

Saludo a Franco: ¡¡Arriba España!!



Núm. 157

Abril 1938

BOLETIN

OFICIAL

DEL COLEGIO MÉDICO PROVINCIAL DE PONTEVEDRA



Sumario


	<u>Páginas</u>
Labor del Consejo General de Colegios	1
Impresiones del Congreso médico germano- ibero-americano, por el Dr. Rasilla	3
El pago de recibos de Colegiados	19
Circulares de la Previsión Médica Nacional	21
Los recibos de la Previsión	27
Sección de Noticias	28
Boletín del Colegio Odontológico	29



La Colegiación, para el ejercicio profesional, es obligatoria.

Ningún médico, que pertenezca a la Previsión, puede darse de baja en élla, sin dejar de ejercer la profesión.

TIP. C. PEÓN - PONTEVEDRA



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)*

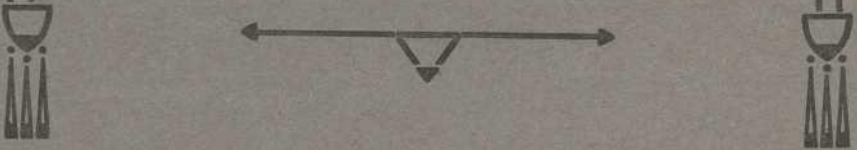
Este sanatorio, lujosamente instalado y dotado de cuanto los nuevos adelantos requieren, responde a las necesidades de la moderna cirugía, practicándose en él toda clase de operaciones quirúrgicas y tratamientos similares.

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

Labor del Consejo General de Colegios Médicos

En un periódico de últimos de marzo pasado y con el título que precede, leemos el siguiente suelto, que, aún sin tener para este Colegio carácter oficial, nos complacemos en reproducir, a título de interesante información—que reputamos exacta—y que creemos ha de agradar a nuestros lectores:

«Esta Entidad, en el Pleno celebrado el día 26 último, ha realizado una primera fase de tramitación, estudio y resolución de los principales problemas que en la actualidad afectan a la clase médica española y que se refieren entre otros, a la irregularidad en el pago a los Médicos titulares, motivo de preocupación apasionante y objeto de un estudio tenaz que está realizando el Consejo, sobre datos económico-administrativos, pedidos a todas las Mancomunidades Provinciales, más la captación del ambiente médico rural de cada provincia de la España liberada, y todo ello espera, que servirá para dar normas de solución a la Superioridad para la posible terminación de este problema.

El Consejo instituirá también pautas para que, la defensa económica de los intereses profesionales, particulares, que deja el médico que está cumpliendo deberes militares, se sujete a reglas que armonicen el sagrado deber de protección al, que toma parte activa en la guerra, con la más fácil y llevadera realización del esfuerzo del compañero que sustituya a aquéllos.

El Patronato del Colegio de Huérfanos de Médicos, ha recogido hasta ahora en espléndidos Colegios de Valladolid y provincias, a 80 huerfanitos, muchos de ellos hijos de médicos

sancionados por nuestros tribunales de Justicia y todos en fraternal unión, igualmente tutelados y rodeados de afecto, en visitas frecuentes de compañeros de sus padres muertos para así vigilar y conseguir que se formen y eduquen en el santo amor a España.

Desde el mes de abril próximo, empezará la Previsión Médica Nacional a pagar las pensiones a los inválidos y a las viudas, huérfanos y familiares de los médicos fallecidos y esto también sin excepción ninguna derivada de matiz político. Esta nueva Previsión Médica Nacional de la España liberada, ha tenido que volver a crearse, siguiendo las normas con que funcionaba la anterior pero sin ninguna, absolutamente, de sus sólidas bases económicas, capital cuantioso y saneado y organización administrativa en pleno funcionamiento, completamente desaparecidos uno y otra; a esto se han unido para dificultar más el cometido, las mayores necesidades a llenar, por el mayor número de fallecidos con motivo de la Guerra y el criterio humanitario de no establecer, en absoluto, distinciones políticas, ante el sagrado deber de atender a todos los desvalidos.

Salvando todas estas dificultades, el Consejo General de Colegios Médicos, ha conseguido al cabo de tres meses, crear un Organismo administrativo de un volumen operante de cerca de cinco millones de pesetas y conseguir que el recargo de las cuotas normales mensuales, sea únicamente ampliado, con aumentos que oscilan entre 1,50 pesetas como mínimum y 11'50 pesetas como máximo.

Todo lo anterior lo ha realizado el Consejo General de Colegios Médicos impulsado por un complejo de patriotismo, abnegación y tenacidad, consecuencia exclusiva de esa tónica característica y admirable que imponen a nuestra retaguardia la maravillosa actuación de nuestro Caudillo Franco y los espléndidos derroteros, con claridades de amanecer gloriosos, de las normas estatales Nacional-Sindicalistas».

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

¡Cotiza los recibos de la Previsión!

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

Embarazo tubárico complicado

Por el Prof. We. Benthin, (Konigsberg i. Pr.)

Los embarazos tubáricos se caracterizan por sus numerosos peligros debidos a dificultades de diagnóstico por desconocimiento del estado de embarazo y a dificultades en el establecimiento y ejecución del tratamiento. Ni aún los clínicos más expertos están libres de errores de diagnóstico y a veces se ven ante serias dificultades en lo relativo a la elección de la terapéutica conveniente para un caso determinado.

La gran importancia práctica de esta enfermedad tan amenazadora y la relativa frecuencia de tales embarazos tubáricos complicados—según mi estadística, importa la misma, el 31% de casos,—son la razón de que hayamos elegido precisamente este tema para su discusión crítica. Muy especialmente procuraré ofrecer nuevos datos para el diagnóstico y establecer reglas claras, de que hasta ahora carecíamos, para las indicaciones terapéuticas, a base de mi material, sobre el cual informa la tabla final.

Para conjurar peligros, el conocimiento de la existencia de un embarazo tubárico complicado es sin duda alguna lo más importante. La posibilidad de una hemorragia interna mortal, representa siempre el mayor peligro. Efectivamente, ante un diagnóstico correcto es fácil casi siempre decidir lo que se ha de hacer con un mioma complicado o con un tumor de ovario, pongamos por ejemplo. Pero otro es el caso cuando existe asociación con otras enfermedades, especialmente las inflamatorias y febriles, de los genitales internos y su vecindad inmediata, como salpingitis, piosalpinx, peritonitis y apendicitis. Aquí, los principios terapéuticos apropiados para las enfermedades existentes al mismo tiempo, pueden entrar a veces en colisión extraordinaria los unos con los otros. Esto es así muy

especialmente en lo que se refiere al momento adecuado para la operación, que en el embarazo tubárico comprobado está dado a toda hora y con urgencia.

Indudablemente se oponen obstáculos muy especiales al diagnóstico de un embarazo extrauterino complicado. Síntomas y hallazgo de la enfermedad complicante son a veces muy parecidos a los característicos de un embarazo tubárico. Sin embargo, y esta es cosa muy importante para el diagnóstico, la forma y momento de la aparición de los primeros síntomas del embarazo tubárico son los mismos cuando hay complicación como cuando no la hay. Con pocas excepciones existe siempre una amenorrea antes de que empiecen a alarmar los dolores, casi siempre espasmódicos, de vientre, y se manifiesten las náuseas, los desvanecimientos, el estado anémico y sobre todo las hemorragias, que existen siempre y no se dejan combatir por nada. La experiencia ha demostrado, desgraciadamente, que no se suele prestar toda la atención debida a estos datos anamnésicos de tanta importancia práctica o que no se pregunta lo suficiente sobre ellos a las enfermas. Ciertamente, al buscar las fuentes del error de diagnóstico, he comprobado que ciertas enfermas intentaban negar la posibilidad de un embarazo, incluso todavía cuando el diagnóstico estaba ya establecido de manera irreprochable—también se han conocido casos en los que faltaba uno u otro de los síntomas precoces, especialmente la amenorrea. *Pero en la mayoría de los casos es realmente el médico el culpable del desconocimiento de la situación.* Podría citar muchos casos que lo demuestran. En efecto, la anamnesis ofrece los datos más importantes, con sobrada frecuencia los únicos, para buscar un embarazo tubárico. Cuando se piensa ya en la posibilidad de un embarazo tubárico, la aclaración no se hace esperar. Pero cuando fracasan realmente los medios de diagnóstico ordinarios, queda al fin y al cabo, como último recurso, si no existen contraindicaciones especiales la laparotomía exploradora.

Ya se ha dicho que las hemorragias refractarias a todo tratamiento, que se presentan después de una amenorrea, son, junto a los ataques de dolor, los síntomas peritoníticos y los estados anémicos en los abortos tubarios y hematoceles, el

síntoma más significativo y por desgracia mal interpretado con mucha frecuencia. Es preciso tener presente: *siempre que después de un tratamiento medicamentoso o de una abrasión, que tantas veces se hace para combatir las hemorragias en desconocimiento del verdadero estado, persisten las hemorragias uterinas, se puede afirmar que es seguro el diagnóstico de un embarazo tubárico.* No hay en verdad ninguna enfermedad en la que después del curetaje reaparezcan en seguida las hemorragias, cuando se encuentran las pacientes por los demás bien y apiréticas. En el embarazo tubárico, las hemorragias no cesan antes de que se haya extirpado por operación el oviducto grávido o se haya producido una curación espontánea. Pero con la curación espontánea no hay que contar prácticamente nunca.

En los casos que tienen al mismo tiempo tumores (miomas, tumores de ovario), se suelen atribuir a éstos las hemorragias persistentes. Estos errores no se cometerían si se tuviera presente que los tumores de ovario sólo raras veces ocasionan hemorragias y sobre todo que las mismas no son nunca profundas o duraderas. También en los miomas se puede analizar con bastante seguridad si son ellos la causa de las hemorragias existentes o si no entran en consideración más bien otros factores. Así, los miomas no pueden ser nunca causa de hemorragia, cuando la menstruación acusó hasta entonces tipo normal o la hemorragia empezó poco después de cesar el período. Además, toda metrorragia, provocada por mioma empieza poco a poco, después que han molestado ya a la enferma hemorragias menstruales acentuadas. Ante todo, las hemorragias de mioma no van acompañadas nunca de los fenómenos que se observan con la mayor regularidad en toda alteración de embarazo tubárico. Es de recordar, p. ej., que los dolores de los miomas submucosos están asociados al ciclo del período, que en los miomas intersticiales no hay dolores y que en la torsión sobre su pedículo de los miomas subserosos, si bien se presentan ataques peritoníticos, faltan las hemorragias. Por último, en la necrosis de mioma se sienten los dolores principalmente a la presión y localizados en un sitio determinado.

Hasta en la asociación del embarazo tubárico con procesos inflamatorios resalta el tipo de la hemorragia, muy especialmen-

te en los procesos crónicos remitidos, pues en las inflamaciones faltan siempre las hemorragias permanentes refractarias a todo tratamiento. Por lo demás, todas las hemorragias de origen inflamatorio se presentan con regularidad inmediatamente después de un período o de un aborto manifiesto. Podemos citar de paso como circunstancia afortunada, que en los procesos fébriles agudos no urge tanto el rápido reconocimiento de un eventual embarazo tubárico simultáneo. La indicación es dictada entonces principalmente por la clase de la enfermedad complicante. Casi siempre obliga a esperar, mientras de otro modo es precepto máximo la eliminación inmediata y sin consideraciones de la fuente de la hemorragia.

Sobre la necesidad de estudiar con toda exactitud los antecedentes, no habría que perder ninguna palabra si la investigación objetiva ofreciera datos claros o al menos despertara la sospecha de que pudiera existir un embarazo tubárico. Todos sabemos que aún en los embarazos tubáricos no complicados fracasa no raras veces la palpación, por la insignificancia de las alteraciones de la trompas o por la fácil desviación de las mismas. Aún habiéndose acumulado ya abundantes masas de sangre alrededor de la trompa, delante del útero e incluso retrouterinamente en la cavidad de Douglas, están todavía los errores de diagnóstico a la orden del día. Si la trompa abortante perforada se halla además muy arriba, a lo mejor sobre un tumor de ovario o detrás de un mioma, la comprobación y la interpretación son todavía más difíciles, si no imposibles. No menos confusos son los datos obtenidos por la palpación en las enfermedades

Droguería Moderna

— DE —

Luis Esteban

Calle de Don Gonzalo

PONTEVEDRA

Ortopedia - Instrumental Médico - Perfumería

bilaterales de los anexos. Precisamente la bilateralidad de las alteraciones de los oviductos, se ha de evaluar siempre como prueba de diagnóstico diferencial frente al embarazo tubárico. En todos los estados infecciosos febriles, los piosalpinx, el absceso del Douglas o la peritonitis, ocupa de tal manera el primer lugar la fiebre, que ello es suficiente a desechar la idea de que puede haber al mismo tiempo un embarazo tubárico.

La descripción esquemática de tres casos nuestros demuestra hasta que punto los tumores complicantes pueden conducir a error al investigador más esmerado, dificultando o imposibilitando el diagnóstico del embarazo tubárico.

El primer caso estaba muy complicado porque además de un quiste achocolatado o quiste del cuerpo lúteo, del tamaño de un puño, presentaba un mioma del tamaño de un huevo de gallina y el oviducto derecho se encontraba encima del tumor ovárico solamente con su parte ampular tumefacta del tamaño de una nuez.

1). Diario número 863/31. Mujer de 41 años. Aborto M. II-III 1930. Según su informe el período nunca cesaba, pero muchas veces se atrasaba. Última regla del 20/3 al 26/3. Al empezar la hemorragia el 20/3, fuertes dolores espasmódicos, flatulencias dolorosas, inflamación del abdomen. Desde entonces, flujo sanguinolento y hemorragias y varias veces dolores espasmódicos. Desde el 15/4 libre de molestias. Pero el 21/4 se presentan nuevamente de repente dolores en el lado izquierdo del hipogastrio. Al ingresar en el hospital la exploración descubre un nódulo redondo y duro, del tamaño de un huevo de ganso, que partía de la pared anterior del útero no hiperplásico, y un tumor quístico con adherencias en el anexo derecho. Evidente coloración lívida de la vagina y de la portio. En la operación se encontró sobre el útero, en el que asentaba un mioma del tamaño de un huevo de gallina, un quiste pardo adherente del tamaño de un puño. Por encima de éste se hallaba la trompa derecha hinchada, y cuya parte ampular presentaba una tumefacción del tamaño de una nuez y un pequeño orificio de perforación. Extirpación del quiste y del oviducto derecho y raspado del mioma. Paciente dada de alta curada 12 días después de la operación.

En otro caso, el oviducto grávido se encontraba detrás del útero y de un mioma del tamaño de una mandarina que estaba en relación con la matriz.

2). Diario núm. 1240/36. El 10/9/36, ingresó en el hospital una enferma de 37 años, con fuertes hemorragias. El último período verdadero, lo había tenido el 9/7/36. El 4 de agosto, en vez de la esperada regla, flujo pardo, que fué en aumento. El 9 de septiembre, fuerte hemorragia acompañada de intensos dolores de vientre y sensación de escalofrío. El 10 de septiembre, ingresaba en el hospital con pulso normal y sin elevación de temperatura. Utero del tamaño correspondiente a un embarazo en tercer mes. Partiendo del borde uterino derecho, y en relación directa con él, se hallaban dos tumores móviles y duros, del tamaño de dos mandarinas. El canal cervical estaba cerrado. Como dada la situación subserosa de los miomas no podían ser hechos responsables los mismos de la hemorragia y como quiera que los antecedentes eran de embarazo tubárico, se practicó la punción del Douglas, con resultado negativo, por lo que después de varios días de observación para comprobar si acaso había retención de partes del huevo o alteraciones deciduales de la mucosa o si se podía, excluir la existencia de un mioma submucoso, se decidió la palpación después de la dilatación por tallos de laminaria. Así se confirmó el anterior hallazgo de la palpación. La cavidad uterina estaba vacía. Abrasión de abundantes cantidades de mucosa. Como a pesar de todo seguía persistiendo la sospecha de embarazo tubárico, se examinó detenidamente lo raspado, pero tampoco así se llegó a ninguna conclusión convincente, pues no había evidente reacción decidual. Sin embargo, se encontraron masas de glándulas hipertróficas con protuberancias muy parecidas a las glándulas de Opitz y revestimiento glandular dispuesto como hojas de palmera. Eso era todo. 11 días después de la intervención, el 25/9, ya libre de hemorragia, fué dada de alta la paciente, pero con el encargo de reingresar en seguida en la Clínica, caso de presentarse hemorragia fuerte. Después de breve plazo de bienestar, empezaron el 7 de octubre dolores cada vez más fuertes. El 11 de octubre, violentísimo ataque de dolor con náuseas y vómitos. Ingresó en la Clínica el 12 de

octubre con el diagnóstico: ruptura de oviducto. Por punción no se obtuvo sangre coagulada más bien se aspiró un líquido serosanguinolento. Con el diagnóstico: rotación del anexo, se operó no obstante al día siguiente, en vista que el cuadro sanguíneo no había acusado hiperleucocitosis, pero sí una aceleración notable de la velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos.

La operación reveló la existencia de un oviducto tumefacto del tamaño de una manzana pequeña, fijo en el Douglas y rodeado de coágulos de sangre, con una perforación reciente de la que acababa de salir un feto de 13 cm. de largo. Otra singularidad era un mioma reblandecido en su centro. Como se ve, a pesar de que no se había dejado de pensar en un embarazo tubárico y de no haberse prescindido de ningún medio para la aclaración, el diagnóstico sólo se pudo establecer correctamente con la operación. Incluso la abrasión de prueba no había dado el resultado deseado. Este auxiliar, a mi juicio demasiado poco considerado y empleado, del examen microscópico del raspado, ofrece a veces informes sorprendentes sobre la existencia de un embarazo extrauterino. El que en este caso el examen de las preparaciones no ofreciera datos seguros se debió a que en el momento de practicar la abrasión estaban todavía poco pronunciadas las modificaciones del embarazo, por su corta existencia, de modo que no se pudo comprobar una verdadera reacción de embarazo en forma de las típicas células del estroma decidual. En aquel entonces no me pareció oportuno decidir la operación solamente a base de las glándulas de Opitz. Hoy, desde luego, estoy convencido de que el hallazgo de alteraciones glandulares típicas impone la operación cuando hay ya sospecha fundada de embarazo tubárico, siendo esta la razón que me obliga a citar este caso precisamente. Además, este caso demuestra también de sobra, que la sospecha de un embarazo tubárico no puede desecharse por la falta de aspiración de sangre de la cavidad pelviana. Con esto no queremos decir, naturalmente, nada contra el valor de la punción en sí. La punción, de la pelvis menor como especialmente del Douglas, en el que se acumula principalmente la sangre, puede aclarar muchos casos. Pero solamente es

demonstrativa la existencia de sangre retenida que ya no se puede coagular. El resultado negativo dice solamente que en el sitio alcanzado por la aguja de punción no hay ya sangre retenida. Si no se palpan alteraciones al lado del útero o delante o detrás de él, la falta de sangre retenida hace probable con una seguridad rayana en la certidumbre la no existencia de un embarazo tubárico alterado. Desde luego, tampoco entonces queda excluida en absoluto la existencia de un embarazo extrauterino. En el aborto tubárico de óvulos jóvenes, la cantidad de sangre expulsada puede ser tan pequeña que se coagule y queda en el sitio de su salida. Pero como se advierte por el caso aquí citado, la punción puede fracasar hasta en un embarazo tubárico situado en el Dulgias si, como sucedió aquí casualmente, se pincha la cavidad misma del óvulo y se aspira líquido amniótico en vez de sangre.

El tercer caso se refiere a una mujer con una anaxitis bilateral crónica. Ambos anexos estaban pegados entre sí y con la vecindad; el derecho se hallaba transformado en hidrosalpinx, el izquierdo presentaba una tumefacción del tamaño de una nuez y era asiento del embarazo tubárico.

3). Diario número 1547/33 y 1588/33. Mujer de 31 años. Operada en 1931 por apendicitis. Lleva tiempo padeciendo molestias sub-abdominales. Última menstruación el 16 de agosto, como de ordinario. Desde el 3 de septiembre, hemorragia permanente y crecientes dolores en la región sub-abdominal las semanas siguientes, por lo que ingresa en la clínica el 10 de octubre. No se comprueba hiperplasia de la matriz

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

ni relajación de la mucosa. Ambos anexos adheridos. Sedimentación sanguínea normal. Leucocitos, 6900. Abrasión, con la que se sacan notables cantidades de mucosa. Examen microscópico: abundantes glándulas dilatadas con protuberancias trabeculares y dispuestas en forma de hojas de palmera. En un pequeño espacio, que por de pronto pasa inadvertido, visible retención decidual. Dada de alta el 16 de octubre. Cinco días después, el 21 de octubre, reingresa la paciente en la clínica, por sangrar de nuevo sin cesar. Ahora se comprueba a la izquierda, al lado del útero, un tumor difícil de mover, del que a la punción se escapa sangre retenida. Extirpación del tubo izquierdo tumefacto del tamaño de una nuez en su parte ampular, y también del hidrosalpinx derecho intimamente adherido al ovario y al útero. Dada de alta, curada, 13 días después de la operación.

Aunque en este, como en otros casos, el diagnóstico fué establecido bastante tarde—en el segundo caso solamente en la operación—hemos de convenir retrospectivamente que con el aprecio debido de los datos anamnésticos habría tenido que surgir cada vez por lo menos la sospecha de embarazo tubárico. Una vez que hay sospecha, la observación se encarga de señalar el buen camino, aunque haya complicaciones. La aparición de formaciones tumorales difusas, su rápido aumento de tamaño por nuevas hemorragias, los marcados ataques de dolor y la creciente anemia aguda en asociación con las incesante hemorragias, ofrecen seguros puntos de apoyo aun al menos versado en la materia. Es verdad que no he perdido ningún caso por no diagnosticar debidamente o por establecer el diagnóstico demasiado tarde. Pero este resultado feliz se debió solamente a la esmerada observación clínica y al hecho de haberse tratado de abortos tubáricos y formaciones de hematocele, donde el peligro de desangre no es tan grande como en la rotura del oviducto preñado. *Pero también en estos casos hay peligro, especialmente si las pacientes son dadas de alta con diagnóstico equivocado.*

Es cosa lamentable el fracaso de los conocidos medios de diagnóstico, especialmente la de otro modo tan segura punción. La punción de la cavidad de Douglas asegura el diagnóstico de manera irreprochable solamente cuando se aspira sangre retenida no coagulable. Pero, y esto no se debe olvidar, la falta

de sangre en la pelvis menor no puede atenuar en nada la sospecha de un embarazo tubárico. El resultado negativo de la punción dice solamente que no había sangre retenida en el sitio alcanzado por la aguja. La aspiración de líquido seroso mezclado con sangre, no habla tampoco contra la hemorragia intraperitoneal, yo mismo he tenido casos en los que fué aspirado un líquido claro de una acumulación peritoneal, de un hidrosalpinx o de una cavidad del óvulo, en los que existía, no obstante, embarazo tubárico. Por consiguiente, hemos de recalcar con insistencia: *una anamnesis irreprochable es a veces de un valor diagnóstico práctico mayor que el hallazgo de la exploración y la punción.* A una correcta anamnesis, la punción acaba por darle resultado. Cuando hay sospecha de embarazo tubárico, nada se opone a ejecutar la punción, si es preciso varias veces con ciertos intervalos. Entonces da resultado positivo casi siempre.

Otro medio de diagnóstico, nada despreciable, es la investigación de la mucosa uterina. Estoy convencido de que si se examinara el producto del raspado después de cada abrasión, que se practica muchas veces con desconocimiento del estado de cosas para combatir la hemorragia, se descubrirían oportunamente muchos embarazos tubáricos. Desde luego, sólo un ojo experto y un examen esmeradísimo puede descubrir las alteraciones escasas, pero características. Sobre todo en las hemorragias que existen ya de largo tiempo pueden ser pequeñas las modificaciones. En los embarazos recientes, puede faltar la transformación decidual del estroma. Pero entonces se distinguen claramente las modificaciones glandulares descritas por Opitz, el retorcimiento serpentino de las glándulas, las protuberancias trabeculares y la disposición en abanico del epitelio glandular. No hay, pues, duda alguna sobre el valor que tienen estos hallazgos para el diagnóstico. Sin embargo, he de recalcar lo siguiente: *con esta comprobación no se recomienda de ninguna manera que sea practicada por principio la abrasión.* De ella se debe hacer uso únicamente como último recurso. Huelga decir que la abrasión se tiene que practicar solo en los casos no sospechosos de infección. En todo caso, a mi modo de ver, en las pacientes así elegidas ha de ir la abrasión en rango antes de la laparotomía de prueba.

La laparotomía exploradora está indicada solamente en los casos en que la naturaleza de las complicaciones existentes facilita la decisión de abrir el vientre. En todo caso es preferible operar a dar de alta del tratamiento clínico a las enfermas sin la seguridad absoluta de que la no existencia de una alteración tubárica. Las enfermas febriles con procesos infecciosos todavía activos, quedan ya sin más en observación permanente. De ser enviadas a casa pacientes con otras complicaciones, a pesar de no haberse aclarado todavía por completo el diagnóstico, entonces se corre el peligro demasiado grande de desangre y de que las enfermas lleguen demasiado tarde a la operación.

Tal es lo que tenemos que decir respecto al diagnóstico de los embarazos tubáricos complicados. Sólo queda por contestar una segunda cuestión igualmente importante: *¿Qué medidas se han de tomar después de establecido el diagnóstico?* Muy sencillo es el establecimiento de líneas de conducta en los casos de apirexia y ausencia de estados infecciosos. El operar sin tardanza, se entiende de por sí. Pero para las enfermedades complicantes mismas, rigen por entero las reglas establecidas ya para el tratamiento de tales estados. Siempre que esté indicada la extirpación operatoria de tumores complicantes, tanto los de ovario como los miomas, se procederá forzosamente en esta forma. En los miomas, por razones profilácticas se recomienda ampliar la indicación todavía más que de ordinario.

Muchos miomas no necesitan tratamiento mientras no producen manifestaciones de ninguna clase. Los miomas pequeños, sobre todo los de situación más bien subserosa, no molestan a veces en absoluto. Desaparecen lo mismo que llegaron, sin dejar rastro. Mas precisamente en las mujeres jóvenes con grandes tumores intersticiales no existe nunca garantía de que no den lugar más adelante a hemorragias u otros fenómenos morbosos, con reblandecimiento y rotación del pedículo. Por esta razón, una vez abierto el abdomen es indudablemente mejor eliminar los miomas. Cuán acertado es este proceder de principio, lo demuestran las observaciones que revelaron miomas con reblandecimiento central. De haber dejado el mioma, más tarde o más temprano, habría sido necesaria una segunda intervención que así se evitó. Sin embargo, advertimos que con

ésto no se da libertad para un proceder radical. Al contrario, siempre se ha de perseguir el mantenimiento de la función genital íntegra. Según se ha demostrado, la miotomía conservadora da resultados tan favorables, primarios y duraderos, que no hay motivo para ir más lejos. En las miotomías conservadoras no he tenido que lamentar hasta ahora ni una sola defunción. Nunca es mayor el peligro corporal y vital que en la extirpación del útero.

El derecho a eliminar los miomas existentes en caso de embarazo tubárico, sólo tiene dos excepciones. La principal, es la anemia aguda acentuada de la madre. Las mujeres desangradas no se pueden someter a una operación demasiado considerable. La segunda contraindicación del proceder radical, puede ser la edad avanzada de la mujer. Las mujeres que se encuentran ya cerca de la menopausia o más allá de la misma sin que los miomas hayan originado en éllas hasta entonces síntomas molestos, no es de esperar los sufran más en adelante.

En la peritonitis difusa pronunciada, el camino a seguir está marcado con toda claridad. Aquí naturalmente, no queda otro recurso que operar, por no haber otra posibilidad de salva-

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

ción. Efectivamente, a veces se consigue salvar de la muerte segura, casos al parecer desesperados. En cambio, en las peritonitis encapsuladas localizadas, piosalpinx y otras afecciones inflamatorias genitales, la actitud espectante no solamente está permitida, sino que es directamente obligatoria. Ciertamente, con la necesaria eliminación ulterior del tubo grávido, existe todavía la posibilidad de propagar los agentes de la infección, de que el pus pase a la cavidad abdominal. Pero después de esperar algún tiempo la pared del piosalpinx se vuelve a veces tan gruesa, que procediendo con algún esmero, cubriendo, bien las partes sanas, se evita la generalización de la infección a toda la cavidad abdominal. La temida peritonitis difusa no se establece especialmente cuando se deja abierta la cavidad abdominal y se ejecuta una esterilización profiláctica.

Indudablemente, el esperar encierra también ciertos peligros. Se pueden presentar nuevas hemorragias. Pero el peligro de desangre no es tan grande como se podría creer en los abortos tubáricos y hematoceles. Todo el que se tome la molestia de revisar los antecedentes respecto a la duración del embarazo tendrá que convenir en que a veces pasan de 4 a 6 semanas y más, desde la aparición de las primeras manifestaciones hasta que el hematocele es reconocido como tal y operado. Ya los casos comunicados al principio demuestran esto claramente. Nuevas hemorragias en el hematocele, pueden faltar por completo. Sobre todo, en condiciones clínicas, con una vigilancia esmerada de la enferma, queda siempre tiempo suficiente para poder conjurar en seguida los peligros que pudieran amenazar. Cuanto se puede ganar con la expectativa me lo demostró, entre otros, un caso, en el que predominaba un absceso del Douglas provocado seguramente por maniobra criminal. Solamente después de tres semanas de tratamiento se comprobó un hematocele. Apertura vaginal. Tres semanas después había desaparecido el hematocele, palpándose solamente los anexos adheridos.

A veces puede ocurrir incluso que un hematocele infectado sea reabsorbido sin intervención de ninguna clase. Así observé un caso en el que la intervención estaba contraindicada primero por bronquitis y después por angina y un estado piémico. Des-

pués de dos meses de cama, se alcanzó sin intervención alguna un desenlace tan favorable, que la enferma pudo ser dada de alta en perfectas condiciones para el trabajo, con un tumor que no alcanzaba el tamaño de un huevo de gallina.

Diario núm. 869/36. Mujer de 36 años. Dos partos. El último parto en 1926, después de haber sido operada en 1925 por tumor de ovario y flexión uterina. Ya en el mes de julio se presentaron dolores en el lado izquierdo, por lo que acudió a una Clínica, donde fué comprobada una anexitis derecha y fué tratada con cama y compresas, no mejorando. Del 13 al 17 de agosto, último período como de costumbre. Cuando se quiso levantar el 22 de agosto, experimentó de repente violentos dolores espasmódicos en la región hipogástrica, con náuseas, vómito, desvanecimiento y nueva hemorragia genital. El 23 de agosto ingresa en nuestra Clínica con temperatura de 38°, pulso 80, ligera sensibilidad difusa a la presión en el abdomen y ligera tensión de la pared abdominal derecha. El anexo derecho está adherido y la trompa se palpa del grueso de un lápiz. Hay bronquitis. Después de haber ascendido la temperatura a 39,2° el 24/8., persisten temperaturas subfebriles que llegan a veces a los 38° y no se pueden atribuir ya a la bronquitis, remitida entre tanto. El 6/9, se comprueba detrás del útero un tumor de consistencia indefinida. Marcado crujir de bola de nieve. La punción da sangre retenida en la que se comprueban por cultivo diplococos. Debido al infectado hematocèle, no se opera. El 7/9 y el 8/9, escalofríos seguidos de temperaturas hasta 39,2°. En adelante hay siempre fiebre. El 20/9 angina, que no tarda en remitir. Declaración de un exantema luético. Hay continuamente pequeña hemorragia. El 29/9, 2/10, 4/10 y 6/10, escalofríos. Sólo el 15/10 se establece la apirexia. Entretanto, ha aumentado el índice de hemoglobina. El firme tumor blando de detrás del útero, se consolida poco a poco. El 25/10 es ya apenas del tamaño de un huevo de gallina. El día del alta, el 19/11 y en ocasión de un post-reconocimiento el 19/11, no se palpa ya.

Está demostrado que en caso de infección el proceder operatorio es siempre arriesgado. Casos curados después operados con absceso del Douglas hasta en la peritonitis difusa, son

casos fortuitos, que no justifican nunca una intervención obligada solamente por el embarazo tubárico.

En los casos de hemorragias internas amenazadoras, hay que operar siempre, como es natural, cuanto antes, sea cual fuere la complicación existente. Pero si no existe ninguna enfermedad complicante, como la peritonitis difusa, que obligue a la operación inmediata y sea la única que puede proporcionar aún la curación, es indudablemente preferible esperar en todos los demás procesos febriles. Después de haber remitido los primeros síntomas violentos de la infección, es seguramente menos peligrosa una intervención obligada por hemorragias. Además no hay que olvidar que tanto el proceso inflamatorio como el embarazo tubárico pueden curar también hasta el punto de ser posible en ciertos casos prescindir de la operación. Con cuanta frecuencia se encuentran a veces en operaciones, como hallazgos accidentales, alteraciones tubáricas que demuestran que en otro tiempo existieron embarazos en las trompas. Este hecho se debe aprovechar con ventaja en los casos infectados. Cuando se decide el proceder conservador, es lógico que se observará una vigilancia esmeradísima. Así no se puede presentar para la enferma, al menos en las condiciones clínicas, ninguna desventaja, incluso en el caso de nueva hemorragia interna. Siempre se dispone del tiempo suficiente para librar a la enferma del peligro de desangre.

Con esto quedan fijados los principios terapéuticos. Desde que me atengo a ellos, sólo he registrado dos defunciones, hace ya muchos años, en los particularmente desagradables casos de embarazos tubáricos complicados febriles. En uno de estos dos casos, un hematocele infectado había perforado la pared intestinal. La enferma se desangró evidentemente por el desgarramiento de la destruida pared del intestino. La otra mujer había ingresado moribunda, con una peritonitis propagada de 18 horas. La culpa la tuvo aquí el médico que había tratado a la enferma, que no reconoció la anemia aguda. Este caso es por lo demás muy interesante. En la ruptura intersticial de la trompa, el feto y la placenta habían pasado al útero, por lo que no se debe criticar al médico por haber supuesto un aborto intrauterino ordinario, por haber encontrado las dos cosas en la matriz.

Señoras y caballeros: Como ven ustedes, el embarazo tubárico complicado ofrece muchas particularidades desde los puntos de vista del diagnóstico y del tratamiento. Pero no dudo de que ustedes, observando lo dicho, lograrán vencer cuantas dificultades se les puedan presentar y sabrán encontrar el camino recto para su proceder.—*He dicho.*

Tabla de las complicaciones del embarazo tubárico

16	afecciones de los anexos del otro lado
13	hidrosalpinx
4	hematosalpinx
1	piosalpinx
6	tumores de ovario entre ellos
	2 quistes achocolatados
4	miomas
2	apendicitis + hidrosalpinx
1	peritonitis
2	hematoceles supurados

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

El pago de recibos de Colegiados

Cumpliendo acuerdo de la Junta de Gobierno, se han remitido a los Presidentes de las Juntas distritales los recibos de colegiados correspondientes al año de 1937; y otros de años anteriores, pendientes, para que los pongan al cobro, con el ruego de que no demoren mucho esta gestión, a fin de normalizar la situación económica del Colegio y llevar a la práctica un ineludible deber que impone la colegiación.

Estos recibos deben estar satisfechos, y en período de prórroga en un plazo máximo de dos meses, a partir de la fecha de remisión, y transcurrido ese plazo, los Presidentes de las Distritales harán la liquidación con la Tesorería del Colegio, y devolverán los recibos incobrados, los cuales se tratará de hacerlos efectivos, procediendo contra los morosos, conforme al artículo 16 de los Estatutos de los Colegios Oficiales de Médicos, que dice así:

Art. 16. «Los Médicos Colegiados deberán satisfacer dentro del plazo señalado las cuotas ordinarias o extraordinarias que les correspondan. Cuando no lo hicieran, obtendrán una prórroga de dos meses para verificarlo, y si transcurriese el plazo sin que lo efectuasen, se les aplicará, previa notificación, una multa, consistente en el duplo de la cantidad adeudada, más los gastos que se hubieren ocasionado, cuya multa será inapelable. Si el interesado ofreciera resistencia al pago, la Junta podrá exigirlo ante los Tribunales de Justicia, a los que acudirá para que se le ejecute por vía de apremio por el principal, gastos y costas correspondientes. Si el hecho se repitiera más de dos veces, podrá la Junta eliminarlo de la lista de colegiados, con pérdida de sus derechos, y lo comunicará a las Autoridades a los fines correspondientes».

No nos cansamos de llamar la atención, aún pecando de pesados, de los colegiados, sobre estos particulares, para que el día de mañana no tengan de que lamentarse ni de excusarse.

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 ♂ Perfumería ♂
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.*

Previsión Médica Nacional

Con fecha 19 del actual mes, se ha dirigido a los colegiados, pertenecientes a la Previsión Médica Nacional, la siguiente circular:

Distinguido compañero: Después de nuestra circular de fecha 28 de Marzo pasado, volvemos nuevamente hoy a dirigirnos a usted para ponerle en conocimiento de las recibidas de los altos organismos de la Previsión, números 4, 5, 6 y 7.

Dice así la número 4:

Mi distinguido amigo y compañero: Reorganizada Previsión Médica Nacional y reanudado su funcionamiento, se hace preciso adoptar aquellas determinaciones que aseguren el exacto y rápido pago de las cuotas de derrama, ya que, desaparecido el saneado capital social de la Previsión, hay que actuar con estrechas y severas normas de economía y administración que garanticen plenamente el desenvolvimiento de todas las operaciones financieras.

Entendiéndolo así, el Consejo General de Colegios Médicos, constituido en Consejo de Administración de nuestra admirable Institución, en sesión del día 26 de Marzo próximo pasado, ha acordado por unanimidad:

1.º *Que los Presidentes de los Colegios Médicos, ordenen la retención a los Habilitados respectivos, de las cuotas de derrama que corresponda satisfacer a los asociados morosos, de acuerdo con lo establecido en la Orden del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión de 1.º de Octubre de 1934 (Gaceta del 11) y del apartado 9 de la Orden del Gobierno General del Estado de fecha 9 de Diciembre de 1937.*

2.º *Que para aquellos casos en que los morosos no perciban retribución oficial alguna, se aplique el artículo 58 del Reglamento con relación al 16 de los Estatutos vigentes.*

El Consejo espera de esa Junta Directiva que, en comunidad espiritual con él, consiga exaltar en todos los asociados impulsos de entusiasmo para el cumplimiento de los deberes que les impone el sostenimiento y desarrollo de nuestra bienhechora Previsión.

Sírvase dar a conocer los acuerdos citados, ordenando la publicación en el «Boletín» del Colegio, de los preceptos reglamentarios a que se refieren.

Le saluda muy atentamente su afftmo. amigo y compañero q. e. s. m.—El Secretario, S. García Vicente.—V.º B.º: El Presidente, Enrique Suñer.

En la número 6 se dice:

Mi distinguido amigo y compañero: Se ha dispuesto por el Consejo de Administración que, las cuotas de derrama correspondientes a la sección de Vida y comprendidas entre el 1.º de Julio de 1936 y el mes de Febrero de 1938, sean cobradas en 5, 10, 15 y 20 años respectivamente, según los grupos de inscripción.

En la sección de Invalidez se abonarán las cuotas de derrama complementarias en tantos meses como hubiese estado suspendido el funcionamiento de la Mutual.

Las cuotas complementarias a que se refieren los párrafos anteriores, se pondrán al cobro desde el 1.º de Mayo próximo.

Si en ese Colegio de su digna Presidencia, se hubiesen puesto recibos al cobro, con carácter provisional, serán canjeados mensualmente por recibos corrientes que se remiten, de modo que el asociado solamente pague el recibo complementario y esto tantos meses como mensualidades tenga satisfechas con anterioridad.

(Tenemos entendido que los recargos sobre las cuotas mensuales, para amortizar los atrasos a que se refiere esta circular, oscilan entre 1'50 pesetas como minimum y 11'50 como maximum).

La número 7 dice:

Mi distinguido amigo y compañero: El Consejo de Administración, en sesión celebrada el día 26 del pasado mes de Marzo, acordó por unanimidad, reanudar el pago de las pensiones por subsidios de vida e invalidez a partir del 1.º de Abril de 1938 con arreglo a las siguientes instrucciones:

1.º En los Colegios en que se haya suspendido el pago de las pensiones, deberá prorrogarse el vencimiento o terminación del disfrute del subsidio de vida, tantos meses como hayan estado sin cobrar los beneficiarios.

2.º En cuanto a los subsidios de invalidez que hayan también estado suspendidos, deberán pagarse las mensualidades no percibidas por los asociados, abonándoles cada mes el importe correspondiente a dos, hasta extinguir la cantidad que se les adeudaba en 31 de Mayo último.

Los anteriores subsidios, tanto de vida como de invalidez, comenzarán de nuevo a devengarse a partir del 1.º de Abril y se harán efectivos por mensualidades vencidas, es decir, que la mensualidad de Abril se pagará a los interesados el 30 de dicho mes.

(El pago de pensiones y por referencias que tenemos, a los inválidos y a las viudas, huérfanos y familiares de los médicos fallecidos, se hará sin excepción de ninguna clase).

La Circular número 5 no es de interés más que para la Junta de Gobierno del Colegio y contiene normas para la liquidación.

Preceptos que se citan en la Circular núm. 4

Orden del Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión de 1.º octubre de 1934 («Gaceta» del 11):

«6.º Los Habilitados tendrán a su cargo el abono, por cuenta de los interesados, de las cuotas individuales en los organismos profesionales oficiales e Instituciones o filiales».

Orden del Gobierno General del Estado, fecha 9 diciembre de 1937, (Boletín del Estado del 11):

«9.º El asociado que dejara en descubierto el pago de recibos que importen el valor de su garantía, se le harán efectivos ordenando sean descontados hasta el límite legal que señalan las disposiciones vigentes, quedando facultado el Consejo de Administración para aplicar en cada caso a los asociados los beneficios que señala el artículo 57 de los Estatutos, si así conviniese a los intereses de Previsión Médica Nacional».

Estatutos de la Previsión Médica Nacional:

«Art. 57. El socio que dejare al descubierto el pago de los recibos que importen el valor de su garantía, será excluido del grupo o grupos a que pertenezca. El Consejo de Administración, sin embargo, previa petición escrita, podrá concederle una prórroga sin recargo alguno. Cuando haya razones justificadas para mayor demora, deberá el socio atenerse a lo preceptuado en el capítulo destinado a los auxilios económicos por insolvencia forzosa.

A los socios de inscripción obligatoria, a los cuales no se les podrá aplicar la exclusión antedicha, se les cobrarán los recibos

pendientes por los Colegios Médicos siguiendo la vía de apremio, disponiendo para ello dichas Corporaciones de las mismas facultades que para el cobro de sus cuotas les conceden los vigentes Estatutos, y mientras no repongan la garantía quedarán en suspenso de todos sus derechos».

«Art. 58 Tendrán los Colegios Médicos provinciales las mismas atribuciones para el cobro de las derramas de esta Mutual que para el percibo de las cuotas de colegial, y podrán exigir su pago por el mismo procedimiento y en igual forma y cuantía que los Estatutos vigentes determinan para exigir dichas cuotas, por el grave peligro que los socios morosos representan para la buena administración de la «Previsión».

Estatutos de los Colegios Oficiales de Médicos:

«Art. 16 Los médicos colegiados deberán satisfacer dentro del plazo señalado las cuotas ordinarias o extraordinarias que les correspondan. Cuando no lo hicieran, obtendrán una prórroga de dos meses para verificarlo, y si transcurriese el plazo sin que lo efectuasen, se les aplicará, previa notificación, una multa, consistente en el duplo de la cantidad adeudada, más los gastos que se hubieren ocasionado, cuya multa será inapelable. Si el interesado ofreciera resistencia al pago, la Junta podrá exigirlo ante los Tribunales de Justicia, a los que acudirá para que se le ejecute por vía de apremio por el principal, gastos y costas correspondientes. Si el hecho se repitiera más de dos veces, podrá la Junta eliminarlo de la lista de colegiados, con pérdida de sus derechos, y lo comunicará a las Autoridades a los fines correspondientes».

Por estas nuevas circulares podrá apreciar el asociado el interés que Previsión Médica Nacional pone en cumplir sus elevados fines, a cuyo interés hay que corresponder con el deber de atender puntual y escrupulosamente los pagos y demás obligaciones que impone el pertenecer a la misma.

Se reiteran de V. affmos. ss. ss. q. e. s. m., El Secretario,
Manuel Fontoira Peón.—V.º B.º El Presidente, *Sócrates González*».



El pago del subsidio de Vida

Mi distinguido amigo y compañero:

Habiéndose acordado por el Consejo de Administración el pago de los subsidios de Vida, se hace necesario dictar aquellas instrucciones a los Colegios provinciales por cuyo conducto han de hacerse efectivas, y en su virtud, la Comisión Permanente, ha dispuesto:

1.º Que los Colegios Médicos no entreguen subsidio alguno hasta que por las Oficinas Centrales sea enviado el oficio de concesión a los interesados por conducto de aquellos y el talonario correspondiente.

2.º Que los beneficiarios del asociado inscrito en el grupo I, de la Sección de Vida, percibirán una pensión durante cinco años de 83'33 pesetas mensuales; los del grupo I y II, de 125'00 pesetas mensuales durante diez años; los del grupo I, II y III de 208'33 pesetas también mensuales los diez primeros años y de 83'33 pesetas mensuales durante los cinco años restantes; y, los del grupo I, II, III y IV, 291'66 pesetas mensuales durante los diez primeros años, 166'66 pesetas, también mensuales, durante los siguientes cinco años, y 83'33 pesetas mensuales también, durante los restantes cinco años.

3.º Que las cuotas de derrama que corresponda satisfacer desde el 1.º de Julio de 1936 al mes de fallecimiento del asociado, serán deducidas del subsidio concedido y a cuyo efecto, en el momento que exactamente sean calculadas, se comunicará a los interesados y a los Colegios, a fin de que estos últimos procedan a su anotación en la cuenta correspondiente.

4.º Los Colegios de Médicos, para prevenir posibles confusiones en el pago de las pensiones por la diversidad de su cuantía dentro de los plazos en que han de amortizarse, llevarán un libro de pensiones, abriendo una cuenta individual a cada pensionista, en la que anotarán como primera partida de abono, el importe total del subsidio concedido, cargando mensualmente la cantidad satisfecha, y en su día, la cuota de derrama de que se habla en el párrafo 3.º

Le saluda muy atentamente su afmo. y amigo y compañero.
El Secretario, *S. García Vicente*.—*Enrique Suñer*, Presidente.

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 **ANTIIECZEMATOSA (A)**

Para eczemas agudos.

Pomada **ANTIIECZEMATOSA (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

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

Los recibos de la Previsión Médica Nacional

A pesar de la Circular fecha 28 de marzo, dirigida a los asociados de la Previsión y publicada en el BOLETÍN del mismo mes, muy pocos fueron los señores que han escrito manifestando la forma en que desean satisfacer mensualmente los recibos correspondientes.

En su consecuencia, a los señores que tuvieron la atención de corresponder a la mencionada circular, les cobraremos los recibos con arreglo a sus indicaciones; a los demás, a los que no han tenido la amabilidad de corresponder a nuestros buenos deseos, (deseos que no hacen más que responder a las consignas recibidas del Consejo General de Colegios y al entusiasmo que tenemos y todos debieran tener por institución tan importante y de tan alto interés para la clase médica, como es la Previsión), a esos señores, les enviaremos sus recibos, corrientes y atrasados, contra reembolso o por medio de Casa Bancaria, con cargo de gastos, según ya se indicaba en la circular citada.

Advertimos que el pago de estos recibos es **obligatorio**, y que contra los morosos habremos de proceder, inflexiblemente, por **obligación que se nos impone**, con arreglo a los preceptos legales que se refieren al particular, preceptos que se reproducen, por mandato del Consejo de Colegios, en el presente BOLETÍN (circular dirigida a los asociados a Previsión Médica Nacional).

Llamamos a todos, muy encarecidamente, la atención sobre tales preceptos, para que luego no puedan hacer alegación alguna contra su morosidad y las medidas que contra ellos se tomen.

Sección de Noticias

Han llegado y sido puestos al cobro, los recibos de Previsión Médica Nacional correspondientes al mes de Abril.

En la ciudad de Vigo ha dejado de existir el culto y prestigioso Teniente Coronel Médico D. Alfredo Pérez Viondi, siendo su muerte sentidísima, pues el finado gozaba de grandes y merecidas simpatías que le llevaron a desempeñar con gran acierto la Alcaldía y Presidencia de las principales sociedades de esta ciudad, en donde residía hace muchos años.

En la actualidad estaba retirado y desempeñaba el cargo de Director del Hospital Militar de «Bella Vista».

Descanse en paz y reciban sus distinguidos familiares la expresión de nuestro pesar por muerte tan sentida.

Teniendo en cuenta las mayores puntuaciones obtenidas, han sido propuestos para ocupar los cargos de Médico-Director y Médico residente, respectivamente, del Sanatorio Antituberculoso del Rebullón (Pontevedra), los Colegiados D. José Ramón de Castro y D. César Abellás Justo.

También han sido propuestos para Practicantes los señores D. Isolino Pérez Rubio y D. Germán Iglesias de la Puente.

CEREGUMIL FERNÁNDEZ

EL MEJOR ALIMENTO PARA NIÑOS, ANCIANOS
Y CONVALECIENTES

ESPECIALMENTE INDICADO PARA ENFERMOS
DEL ESTÓMAGO

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

PONTEVEDRA - ORENSE

AÑO XII (4.^a E.^a) — ABRIL DE 1938 — NÚM. 146

Notas Sindicales

Asamblea Colegial

De conformidad con lo dispuesto en el Reglamento interno del Colegio, corresponde celebrar la II Asamblea General, el segundo sábado del próximo mes de Junio en la localidad que la Junta de Gobierno estime conveniente, dentro de la Zona de la XI.^a Región. Según hemos podido informarnos, la Directiva, proyecta la celebración de dicho acto en Orense, aplazándolo para los días 16 y 17 del referido mes de Junio.

Se han ofrecido ya los títulos de varias ponencias que no dudamos habrán de resultar de interés especial para la clase odontológica española.

Previsión Médica

Se ha cursado a los interesados la oportuna circular anunciándoles el plazo de cobranza de sus cuotas correspondientes a atrasos anteriores a Julio de 1936 y Marzo de 1938.

Se encuentran ya también al cobro, los recibos de Abril de 1938.

Recordamos a todos los inscriptos en la Previsión la urgencia en la recepción y abono de dichos recibos.

Fondo de socorro para atender a los compañeros en la frontera

El Vice-Presidente del Colegio de la I.^a Región, D. Manuel Saenz Pipaon, en atento B. L. M. nos comunica que en su domicilio, Paseo de Colón 13, Irún, se reciben los donativos de cuantos compañeros deseen interesarse en tan laudable obra benéfica.

Necrológica

En Orense, ha fallecido el día 22 del pasado Abril, el colegiado D. Atilano Moreno Blanco.

Miembro destacado de este Colegio, al que había aportado múltiples y acertadas actuaciones, se distinguió por su entusiasmo profesional y su competencia sanitaria, dejando un vacío de difícil sustitución.

Al acto de sepelio, celebrado el día 23, acudió una representación del Colegio figurando en la presidencia del duelo, el presidente de la XI.^a Región.

A su viuda D.^a Carmen Ruiz-Aguirre y a sus hijos, Carmen y Luis, así como al resto de la atribulada familia, reiteramos la condolencia de nuestro pesar por tan irreparable pérdida.



Cuotas Colegiales

Cumpliendo acuerdo de la Junta General del día 12 de Marzo último, los recibos correspondientes a la cuota colegial del mes de Abril, serán entregados al Banco para su negociación el próximo día 10 de Mayo. Los colegiados que antes de dicha fecha los recojan en Tesorería (Michelena 23.—Pontevedra), pueden hacerlo con el abono de 7'50 pesetas sin cargo de los demás gastos de giro, quebranto, etc., lo cual recordamos desde estas líneas para aquellos que deseen acogerse a dicho beneficio.



Sustitución

Por fallecimiento del propietario de la Clínica Dental establecido en Orense Calle del Progreso 54, el Colegio interesa Odontólogo que desee regentar dicho Gabinete, pudiendo dirigirse las propuestas a este domicilio social, Michelena 23, Pontevedra.



El elemento neuroendocrino en la Patología dental

Por el Dr. Fernando Rodríguez-Fornos

III

Es bien sabido que en el órgano dentario, como en los restantes de nuestra economía, este ciclo vital puede ser un síntoma más de vejez, acompañando a la total declinación de la curva vital del sujeto o puede, ser local e independiente de lo que sucede en el resto del organismo, y en todos los casos puede estar influenciado por factores constitucionales, endógenos o exógenos, que se han de analizar en cada caso.

Esta nueva orientación de la patología dentaria hacia el estudio de la curva vital y de los factores que la integran y modifican ha dado ya sus frutos en el mejor conocimiento de los grandes procesos de caries dental piorrea, que han sido muy bien expuestos por el profesor Giménez en una conferencia.

Como prueba de la influencia de las variaciones de textura del diente en la patología de la caries dental podemos citar los trabajos de Pickerill, quien por investigaciones físicas y colorimétricas ha clasificado los dientes en escleróticos y malacóticos, señalando sus diferencias histológicas y sacando la conclusión de que los primeros son refractarios y los segundos predispuestos al proceso de caries.

Mellanby, en interesantes estudios, ha dada una luminosa aportación al estudio histopatológico de la caries dental en sus relaciones con el ciclo vital.

Gasmann, estudiando el contenido de cal de los dientes, ha señalado las alteraciones del metabolismo cálcico que juegan un papel importante en la protección de las caries.

Howe y Mellanby por un lado y Grives por otro, han estudiado con fruto las alteraciones histológicas dentarias en animales en experimentación con regímenes de carencia y falta de vitaminas A y escasez de vitaminas C, provocando trastornos en la constitución química de los dientes que conducen a lesiones patológicas.

A este respecto, las investigaciones realizadas por Kauer y Schnitzer en los niños de dos pueblos del distrito de Baden son

interesantes. Las observaciones recogidas por estos autores demostraron grandes diferencias en la frecuencia de la caries. Como los dos pueblos están muy próximos y beben agua de los mismos manantiales no podía imputarse a la dureza del agua ni a diferencia de raza esta distinta predisposición.

Los sitios habitados por industriales ricos eran los más atacados, observando que los niños comían mucho dulce y muy poco pan. En los barrios habitados por campesinos no comían dulce y sí pan negro, y los niños tenían dentaduras excelentes.

Por otra parte, Tuerkeim ha estudiado las alteraciones de la composición de la saliva y su relación con la patología dentaria, marcando orientaciones nuevas en el estudio del equilibrio normal entre la saliva y esmalte y sus perturbaciones.

Para terminar el estudio de la influencia de la curva vital sobre enfermedades dentarias solo señalaremos la teoría constitucional de Gottlieb, que concede en la piorrea un lugar preeminente al factor constitucional como causante de la paradentitis de la edad madura y de la paradentosis que evoluciona sin inflamación y que están relacionadas con trastornos distróficos.

De lo dicho se desprenden fácilmente que los procesos que precipitan la vejez del diente o modifican su ciclo normal están notablemente influidos por factores constitucionales, y son tan numerosos que no haremos más que esbozar los más interesantes.

DROGUERÍA
— DE —
CELSO VARELA
Manuel Quiroga ♦♦♦ PONTEVEDRA

Especialidades ♂ **Productos Químicos y**
Farmacéuticos ♂ **Perfumería** ♂ **Pinturas**
♂ ♂ ♂ **y artículos fotográficos** ♂ ♂ ♂

Dicho ya que el diente es inseparable del paradontio, debemos ahora recordar las sinergias del órgano dentario con el resto de la economía, ya que este substrátum fisiológico descansa el problema que nos ocupa.

Los dientes, en combinacion con los labios, mejillas y lengua, reciben impresiones sensitivas para la conduccion de los estímulos que, llegados a los centros, han de provocar la respuesta motora adecuada a la masticacion.

La funcion masticatoria no está subordinada solamente al estado del diente, sino principalmente a la voluntad y temperamento del sujeto.

Las reacciones de sinergia son bien claras en cuanto al acto de masticar provoca por vía refleja la secrecion de la saliva, determinando una saliva acuosa o parasimpática, o una saliva viscosa o simpática.

Schereuer y Riegel encontraron que la masticacion produce excitacion de la secrecion gástrica.

Para Bauer y Schur la relacion entre el acto de la masticacion y la secrecion gástrica se produce en el hombre por la aparicion de la sensacion grosera del apetito.

De aquí se deduce que la intervencion del sistema vegetativo, tan ligado al endocrino, y, por tanto, al factor constitucional tiene íntima relacion con las funciones de masticacion.

Hay individuos taquifágicos que generalmente pertenecen a la constitucion hipertiroidea y que casi siempre tienen buena dentadura y mastican poco y rápido, mientras que los sujetos del hábito opuesto, hipotiroideos, mastican lentamente y tienen dentadura pobre, con tendencia a la caries y a la caducidad precoz.

Desde el punto de vista constitucional los individuos hipertiroideos tienen una dentadura optima, son taquifágicos y el predominio en ellos de la inervacion simpática determina escasez y viscosidad exagerada de la saliva (saliva simpática). La boca seca y ardiente del hipertiroideo es la expresion más alta de este trastorno.

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.

LA IBÉRICA DENTAL S.A.

IMPORTADORES DE ARTÍCULOS DE ALTA CALIDAD

BARCELONA



**Establecimiento Dental
de Primer Orden**

VENTAS Y OFICINAS: ALMACENES: Direc. Telegráfica: ODONTO

Vía Layetana, 57 - 1.º

Virgen del Pilar, 15

Teléfono 16653

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

Por D. Antonio Pascual Murcia, Odontólogo

(Continuación)

Tanto los gánglios submaxilares como los sublinguales se infartan y pueden apreciarse claramente a la palpación. El pronóstico en estas edades es casi siempre muy grave, puesto que con frecuencia se presenta la afección en organismos debilitados por infecciones generalizadas; tenemos recientísimo el caso de una niña de veintiseis meses, a la que hemos visto cuando, aún teniendo ulceraciones típicas de fuso-espirilosis, estaba complicado el cuadro clínico con una infección piógena perióstica de todo el maxilar inferior que se extendía de ángulo a ángulo; gravísimo estado infectivo subsiguiente a un Kala-azar.

El cuadro clínico infantil, anteriormente descrito es análogo al citado por Nogué en su artículo «La gingivo-estomatitis de los lactantes» publicado en «Le Journal de Practiciens» en Febrero de 1900, bajo el nombre de «gingivo-estomatitis de forma necrosante», en el que erróneamente atribuye su causa patógena inicial quizás a un estreptococo, y aconseja para su tratamiento el empleo de vacunas polivalentes, aunque diciendo que dá pocos resultados.

Bosquejaremos las formas de tipo crónico. Cruet, (1906) describió la forma crónica de esta enfermedad, que como particularidad presenta la parquedad de síntomas desde su iniciación; estos consisten según dicho actor, en gingivitis predominante en el maxilar inferior, con ulceraciones en corto número y muy pequeñas, que asientan en el vértice de las papilas gingivales interdientarias, de aspecto grisáceo y ribeteado, con tendencia hemorrágica y dolor a la presión. Este autor sitúa las lesiones en personas de salud mediocre y la considera como sino premonitorio de debilitamiento orgánico.

Hoy sabemos que su etiología es muy otra. Los Drs. Belding han descrito a la perfección este tipo de infección fuso-espiral di-

ciendo: «que existe endémicamente, que ha sido descrita como la corriente gingivitis, de iniciación tan insidiosa que su presencia no es sospechada hasta que el proceso no está bien avanzado y que cuando esto no ocurre (el 90 por ciento de las gingivitis ordinarias) pasa completamente desapercibido su diagnóstico como gingivitis específica; que como característica topográfica tiene el presentar encías romanas, redondeadas y separadas de los cuellos dentarios y con las papilas interdentarias absorbidas, con el único síntoma, de hemorragia espontánea algunas veces en estos espacios interdentarios y provocada siempre por el cepillado, a menos que el margen gingival esté tan fuertemente contraído alrededor de los cuellos de los dientes que no exista surco gingival. Al examen con la sonda a lo largo de los cuellos dentarios, de ordinario se encuentran bolsas llenas de una substancia hedionda y necrótica en la que siempre se encuentran espirochetos. Los dientes pueden o no estar movidos, habiendo temporadas en que las hemorragias cesan y los dientes movilizados se sujetan».

(Continuará)

DEPOSITO DENTAL SAFORT S. A.

ARTICULOS DENTALES DE LAS MEJORES MARCAS

CASA CENTRAL: Mar. 9.—VALENCIA

SUCURSALES

VIGO: Galán, 33.3.° ZARAGOZA: Coso, 135



BÁLSAMO 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