

BOLETIN OFICIAL DEL COLEGIO MÉDICO PROVINCIAL DE PONTEVEDRA

Impresiones sobre el Congreso médico germano- ibero-americano, celebrado en Alemania durante el mes de Agosto último

**Por el Doctor Cándido Rasilla, de Vigo, enviado como
representante del Colegio Provincial de Pontevedra**

Honrado por el Colegio para representarle en el Congreso médico germano-ibero-americano, que se celebró en Alemania, durante el mes de Agosto último, Congreso para el que, al igual que los demás Colegios médicos de la zona liberada, había sido invitado éste a enviar un representante, me presenté en la Secretaría de la Academia o Instituto germano-ibero-americano el día 8, día anterior al señalado para la apertura. La Academia ocupa un hermoso edificio cuyas fachadas dan a la Schloss-Platz y la Breitestrasse de Berlín, posee amplios solones y cátedras para conferencias y una magnífica biblioteca en la que abundan revistas y libros en portugués y español, siendo muy respetable la literatura enviada por los países ibero-americanos.

El día 9 tuvo lugar la inauguración oficial del Congreso en uno de los salones del Instituto. Yo llegué momentos antes de la misma y mi sorpresa fué grande al encontrarme con que éramos solo tres los españoles y cerca de 400 los colegas representantes de las diversas repúblicas de Centro y Sub América y mi emoción fué enorme al observar que todo aquel conglomerado de tipos diversos, muchos de ellos con el sello típico del mestizo, todos aquellos individuos ciudadanos de pueblos diferentes, hablaban español. Ello trajo a mi

memoria las épocas de nuestra pasada grandeza y dominio y pensé empañados de emoción mis ojos, que gracias a nuestra venerada patria, había sido posible la reunión de todos aquellos representantes de la intelectualidad de tanto pueblo diferente, que gracias a la decisión de aquella Reina Isabel de Castilla, que no reparó en sacrificio alguno para ayudar a Colón en su empresa, pudo este eximio gallego descubrir un mundo para la civilización, mundo que había de ser conquistado, civilizado y cristianizado por el valor y sacrificio de esta admirable raza española cuyas virtudes, admiración del mundo, heredaron aquellos pueblos de allende el Atlántico y cuya sangre noble se ha mezclado generosamente con la de los indígenas, dando así al mundo un ejemplo magno de humanitarismo. Y pensaba luego en la importancia que tiene para la nueva España, esta España que está formándose bajo la acertada dirección del Generalísimo Franco, el aprovechar y encauzar la sentimentalidad actual de aquellos pueblos francamente favorable a la verdadera España, como pude observarlo al convivir con sus representantes médicos, los días que duró el Congreso. Nosotros no somos argentinos, chilenos, ni colombianos etcétera, nosotros estamos orgullosos de ser españoles y eso somos ¡Arriba España! Y esto me lo decían más del 90% de ellos incluyendo a los mejicanos.

Después de la ceremonia de la inauguración, discursos oficiales y de bienvenida y antes de comenzar con la labor científica nos sirvieron un lunch en un local de la misma Academia, terminado el cual pronunció la primera conferencia el Profesor Dr. Winta de Erlangen, conferencia que será publicada extractada en otro número del BOLETÍN.

Nuestro viaje por Alemania fué una serie ininterrumpida de atenciones y agasajos y el efecto producido y la impresión obtenida, es que la Alemania de Hitler ha resuelto el problema de su política social interna y el bienestar y el trabajo, han sustituido y resuelto el pavoroso problema de los sin trabajo.

El 10 por la tarde fuimos en autobuses a **Alt Rehse**, a más de 100 kms. de Berlín, casi en el Báltico donde funciona la Escuela médica del Führer. A esta Escuela van a vivir unos cursos de seis semanas todos los médicos que luego han de ocupar puestos sanitarios oficiales, del municipio, o del Estado, sin cuyo requisito no podrán obtener estos puestos. Aquí en esta Escuela viven una vida

al aire libre apartados de las urbes y aprenden el sistema preconizado por el Nacional Socialismo para obtener una raza fuerte y sana, es decir política higiénico-social siguiendo el precepto que dice: «Gobernar es poner freno a las malas costumbres». «Gobernar es conservar a la nación y a la raza sana y fuerte». Para ello las principales disciplinas han de ser de higiene individual y colectiva, eugenesia, etcétera, es decir todos aquellos medios necesarios para obtener la fortaleza y sanidad del individuo y de la raza. La política del Führer intenta la formación de un país nuevo, educando a la juventud alemana dentro de moldes nuevos por medio del trabajo obligatorio, servicio militar obligatorio, leyes individuales y familiares que tienden a buscar el bienestar del pueblo alemán. En la Escuela de Alt Rehse he sido obsequiado con un álbum de fotografías del Establecimiento delicadamente dedicado, como recuerdo de la visita y que tiene para mí el gran mérito de haber sido agraciado con uno de los tres ejemplares repartidos.

El martes 10 fué día dedicado a Cirugía, y en el Hospital de la Charité vimos operar al célebre Sauerbruch un plombaje en un bronquiectásico, una colecistotomía en una colelitíasis, una pieltomía en nefrolitíasis y una toracotomía con extracción de proyectil en un herido de bala en pulmón izquierdo. La historia clínica de los operados es la siguiente:

Operaciones del martes, 10 de Agosto de 1937

1. N. J. Agricultor de 17 años. Bronquiectasias del lóbulo izquierdo.
1931 Pleuritis a continuación de un resfriado. Desde entonces tos y esputo hediondo en tres capas, el cual llegaba ya en 1935 a 500 ccm. Sin fiebre alta.
1937 Mayo, bronquiectasias demostradas por medio de contraste de yodipina.
26. 7. 37. Entrada a la clínica.
3. 8. 37. Exeresis del frénico izquierdo.
Hoy: La temperatura ha sido hasta ahora normal.
Espujo hasta 600 ccm.
Operación: Plombaje.
2. B. C. Señora de 37 años. Colelitiasis.
1936 En verano: dolores en la parte superior derecha del abdomen, los cuales se extienden hacia los hombros.

Desde:

- 1937 Mayo: cólicos recidivantes. Sin fiebre y sin ictericia.
A su entrada en la clínica:
Cálculos del tamaño de una cereza demostrados por radiografía en la vesícula biliar. El tratamiento conservador sin resultado. Por eso:
Operación: Colecistectomía.
3. A. B. Señora de 39 años. Nefrolitiasis infectada izquierda.
1929 Después de un resfriado, dolores fuertes en la región del riñón izquierdo, los cuales se reproducían por esfuerzos corporales o con motivo de ligeras infecciones. Desde
1934 Cólicos muy fuertes, muchas veces con fiebre alta.
No hubo hemorragias fuerte visibles.
A su entrada en la clínica:
Piedra muy grande del lado izquierdo.
Exámen urológico:
Disminución muy fuerte de la secrección del lado izquierdo.
La orina del mismo lado contiene leucocitos.
El riñón derecho funciona bien.
Operación: Pielotomía.
4. Z. F. Policía de 48 años. Balazo del pulmón izquierdo.
1914 Septiembre, hace 23 años, en el frente occidental (Marne) balazo en el pulmón izquierdo (ametralladora inglesa).
A continuación empiema de la pleura, el cual sanó mediante taracotomía y drenaje.
1920 Hace 17 años, prueba inútil de extracción de la bala.
Después de sanar de la operación 12 años sin molestias.
1932 Espujo recidivante con pus y hediondo, el cual llega a veces hasta 300 ccm. y permanece así semanas enteras.
Apareciendo esto casi siempre después de pequeños resfriados. No hay hemorragias. Desde
1936 Junio: Espujo fritrido continuo, pérdida creciente de las fuerzas corporales. Pérdida de 30 libras de peso.
27. 7. 37. Entrada en la clínica.
Temperatura subfebril. Espujo poco más o menos 100 ccm.
Radiografía: Proyectil a la altura de la segunda costilla rodeado por absceso.
Operación: Toracotomía y extracción del proyectil.

Excusado es decir que dado el renombre universal y la categoría científica del operador su labor fué maravillosa. Por cierto que nos llamó poderosamente la atención, que Sauerbruch opera sin guantes y esto nos sugirió una serie de consideraciones, que no nos atrevemos a exponer, porque no nos tachen de heterodoxos.

El día 12 salimos para Colonia y el 13 visitamos en Leverkussen la célebre fábrica de productos químicos F. Bayer donde nos enseñaron las distintas dependencias de este admirable establecimiento digno de ser visitado y nos obsequiaron con un lunch y una cartera con muestras de medicamentos, tijeras, pinzas, vendas, algodón y tafetán para curas de urgencia.

Después de visitada su fábrica de Leverkusen, la casa Bayer nos obsequió con una excursión por el Rhin y abordó del vapor que nos condujo, con un suculento banquete, rociado con el afamado vino que lleva el nombre del río, lástima que el tiempo no estuviera despejado para mejor poder admirar las bellezas del paisaje y recordar la leyenda del Loreley. En este banquete tuve el honor de hablar por el micrófono en nombre de España y del Colegio—siendo el primero de todos los asistentes a este Congreso que lo hizo—y terminando, con un ¡Viva España!, ¡Viva Franco! y ¡Arriba España!, que fueron clamorosamente contestados. En esta excursión por el río que duró unas cuatro horas, oímos liederes alemanes por un coro muy afinado y música que nos hizo oír una banda, con la que al igual que los coros, nos obsequió la firma Bayer.

De Koenigswinter, término de nuestro viaje por el río, salimos en autobus para Bad Nauheim a donde llegamos a altas horas de la noche. En el tan conocido balneario de aguas carbo-gaseosas, fuimos agasajadísimos, visitamos sus múltiples casas de baños y oímos las autorizadas opiniones de varios afamados galenos sobre enfermedades cardiovasculares, siendo interesantísimo la reproducción de películas sonoras hechas de los ruidos cardiacos en diversas afecciones del corazón y también la reproducción de los ruidos del corazón de una enferma allí presente por medio del mismo aparato, en forma que ha sido oído por todos los allí presentes en el salón de conferencias sin levantarse de sus asientos. El procedimiento nos era ya conocido teóricamente pero no lo conocíamos en la práctica y es realmente interesante y de gran utilidad para lecciones clínicas, pues sin necesidad de que los alumnos auscultan al enfermo uno

por uno, pueden todos a la vez oír los ruidos del corazón examinado. En el Casino del balneario fuimos obsequiados por la Sociedad administradora con una delicada cena seguida de baile, una fiesta muy simpática. De Bad Nauheim salimos para Munich, en cuyas clínicas habíamos de continuar la labor científica, allí visitamos sus magníficos hospitales, llamándonos poderosamente la atención la clínica pediátrica, cuyo Director el Profesor Hussler nos dió una magnífica lección sobre alimentación en el lactante. Esta clínica es seguramente de lo mejor del mundo.

El Ayuntamiento de Munich nos obsequió con una artística fiesta en uno de sus regios salones, mientras nos servían camareros vestidos a la antigua usanza, apetitosos menjares y los no menos dignos de elogio aromáticos vinos de las orillas del Rhin, cuya abundancia hizo rebosar de alegría a la numerosa y distinguida concurrencia. No faltó en la fiesta un número de bailes españoles a cargo de una compatriota la Srta. Errero, que es por cierto una buena bailarina y escuchamos música de cámara por una afamada orquesta, un dueto de la ópera «Las alegres comadres de Windsor» y por último una tiple cómica nos hizo reír con su insuperable gracia. En esta inolvidable fiesta hubo discursos a granel, nos dió la bienvenida el Burgomaestre en nombre de la ciudad y hablaron diversos representantes médicos en nombre de sus países respectivos. Yo también eché mi cuarto a espadas y brindé en alemán por la Alemania del tercer Reich y por la nueva España, siendo abrazado por el Sr. Alcalde de la ciudad al concluir mi speech.

Después de cinco días en München salimos para Leipzig, en donde después de visitar sus mas importantes hospitales y clínicas visitamos el Stand de su mundialmente conocidas y admirablemente organizadas Ferias, y donde después de visitar el conocido monumento a las Naciones, recuerdo de las guerras napoleónicas (batalla de Leipzig), la Administración de la Feria nos agasajó con un té muy ilustrado como vulgarmente se dice: Y al día siguiente henos aquí de nuevo en Berlín, donde este día 21 de Agosto dió fin el Congreso y nos repartieron los diplomas acreditativos de haber asistido al mismo. El almuerzo de despedida fué celebrado en la Kaisersaal del Restaurant Rheingold, uno de los de mayor capacidad de la capital del Imperio (pueden sentarse a sus mesas más de 6000 personas en sus distintos comedores) y fué presidido por autorida-

des berlinesas, representantes diplomáticos de varias naciones y directivos de la Academia germano-ibero-americana. Yo había concebido la idea y lo había consultado con varios colegas americanos y portugueses y naturalmente con los españoles, entre los que se contaba el afamado oculista Doctor Barraquer, de Barcelona, de redactar un mensaje que había de ser firmado por los asistentes al banquete, mensaje de adhesión a nuestro Generalísimo y la idea obtuvo la aprobación de todos con los que hablé de ello. Fui a pedir permiso para exponer mi pensamiento al Presidente de la Academia y a la sazón de la mesa, el cual me contestó: Por mi parte ya puede Vd. suponerse accedería con muchísimo gusto; pero yo se que aunque muy pocos, hay entre los colegas algunos que protestarían y las consecuencias serian para nosotros muy desagradables. Yo lamentándolo mucho, por que creo que el mensaje sería recibido con gran emoción por los buenos españoles, no tuve mas remedio que renunciar a la ejecución de mi idea. Otra cosa sería una indelicadeza.

De todos modos yo hablé para dar las gracias por todas las atenciones y agasajos recibidos en Alemania, y también sobre lo que había sido nuestra querida patria, madre de todos aquellos pueblos americanos allí representados y de los sacrificios de la España actual para conseguir una nueva España: Una, Grande y Libre, terminando con el Salve Franco, ¡Viva España! y ¡Arriba España! contestados entusiásticamente por todos.

En números sucesivos irán publicándose en este BOLETIN, las conferencias del Congreso. ¡Arriba España!

CÁNDIDO RASILLA

Drogueria Moderna

— DE —

Luis Esteban

Calle de Don Gonzalo PONTEVEDRA

Ortopedia - Instrumental Médico - Perfumería

Productos medicinales **LA TOJA**

De aplicación en DERMATOLOGÍA

Pomada ANT.BACILOSA

Afecciones tuberculosas.

Pomada ANTIACNÉ

Verdadera crema sin grasa para el tratamiento del acné.

Pomada ANTIESCAMOSA

Afecciones escamosas, seborroides, aczemas seborreicos y amiantáceos, pitiriasis, psoriasis, parapsoriasis.

Pomada ANTIPOIGENA

Impétigos, foliculitis, piodermitis.

Pomada ANTIECZEMATOSA (A)

Para eczemas agudos.

Pomada ANTIECZEMATOSA (C)

Para eczemas crónicos.

Pomada ANTICONGESTIVA

Eritemas, Prurito, Dermatitis.

Pomada ANTISEPTICA

LA TOJA ha iniciado la fabricación de Pomadas medicinal, después de numerosos ensayos practicados por reputados Dermatólogos de España y del extranjero y de asiduos estudios clínicos y de laboratorio, logrando que las maravillosas cualidades terapéuticas de los lodos de **LA TOJA**, aplicados hasta ahora en estado natural, tengan una aplicación más práctica en la forma de pomadas.

De venta en Farmacias—Precio del tubo 3'50 ptas

Pídanse muestras y literatura a distribuidores generales para España y Marruecos
Bermudez de Castro y Sánchez, S. L., La Coruña

Servicio de Cirugía del Hospital Militar
de Tetuán.—Cirujano-Jefe: Dr. G. Durán

Sobre dos casos de fracturas complicadas de húmero, tratadas por intervención cruenta

por el Dr. G. Durán

Las fracturas llamadas complicadas en el más amplio sentido, comprenden un gran número de tipos desde los más simples a los más complejos, que comprometen siempre no ya la capacidad funcional del miembro como toda fractura, si no lo que es más grave su conservación y aún en casos desgraciados la propia vida del accidentado. Es por ello, que constituyen actualmente y lo serán todavía por mucho tiempo, tema fértil en amplias discusiones y que pone a prueba el buen juicio del clínico ante la gran variedad de casos y circunstancias que se dan en la práctica. Todos aquellos que tienen a su cargo un servicio de traumatología algo numeroso, saben las preocupaciones que las fracturas graves complicadas ocasionan desde el punto de vista de nuestra responsabilidad ante el accidentado, la empresa o patrono y ante nosotros mismos. De nuestra actuación depende exclusivamente el porvenir del lesionado; que resulte a la postre un hombre útil a la sociedad o bien un inválido y por tanto una carga. El pronóstico de una fractura abierta, depende de la primera cura, ha dicho Wolkman. Con ello está dicho cuanto ha de ser nuestra preocupación al enfrentarnos con una fractura abierta.

Naturalmente la conducta del cirujano ante estos traumatizados ha variado en relación con los conocimientos, y hasta con las doctrinas quirúrgicas dominantes en la época. Desde la era antiséptica pasando por los sueros, vacunas, irrigación continua, etcétera, hasta llegar a la técnica de Friedrichs y más recientemente de Böhler, es evidente que se ha realizado un auténtico progreso en el tratamiento de las fracturas abiertas. No se puede olvidar en este camino de perfeccionamiento, el incues-

tionable progreso que representa la aplicación juiciosa y prudente del método de Ors que nosotros ponemos en práctica en cuanto lo permite la bacteriología de la herida.

Los tipos de fractura que queremos comentar en esta nota se refieren a dos casos que afectando el mismo hueso, y siendo ambos complicados corresponde no obstante a dos orientaciones totalmente diferentes

Veamos ante todo estos casos.

N.º 3.804. Once años. Antecedentes familiares y personales sin interés. Por error de un centinela que presta servicio con mosquetón, recibe un disparo a unos ocho metros de distancia en el brazo izquierdo. Le hacen una cura de urgencia e ingresa en nuestro servicio a las siete horas del accidente.

Niño con choc no muy intenso pero dominado por el terror de un disparo con un arma de ese calibre casi a boca de jarro. El brazo izquierdo ensangrentado e inerte dá la impresión de un miembro de polichinela. Se comprueba a nivel de su tercio inferior una h. a. f. con orificio de entrada por cara postero-interna y salida por la antero-externa, con fractura conminuta de húmero y enorme destrucción de partes blandas; en el o. de e. se aprecia el paquete vásculo-nervioso latiendo en el fondo y en el de salida aparece el radial destruído por el proyectil.

Los movimientos de la mano están todos ellos bloqueados, no tanto por la lesión del radial como por la conmoción y estupor de los troncos nerviosos que quedaron intactos. La radiografía muestra el tipo clásico de la fractura explosiva con esquirlas múltiples proyectadas hacia o. de s.

Intervenimos de urgencia con anestesia clorofórmica. Limpieza quirúrgica de la herida externa, según la técnica de Friedrichs, extirpando la piel y masas musculares sucias por el tatuaje del disparo y mortificadas por la violencia del choque. Comprobamos la humeral con sus venas y el mediano en el labio anterior de la herida; hacia atrás el cubital contundido y con punteado hemorrágico, órganos que como es natural limitan el rigor y pureza de la limpieza quirúrgica. En el fondo esquirlas de todos tamaños, unas totalmente sueltas y otras enclavadas en las masas musculares, las menos con débiles conexiones periósticas y todas con signos evidentes de la acción explosiva del

proyector. Se hace no obstante una esquirlectomía esencialmente económica, orientándolas en el eje del hueso. Se pasa al orificio de salida aplicando la misma técnica y comprobando la sección total del radial. Los cabos están deshilachados y la pérdida de sustancia es inferior a tres cm. Intentamos la sutura cabo a cabo para lo que disecamos los extremos en una extensión de unos cinco cm. Regularizamos los extremos y hacemos una sutura a contacto con seda, hundimos el tramo de sutura en un lecho escavado en pleno triceps. La pérdida de piel tanto en el orificio de entrada como de salida es demasiado extensa, para intentar una reunión primitiva por lo que nos limitamos a taponarlos con gasa impregnada de glicerina fenicada al dos por cien. Aplicación de un apósito escayolado en abducción y que comprende tronco y miembro tipo aeroplano de Mideldor. Mano en flexión dorsal. Sueros antitetánico y antigangrenoso.

Curso post-operatorio: La evolución ha sido completamente apirética; el niño toleró muy bien la intervención y el aparato. La mano con imposibilidad absoluta de todo movimiento, presenta todos los caracteres de la mano de polichinela. Está fría, pálida, y sus músculos y tendones en atonía completa. El examen eléctrico da una R. D. completa para radial, y disminución del excitabilidad galvánica y farádica para mediano y cubital. El test de Mac Clure da treinta minutos. El índice oscilométrico está reducido al tercio comparado con antebrazo sano. Este estupor local es fácilmente explicable por la formidable conmoción, contusión y desgarro sufrido respectivamente por los troncos nerviosos de mediano, cubital y radial. En los días siguientes el aspecto y condiciones de vitabilidad de la mano se van restableciendo, y queda como trastorno persistente la imposibilidad absoluta de la flexión dorsal, es decir la clásica actitud de mano cadavérica correspondiente a la lesión total de radial. El curso de la fractura es totalmente favorable y a los cincuenta días se levanta el escayolado comprobando la fractura totalmente consolidada en posición correcta. Se puede comprobar como es una esquirra romboidal de grandes dimensiones la que ha formado el callo entre los extremos puntiagudos de los fragmentos. Los movimientos del codo están libres y de amplitud, normal lo mismo que los de hombro. A estas fechas no encontramos toda-

vía ningún signo de regeneración radial: la mano está muy flácida, la separación del pulgar es imposible, el enfermo señala claramente la zona acorchada pellizcándola constantemente. No pudimos determinar por la mentalidad del niño las zonas de sensibilidad protopática y epicrítica. Lo mismo podríamos decir de la cronaxia, métodos en fin que no son absolutamente precisos y cuya técnica nos parece demasiado fina para su aplicación a la práctica corriente.

Hacia los tres meses notamos los primeros indicios de regeneración: el enfermo nota contracciones fibrilares a la percusión directa en los músculos dorsales y algo raro que define como hormigueos en dorso de mano y dedos. Muy lentamente se aprecian pequeños movimientos de reptación que son cada vez más amplios al propio tiempo que la muñeca empieza a recobrar movimientos de flexión dorsal. No hay que decir que se aplicaron medios fisioterápicos al propio tiempo que se dispuso tratamiento postural. Poco a poco, hacia los ocho meses la recuperación de los movimientos de la mano fué íntegra y el aspecto del miembro no se diferenciaba en nada del lado opuesto.

El otro caso de fractura del húmero tiene particularidades absolutamente distintas pero también corresponde al grupo de las fracturas complicadas.

Laboratorio "Cajal"

ANÁLISIS E INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS

Dr. G. Vidal Antonio

MÉDICO

Velázquez Moreno, 20-Pral.

VIGO

Telf. 1471

Metabolismo de base - Bacteriología y Parasitología

Vacunas - Serología - Anatomía Patológica - Química

N.º 4.127. B. W. 30 años, soltero. Antecedentes: blenorragia y tífus hace años. Sufre caída de caballo que le cocea violentamente en particular en hombro izquierdo. El médico que le vé de primera intención ante la gran deformación de hombro diagnostica una luxación sub-coracoidea que intenta reducir bajo cloroformo. Fracasado en su intento viene a nosotros. Apreciamos equimosis y sufusiones en hombro y codo, miembro pende naturalmente a lo largo del cuerpo; hombro deformado por una tumefacción que levanta daltoides con desaparición de espacio delto-pectoral de Morenhein; prominencia de acromión; existencia de un relieve prominente y redondeado en axila o mejor por dentro de coracoides. Mov. de rotación posibles y poco dolorosos mientras que los de abducción provocan dolores violentos, crepitación y gran deformación en hachazo a unos 4-5 cm. por debajo de acromión se percibe una depresión donde se provoca dolor y movilidad anormal. Acortamiento del miembro tres cm. Finalmente los distintos movimientos pasivos van acompañados de una verdadera crepitación en saco de nueces. Formulamos un diagnóstico de fractura conminuta de extremidad sup. de húmero a nivel de cuello quirúrgico con fragmento mayor cefálico en lux, subcoraidea. La Radiografía en proyección dorso-ventral confirmó esta grave lesión. En una de las Radios puede observarse el gran desplazamiento de la cabeza totalmente luxada y empotrada debajo de coracoides y a distancia de la metafílisis, en la otra puede observarse que la línea de fractura es fuertemente oblicua hacia abajo y atrás y está situada entre el cuello anatómico y quirúrgico.

Nos encontramos pues ante una grave lesión de hombro: traumatismo conocido desde largo tiempo y ya temido entonces; porque muchas veces era completamente irreparable de modo que según Malgaigne únicamente se la diagnosticaba en el cinco por cien de los casos y por lo mismo ocasionaba graves omisiones terapéuticas. (Müller). Ante la completa imposibilidad de la reposición incruenta acudimos sin demora a la intervención. Incisión oblicua anterior de Hüter y Ollier por intersticio pectoro deltoideo por encima de ap. coracoides. Se apartan ampliamente los bordes de esta incisión y se avanza por junto al borde externo del grupo muscular que se inserta en ap. coracoi-

des, hasta llegar al plano muscular periarticular. Se abre la vaina del tendón del biceps en la corredera bicipital en toda su extensión, se carga el tendón en un gancho y se separa hacia fuera. Penetramos luego por el espacio que separa subescapular de supraespinoso y ponemos ampliamente al descubierto la cápsula que está totalmente desgarrada, contundida y la articulación llena de sangre y coágulos. Entonces comprobamos la existencia de la fractura múltiple de cabeza: un fragmento que comprende la porción propiamente cefálica se ha luxado a través del foramen oral de Weibrech y fué a engastarse debajo de coracoides, donde está empotrado y sólidamente inmovilizado. Otros fragmentos más pequeños sueltos o en relación con débiles conexiones periósticas, dan la impresión de una verdadera fractura por estallido. Empezamos el trabajo de reparación haciendo esquirolectomía de las porciones desprendidas. Luego tratamos de desenclavar la cabeza lo que se consigue con no pocos esfuerzos aplicándola a la superficie de fractura metafisaria, la adaptación es deficiente ya que la línea de fractura es compleja, y faltan los pequeños fragmentos extirpados, por lo que dudamos entre reseca definitivamente cabeza o practicar su fijación sobre la extremidad humeral. Lo primero nos hubiera llevado a un hombro flotante y ante esta eventualidad nos decidimos por fijarla con tornillo de seis cm. a la metafisis humeral. Reposición cuidadosa de restos capsulares; aplicación de puntos en U desde base de coracoides a inserciones troquinianas que aplican la cabeza contra glenoides. Reposición de masas musculares, sutura de aponeurosis córaco-braquial superficial y piel. Inmovilización con un escayolado tipo Pouliquen en abducción de unos 45° no más, ya que según Sejournet la abducción del fragmento superior es excepcional en las fracturas intracervicales de la extremidad superior. El curso post-operatorio sin incidentes. El tornillo perfectamente tolerado. Se mantiene la inmovilización cincuenta días comprobando por dos Radios en diferentes actitudes la perfecta solidaridad de cabeza con diáfisis humeral, por lo que se inicia el masaje y movilización pasiva, y luego la activa hasta obtener una indolencia amplitud y seguridad de movimientos de un hombro normal. No se observan proliferaciones óseas periarticulares que tanto impiden la recuperación funcional.

Las consideraciones que nos sugieren estos casos son múltiples y de importancia práctica.

El primer caso de fractura conminuta de húmero tiene características especiales de interés: 1.^a Por tratarse de una herida por a. de f. mauser en su primera fase explosiva en un niño interesando el brazo en su propio eje, y no obstante la conservación del miembro fué posible contra lo que pudiera suponerse a priori. 2.^a Por existir una contusión de mediano y cubital y sobre todo una destrucción completa de radial que determinó un bloqueo nervioso total de la mano y que sin embargo terminó por el restablecimiento nervioso integral. La conducta a seguir ante una fractura abierta por arma de fuego está hoy totalmente standardizada. Después de las enseñanzas de la Gran Guerra ya no cabe discusión posible: a la conducta expectante de Beraniann, seguida en un principio por ambos beligerantes, ha seguido la intervención activa de limpieza quirúrgica, según los principios de Friedrichs, Lemaitre y Böhler. Nosotros hemos aplicado a esta fractura la conducta seguida sistemáticamente en todos los casos de fractura abierta: Exploración sucinta de la herida, Radiografía, Sueros antitetánicos y antigangranoso. Intervención precoz antes de las seis horas a ser posible. Escisión de bordes cutáneos de herida y extirpación de tejido celular y de músculos contundidos a pequeños cortes de tijera hasta zonas de coloración normal y que se contraigan al excitarlas, evacuando derrame sero-hemático, coágulos y los tejidos con aspecto de jalea de grosella. En este caso particular como en muchos otros, la limpieza quirúrgica no ha podido ser completa por encontrarnos en la herida con el paquete vasculo-nervioso. Llegamos al foco de fractura, y aquí también, siguiendo las tendencias actuales, procedimos del modo más conservador extirpando únicamente las esquirlas totalmente sueltas y enclavadas en las masas musculares. Las demás fueron conservadas para luchar contra la temible pseudo-artrosis. Esto es después de la intervención y sobre todo, tratándose del húmero, el más grave peligro de las fracturas por a. de f. Basta recordar una de las estadísticas más cuidadosas sobre pseudoartrosis como la de Cunéo, según la cual en 300 casos recogidos en el Centro de Cannes ha observado 127 pseudoartrosis del húmero.

Aparte otros factores, a nosotros nos interesa hacer notar por lo que se refiere a nuestro caso particular, que una de las principales causas de la falta de consolidación es sin duda, la esterilidad absoluta o relativa de las extremidades fracturarias ocasionada por el hecho mismo del traumatismo según probaron Leriche y Policard. Es incuestionable en efecto que la enorme velocidad inicial de un proyectil mauser (861 m.) se emplea no solo en producir una solución de continuidad, si no también que determina una formidable conmoción de toda la pieza ósea, ocasionando la muerte de los elementos vivos y lesiones vasculares capaces de ocasionar necrosis asépticas. Es evidente que unas extremidades óseas así alteradas no sean capaces de ningún trabajo de reparación, y esta esterilidad es lo que en último análisis determina la producción de las pseudoartrosis. Claro es, que no siempre las cosas pasan así ya que los vasos neoformados acompañados de elementos celulares penetran en los conductos de Havers, produciéndose una verdadera rehabilitación del hueso que adquiere así capacidades de reparación, aunque limitadas y sobre todo tardías.

Pero aparte la violencia del traumatismo como factor de pseudoartrosis, es la destrucción ósea directa o bien la esquirlecomía primitiva demasiado radical la que conduce con mucha frecuencia a la falta de consolidación. En nuestro caso por la

DROGUERÍA

— DE —

CELSO VARELA

Manuel Quiroga ♦♦♦ PONTEVEDRA

Especialidades ♂ Productos Químicos y
Farmacéuticos ♂ Perfumería ♂ Pinturas

♂ ♂ ♂ **y artículos fotográficos** ♂ ♂ ♂

enorme explosión de húmero no ha sido posible conservar más que una esquirla de gran tamaño que tomaba contacto con los extremos óseos afilados, y que poco a poco fué soldándose con ellos, y condensándose progresivamente hasta el punto de llegar a reconstituir un hueso de apariencia normal. Claro es, que en este caso podría discutirse la eterna cuestión del papel del periostio como agente de osificación, pero dada la acción explosiva del proyectil podemos admitir que la lesión perióstica habría sido brutal. Así pues, a lo sumo solo podremos admitir como agentes de reparación en nuestro caso dos factores: uno muy problemático de laminillas óseas con restos periósticos diseminados en el propio foco de fractura; y el otro efectivo constituido por la esquirla adherente. Es muy probable que los corcúspulos óseos subperiósticos y la esquirla actúen como verdaderos injertos o generadores osteogénicos, que sirvan de conductores reabsorbibles, atrayendo y dirigiendo las células osteoplásticas de cada uno de los extremos fragmentarios. Practicamente el resultado es el mismo: no es posible la reparación espontánea de una pérdida de sustancia total, de un segmento óseo, sin la presencia de periostio y de esquirlas, aún cuando las extremidades óseas hubiesen conservado su fertilidad cosa más que dudosa en los traumatismos por h. a. de f. a poca distancia.

Nos quedaba por fin, reparar el destrozo de mayor trascendencia en la herida externa: es decir la lesión de N. radial. Su tronco había sido interesado no solo por el proyectil a la salida, sino también por las esquirlas proyectadas del foco de fractura, de tal modo que produjeron una destrucción del nervio en una extensión superior a tres cent., determinando un síndrome de canal de «torsión bajo». Parálisis con extrema hipotonía de músculos epicondíleos, músculos extensores de los dedos, del pulgar, del índice, del anular; atrofia rápida de estos músculos con aparición R. D. total; insensibilidad del tronco del radial por debajo de la lesión; anestesia cutánea en todas las modalidades en los territorios antobraquial y dorso-palmar del radial.

Nos encontramos pues, en presencia de una herida reciente fractura conminuta abierta con sección completa de radial y pérdida de sustancia de nervio. La indicación de sutura nerviosa era evidente ya que la evolución espontánea conduciría al neuroma

para el cabo sup. y al glioma para el inferior. Por otro lado, la actividad reguladora del cabo central y la neurotrófica del periós-tico solo se aprovechan en las suturas precoces y de ellas depende precisamente el éxito de la intervención.

El extenso foco traumático lleno de mamelones proliferantes, conduciría a la formación de una masa cicatricial de tejido fibroso duro e impenetrable con esa tendencia a la esclerosis difusa extensa tan bien descrita por Nageotte, constituyendo en definitiva un obstáculo invencible a la reparación nerviosa. Todo esto es demasiado sabido, para que todo cirujano que interviene precozmente una herida con lesión nerviosa no trate de repararla a toda costa. Intervenir lo más precozmente posible es el factor capital del éxito. La sutura primitiva inmediata será intentada siempre con la esperanza de conseguir resultados muy excelentes. Aunque fracase la sutura nunca dificultará una intervención tardía y siempre dejará al nervio en las mejores condiciones de espera para una intervención retardada.

Estas han sido en resumen, las conclusiones de la Conferencia quirúrgica Interaliada basadas en el enorme material acumulado durante la guerra. Se ha llegado así al final de la guerra con ideas absolutamente opuestas a los errores que dominaban al principio de la contienda: la indicación solo se planteaba en efecto en las heridas antiguas y cicatrizadas confiando demasiado en una regeneración espontánea: se admitía asimismo la regeneración autógena apoyo de tantos errores terapéuticos, habiéndose demostrado plenamente que la sección nerviosa aboca a la degeneración compacta del cabo periférico y que la regeneración es enteramente debida al cabo central. A estos principios hay que añadir los dos postulados siguientes, para que la regeneración sea posible: 1.^a que la separación entre los dos cabos no sea muy considerable, experimentalmente la regeneración es imposible a una distancia mayor de cuatro centímetros. 2.^a que no haya tejido fibroso denso interpuesto. 3.^a que los cabos queden bien enfrentados, que no haya desviación según el eje sobre todo tratándose de un nervio mixto, en el que fibras motoras del cabo central pueden penetrar en las vainas de los fascículos sensitivos del cabo periférico y viceversa, lo que nos explicaría en parte la falta de regeneración integral de un

nervio sensitivo motor. Así pues, en nuestro caso y siguiendo estas normas que hoy se han hecho clásicas después de las enseñanzas de la guerra, no dudamos en reparar la herida nerviosa aún teniendo en cuenta que cabía discutir dos contraindicaciones: una por la herida concomitante de las partes blandas que no permita una sutura primitiva de los tegumentos, y por tanto teóricamente la sutura nerviosa quedaría en plena herida; otra la pérdida de sustancia que en principio parecía impedir la sutura cabo a cabo. No obstante, estos dos escollos hemos podido salvarlos y fuimos desde luego a la intervención. Disecamos los cabos nerviosos en una extensión de unos cuatro centímetros regularizamos prudentemente los extremos y tratamos de llevarlos a contacto cabo a cabo, lo que conseguimos llevando el brazo a la flexión en ángulo agudo, ponemos dos puntos de referencia que anudamos y hacemos luego una sutura neurilemática, hecha con agujas muy finas de sutura vascular y con hilo de lino 60. Sabido es que el radial tiene una excelente vaina que se presta bien a la sutura. Como medio de protección de la sutura no hicimos otra cosa que enterrarla en el canal celuloso intermuscular de biceps y supinador largo, más que nada para aislarlo de la superficie de la herida, ya que esta no podía ser saturada y si solo taponada, pues ya sabemos que el empleo de material de revestimiento de la sutura es algo todavía discutible.

¿Cuál ha sido la evolución de la sutura nerviosa?

Hemos cuidado de modo especial del llamado factor periférico en el tratamiento de la parálisis radial. Y es bien sabido, que el abandono de la actitud correcta de la mano dejándola que cuelgue libremente del cabestrillo (el sudario del brazo dice *Vulpis*) conduce a un alargamiento de los tendones extensores, muy difícil de contrarrestar. De aquí que desde el primer momento hemos atendido al tratamiento postural colocando la mano englobada en el aparato enyesado toraco-braquial, en la actitud de coger o sea en flexión dorsal de muñeca, con flexión palmar moderada de las falanges. Esta actitud correcta de la mano la juzgan los ortopedistas de una importancia decisiva para la restauración de la función del nervio, hasta el punto que sin ella no es posible dicen, obtener ningún resultado satisfactorio de la neurorrafia.

A los dos meses se inician los signos de regeneración: el enfermo siente hormigueos, la hipotonía va disminuyendo y aparece un esbozo de contractibilidad voluntaria que poco a poco se va incrementando. La anestesia se fué transformando en hipoestesia. No obstante los trastornos sensitivos persisten en zona de pulgar, y continúa abolido el reflejo estilo radial. Pero la curación puede considerarse como completa ya que el enfermo ha recobrado totalmente la función del radial constituida por la extensión y abducción de muñeca.

Respecto al otro caso de fractura epifisaria hay ante todo que resaltar la dificultad del médico práctico no especializado, para establecer un diagnóstico exacto de estas lesiones complicadas de hombro. El mismo Nelaton indicaba ya las grandes dificultades que ofrece el distinguir las fracturas del cuello anatómico de las del cuello quirúrgico, y Cosselin en uno de sus trabajos decía «no esperéis llegar casi nunca a poder formular un diagnóstico más preciso que el siguiente: fractura de la extremidad superior del húmero más o menos cerca de la cabeza, pues por regla general no hallaréis síntomas positivos que os permitan distinguir la fractura intracapsular de la extracapsular». Evidentemente ha cambiado de un modo profundo la situación en que el cirujano se encontraba ante estas lesiones, la introducción del examen radiológico y tan solo con su ayuda han podido suprimirse en cada caso las últimas dudas que pueden ocurrir. Pero aún así, es necesario una técnica precisa y una cierta pericia en la interpretación de las imágenes radiográficas. En efecto, hemos visto casos de fractura de extremidad superior de húmero y precisamente del cuello quirúrgico que aún practicando la exploración radiológica pueden ofrecer dudas a quien esté poco ejercitado en esta interpretación, hasta cuando la radiografía es irreprochable bajo el concepto técnico. Inversamente se vé que una radiografía engañosa puede dar lugar a que un cirujano inexperto admita la existencia de una fractura, siendo así que se trata de una imagen representativa de hechos anatómicos normales. Aún en aquellas ocasiones en que la fractura es radiológicamente evidente como ocurría en nuestro caso, no obstante una variación en la proyección aún siendo en el mismo plano, puede ocasionar una modificación fundamental en la relación recíproca

destrozos capsulares y derrames sanguíneos considerables, y de los fragmentos: y radiólogos muy concienzudos en la interpretación de clichés quedan una y otra vez en duda, sobre la explicación de determinadas imágenes tomadas en ciertos planos: una pequeña rotación del brazo puede por sí sola, influir directamente en la silueta de la imagen del hombro. En estos casos particularmente difíciles, se precisan dos radiografías perpendiculares entre sí, una en dirección dorso ventral, y otra en dirección axilar con el brazo en fuerabducción. Hacemos particular hincapié en este diagnóstico radiológico para evitar que pasen desapercibidas lesiones complejas de hombro, que puedan abocar a inutilidades permanentes. Pues como afirma Muller, la comprobación radiológica ha enseñado o ha confirmado que la luxación del húmero está acompañada de fractura articular con más frecuencia de lo que antes se admitía.

Nosotros no queremos entrar en la discusión del diagnóstico diferencial de las luxaciones-fracturas de hombro, ya que ello nos llevaría demasiado lejos. Nos interesa solamente hacer notar que estos errores diagnósticos tienen como consecuencia, errores terapéuticos de enorme trascendencia. Si en la práctica el confundir una fractura del cuello anatómico con una f. del cuello quirúrgico no acarrea perjuicios puesto que su tratamiento es el mismo, las consecuencias son mucho más graves cuando por haberse establecido un diagnóstico erróneo la fractura acompañada de luxación, es considerada simplemente como una luxación que ha sido reducida. Así constituye un grave error, tomar el fragmento diafisario del húmero desviado hacia la cavidad axilar por una luxación del húmero, creyendo equivocadamente que se ha logrado la reducción de la supuesta luxación, y este fragmento diafisario no llega a ponerse en contacto con la cabe-

Dr. González Romero

Ex-Profesor ayudante de la Facultad de Medicina de Santiago
Diplomado de la de Burdeos

**Consulta de enfermedades de la garganta,
nariz y oídos**

Puerta del Sol (Casa Simeón García)

VIGO

za o con el cuello del húmero que ha quedado en la cavidad glenoidea. Por fin, y este es nuestro caso, si existe una fractura del cuello anatómico o quirúrgico, la diáfisis ha quedado en la cavidad glenoidea y la cabeza ha sido desplazada en situación axilar o coracoidea. En todos estos casos en que la reducción incruenta es imposible, suelen sobrevenir trastornos funcionales graves que en los casos inveterados apenas pueden ser combatidos más que con la intervención operatoria, y aún entonces no se obtienen más que éxitos incompletos.

Se plantea pues, en estos casos la cuestión de la reducción incruenta o bien la necesidad de intervención inmediata.

Hay quien opina como Müller que aún en los casos de fractura-luxación con desviación de fragmentos cuando el traumatismo es reciente y se coloca el brazo en un vendaje que lo mantenga en abducción y extensión, bajo la comprobación radiológica, pueden obtenerse muchas veces resultados funcionales completamente satisfactorios. Evidentemente para ello se exige que el desgarró capsular no sea muy intenso, que la cabeza sea movable y no esté enclavada entre las masas musculares y por fin, que la fractura sea simple, esto es, unifragmentaria, condiciones todas que distan mucho de realizarse en todos los casos. Realmente esos casos afortunados de decapitación resueltos con las fórmulas tan sencillas de extensión continua en abducción, o bien con simple charpa y masaje no son genuinas fracturas con luxación secundaria; más bien, se trata de fracturas sin desviación, en las que la cabeza apenas se ha desplazado de la masa metafisaria. Pero los casos auténticos de fractura-luxación en los que la cabeza se inclina en tal o cual sentido, se coloca de borde y hasta se vuelve completamente con la cara cartilaginosa hacia fuera, el plano fracturado hacia adentro por el lado de la cavidad glenoidea, o bien cuando la cabeza fracturada se luxa en la axila o por dentro de coracoides mientras que el fragmento diafisario sube hacia el acromión: en todas estas condiciones, todo ensayo de reducción por maniobras externas está de antemano condenado al fracaso. Lo mismo ocurre y quizás todavía con más razón cuando la fractura de cabeza es multifragmentaria o conminuta, extendiéndose al macizo tuberositario. Estas son desde luego, fracturas articulares graves que se complican con grandes

destrozos capsulares y derrames sanguíneos considerables, y este era justamente nuestro caso.

El aspecto que ofrecía la articulación puesta al descubierto recordaba en cierto modo esas graves destrucciones traumáticas observadas durante la guerra, producidas por proyectiles lanzados con enorme fuerza viva al principio de su trayectoria o por fragmentos de obús voluminosos o pequeños que producen enormes efectos explosivos, pulverizando el húmero y las partes blandas. Estas destrucciones traumáticas son las que conducen con excesiva frecuencia al temible hombro flotante en sus diversos grados, que compromete seriamente la función de todo el miembro. Esta es justamente la consideración de más peso que ha de influir sobre el cirujano, al tratar estas fracturas múltiples de la cabeza humeral. Leriche opina en efecto, que la destrucción operatoria del húmero es todavía más frecuente que la destrucción traumática, hasta el punto que para algunos cirujanos el hombro flotante sería el resultado corriente de las resecciones por fracturas multifragmentarias, funestas operaciones que no deben practicarse más que a viva fuerza como afirma el propio Leriche.

Por eso nosotros en vez de limitarnos a practicar una esquirolec-tomía resecando todos los fragmentos sueltos, practicamos una intervención esencialmente conservadora: primero respetando los fragmentos tuberositarios parcialmente desprendidos con sus inserciones musculares, aplicándolos al macizo metafisario y sacrificando únicamente las esquirlas sueltas y contundidas que solo podían terminar en cuerpos libres articulares; luego y sobre todo, tratando de adaptar el fragmento de cabeza verdadero casquete articular a la superficie cruenta de masa tuberositaria. La fijación con tornillo fué absolutamente precisa por no corresponderse las superficies cruentas. Esta reducción operatoria con sutura de los fragmentos constituye la intervención ideal, dice Müller. Este dogma esencialmente conservador hay que completarlo con un precepto complementario: severa inmovilización durante dos meses con el brazo en posición horizontal, para que el húmero venga a apoyarse en la cavidad glenoidea. Es así como hemos podido obtener un hombro bien fijo y apretado con movimientos seguros y firmes, que no le diferencian de un hombro normal.

A modo de conclusiones formularemos las siguientes:

1.^a La intervención cruenta precoz está absolutamente indicada en las fracturas abiertas practicando la limpieza quirúrgica de Friedrichs, esquirlectomía y corrección de fractura.

2.^a Igualmente en las fracturas epifisarias de cuello anatómico o quirúrgico con luxación de cabeza, es preciso intervenir practicando osteosíntesis.

3.^a La actitud correcta en muchos tipos de fractura, es la abducción en un aparato enyesado tóraco-braquial mantenida alrededor de dos meses.

4.^a Las lesiones concomitantes de N. radial en las f. de húmero deben ser constantemente investigadas y exigen la reparación inmediata cualquiera que sea la naturaleza del trauma y las conclusiones de la solución de continuidad.

5.^a Las h. por a. de f. aún las producidas por el fusil reglamentario y a pocos metros es decir, en zona explosiva, pueden ser susceptibles de una intervención conservadora y de un restablecimiento ad integrum.

Dr. Rodrigo de la Rasilla Salgado

Médico Radiólogo

Director del Instituto Electroterápico

Rayos X - Radioscopia - Radiografía

Radioterapia profunda y superficial de las enfermedades de la piel, Ulceraciones, Varices, Escrófulas, etc.

Rayos ultra-violeta, Diatermia, Alta-frecuencia, corrientes Farádicas, Galvánicas y Watterville, etc.

Tratamientos especiales de las enfermedades de los huesos y articulaciones.

Avenida de Montero Rios, 38-1.º izqda.

VIGO

Sección Oficial

Orden sobre Militarizaciones

S. E. el Generalísimo de los Ejércitos Nacionales ha resuelto que la norma primera de la Orden de 28 de julio último (Boletín Oficial número 252), quede modificada en el sentido de que en lo sucesivo el tiempo preciso para que puedan ser militarizados los Médicos que sirvan en filas, será de tres meses y no de seis, como se hace constar en dicha norma.

Burgos, 14 de octubre de 1937.—Segundo Año Triunfal.
—El General Secretario, *Germán Gil Yuste*.

(«Boletín Oficial» del Estado n.º 367, de 22 de octubre de 1937).

Consejo general de los Colegios médicos

Con este título, leemos lo siguiente en un periódico de Bilbao:

El Consejo General de Colegios Médicos, entidad rectora de la Organización Médica Española, domiciliada en Valladolid, cumpliendo mandatos oficialmente confiados por el Gobierno General del Estado, ha puesto ya en funcionamiento la asistencia y educación de los huérfanos de médicos—aumentados en número a consecuencia de la guerra—disponiendo su ingreso en Colegios apropiados o concediéndoles becas de estudios. Asimismo, en el plazo de muy breves días presentará al Gobierno General, el proyecto para un inmediato y perfecto funcionamiento de la previsión Médica Nacional, organización benéfica, destinada a socorrer a los médicos, farmacéuticos, odontólogos y sus familiares, en los casos de invalidez y fallecimiento.

Además ha tramitado y puesto en vías de resolución, todos los problemas, que en demanda de actuación tutelar y fiscal, han elevado a este organismo, los Colegios Médicos.

Instituto Antirrábico Provincial de la Zona Sur

“SAEZ MÓN”

Distritos de Vigo, Tuy, Redondela, Puentearreas y Cañiza

Director: Angel Lorenzo Méndez

APLICACIÓN DEL MÉTODO DE HOGIES, CON
RENOVACIÓN DIARIA DEL VIRUS A INYECTAR
BUSCANDO EL MAXIMUM DE GARANTÍA

VIGO - Avenida García Barbón, 43-1.

DROGUERIA

DE

Ramiro Lino

Oliva, 27 y 29

- PONTEVEDRA -

*Drogas en general ♂ Especificos Nacionales y Extranjeros ♂
Aguas minerales ♂ Productos Químicos puros y marcas de origen ♂
Idem Opoterápicos ♂ Sueros ♂
Vacunas inyectables de los mejores Laboratorios ♂ Perfumeria ♂
Lubrificantes y esencias para motores ♂ Artículos de goma ♂
Ortopedia ♂ Pinturas ♂ Barnices y Esmaltes ♂
Brochas y pinceles ♂ Máquinas y Productos Fotográficos ♂
Material de dibujo etc., etc.*

Sección de Noticias

Del Congreso germano-ibero-americano

Como habíamos anunciado en el número anterior, comienzan hoy a publicarse las Conferencias del Congreso germano-ibero-americano, a las que asistió como Delegado de este Colegio Oficial de Médicos, nuestro distinguido compañero el Dr. Cándido Rasilla Salgado. No solo por el interés científico que despertarán, sinó por ser el Dr. Rasilla uno de los tres únicos españoles que asistieron como Delegados a este importante Congreso, nos complacemos en felicitar de antemano a todos los compañeros que tienen la oportunidad de conocer por nuestro BOLETÍN, las interesantes Conferencias, que por sabios maestros se han dado en la Nación germana, a la que día a día nos unen lazos más fuertes de fraternidad.

Protección a una niña huérfana de padre y madre

Del Secretario del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, de Valladolid, recibimos una carta, que dice así:

«1.º de Noviembre de 1937. II Año Triunfal.

Sr. Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Pontevedra.

Mi distinguido amigo y compañeros: El Sr. Don Emilio Falcó, Secretario de la Diputación Provincial de Zaragoza y

CEREGUMIL FERNÁNDEZ

EL MEJOR ALIMENTO PARA NIÑOS, ANCIANOS

Y CONVALECIENTES

ESPECIALMENTE INDICADO PARA ENFERMOS

DEL ESTÓMAGO

médico, se dirige a este Consejo en solicitud de prohijar una niña huérfana de padre y madre, que fuese hija de un médico y de una edad de 6 a 8 años.

La Comisión Permanente de este Consejo patrocina con entusiasmo la caritativa y delicada pretensión del Sr. Falcó y se permite rogar a V. haga investigaciones en este sentido en la provincia de su digna presidencia».

En su consecuencia rogamos a los señores médicos de la provincia que si conocen de alguna niña en aquellas condiciones y que necesite y quiera la protección que el Sr. Falcó ofrece, se dignen participarlo a la Secretaría de nuestro Colegio.

Nuestros huérfanos

Tenemos la gran satisfacción de participar a nuestros compañeros, que del Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos se nos dice lo siguiente:

«En breve recibirá instrucciones ese Colegio sobre Asistencia y Educación de nuestros Huérfanos, asunto que está ya resuelto y a falta de ultimar detalles de tramitación».

Celebramos vivamente esta gratísima noticia por lo que supone para nuestros huerfanitos y porque revela la magnífica actividad y celo que el Consejo de Colegios viene desplegando en pro de los intereses de la clase.

Asimilaciones militares

Han sido asimilados a Alféreces médicos los siguientes colegiados pontevedreses:

D. José Rodríguez Sobrino, D. Atilano Lamas André y don Lino Troncoso Faro, de Mondariz, y D. Enrique Fernández Carrera, de Puenteareas, a los que se destina al Hospital Militar del primero de los indicados pueblos. D. Francisco Ogando Soto y D. Pelayo Rey Cardama, actualmente soldados del 15 Regimiento Ligero de Artillería, de guarnición en Pontevedra.

Se asimiló a Teniente provisional de la Armada y se le destinó a las órdenes del Comandante General del Departamen-

to Marítimo de Ferrol, para prestar sus servicios en dicho Departamento, al médico vigués D. Jaime Román Pardo.

Ultimamente se concedió también la asimilación a alféreces a los siguientes compañeros, y se les destina como se indica:

D. Francisco Domínguez Sierra, de Caldas, al Hospital de La Toja; D. Luis Casais Pardiñas, del Grove, D. Isidoro Alvarez Souto, de Salvatierra, D. Andrés Fernández Gutiérrez, de Meaño, D. José García Pintos y D. Celestino Fontoira Peón, de Pontevedra, al mismo Hospital de La Toja; D. José Abraldes Torquemada y D. Darío Alvarez Blazquez, de Tuy, al Hospital de esta ciudad; D. José Teijeira Fernández, de Marín, al Hospital del mismo pueblo; D. Pío Arca Seijo, D. Eladio Hevia Marinas, D. Manuel Sánchez González y D. Ignacio Torres, de Villagarcía, y D. Fernando Virgós, de Caldas al Hospital de Villagarcía.

Ponemos en conocimiento de los colegiados, doctores don César Abellás Justo, D. José Astray Mato y D. Germán Vidal Antonio, que por exceso de original, no podrán salir sus trabajos científicos sobre «La fórmula leucocitaria en los tuberculosos pulmonares», «Un caso de astasia-abasia emocional» y «Aplicaciones diagnósticas de la doctrina hormonal hipofiso-ovárica», respectivamente, los que irán publicándose en números sucesivos.

Agradecemos a estos distinguidos colegas, su notable colaboración y esperamos que el ejemplo cunda entre los demás lectores de nuestro BOLETÍN.

En la ciudad de Vigo ha dejado de existir la distinguida y bondadosa señora D.^a Joaquina Costas Alonso, persona que gozaba en aquella ciudad y en la nuestra, de generales y merecidas simpatías.

Damos nuestro pésame más sentido a sus familiares, entre los que se encuentran su hijo D. José García Costas, Médico de Sangenjo, y su hijo político D. Celestino Fontoira Peón, Médico de esta capital, ambos queridos amigos, a cuyo justo dolor nos asociamos sinceramente.

desanimen y continuemos protegiéndonos mutuamente.

En la parroquia de Parada (La Estrada) falleció el que durante muchos años fué acreditado comerciante en Pontevedra D. Antonio Eiriz Taboada.

Su muerte causó el natural sentimiento entre el amplio círculo de sus amistades.

Al dar nuestro pésame a su familia, lo hacemos de un modo especial a su hijo político D. José Leira Ogando, estimado colegiado con residencia en La Estrada.

Una deuda más tenemos los Colegios Médicos con el invicto General Franco. Hace unos días ha reconocido al Consejo General de Colegios Médicos, el derecho de administrar los sellos del Colegio de Huérfanos y el control de los Certificados.

El Consejo de Colegios está actuando bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias designadas por el Generalísimo.

¿Que más podemos desear?

Dicho Consejo hace tres meses que viene trabajando en la reorganización de la Previsión Médica Nacional. El Colegio de Pontevedra ha enviado todos los datos pedidos, a fin de proceder a su estudio en unión de los solicitados de los demás Colegios de la España liberada.

En el Banco de España está depositada, en la cuenta corriente de nuestro Colegio Médico, toda la cantidad existente que corresponde a la Previsión Médica. Y no hace quince días han sido giradas al referido Consejo más de cinco mil pesetas que este Colegio tenía en depósito y que entregó a la nueva organización que hoy existe en la España liberada.

Hemos colegiado ultimamente a nuestro compañero don José María Nieves Román, con el número 496. Es natural de Tuy y tiene su residencia en Vigo.

—También se ha colegiado eventualmente el compañero D. Fernando Rodríguez Zabaleta, que ejerce en Placeres.

Los talones de los Certificados, por acuerdo de la Junta general, no se abonan más que a 2'50 pesetas.

El «Boletín Oficial del Estado» del día 6 de noviembre, publica la siguiente orden:

Constituído el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, por Orden de este Gobierno General, fecha 29 de julio último, y habiendo desaparecido las circunstancias que motivaron la Orden de la Junta de Defensa Nacional de 1.º de septiembre de 1936, en la que se confería al Colegio Oficial de Médicos de Burgos la facultad de editar y suministrar a los Colegios Médicos de la zona nacional los impresos oficiales de certificados médicos y las pólizas del Colegio de Huérfanos Médicos, cuya administración, por preceptos estatutarios, he tenido a bien disponer:

1.º Se reintegre al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos la facultad de editar y suministrar a los Colegios de Médicos del territorio nacional los impresos de certificados oficiales médicos establecidos por Orden del Ministerio de la Gobernación de 31 de julio de 1930, así como las pólizas del Colegio de Huérfanos Médicos.

2.º Por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos se adoptarán las disposiciones necesarias para el traspaso de estos servicios y de la liquidación de cuentas que ha de rendir el Colegio de Médicos de Burgos.

Se ruega encarecidamente a todos los socios de la Mutualidad de Clases Sanitarias de la provincia de Pontevedra, hagan efectivos los recibos pendientes de pago a la mayor brevedad.

La Mutualidad, como todas las compañías de seguros, tienen sus crisis, la que estamos pasando es para todas estas sociedades una quiebra financiera, que estará resuelta dentro de muy poco tiempo, pues el triunfo del Glorioso Movimiento Nacional no tuvo nunca dudas y menos hoy, que Dios y la Patria están salvadas gracias al esfuerzo de los gallegos que siguen al invicto ferrolano Generalísimo Franco.

¿Que dudas podemos tener de que nuestros créditos han de ser reconocidos, cuando está reconocida por el Generalísimo toda la deuda Nacional donde esta pequeña Mutualidad tiene sus fondos?

Con estas seguridades la Junta de Gobierno de la Mutualidad hace un llamamiento a todos sus asociados para que no se desanimen y continuemos protegiéndonos mutuamente.

Mutualidad Benéfica de la Provincia

CAPITAL

PESETAS

Depositado en el Banco de España, en Títulos
de la Deuda, interior e exterior . 25.000,00

Existencia en cuenta corriente el 1.º del corriente 1046'75

* * *

Las condiciones de ingreso en la Mutualidad, son

Hasta 35 años, 50 pesetas

» 40 » 100 »

» 45 » 125 »

» 50 » 150 »

Y la cuota ordinaria no es más que de 10 pesetas cuando fallece un compañero mutualista.

PERBORATO DE SOSA

L A C E D A

Químicamente puro — Agradable sabor

El dentífrico más racional

ESPECÍFICO PARA LAVADOS DE BOCA DESPUES
DE LAS EXTRACCIONES DENTARIAS

IGUALMENTE EN LOS SIFILÍTICOS

SOMETIDOS A TRATAMIENTO MERCURIAL
Y EN TODAS LAS ENFERMEDADES DE BOCA DONDE
SE NECESITE EL EMPLEO DE UN ANTISÉPTICO

Preferido al agua oxigenada, por su reacción alcalina.

Reivindicación de la Manzanilla

Por Luis Amado Blanco

II

Farmacopea

Al recolectar la manzanilla o camomila, que se deriva del griego y cuya terminación, manzana, parece quiere indicar para algunos la forma de las cabezuelas, y para otros el olor de la planta, parecida al de la fruta—se confunde fácilmente con otras cabezuelas de antemídeas del que, sin embargo, las distingue su receptáculo hueco en el interior, siendo las principales:

Matricaria chamomilla L. Receptáculo fresco, de 6-9 mm. de largo; seco, 4-5 mm.; fresco 3 mm. de grueso, y seco sólo 1'5 mm. Desnudo, con fositos pequeños; hueco en el interior, al principio plano y más tarde cónico. Cabezuela de 2 cms. de diámetro. Florecillas radiadas, lingüiformes, cuatrinervadas y tridentadas.

Anthemis arvensis L. Manzanilla silvestre. Cabezuela más grande; inodora. Receptáculo con pajitas y no hueco.

Anthemis cótula L. Manzanilla hedionda. Cabezuela más grande con olor fétido. Receptáculo con pajitas y no hueco.

Chrysantemun leucantemun L. Receptáculo desnudo pero no hueco. Flor inodora dos o tres veces mayor.

Al recolectarlas y desecarlas, hay que procurar que las cabezuelas no se cojan con pedúnculos demasiado largos, ya que estas drogas, después de secas, presentan un aspecto mucho más bonito y consiguen precios más elevados.

Las manzanillas cogidas recientemente, al encontrarse reunidas en montones algo grandes, se calientan con extraordinaria facilidad, fermentan y se les caen las flores del disco, y al dese-

carse se decoloran. Por tanto, las manzanillas, después de haberlas recolectado, deben extenderse lo más pronto posible en capas muy delgadas, desecándolas rápidamente, pues, sobre todo, cuando se transportan durante varias horas, en sacos o cestos, se exponen a sufrir alteraciones de composición que dan al traste con la pureza de sus elementos.

Herbegeer encuentra que en cien partes de manzanillas secas existen 7'4 por 100 de principio extractivo pardo, precipitable por la sal de plomo; 5'9 por 100 de resina; 5 por 100 de principio extractivo jabonoso; 7'3 por 100 de goma; 2'9 por 100 de principio amargo con indicios de tanino; 2'4 por 100 de malato de cal y potasio con azúcar y albúmina; 1 por 100 de fosfato de cal; 0'8 por 100 de cera; 0'7 por 100 de grasa, y 0,4 por 100 de clorofila. 65'7 por 100 de fibrina y pérdidas, y 0'5 por 100 de aceite esencial. Schimmel obtuvo, además, de la manzanilla, 0'13-0'24 por 100 de aceite esencial; de las húngaras 0'13-0'3 por 100, y de las rusas 0'15 por 100, disminuyendo mucho con la edad el contenido de

LA IBÉRICA DENTAL S.A.

IMPORTADORES DE ARTÍCULOS DE ALTA CALIDAD

BARCELONA



**Establecimiento Dental
de Primer Orden**

VENTAS Y OFICINAS:

ALMACENES:

Direc. Telegráfica: ODONTO

Via Layetana, 57 - 1.º

Virgen del Pilar, 15

Teléfono 16653

aceite esencial, ya que en flores de cuatro años se halló únicamente 0'04 por 100. Este, azul oscuro, casi opaco, espeso, se congela de 12 a 20 grados centígrados; hierve a 240°, empezando la descomposición a 300. Su peso específico es de 0'930-0'945, y se disuelve en 8 ó 10 partes de alcohol de 85°.

Lo que caracteriza por lo tanto, la verdadera manzanilla, es un involucro compuesto de escamas dispuestas en unas tres filas, verdes y con los bordes festoneados y blancos. Receptáculo hueco, desnudo, semiesférico en las cabezuelas jóvenes y cónico en las viejas. Doce o dieciocho lígulas blancas con corola tridentada y cuatrinervada, y numerosos flósculos amarillos. La primera señalada, la *Matricaria chamomilla* L., es la auténtica manzanilla del campo, de un olor aromático intenso, de un sabor algo amargo y según el estado actual de nuestros conocimientos, su componente más importante es un aceite esencial, el «aceite azul», ya entrevisto en las postrimerias de 1550, por el gran humanista Joaquín Camerario — que lo recomendaba contra el cólico — y también estudiado hoy por Binz, el gran farmacólogo. Este azuleno (C₁₅ H₁₈) — cuerpo algo más complicado según Karpati — fué reconocido como el componente antiflogístico de la *Matricaria*, hallándose preformado en la flor y obteniéndose por destilación, acompañado de otros principios activos, como ciertos glucósidos, sustancias amargas vegetales, y principios tánicos, como ya dejamos apuntado. Sabemos que, estos aceites esenciales, poseen una temperatura de vapor alta y se evaporan en corto tiempo a la temperatura de la habitación. La solubilidad de los lipoides y la volatilidad, son propiedades favorables para que estos aceites penetren con relativa facilidad en las células, por ser solubles en los aceites, grasas y lipoides naturales, pudiendo, a su vez, disolver éstos, lo que nos explicaría, la causa de su penetración en la piel intacta y en las mucosas del organismo animal.

Esta precisión en el conocimiento químico de los componentes activos de la manzanilla, nos deja aclarado el porqué de la variación de criterio con respecto a esta droga. En la infusión acuosa de la *Matricaria chamomilla*, la «esencia azul», acaso por descomposición bacteriana, se desdobra rápidamente o se

hidrogena, suministrando por destilación una substancia amarillenta ya desprovista de azuleno y, por lo tanto, ineficaz para los tratamientos. Y no sólo esto, mientras, por ejemplo, la 5.^a edición de la farmacopea Helvética, al epígrafe de «Flores de manzanilla», únicamente indica la *Matricaria chamomilla* L, y en una sección aparte expone con exactitud los caracteres de su «esencia azul», y la alemana, actualmente en vigor, precisa aún más, estableciendo que las flores de manzanilla han de producir 0'04 grms. de esencia azul por cada 10 gramos de droga, nuestra farmacopea española distingue tres clases de manzanilla.

Manzanilla común u ordinaria de Aragón: Cabezuelas cónicas, más pequeñas que en la especie anterior; ligulas blancas en menor número; olor especial y sabor menos amargo. Norte, Este y Sur de España.

Manzanilla fina: Cabezuelas cónico-esféricas. Olor manifiesto y sabor amargo. Centro y Sur de España.

Pero, en realidad, en España, según se deduce de un trabajo publicado por la Farmacia Militar en 10 de enero de 1903, todavía se encuentra en el comercio con el nombre de manzanilla.

Lo que aún hoy pasa con la manzanilla en nuestra Farmacopea—símbolo del criterio médico general—pasaba hasta hace unos años en todos los países. Y es que lo mismo el profesional que el profano, adquieren en las farmacias una mezcla de diferentes especies de esta planta, desde una actividad máxima hasta una mínima, pasando acaso por una droga uniforme pero que no es en gran parte *Matricaria Chamomilla* L., y por lo tanto no tiene, o en escasa parte, la esencia azul. Comprendiéndose así que un elemento tan importante estuviese tildado de medicamento no serio; es decir no fuese, propiamente dicho, aquilatado como tal.

Acuérdate de la viuda y huérfanos de los
que fueron tus compañeros.

¡Cotiza los recibos de la Previsión!

Las localizaciones buco-dentarias de la enfermedad de Pláu-Vincent, gingivitis Ulcero-Membranosa

Por D. Antonio Pascual Murcia, Odontólogo

(Continuación)

Durante la Gran Guerra, los soldados de la Armada Norteamericana la sufrieron en enorme número, lo cual eliminó la idea de que estuviera siempre confinada a personas de baja resistencia, mal nutridas o de organismos pobres, Kocham y Max Hammer relatan un caso en que dos operadores y una nurse en una clínica dental americana se infectaron de un paciente que presentaba síntomas activos de esta enfermedad; uno de los operadores, después de usar un instrumento en el paciente, pasó las manos por su boca y se inoculó. Bergerón, cita el caso de una niña de tres años que transmitió la enfermedad a varios miembros de su familia que sucesivamente la cuidaron. Moussú relata otro en que un soldado que en el cuerpo de guardia encuentra una pipa, fuma con ella y contrae la enfermedad; tres de sus camaradas que vivían con él beben en la misma cantimplora y son contaminados a su vez.

La enfermedad, de este modo, puede ser adquirida por contacto con los alimentos, utensilios, vajilla, por medio del beso o por cualquier otra transmisión salivar. Por ser saprofitos de boca sus gérmenes específicos (Bulloch) puede presentarse sin contagios en bocas mal cuidadas, con dientes sucios, o bien en aquellas en que por tener perfectos abrigos para su condición de anaerobios (mamelones gingivales de dientes en pleno periodo de erupción) se desarrollan estos gérmenes en momentos de disminución de resistencia orgánica.

En todas las lesiones se encuentran sistemáticamente la asociación fuso-espiral, constituida por el B. fusiforme y el Spirochaeta vincenti.

El Bacilo fusiforme es clasificado por Bergey en el grupo III

de los Actinomyces. Es más frecuentemente descrito como una coryno-bacteria y Libman ha ideado para él la denominación de Fusobacterium.

Su primera descripción fué hecha por Babes, el cual lo encontró en una infección difterioide de las fauces, Plaut, (1894) proporcionó la idea de la presencia del bacilo fusiforme en las lesiones ulceromembranosas de la boca. Dos años más tarde, Vincent, describe el B. fusiforme en las infecciones gangrenosas de los hospitales, y en 1898 dá una descripción clínica de catorce casos de alginas ulceromembranosas, en todos los cuales se podían demostrar el bacilo fusiforme y las formas espirales. Desde luego el B. fusiforme ha sido encontrado en una gran variedad de ulceraciones y lesiones gangrenosas, desde la gingivitis simple (Mckinstry) hasta el cáncer de boca, noma, balanitis erosivas y chancros; abscesos de pulmón, cerebro y apéndice; en la sangre en ciertas condiciones y en la otitis media fétida y crónica (Pilot y Perlman). Además se presenta frecuentemente alrededor de los dientes sanos, en el tártaro y en las criptas tonsilares (Pilot y Brams), formando granulos parecidos a los actinomicosicos (pharingo-micosis) y

DEPOSITO DENTAL SAFORT S. A.

ARTICULOS DENTALES DE LAS MEJORES MARCAS

CASA CENTRAL: Mar, 9.—VALENCIA

SUCURSALES

VIGO: Galán, 33-3.º ZARAGOZA: Coso, 135

en los genitales externos, particularmente en la secreción preputial y alrededor del clítores, en individuos sanos. Estos microorganismos parecen crecer mejor cuando existe materia orgánica destruida y cierto grado de anaerobiosis.

Morfológicamente se describe este agente con Gram negativo, de 6 a 12 micras de largo y 0,6 a 0,9 micras de ancho, adelgazado en su mitad y terminado en punta por uno o por sus dos extremos; recto o ligeramente curvado, presentándose sencillo o en forma diplobacilar. Teñido con azul de metileno, pueden verse alguna vez granulos y vacuolas, acentuándose su parecido a la corynobacteria; teñido con el Giemsa el bacilo aparece ligeramente en rojo azulado siendo fácilmente demostrable en su centro, en algunas ocasiones, un cuerpo nuclear descrito por algunos como verdadero nucleolo (Hoelling, Mullens, y Hartmann).

Este germen necesita una estricta anaerobiosis para crecer en cultivo puro, especialmente cuando se desea que crezcan en superficie; en simbiosis con otros organismos el estreptococo por ejemplo, puede ser cultivado en caldo de cultivo ordinario en condiciones de semi-anaerobiosis. En cultivo puro, el *B. fusiforme* es serofilico, necesitando suero sanguíneo, ascitis u otro fluido orgánico para su crecimiento.

En la profundidad del agar-suero aparece en 48 horas como colonias muy pequeñas, opacas y de forma oval o redonda, con bordes pulidos y finas prolongaciones en el medio. La superficie es como una gota de rocío, levantada, de color verdoso o verde amarillento. En medio fluido es pobre de crecimiento y muestra como un sedimento flocular blanquecino (Petit).

En agar placas puede no crecer o todo lo más se desarrolla en una delgadísima capa limitada por una línea de inoculación después de las 48 horas (Weaver y Tuncliff). No produce indol ni forma esporos; muere en 15 minutos por calor a 55°, pero resiste cinco minutos en la solución al 1 por 100 de formaldehído; sus cultivos viven hasta seis y ocho semanas (Topley y Wilson).

Las asociaciones de cultivos del *B. fusiforme* generalmente despiden un olor putrido, pero el organismo en su estado puro parece no ser proteolítico y no tener olor desagradable. Muchas

razas o tienen muy escasa o carecen de actividad sacarolítica; no tienen poder reductivo ni es hemolítico.

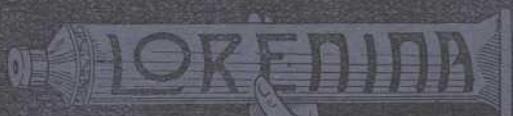
El *Spirochaeta vincenti* que tiene como sinonimia *Sp. schaudini*, *Sp. nosocomiales* y *Sp. mínima* fué designado como *vincenti* por Blanchard. Es muy delicado, de longitud de 5 a 10 micras y de 3 a 8 espiras irregulares. En cultivo son comunes las formas filamentosas. Se tiñe poco, pero uniformemente, Gran negativo, y activamente móvil. Puede ser cultivado bajo condiciones anaerobias en agar suero o en caldo suero. Crecen optimamente a 37° y no se desarrollan a la temperatura de la habitación. En suero-agar las colonias se desarrollan a los tres días, son muy delgadas y tenaces (Ellermann).

La asociación del *B. fusiforme* y el *Sp. Vincenti* es común y considerada corrientemente como de un simbiótico parentesco. Tunncliff (1906) fué el primero que expuso la idea de que las formas espirales procedían o eran un momento ovolutivo del *B. fusiforme*. En 1923 vuelve a describir el mismo autor, en detalle, los caracteres del *B. fusiforme* pleomórfico, aislado de amígdala sana. Las formas filamentosas aparecen a las 24 o a las 48 horas y en dos casos observó verdaderas ramas; al final de la primera a la segunda semana se aprecian los motilo-espirilos, particularmente en agar sangre o en caldo ascitis acidificado. El espirilo estaba formado dentro del *B. fusiforme* y se fusiona con él, bien en su extremidad bien por lisis con el organismo productor: mutuamente el espirilo puede ser transformado en *B. fusiforme*.

Aunque las conclusiones de Tunncliff no han podido ser comprobadas por muchos bacteriólogos, han tenido confirmación posterior sin embargo, en los trabajos de Sanarelli (1927) que por su indudable interés reproducimos:

Inmunizando un cobaya con cultivos puros de *Leptospire icteroidé* Noguchi, el cobaya sucumbía por invasión de gérmenes de «sortie» a causa de que el *Loptoxpire* predispone enormemente a las infecciones secundarias, siendo la lesión causal una gastro-enteritis aguda.

(Continuará)



BÁLSAMO INSUPERABLE PARA LA CURACIÓN DE
QUEMADURAS — HERIDAS — HELADURAS
GRIETAS DEL PEZÓN
PREPARADO EN EL LABORATORIO FARMACEÚTICO DE
E. MOSQUERA - PONTEVEDRA

CLÍNICA MILLÁN

Lepanto núm. 5 — VIGO

RAYOS X

RADIOSCOPIA — RADIOGRAFÍA

Tratamiento de tumores malignos, enfermedades de la sangre y órganos hematopoyéticos, miomas uterinos y metropatías hemorrágicas, enfermedades de la piel, tuberculosis ganglionares y óseas y demás afecciones tributarias de la

Radioterapia-Diatermia-Alta frecuencia-Rayos ultravioleta
Corrientes galvánicas y farádicas, etc.

MÉDICOS DIRECTORES

José Iglesias Lago Manuel Millán Iglesias

Disponible