

Saludo a Franco: ¡¡Arriba España!!



BOLETIN OFICIAL

Núm. 151
Junio - Julio 1937

DEL COLEGIO MÉDICO PROVINCIAL DE PONTEVEDRA

Sumario

	<u>Páginas</u>
Circular de la Inspección Provincial	1
Sección Oficial.	3
Referatas	8
Trabajos de Cirugía de guerra	9
Sección Sindical	23
Sección de Noticias	27
Mutualidad Benéfica Provincial.	30
Boletín del Colegio Odontológico	33

Habiéndose recibido los nuevos Talonarios de Estupefacientes editados por el Gobierno Nacional y abierto de nuevo el libro registro de firmas, se ruega a los Colegiados pasen por la Secretaría del Colegio para registrar la suya en el mismo.

Tip. Celestina Polo

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

Circular de la Inspección provincial

Siendo frecuente que en la época actual del año trasladen su residencia a localidades distintas numerosas personas convalecientes o enfermas, que por razones de salud, se ven obligadas a colocarse temporalmente en condiciones higiénicas más favorables, albergándose muchas veces en viviendas reducidas o utilizadas a la vez por sus ocupantes habituales; esta Inspección Provincial de Sanidad, atendiendo a lo dispuesto por la Fiscalía de la Vivienda con fecha 5 de los corrientes, recuerda a los Inspectores Municipales de Sanidad, a los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, la necesidad de dar cumplimiento a lo dispuesto en los artículos 6.º y 7.º del Reglamento Provisional de 4 de Febrero último, evitando la aglomeración de moradores en viviendas incapaces, inspeccionando las casas de sus Municipios respectivos en las que los nuevos moradores vayan a curarse o convalecer de sus dolencias y dictando, por último, las medidas y consejos que sean precisos para que el beneficio de aquellos puedan encontrar sea mas positivo y eficiente sin dar lugar a riesgos o perjuicios para la salud de los vecinos de aquéllas localidades.

Pontevedra 10 de Junio de 1937.—El Inspector Provincial de Sanidad, *Francisco Giménez Martín*.

Productos medicinales **LA TOJA**

De aplicación en **DERMATOLOGÍA**

Pomada ANTIBACILOSA

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 ANTIPIOGENA

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

Sección Oficial

Patronato Nacional Antituberculoso

La insuficiencia de medios puestos en juego o falta de decisión con que se han acometido hasta ahora los más graves problemas Nacionales, ha tenido la triste consecuencia, en cuanto al orden Sanitario se refiere, de la existencia de miles de enfermos esperando plaza en los Sanatorios sostenidos por cuenta de las distintas instituciones del Estado produciéndose en las largas esperas de muchos meses, la agravación del mal padecido, hasta el punto de imposibilitar su curación y el contagio de las personas que por falta de medios de fortuna tienen que compartir vida y habitación con sus familiares enfermos.

Tal problema, de grandes proporciones siempre, para enfermos de tuberculosis pulmonar, es uno de los puntos en que la Justicia social del Movimiento Nacional ha de imponerse para que no exista un solo enfermo que quede sin atención y urgente hospitalización en perfectos y adecuados Sanatorios.

Se impone por ello la multiplicación de grandes Sanatorios y Preventorios que recojan en corto plazo la población enferma, y a este objeto, la creación de un Organismo que, presidido por persona capaz y que haya demostrado su inquietud y celo por estos problemas, reúna a sus órdenes los elementos técnicos colaboradores que le ayuden a dar cima a tan indispensable obra Nacional. A estos efectos, DISPONGO:

Art. 1.º Se crea el Patronato Nacional Antituberculoso, cuyo presidente asumirá la responsabilidad de su gestión y cuyos miembros serán nombrados y cesarán a propuesta del mismo.

Art. 2.º Será misión del Patronato Nacional Antituberculoso, la coordinación de los distintos recursos destinados hoy a este fin, la inspección de los Sanatorios existentes, la creación de nuevos Preventorios o Sanatorios, en número suficiente para cubrir las necesidades nacionales y la propuesta de nuevas iniciativas o medios para atender a estos fines.

Art. 3.º Las resoluciones y propuestas del Patronato que se crea, habrán de inspirarse en los siguientes principios en cuanto se refieren a la solidaridad Nacional que debe presidir la resolución de este problema.—A) No habrá un solo enfermo que no tenga plaza en un Sanatorio.

B) El coste de la pensión será proporcional a los medios con que el enfermo cuente, y gratuito para los pobres, extendiendo este concepto a aquellas clases sociales que no tienen superávit después de cubrir con modestia sus necesidades.

C) La España sana habrá de sacrificarse por la España enferma, debiendo las clases acomodadas, que no sufren tan graves contingencias, sacrificarse por las necesitadas.

D) Es obligación preferente del Estado, imponer y propulsar, arbitrando los medios necesarios, esta Justicia Sanitaria.

Art. 4.º Las resoluciones y propuestas del Patronato que se crea, se acomodarán en lo que a emplazamiento de Sanatorios se refiere, a los siguientes principios:

A) Se establecerán Sanatorios en las provincias donde existan lugares adecuados por su altitud, clima y demás condiciones exigidas por la naturaleza específica de la dolencia para la curación de la misma. Esta regla será rígidamente observada.

B) Se proporcionará el número y cabida de estos Sanatorios al contingente de enfermos que, según estadísticas, produzcan las provincias a las cuales estén afectos, que serán las más próximas a los mismos.

C) Los Sanatorios y Preventorios, estarán organizados no solamente a base de cura de la enfermedad, sino como lugar de convalecencia, donde ha de contarse con los necesarios aditamentos de parques y distracciones para hacer soportable la vida del enfermo dentro del régimen impuesto.

Art. 5.º El Patronato Nacional, fundará en cada provincia un Comité Delegado, con representación de la Diputación Provincial y con Delegación del mismo en las cabezas de partido, que atenderá a la Estadística, recaudación de fondos y hospitalización de los enfermos de la provincia en relación constante con el Patronato Nacional. Dicho Comité atenderá también a las relaciones de los familiares con los enfermos, incluso a las visitas en plazos prudenciales, cuando el Sanatorio no esté enclavado en la misma provincia.

Art. 6.º El Patronato y Comités que se crean por este Decreto, están obligados a observar la vida de las clases sociales más humildes, para proponer al Gobierno aquellas medidas que, mejorando las condiciones de trabajo, habitación, alimento o costumbres, eviten el medio adecuado a la propagación de esta enfermedad.

Art. 7.º Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a lo que se dispone en este Decreto.

Dado en Salamanca a veinte de diciembre de mil novecientos treinta y seis.—*Francisco Franco*.

Decreto número 110, fecha 20 de diciembre de 1936, «Boletín Oficial del Estado» de 22 del mismo mes, número 64.

Fiscalía Superior de la Vivienda

El Decreto número 111 creando la Fiscalía Superior de la Vivienda y Fiscalías Delegadas provinciales está inspirado en los más elevados móviles de patriotismo y desinterés, ya que procura mejorar los alojamientos de las clases más modestas para hacer compatible las necesidades de orden biológico, social y ciudadano con sus posibilidades económicas.

En su vista, y para cooperar en lo posible al logro de tan beneficiosa aspiración, este Gobierno General ha acordado:

Disposición única. Todos los servicios que realicen los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, Inspectores Municipales de Sanidad, en relación con la inspección sanitaria de viviendas que comprende la Orden de 9 de abril último «Boletín Oficial del Estado» del 12, así como los que hagan a los efectos de la expedición de la Cédula de Habitabilidad, serán de carácter gratuito como función aneja y obligada del cargo oficial que desempeñan en los Municipios.

Lo que se hace público en este órgano oficial, debiendo ser reproducido en los *Boletines Oficiales* de las provincias para conocimiento de las Autoridades, funcionarios y particulares a quienes afecta la presente Orden y a los efectos oportunos.

Valladolid 24 de mayo de 1937.—El Gobernador General, *Luis Valdés*.

Orden sobre Asimilaciones

S. E. el Generalísimo de los Ejércitos Nacionales ha resuelto que en lo sucesivo rijan las normas siguientes para la militarización de Médicos y Practicantes civiles.

1.^a Serán militarizados todos los que estando en filas lleven más de seis meses en el frente y lo soliciten.

2.^a No serán militarizados los que hayan permanecido hasta el momento de incorporarse su reemplazo sin prestar servicio a la causa Nacional. Prestarán servicios sanitarios pero sin graduación alguna.

3.^a Los que presten servicio a retaguardia y gratuitamente por disfrutar de otros sueldos, se podrán militarizar sin limitación alguna si el informe es favorable, y su movilización a vanguardia solo se hará a petición voluntaria o por necesidad urgente de falta de especialistas. Los que no disfruten sueldo alguno no serán movilizados a vanguardia más que a petición voluntaria y si conviene al servicio.

4.^a Los médicos civiles huídos de la zona roja podrán militarizarse, sin llevar los seis meses en el frente, cuando no hayan prestado servicios a los rojos y su crédito profesional y las necesidades del servicio los hagan acreedores a esta distinción.

5.^a Las instancias, debidamente reintegradas, irán acompañadas de una relación jurada según las normas ya establecidas, y de otra que comprenda sus títulos y méritos profesionales, así como aptitudes o especialidades que posea, servicios prestados, situación fechada de sus cargos desde el principio del Movimiento. En la instancia harán constar la edad, reemplazo a que pertenece, situación militar, tiempo de permanencia en los frentes o en la retaguardia prestando servicios, y si cobra sueldo alguno del Estado, Provincia o Municipio, y su cuantía anual. La emisión de alguno de estos datos motivará el que no se cursen las instancias. Los que procedan de la zona roja o del extranjero, lo harán constar en el informe de adhesión a nuestra Causa.

6.^a Las instancias deberán ser cursadas después de informadas por los Jefes de Sanidad de los Cuerpos de Ejército y cuando haya lugar a ello acompañarán en pliego aparte informe secreto sobre el concepto moral y social que le merezca.

7.^a Por el General Secretario de Guerra se aceptará o aplazará la militarización según las necesidades de personal y la marcha de la campaña.

8.^a Los Jefes de Sanidad de los Cuerpos de Ejército pedirán al Director de los Servicios Sanitarios del Ejército correspondiente el personal militarizado que necesiten para atender las nuevas necesidades que se presenten, razonando brevemente su petición y si es o no urgente, y aquél someterá su propuesta a la aprobación del General del Ejército quien la remitirá al General Secretario de Guerra que hará la designación y destino en el «Boletín Oficial». Asimismo los Directores de los Servicios Sanitarios de los Ejércitos pedirán un número indeterminado de Médicos y Practicantes militarizados para formar un Cuadro Eventual donde designe el General del Ejército.

9.^a Los equipos de especialidades de todas clases seguirán formándose y organizándose por los Jefes de Sanidad de los Cuerpos de Ejército, y los asesores de las Direcciones de Sanidad de los Ejércitos podrán pedir su disolución o modificación cuando no rinda un servicio eficaz o de aptitud.

10. En todo caso S. E. el Generalísimo podrá conceder la militarización y subsiguiente destino a quien considere conveniente.

Burgos 28 de junio de 1937.—El General Jefe, *Germán Gil Yuste*.

Publicada en el «Boletín Oficial del Estado» del 29 de junio de 1937, número 252.

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

¡Cotiza los recibos de la Previsión!

- Referatas -

LA PEDIATRIA PRÁCTICA

Octubre del 33

Il método Cocchi nella cura dell' empiema metapneumónico nell' infanzia

El método Cocchi en la cura del empiema metapneumónico en la infancia

Dr. Carmelo Sardo.—Catania

Expone el A. una estadística de mortalidad por empiema pleurítico, siguiendo diferentes métodos terapéuticos de la que se deduce que es menor la mortalidad en los casos en que se empleó el Taurocolato sódico, que en los que se empleó el Clorhidrato de optoquina.—A continuación expone la sencillísima técnica que sigue: Dos jeringas de 50 cc. (una para aspirar y otra para inyectar la solución de Taurocolato del 1 al 10%), toracentesis, se aspira lentamente el pus, y se introduce la mitad de taurocolato que la cantidad extraída.—La cantidad máxima que debe inyectarse, serán 3 gramos por dosis en el lactante, y en el segundo año 7 gramos sin inconveniente.—El Profesor Cocchi, recomienda observar de una a dos semanas si hay descenso febril, como signo semiológico de la reabsorción del exudado.—Aconseja utilizar el método a todos los Médicos, por su simplicidad, por su inocuidad y por su seguridad de acción terapéutica, debido esto último al poder lítico de las sales biliares y de la bilis sobre el neumococo, corpúsculos y fibrina. Si la infección es solamente a neumococos, proscribire la pleuro y costotomía y si la infección es asociada, aconseja sin demora la auto-hetero-vacuna además de su método y en último caso, la plerotomía a «foro stretto».

Abundante Bibliografía

MANUEL FONTOIRA PEÓN

Médico-Puericultor

TRABAJOS DE CIRUGÍA DE GUERRA**Los falsos síndromes penetrantes
de vientre sin penetración**

Por el Capitán Médico Jefe del Equipo Quirúrgico n.º 1

Doctor Manuel Gómez Durán.

Repetidas veces nos han llamado la atención heridos que ingresan con una herida en pared abdominal, o bien en zona lumbar, o torácica inferior y hasta a veces más alta, que no tiene orificio de salida que da un síndrome al parecer claro de penetrante de vientre. Se practica laparatomía y no se comprueba absolutamente ninguna lesión peritoneal ni visceral y el herido cura.

En otros casos se trata de sedales de contorno que tampoco interesan peritoneo, y no obstante el síndrome peritoneal de dolor y contractura parece evidente. Citaremos algunos casos de los más típicos para fijar conceptos:

I. Ingresó un herido h. a. f. con orificio entrada en vacío izquierdo, salida en región lumbar del mismo lado línea paravertebral. Dolor abdominal, violenta contractura, mejor diríamos verdadera rigidez de vientre, pulso a 110 tenso y regular; el herido está en un grito continuo y no puede palpase su vientre. Le intervenimos y no encontramos nada peritoneal. Cierre y postoperatorio normal.

Otro herido presenta h. a. f. con orificio de entrada en 8.º espacio intercostal derecho línea axilar media sin salida; aquejado de dolor de vientre, gran contractura en tabla de todo el abdomen, pulso a 120 bien tenso, lengua húmeda. Se interviene, no hay nada de vientre. El herido fallece a los dos días.

II. Un herido ingresa con un metrallazo en región lumbar derecha, sangra y está con un mediano shock. Pero sobre todo se queja de gran dolor de vientre y la palpación demuestra una

gran rigidez de paredes abdominales. Pulso a 110 poco tenso, pero regular. Se hace una exploración de herida bajo anestesia local, y se comprueba fractura de apófisis transversa y fragmentos de metralla en tejido sub-peritoneal que se extrae; apertura de fondo de saco costo-diafragmático. Cierre con frenaje. Curso post-operatorio favorable.

III. Un herido ingresa con una h. c. m. con orificio de entrada en región pectoral izquierda alojado en región lumbar. Se queja de violentísimo dolor en el vientre, hay una contractura en tabla. Pulso y respiración normal. Ha orinado y expulsa gases. La rigidez es no obstante muy exagerada. El dolor persiste dos días y tiene algún vómito, el herido se va reponiendo y a los cuatro días es evacuado totalmente repuesto.

IV. Ingresa un herido con metrallazo espalda región lumbar izquierda, todas las partes blandas retro peritoneales han sido destrozadas, de modo que se trata de una verdadera avulsión como un enorme mordisco que arrancase los planos músculo aponeuróticos dorso lumbares, fractura conminuata de aliaco con hundimiento sub-siguiente. El herido se queja solamente de dolores de vientre, contractura abdominal, es fortísima y generalizada, pulso pequeño, vómitos, ansiedad. Aparentemente parecía tratarse de todo un síndrome peritoneal penetrante. No obstante, la herida no es de ningún modo intra-peritoneal. Efectivamente el herido evoluciona favorablemente.

V. Herido con balazo de ráquis. Orificio entrada en región para-vertebral izquierda, atraviesa masa apofisaria de X décima dorsal y orificio de salida por región omóloga opuesta. Dolores irradiados y fuerte contractura abdominal.

Por la situación de orificio de salida, pudiera sospecharse algo penetrante o por lo menos de lesión evidente de celda renal y quizás de colón. No obstante el estado general del herido y la contractura difusa generalizada, hacía pensar en un caso de los falsos penetrantes. La evolución confirmó la sospecha.

VI. Ingresa un herido que refiere estando acostado es alcanzado por un proyectil de fusil en la espalda; efectivamente presenta una herida oblicua casi tangencial en región inter-escapular derecha, a la altura del ángulo escapular; no tiene salida; no hay enfisema ni traumatopnea, el herido está tranquilo,

pero hay una auténtica contractura abdominal particularmente en el hemi-vientre derecho y epigastrio; y el propio herido se queja de su vientre, no ha orinado y la sonda retira una orina debilmente teñida. No es posible hacer examen radiocópico. Pensamos en una herida tóraco-abdominal y vamos a la intervención no sin haber advertido a nuestros Ayudantes que podía tratarse de un síndrome de contractura, determinado precisamente por el proyectil alojado en tejido retro-peritoneal con hematoma y lesión renal. Laparotomizamos y no encontramos ninguna lesión peritoneal y solo un hematoma de poco volumen, existe en espacio retro-peritoneal. La exploración de riñón a través del hematoma, demuestra lesiones mínimas que de ningún modo justifican una nefrectomía. Cierre en un plano. Post-operatorio sin incidente.

* * *

Estos casos que llamaremos fronterizos de vientre porque son «penetrantes sintomáticos» sin penetración anatómica, tienen una importancia crucial, por dos razones: 1.^a Porque resulta muy difícil en ocasiones diferenciar éstos casos fronterizos de los auténticos penetrantes. 2.^a Porque hacer laparotomía en algunos de éstos heridos schockados no habiendo herida penetrante, conduce de ordinario a una catástrofe. En cualquiera de los dos casos, la conducta del Cirujano tiene una gran responsabilidad: En unos heridos por no hacer nada, en otros por hacer demasiado.

Nosotros hemos llegado al convencimiento pleno que el dolor violento de vientre, la contractura llegada hasta la rigidez en tabla, y una ligera alteración del pulso, pueden no ser signos seguros de penetración. En efecto, se interviene y no se encuentra nada. Esto mismo obliga a una revisión concienzuda de la sinmatología penetrante. Porque como contra partida, hemos de citar también aquellos casos de penetración evidente, y no obstante no hay contractura. Ocurre ésto en algunas heridas de bajo vientre y en las muy hemorrágicas. Podríamos citar casos como el siguiente: Ingresa un herido a. f. transfixiante con orificio entrada en costo-iliaca derecha y salida región homóloga izquierda; está pálido, no tiene dolores, no hay con-

tractura, pero el pulso está a 130, la facies contraída y angustiosa. Laparotomía demuestra lesiones múltiples con desgarramiento de delgado, amplio hematoma mesentérico, perforaciones en transverso, y destrucción casi completa de sigma.

Así pues, el problema de la significación diagnóstica del dolor-tractura es delicado. Por un lado puede aparecer en heridas no penetrantes y por otro puede faltar en heridas «absolutamente penetrantes» con tremendas lesiones viscerales.

Por lo demás este hecho que nosotros estamos analizando, desde el punto de vista de la Cirugía de Guerra, tiene sus antecedentes en la práctica de paz.

Así y para no citar mas que casos ostensibles, diremos que se han citado casos de perforados de estómago confirmados por la intervención, en que faltaba toda tractura. Así mismo nosotros podemos citar el caso de un absceso paranefrítico perforado en peritoneo, confirmado por la intervención, que faltaba en absoluto toda tractura; lo mismo ocurría en una perforación tífica. Así pues, existen auténticas peritonitis floridas por no importa que gérmenes que pueden cursar sin tractura.

¿Cómo pueden explicarse estos en apariencia paradójicos hechos? Para nosotros no hay mas que una solución: las lesiones mínimas excitan y exageran el reflejo de tractura. Las

DROGUERÍA

— DE —

CELSO VARELA

Manuel Quiroga ♦♦♦ PONTEVEDRA

Especialidades ♂ Productos Químicos y

Farmacéuticos ♂ Perfumería ♂ Pinturas

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

lesiones máximas apagan y broquean dicho reflejo. En las lesiones mínimas el organismo organiza la defensa, en las máximas se entrega.

Véase lo que ocurre en la laringe con el llamado reflejo paradójico descrito por G. Vicente. Un excitante mínimo en laringe determina un reflejo violento que cierra la glotis dificultando enormemente la intubación. Pero si sorprendemos laringe con el dedo el obstáculo, es de tal volumen que el reflejo queda bloqueado y el espasmo laríngeo no aparece.

No sabemos si este hecho es rigurosamente aplicable al problema que intentamos esbozar, pero tiene por lo menos con él una analogía indubitable.

Es sabido que la contractura abdominal es en definitiva un reflejo simpático visceral o visceromotor con punto de arranque en las redes simpáticas de los mesos, epiplones y plexos submucosos y subserosos parietales, por vía aferente simpática llegan a la médula para proyectarse sobre nervios espinales de paredes que determina la contractura. Ahora bien, este reflejo visceromotor está sometido naturalmente a las leyes generales de todo reflejo, y por tanto tiene su umbral y su límite máximo de excitación. Este límite máximo, que es el que nos interesa a nosotros, se resuelve prácticamente en esto: una excitación violenta suprime el reflejo, algo así como una descarga de una botella de Leyden que iguala y reduce a cero el potencial de ambos polos. A veces ocurre que el reflejo puede sostenerse algún tiempo y finalmente cede y desaparece.

En estos casos de contractura abdominal que suponen un buen funcionamiento del arco reflejo, se precisa que el estímulo sobre los nervios sensitivos tengan una mediana intensidad para que el reflejo se sostenga. El caso es el siguiente, que todo el mundo habrá podido observar, y que entre nosotros ha sido ya observado por Catalina. Casos de perforación de estómago no acompañados de contractura. Análogamente nosotros hemos visto heridas evidentemente penetrantes de no importa que región de vientre, que no iban acompañadas de contractura. Hemos visto también peritonitis supergraves incluso gangrenosas desarrolladas a veces antes de las 6 horas, que no obstante no iban acompañadas de contractura. En éstos casos

se puede admitir que la violencia del estímulo es tal que desorganiza el arco reflejo defensivo de contractura. En éste sentido de ordinario el poco estímulo, despierta y desencadena más fácilmente el reflejo defensivo que los fuertes excitantes, que supone una peritonitis en marcha.

En definitiva los casos de contractura que estamos estudiando podemos referirlos a lesión que recae en la porción periférica sensitiva o motora del arco reflejo, que conduce directamente a la contractura.

Las heridas que mas directamente abocan a la contractura, son los balazos del raquis, los retro-peritoneales, y los llamados tiros de contorno. A éstos tres grupos fundamentales se refieren esencialmente los casos que hemos observado nosotros. En definitiva, se trata de neurítis traumáticas localizadas en no importa que segmento del arco reflejo fundamental que regula el síntoma contractura. Clínicamente resulta por tanto, que hay que enjuiciar muy cautamente este síntoma, que sin duda consideramos todos de un gran valor en el diagnóstico de los síndromes penetrantes de vientre, y sin embargo está sometido a todas las variaciones de no importa que cualquier otro signo diagnóstico.

Existen en efecto heridas penetrantes de vientre, naturalmente comprobadas por la intervención, que sin embargo no dan contractura. Pertenecen estos casos a las heridas silenciosas de vientre, verdaderamente impresionantes. Hemos visto muchos casos con heridas absolutamente penetrantes con perforaciones múltiples del tractus, heridos del departamento infra umbilicalsin, lesión del mesenterio que llegaban a nosotros sin el menor indicio de contractura. El caso siguiente es demostrativo en extremo: ingresa un herido con un casco de metralla que entra por región costo-liaca izquierda sin salida: está tranquilo, no se queja de nada, pulso y respiración normales, ha orinado y expulsado gases, el vientre absolutamente blando no reacciona ni a palpación profunda; nada bazuqueo ni timpanismo. Hacemos una exploración de herida que resulta penetrante, a pesar de no existir el menor síntoma. Se interviene comprobando una perforación de colon descendente, y seis perforaciones en delgado y lo que es más importante, un punteado peritoneal

indicio de reacción serosa en marcha. Claro es que nos referimos a heridos recientes antes de las diez primeras horas. Pero es precisamente cuando la solución del problema tiene mayor interés. Cuando se trata de proyectiles sin salida, la radiografía nos puede orientar. Pero el caso es verdaderamente angustioso, cuando se trata de un poli-herido en shock no muy intenso, y hay que dilucidar si la herida es o no penetrante, y por tanto sentar la indicación de una laparotomía salvadora. Ahora bien, así como en las condiciones ordinarias una laparotomía exploradora: no agrava a penas el pronóstico, no ocurre lo mismo cuando de un herido shockado se trata, pues una laparotomía en estas condiciones si la herida no es realmente penetrante puede ser fatal.

Evidentemente la exploración de la lesión in situ, puede resolver el problema, siempre que se encuentre el cuerpo del delito. Pero las cosas ya no son tan claras, cuando después de una disección muy cuidadosa del trayecto no se encuentra la metralla o el proyectil; entonces nos queda la duda si la herida es o no penetrante. Efectivamente nosotros podríamos citar casos de heridos por cascacos de metralla ínfimos, a veces del tamaño de un grano de mijo, capaces de ocasionar tremendas lesiones intestinales, que no obstante no es posible descubrir el trayecto parietal, y precisamente en estos casos que existe un cierto shock, una laparotomía innecesaria agrava considerablemente al herido, y es también en estos casos de heridos con casco de metralla de trayecto parietal irregular y sinuoso, que aun no siendo penetrantes, pueden ocasionar una auténtica contractura. Pues bien, en éstos heridos fronterizos en que la penetración no es segura, la exploración parietal incierta y la intervención es con frecuencia impotente para reparar las tremendas lesiones de la metralla, nos decidimos por la abstención y pensamos que esta conducta es la más correcta. Hacer laparotomía sistemática y a todo evento, obsesionados por la ecuación de herida penetrante igual a intervención, nos parece una evidente y peligrosa exageración, que puede conducir a muchos fracasos evitables.

En otro sentido, ocurre con cierta frecuencia en los días de aglomeración de heridos en un Hospital de Sangre, que es

preciso hacer una rápida selección, y no se puede graciosamente distraer un tiempo contado, en hacer laparotomias innecesarias, ante la posibilidad remota de que una herida sea penetrante.

Aunque en principio y para la herida de vientre continúa en pié la fórmula, de que en la duda hay que atacar, sin embargo existen unos casos que por su gravedad o por no poder distraer tiempo en laparotomias blancas, es preferible abstenerse. Entonces es cuando el Cirujano debe tener presente el verdadero valor y la auténtica significación del síntoma contractura, para no dejarse llevar a extremos peligrosos.

Pasadas las 10 ó 12 horas después de herido, la contractura tiene ya un valor mas evidente; es un síntoma que forma parte de un síndrome bien definido y desarrollado, incluso sirve como exponente para dictar la conducta terapéutica a seguir, y es precisamente ésta contractura, cuando adquiere todo su desarrollo de vientre en tabla clásico, cuando caracteriza una peritonitis generalizada, florida con sus acompañantes de hipo, vómitos, pulso pequeño y filiforme, es decir, todo un cuadro que contra indica como es natural toda intervención. Resulta por tanto, que la contractura puede faltar como síntoma precoz, pero se desarrolla seguramente mas tarde, cuando la peritonitis está en marcha, y por fin, puede faltar totalmente en los casos de peritonitis super-graves, como nos ha ocurrido en un caso de peritonitis gangrenosa, desarrollada a las cinco horas de herido. Así mismo, puede faltar la contractura en los casos de shock, por caída brusca de los mecanismos que sostienen el tono, precisamente en estos casos en que un metrallazo ínfimo, puede atravesar paredes y ocasionar graves lesiones viscerales.

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

En ocasiones a parte del dolor, existen otros síntomas que igualmente pueden hacer sospechar una herida penetrante, que realmente no lo es. Particularmente el caso es difícil en las llamadas heridas de contorno, y que nosotros llamaríamos mas propiamente casos fronterizos de vientre, porque realmente es cuestión de apreciación clínica catalogarlos con exactitud.

Existen en efecto, casos de h. a. f. de flancos cuyos orificios unidos por una línea ideal, que representará la cuerda de arco correspondiente al supuesto trayecto, daría seguramente una herida penetrante, siendo así que no hay tal. Concretamente el caso es el siguiente: un herido con orificio de entrada en no importa que región lumbar, y salida en vacío correspondiente, la línea que una idealmente ambos orificios atraviesa positivamente peritoneo; no obstante la herida puede no ser, y de hecho no es penetrante. Hay sin embargo dolor y contractura. En algunos casos, se va a la laparotomía y en todo caso llegamos a constatar un hematoma sub-peritoneal, pero desde luego nada penetrante peritoneal.

En estos casos la actitud a veces muy extraña del combatiente, cuando ha sido herido: que sea un tiro indirecto, de de rebote, etc., son circunstancias determinantes del trayecto.

Hay otros balazos de interpretación todavía mas difícil; son aquellos con punto de entrada glútea, sin salida, o bien otros que entran por ingle o pubis, saliendo por región sacra o glútea del lado opuesto. El aparato abdominal está al parecer totalmente desarrollado: hay dolor, contractura y el herido está inquieto y tiene vómitos; para completar el cuadro tiene falsas ganas de orinar. Estos casos de los que podríamos citar algunos ejemplos, son realmente muy difíciles y nosotros confesamos, que hemos practicado mas de alguna laparotomía innecesaria, aunque sin perjuicio para el herido. Un caso: ingresa un herido a. f. con entrada en región medio pubiana y salida por glútea izquierda a nivel de escotadura ciática; el herido está inquieto tiene dolores, y hay contractura de bajo vientre, tenemos vesical y rectal. La sonda retira orina muy débilmente teñida, el tacto rectal da un pequeño desgarró en pared lateral izquierda de recto. Ante este cuadro tan aparatoso, decidimos la intervención; laparotomía media infra-umbilical, la exploración del es-

pacio de Retzius constata un gran hematoma que infiltra todo el espacio, pero nada de orina. Vaciamos esta sangre y continuamos hasta peritoneo, donde no comprobamos la menor lesión. Cierre de pared con metálica; desagüe del Retzius. Evolución normal. Otros casos análogos pudiáramos citar, de balazos extra-peritoneales con hematoma, que determina síndromes fronterizos de vientre de interpretación muy difícil.

Lo que hay que determinar ante este cuadro, es si se produce precisamente a consecuencia de esta hemorragia sub-peritoneal.

Varias causas podrían influir en el desarrollo de la contractura. La hemorragia determina una distensión mecánica de los plexos simpáticos parietales, mas concretamente sub-peritoneal, que podrían desencadenar el reflejo de contractura. Pero además, la sangre derramada ejercería una acción excitante sobre las vías aferentes y eferentes del reflejo de contractura.

Evidentemente la excitación mecánica, puede desencadenar el síndrome de contractura; por lo pronto se sabe que las hemorragias intra-peritoneales pueden determinar un síndrome peritoneal grave; tal ocurre con rotura cataclísmica de la trompa grávida, con la rotura de bazo. En estos casos pensamos que mas que síndrome mecánico, influye la irritación química del plexo simpático sub-peritoneal con una particularidad, que la hemorragia pequeña determina un síndrome inicial de contractura, y cuando aumenta cede, y hasta llega a desaparecer. Así mismo hemos de notar un hecho, en las hemorragias intra-peritoneales se produce una gran leucocitosis, hasta el punto que cuando no se conocía este hecho se pensaba en formas superadas de peritonitis.

Evidentemente hay un factor sobre-añadido o quizás fundamental en el determinismo de la contractura, y es el elemento traumático que obra desgarrando, destruyendo, estirando y contundiendo troncos y filetes nerviosos, que naturalmente han de influir determinando neuritis traumáticas, que a su vez exagera y condiciona el reflejo de contractura.

Pero también en cirugía de guerra, hemos visto muchos casos de lesión exclusiva vascular, acompañada no obstante de fuerte contractura en las primeras horas, tal ocurre de modo

muy típico en las heridas de mesenterio próximas a borde libre, sin ninguna lesión del tracto, lo mismo nos ha ocurrido en lesiones de hígado, bazo y gastro-epiploicas.

Si nos fijamos, estos mismos factores son los que podemos hacer intervenir para explicar la contractura dolorosa que acompaña a las fracturas de los miembros; efectivamente, al lado de la excitación producida sobre las terminaciones nerviosas medulares y simpáticas por los extremos fracturarios, hay que añadir la determinada por el hematoma del foco de fractura, que obra mecánicamente distendiendo las paredes del foco, y químicamente por su acción sobre las terminaciones nerviosas que están expuestas en el propio foco fracturario.

Existen por tanto, una serie de factores coadyuvantes en el desarrollo del reflejo de contractura. Factor traumatizante de todo el trayecto labrado por el proyectil, factor mecánico de distensión, producido por el hematoma intersticial, y por fin, acción química irritante determinada por la sangre sobre las terminaciones nerviosas.

Todavía en la contractura debemos hacer intervenir otro factor, las propias lesiones vasculares, capaces de producir formidables contraturas de los músculos irrigados por el vaso desgarrado; aquí el sistema simpático peri-arterial según se sabe es el que juega un papel decisivo, hasta el punto que indica la arteriectomía cuando se trata de los miembros.

Finalmente los síndromes fisiopáticos de Babinski, que se han aislado particularmente en los miembros, y que como se sabe se relacionan con trastornos del tono simpático determinados por lesiones irritativas mínimas, creemos tienen cierto valor en la patogénia de la contractura. El caso es, que una lesión mínima, a veces hasta insignificante, puede desencadenar un síndrome de espasticidad y actitud viciosa verdaderamente desproporcionada, a la intensidad de la lesión. Hemos visto casos de sedales y balazos tangenciales particularmente en pierna y pié, que abocaron a rebeldes pies equinos. Evidentemente se trata en estos casos, de lesiones mixtas entre lo orgánico y lo funcional, y por tanto en ello influye el estado de desequilibrio nervioso determinado por las múltiples emociones a que está sometido el combatiente y que le conducen a exage-

rar, a veces de modo inconsciente, las consecuencias de su lesión. Pues si esto pasa con lesiones de suyo poco graves, calcúlese lo que ocurrirá con una herida cuyos orificios, trayecto, y dolor pueden hacer pensar al herido en una herida penetrante de vientre, que naturalmente goza entre los combatientes de la reputación justa de heridas auténticamente graves. El herido no puede concebir como un balazo, que tiene su orificio de entrada solamente, o bien de entrada y salida precisamente en paredes de vientre, no haya alcanzado cavidad peritoneal. La verdad es que a veces el Cirujano sufre la misma sugestión. Y es clásica la actitud del herido supuesto de vientre con la cara angustiada, con las manos protegiendo su vientre y atormentado por la sed. Porque es de rigor, que el médico que ve precisamente al herido en el puesto de clasificación, formule a priori el diagnóstico de herida penetrante, y como consecuencia impone al herido agotado por la intensidad y dramatismo de los momentos que ha vivido, el suplicio de no poder beber, por sufrir una herida de vientre, y además dispone una evacuación rápida para intervenir con urgencia. El caso es, que el herido llega al Hospital de Sangre convencido de que es un penetrante de vientre, y por tanto el cuadro aparece florido y completo. Hay por tanto, un factor psicológico que evidentemente puede agravar y desencadenar el síndrome de contractura, por el mecanismo del síndrome fisiopático de Babinski.

Hay pues una serie de factores múltiples y complejos, que conjugados pueden abocar al síndrome de contractura, y que por tanto nos explican, sin necesidad de admitir una herida penetrante de vientre, que aparezca dicho síntoma que en cada caso el Cirujano ha de interpretar correctamente.

Como conclusiones citaremos las siguientes:

- 1.º Existen heridos con síndromes penetrantes de vientre al parecer evidentes, que no obstante laparotomizados resultan no ser penetrantes.
- 2.º Se trata de ordinario, de heridas de contorno del tórax inferior, metrallazos lumbares, trayectos sub-peritoneales con hematomas difusos en pelvis, etc., en fin, todo el grupo de heridas de contorno y de los que llamamos casos fronterizos.

3.º Pueden estos casos de contractura presentar todo el síndrome florido de heridos penetrantes, que resulta muy difícil despistar.

Tiene esto mucho interés, porque hacer una laparotomía innecesaria en un shockado, es precipitar el exitus letalis.

4.º El mecanismo de esta contractura es muy complejo. Por un lado las lesiones propias del trayecto del proyectil, hematomas, desgarros vasculares, nerviosos y musculares determinan neuritis traumáticas, que actúan sobre el arco reflejo que desencadena la contractura.

5.º Interviene también probablemente la patogénia que desencadena los síndromes fisiopáticos de Babinski, si tenemos presente el complejo psicológico del combatiente.

6.º Practicamente conviene retener que la contractura puede faltar como síntoma precoz, se desarrolla seguramente más tarde cuando la peritonitis está en marcha, y por fin puede faltar totalmente en peritonitis super-graves.

7.º Así mismo también puede faltar la contractura, en los casos de shock por caída brusca de los mecanismos que sostienen el tono, precisamente en estos casos en que un metrallazo infimo puede atravesar paredes y ocasionar graves lesiones viscerales.

8.º Por tanto, la significación semiológica de la contractura, es algo muy complejo y que dista mucho ser de fácil interpretación en clínica.

Aquí como en otros tantos casos, el Cirujano ha de ser ante todo médico que explore cuidadosamente, enjuicie con serenidad, decida con gran conocimiento de causa, sopesando el pro y el contra de la intervención, y pensar que no se puede ser sistemático, sino ecléctico actuando en unos casos y absteiniéndose en otros según el juicio que le merezca el caso.

**La Previsión Médica es una tranquilidad para
el mañana nuestro, de nuestra esposa y de
= = = = nuestros hijos = = = =**

Instituto Antirrábico Provincial de la Zona Sur

“SAEZ MÓN”

Distritos de Vigo, Tuy, Redondela, Puenteareas 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.º



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 Sindical

Previsión Médica

Se ruega a todos los señores que relaciona esta lista, que no estén conformes con seguir pagando los recibos de la Previsión lo participen en el plazo de diez días a la Sección de Previsión, pues a partir de ese día, o sea del 12 de julio, se pondrán en circulación los recibos de Julio y Agosto de 1936.

GRUPO I

Sres. Don	Sres. Don
Enrique López de la Ballina	Manuel Leyes Pose
José María Piay Rodríguez	Nicolás Peña Martínez
Juan Pérez Cayo	José Abal Rua
Carlos Romay Otero	Manuel Fontoira Peón
Eduardo Madriñán Madriñán	José Martínez Rivas
Manuel Tourón López	Manuel de la Calle Saenz
Pedro Seoane López	José M. Alvarez Rico
Gumersindo Fontán Coto	Pelayo Rey Cardama
Rafael Díaz Zuazo	J. Sócrates González Fernández
Cándido Diz Lois	Juan Nóvoa Couto
Andrés Fernández Gutiérrez	Cesáreo Rivera Rivera
José Carreiró González	Manuel Rovira Carreró
Secundino Vidal Portela	José Benito Soaje Camiña
José Filgueira Martínez	José Antonio Adrio Mateo
Francisco Javier Rivas Barros	Nicolás Alejandro Andión Pena
Emilio Rolán Vicente	Pablo Carreró Cuesta
José Piñeiro Graña	Angel Casqueiro López
Manuel García Varela	Julio Rial Carballo
Francisco Freire Rey	Ramón Salgueiro Espinosa
José Araujo Luces	Luis E. Sequeiros Santos
Juan Penas Carbía	Eliseo Sobrino Conde
Marcelino Otero Goday	Fernando Santodomingo

Manuel Martínez Corbacho	Hermógenes A. Vidal García
Ignacio Lis Lombos	Manuel Troncoso Rozas
José Otero Botana	Gumersindo Gómez Martínez
José Mella Louzao	Angel Montes Rodríguez
Alfredo Martínez Arnaud	José R. de Castro Rodríguez
Juan Pérez y Pérez	Manuel Fariña Ferro
Daniel Sestelo Ochoa	Aurelio Autón González
Ricardo Rodríguez López	José Fernández Ferrín
Secundino Vilanova García	José María Vieitez Alfaya
Manuel Paz Varela	José Alvarez Argüelles
Ramón Prieto Alvarez	Manuel Nodar Magán
José Leira Ogando	Benito Arca Sánchez
Jaime Román Pardo	José Besada Paz
Domingo Pérez Rodríguez	Manuel Millán Iglesias
Jesús Carrera Lorenzo	Manuel González López
Saturio de la Calle Saenz	Edelmiro Boullosa Portela
Ricardo Padrón Vidal	José Moreira Casal
Bernardo Salóm de la Hoz	

GRUPO II

Sres. D.	Sres. D.
Luis Benavides Goday	Humberto Figueroa Pantoja
Manuel Núñez	Ramón Leyes Taboada
Luis Pimentel Gil	José Viqueira Barrio
Alvaro Domínguez Benavides	Rafael Estévez Fernández
José María Campos Varela	Manuel Vázquez Estévez
Ramón García Gómez	Heriberto Fuertes Gómez
Manuel Boullosa Rajó	Gabriel Porto Neira
César Abellas Justo	Ramón Espiño Arceo
Apolinar Bugallo Bouza	Joaquín Villar Somoza
Jesús Carballal Moreira	Manuel Romero Fernández
Pedro Legerén Campos	José García Tojeiro
Amador Ruibal Fariña	Rafael Adrio Barreiro
Gerardo López Pereira	Jaime García G. Lombardero
Luis Anguiano Gómez	Manuel Vázquez García
José Cuiñas Portela	Germán Vidal Antonio
Evaristo Vázquez Lescaille	Miguel Lorenzo Fernández

Luis Araujo Alvarez Builla	Benito Sanmartín Lorenzo
Juan Rivas Recioy	Ricardo Padrón González
Luis A. Casais Pardiñas	David Herrero Troncoso
Enrique Fernández Carrera	Antonio Pintos Miguez
Enrique Marescöt Iglesias	Román Pereiró Cuesta
Jesús García Iglesias	Ceferino Rodríguez y Rodríguez
José Barros Sanromán	Manuel Vázquez Leis
Augusto Otero Sestelo	Joaquín Martínez Pombo
Isidoro Canifrot Mariño	Fernando Lalinde del Río
Celestino Fontoira Peón	Eduardo Ferreño López
Fermín Juan Montaña Fernández	Francisco de los Santos Vidal
José Padín González	Manuel Padín Guerra
José Torrado Andre	Francisco J. Andrade Cimadevila

GRUPO III

Sres. Don	Sres. Don
José González Graña	Santiago Peiteado Marinas
José Loureiro Crespo	Jesús Fontán Suárez
Pelayo Rubido Martínez	Luis Otero Pérez
Manuel Martínez Rodríguez	José García Costas
José Sesto Casal	Manuel Alonso Fernández
José Martínez Franco	Manuel Filgueira Martínez
Luis Sobrino Buhigas	Manuel Ferreiroa Veiga
José Castro Carpintero	Estanislao Peña Artime
Cesáreo Belsol Oria	Ignacio Torres Pintos
José Touriño Gamallo	Olimpia Valencia López
Luis Fantaiña Serrapio	Benito González Germade
Arturo Queimadelos Barros	Manuel Martínez Troncoso
Luis Caamaño Pato	Benito García López
Casimiro Freije Martínez	José Estévez Alfaya
Cándido Betanzos Charlín	Eladio Hevia Marinas
Angel Saavedra Montero	Roberto Pomares Santos
José Astray Mato	Ricardo Marín Lomo
Lino Meijón García	Angel Montes Nájera
Antonio Ocampo Fraga	Antonio Fuertes Gómez
Francisco Cunqueiro Montenegro	José Fuentes Romero

GRUPO IV

Sres. Don

José Rodríguez González
 Cesáreo Rivero Rodríguez
 Manuel Cobas Núñez
 José Alvarez Novoa
 Julio Rodríguez Franco
 Francisco Jiménez Martín
 Ramiro Campos Piñeiro
 Francisco Ventín González
 Abelardo Gómez Pola
 Victor García García
 Juan Vilanova Piñeiro
 Daniel Portela Pazos
 Manuel G. Mosquera Castromán
 Domingo C. Romay García
 Claudio Losada Fernández
 José M.^a Colmeiro y Rey
 Francisco Mosquera Souto
 Joaquín Fariña Barreiro
 Laureano Solla Casalderrey
 Manuel Amoedo Seoane
 Manuel Gonzalez Romero

Sres. Don

Fernando Virgós Pintos
 José García Pintos
 Gonzalo Pardo Ciorraga
 Antonio Ruíz Martínez
 Angel Ruíz Martínez
 Julio Larramendi Rey
 Francisco González Garra
 Francisco Carrera Portela
 Francisco Domínguez Sierra
 Angel Lorenzo Méndez
 Jesús Carrera Portela
 Rodrigo de la Rasilla Salgado
 Paulino González Hernández
 José Jurado Romero
 Ramón González Sierra
 José Abraldes Torquemada
 Manuel Cendón Solís
 Antonio Grobas Lago
 Eugenio Muñoz González
 Francisco Pérez Alcalde

Droguería Moderna

— DE —

Luis Esteban

Calle de Don Gonzalo

PONTEVEDRA

Ortopedia - Instrumental Médico - Perfumería

Sección de Noticias

Teniendo conocimiento la Dirección de este Instituto del hecho observado por los señores Médicos Inspectores de Sanidad de la poca eficacia en resultados positivos obtenida con la vacuna antivariólica producida en este Centro, y con objeto de orientar la opinión de la clase médica, esta Dirección cree obligado manifestar que la vacuna antivariólica (dermo-vacuna) obtenida con el máximo de actividad reaccional, es mezclada con glicerina comercial en lugar de ser de marca acreditada, debido a las dificultades en adquirir esta última; habiéndose demostrado su escasa acción virulicida a bajas temperaturas, pero muy marcada a temperatura ambiente, motivo de su esterilización rápida.

En tanto no dispongamos de glicerina bidestilada Merck, nuestra vacuna será más fluída y su fecha de validez no superior a cinco días de su salida de este Instituto.—La Dirección.

Se concedió la asimilación a Alférez, a los colegiados don Francisco Ventín González, Moraña; D. Eliseo Sobrino Conde, de Vigo, y D. Rafael Fuembuena González, también de Vigo.

Han solicitado su inclusión en la lista de colegiados de esta provincia D. Florentino Gurlé Moran, D. Fermín García Díaz y D. Alvaro Vidal Abascal.

CEREGUMIL FERNNÁDEZ

EL MEJOR ALIMENTO PARA NIÑOS, ANCIANOS
Y CONVALESCIENTES

ESPECIALMENTE INDICADO PARA ENFERMOS
DEL ESTÓMAGO

Los Alféreces médicos D. Angel Montes Rodríguez y don Rafael Fuembuena González, han sido destinados, respectivamente, al Grupo de Regulares de Alhucemas núm. 5 y a disposición del General Jefe del Ejército del Norte.

También fueron asimiladas a Alféreces y destinados, respectivamente a la 2.^a Bandera de F. E. T. y a la 3.^a Brigada Mixta, los médicos colegiados D. Luis González Barcia, de Sangenjo, y D. José del Río García, de Pontevedra.

En la Estrada ha fallecido la distinguida y bondadosa señorita Laura Araujo Luces, hermana del médico colegiado don José Araujo Luces y hermana política del también colegiado D. Juan Penas Carbia, a los cuales hacemos presente nuestro pésame.

Tienen sus carnets de identificación completamente despachados y pueden recogerlos en la Secretaría de este Colegio, D. Luis E. Santos Sequeiros, D. Nicolás A. Andiñón Pena, don José Padín González, D. Marcelino Otero Goday y D. Cándido Otero Goday.

Ultimamente han sido colegiados, con los números que se indican, los siguientes compañeros:

- 493 D. Antonio Alonso Cochón, de Meis.
- 494 D. Manuel Amigo Iglesias, de Meis.
- 495 D. Fermín García Díaz, de Caldas de Reyes.

No olviden nuestros lectores que los anuncios es la base económica de toda revista profesional. Conviene, por tanto, que en igualdad de circunstancias, den un lugar preferente en sus prescripciones a los productos de las casas que nos favorecen con su propaganda.

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

El colegiado D. Cándido de la Rasilla Salgado, de Vigo, ha solicitado se le concediese la invitación que este Colegio recibió de la Academia Médica Germano-Ibero Americana, de Berlín, para asistir a las Conferencias y Demostraciones que tendrán lugar del 9 al 25 de agosto próximo en la capital de Alemania y en otras ciudades de la misma nación amiga.

El Sr. Rasilla (D. Cándido), que conoce perfectamente el idioma alemán, y que en Alemania ha hecho provechosos estudios, ha sido propuesto, unánimemente, por la Junta de Gobierno del Colegio, para el disfrute de la mencionada invitación.

Al regreso de este notable cursillo, y en el momento más oportuno, respondiendo a una de las condiciones señaladas en el anuncio publicado en el último número de este BOLETÍN, el Sr. Rasilla presentará una detallada Memoria de sus observaciones y estudios, que seguramente ha de ser muy interesante y que daremos a conocer en estas páginas.

En su casa de las Nieves, ha dejado de existir la respetable dama D. Herminia García Durán, madre política de nuestro compañero, Titular de aquel Ayuntamiento, D. Gabino Alvarez Argüelles, al que testimoniamos nuestro sentimiento.

La Junta de Gobierno y la de Titulares de este Colegio, han hecho las siguientes propuestas de nombramientos de Médicos interinos de la Asistencia Pública Domiciliaria:

- D. José García Costas, para Sangenjo.
- D. Serafín Martínez Malvar, para Redondela.
- D. Jacobo Martínez Pereiro, para Campo Lameiro.

Agradeceremos mucho a los compañeros de la provincia, el envío de trabajos originales, que tendrán preferente cabida en las páginas del BOLETIN, previniéndoles que por decoro y ética profesional, no serán publicados los de carácter tendencioso o aquellos otros de ataque personal maso menos directo.

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	1.031'25
---	----------

* * *

Las condiciones de ingreso en la Mutualidad de Clases Sanitarias de la Provincia, son las siguientes:

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.



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

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

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

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.

Depósito Dental de Joannis & Leroy

Espoz y Mina núm. 7

Dirección telegráfica y telefónica "DEPODENT"

Teléfono 14044

Madrid

Gran surtido de todos los artículos dentales de las mejores marcas, (ASH, de TREY, BUFFALO, etc. etc.)

Todos los pedidos se sirven a vuelta de correo, gracias a nuestra larga experiencia comercial y organización moderna.

Taller de reparaciones de aparatos y niquelado y cromado de toda clase de instrumentos.

Boletín Oficial del Colegio Odontológico de la XI.^a Región

PONTEVEDRA-ORENSE

Año XII (4.^a E.^a) — JUNIO-JULIO 1937 — Núm. 140

Odontología legal

(CONCLUSIÓN)

En los estudios de criminalología, abundan ejemplos de algunos casos, que no ha sido posible el reconocimiento de una persona, y en los textos de medicina legal, se trata poco del auxilio que la Odontología puede prestar, si se exceptúa alguna influencia sobre los signos de la dentición temporal y permanente, tomando por estudio la edad.

En otros países, se concede importancia a los conocimientos odonto legal, por que no se limita solo al reconocimiento de trabajos protésicos. Se entiende que esto, lo puede hacer cualquier mecánico que haya hecho prótesis en la boca de una persona.

Para la identificación se requiere, más que ser mecánico, conocimientos anatómicos por que se presentan casos complejos, la reconstitución de trozos o regiones mutiladas y perdidas, conocer la edad, sexo, y hasta la ciencia que trata de las razas de los pueblos, y para esto, hay que especializarse en las leyes científicas, y a lo que a cronometría se refiere, antropología, antropometría, y paleontología, por que la Odontología no es como se supone, una rama que pronto se extingue, es campo muy dilatado, porque, aunque los dientes son órganos que resisten a la acción del tiempo, a través de muchos siglos, no cabe duda que el recurso de la ficha después de bien estudiado el caso, puede resolver con claridad y acierto, diversos problemas que interesan a la Sociedad y la Justicia.

Se sigue en San Pablo, en la Sección de Odontología, un sistema muy sencillo para obtener la huella dental, procedimiento puesto en práctica por el Odontólogo D. Luis Silva, en el servicio de identificación de policía.

Consiste éste, en esquemas dentales impresos en cartulina, en uno de cuyos lados, hay un cuadrado con las indicaciones superior e inferior.

Coloca un pedazo de papel junto a la ficha, y hace que el sujeto muerda dos veces, una, con el papel carbón colocado, para que graben los dientes superiores, y otra, para conseguir la huella de los inferiores.

Con gran acopio de estos datos, recogidos durante un tiempo prudencial, y siendo de preferente atención el estudio de medicina legal en sus relaciones con la Odontología, en no pocas veces y ocasiones, el Odontólogo experto, establece la identidad de un delincuente, o de un cadáver, para esclarecer con plena certidumbre las investigaciones de la Justicia.

Tiene pues, la Odontología legal, un puesto en la Medicina si se especializa el profesional, y se dá extensión y alcance a estos estudios.

No nos extraña que en la actualidad no esté implantado este servicio, tiempos mejores vendrán, para darse cuenta de su importancia, y la elevación de miras que en distintos estudios han puesto de relieve, Broca, Magitot, Valderrama, Torrano, Valenzuela, Bastarrica, Lombroso, Branca, Noyes, Nela, que con sus energías despiertan conocimientos ignorados en la materia.

Siguiendo así, Sr. Valderra, se podrá solicitar por los colegios, del Poder Público la extensión de esta rama odonto legal, para la expedición de títulos y acoplamiento de los especializados, en las capitales de provincia, por ser obra que reclama la sociedad en particular y los odontólogos en general.

JOSÉ MARTÍNEZ CASTRILLO

¿Qué es la Previsión Médica?

Nuestra tranquilidad en la desgracia y en la vejez

Aportación a la Historia de la Medicina

Por A. Pesquera, Médico-Odontólogo

(CONCLUSIÓN)

De los ilustres compañeros que, tanto nacionales como extranjeros, laboran en la actualidad por el engrandecimiento de la Odontología mundial, nada tengo que decir, pues una sola omisión me haría ser injusto. Procuraré figuren como merecen en la historia contemporánea.

Conviene recordar que a la Historia de la Odontología es a la que mejor pueden incorporarse, en todas sus actividades, valiosas aportaciones artíscoliterarias, pues desde antiguo existen pinturas y grabados, entre las que citaremos: «El sacamuelas», interesante dibujo original, a plumilla y yeso, del siglo XVI, por Cornelis de Wael (1599), célebre pintor y grabador al agua fuerte en Amberes; «El Dentista», figura al óleo de la Galería Dresden, por Gerard van Honthorst (1556), pintor flamenco de gran reputación, que se especializó en escenas nocturnas; «El Charlatán» pintura al óleo, por Gerard Dou (1675), célebre y prestigioso pintor elemán, discípulo de Rembrandt; pinturas pertenecientes a la «inocografía odontológica», de Kurt Proskauer, de Berlín: «Horacio Wells y el descubrimiento de la anestesia», por nuestro compatriota D. Cecilio Pla, tríptico pintado por encargo de D. Luis Subirana, e infinidad de obras, que harían interminable este recuerdo.

En escultura existen curiosísimas obras de arte, de las que recordaremos unos capiteles con asuntos dentales en la iglesia de San Martín de Courtilsols (Francia), y las figuras que, adornando otros capiteles, que representan un joven examinando la boca a otro, se pueden ver en la catedral anglonormanda de Ely, pequeña villa inglesa. En muchas catedrales y templos se encuentran figuras alegóricas alusivas a la profesión dental, así como animales simbólicos, en los que se ve que el artista tuvo marcado interés en que se mostraran sus dientes. En nuestro Monasterio del Paular, cerca de Madrid, puede verse a Santa

Apolonia, con sus atributos dentales, esculpida en uno de los arcos que adornan sus naves. Existen en la valiosa colección que de cuadros, instrumentos y objetos antiguos posee la señora viuda de D. Florestán Aguilar, un esmalte de Limoges, del siglo IV, y una talla de marfil, de autor desconocido, de extraordinario valor artístico.

Cuenta la literatura odontológica con más de 300 obras escritas en todos los idiomas y 150, aproximadamente, de habla castellana. Se publican 180 revistas importantes, de las cuales 45 en castellano. De todas estas revistas, obras, monografías, etc., hállase un índice (confeccionado por el autor de esta ponencia) en el Colegio Oficial de Odontólogos de la Primera Región, de Madrid. Los poetas y literatos se ocuparon, en serio y en broma, del arte dental, y desde Marcial hasta nuestros días se encuentran escritos y composiciones poéticas dedicadas a la profesión odontológica. Los dibujantes, satíricos, refraneros y hasta la musa popular hallaron siempre campo abonado para su inspiración dentro de nuestra profesión.

LA IBÉRICA DENTAL S.A.

IMPORTADORES DE ARTÍCULOS DE ALTA CALIDAD

BARCELONA



SÍMBOLO DE EXCELENCIA

**Establecimiento Dental
de Primer Orden**

VENTAS Y OFICINAS: ALMACENES: Direc. Telegráfica: ODONTO

Via Layetana, 57-1.º

Virgen del Pilar, 15

Teléfono 16653



ALSAMO INSUPERABLE PARA LA CURACIÓN DE
QUEMADURAS — HERIDAS — HELADURAS
GRIETAS DEL PEZÓN

PREPARADO EN EL LABORATORIO FARMACEUTICO 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