

SUMARIO

ARTÍCULOS ORIGINALES

Páginas

DR. FAUSTINO ZAPATERO.— <i>Modernas orientaciones en profilaxis del sarampión</i>	543
DR. I. SÁENZ DE LA MAZA.— <i>Contractura de rodilla curada por intervención bucal</i>	549
RICARDO ROYO-VILLANOVA Y MORALES.— <i>Los atropellos en la vía pública desde el punto de vista médico-legal</i>	553
DR. EDUARDO LEDO.— <i>Vulvo-vaginitis en una niña de tres años y medio</i>	568

REVISTA DE REVISTAS

Medicina interna, por M. Sebastián.

<i>Investigaciones sobre el tratamiento del ulcus ventriculi por medio de la sonda yeyunal</i> .—Scholt y Brugsch.....	569
<i>Nuevas investigaciones metabólicas con glicocola en la distrofia muscular progresiva</i> .—Kostakow y Slauck.....	570
<i>La teofilina como diurético</i> .—C. Romer y H. A. Meyer.....	570

(Sigue)

Dr. Georg Henning, Berlin



Testogan Preparado organoterápico, de efecto seguro, indicado en los casos de: **Potencia reducida, neurastenia sexual, estados de agotamiento, vejez prematura.**

Teligán Para combatir eficazmente los desórdenes funcionales de las glándulas genitales. Indicado en: **Desórdenes de la menstruación, molestias de la menopausia, insuficiencia sexual, vejez prematura.**

Sipolysin Muy indicado en la **adiposidad, tanto endógena como exógena. Formas mixtas.**

Intestinol Preparado a base de páncreas, secreta y carbón. Indicado en todos los **desórdenes digestivos, como estimulante fisiológico de las glándulas digestivas.**

Pituigan Extracto estandarizado del lóbulo posterior de la hipófisis. **Debilidad de las contracciones uterinas, hemorragias, postparto, postaborto y ginecológicas, debilidad circulatoria.**

Myoston Extracto estandarizado de la musculatura, libre de albúmina. **Angina de pecho, esclerosis, coronaria y enfermedades análogas de los vasos cardiacos.**

Muestras y bibliografía al representante general para España:

GUILLERMO HOERNER, Suc. de WALTER ROSENSTEIN, BARCELONA — Apartado 712

Neurología y Psiquiatría, por J. M.^a Villacián.

<i>Sobre la encefalografía gaseosa por vía lumbar.</i> — Cl Vincent, F. Rappoport et H. Berdet.....	575
<i>Consideraciones clínicas y fisiológicas sobre la enfermedad de Friedreich. La heredo-degeneración espino-cerebelosa.</i> — G. Guillain et P. Mollaret.....	574
<i>El signo de Argyll Robertson. Exposición anatomo-fisiológica del fenómeno con una ojeada a su comportamiento en la neurosífilis.</i> — H. Houston Merrit and Merrill Moore.....	575

Dermatología y Sifilografía, por E. Ledo.

<i>Estudio de la arsena-resistencia según una estadística de hospital.</i> J. Gate et P. Tirau.....	576
<i>Observaciones sobre la enfermedad de Hodgkin, presencia de un agente patógeno en los ganglios y su investigación para el diagnóstico.</i> — Gordon.....	576
<i>Tratamiento preventivo local de las estomatitis medicamentosas, mercuriales y bismútics, especialmente.</i> — Lebourg... ..	577
<i>Una reacción biológica para el diagnóstico de la enfermedad de Hodgkin.</i> — Rooyen.....	577
<i>El tiosulfato de calcio en el tratamiento de las complicaciones consecutivas al empleo del neosalvarsán y del bismuto.</i> — Mac. Lachlan.....	577
<i>Aportación al tratamiento de la neurosífilis con el virus del herpes asociado a la impaludización o al pyrifer.</i> — H. Hruszek.....	578
<i>La esplenoterapia de las dermatosis pruriginosas.</i> — Gate, Charpy et Monard.....	578

(Sigue)

Preparaciones ETHOS

TERMOTONA

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

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

SUERO ESPAÑA

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

FÓRMULA	{ Astenol	0,012 grs.
	{ Acido glicerosofórico	0,046 >
	{ Acido cacodílico	0,030 >
	{ Hierro asimilable	0,002 >
	{ Glicerosofato estrícnico	1/4 milig.

FOSFOVITÓGENO

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

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

Para muestras y literatura, dirigirse "LABORATORIOS ETHOS"

M. CALVO CRIADO, Farmacéutico, VALLADOLID

Todavía el zona y la varicela.—G. Blechmann..... 578
Ciertos aspectos no resueltos de la infección sifilítica; posibilidad de la existencia de portadores sanos de treponemas.—Coutts... 578

Pediatría, por Allué Horna.

Comprobación experimental del eritema nudoso y su etiología tuberculosa.—Dr. Raul Cibils..... 579
Epilepsia infantil y manía crónica.—R. Benon..... 580
Contribución al estudio de la etiología del mongolismo.—Doctor Santillana..... 580

Otorrinolaringología, por Berceruelo.

Las amígdalas y su importancia como foco generador de las infecciones.—S. R. Berceruelo y A. López de Letona..... 581
Sobre el poder de absorción de la mucosa de las vías respiratorias.
 —E. Libereiro y E. Teneffes Valsava..... 581
Tuberculosis laríngea y gestación—Pacilewier y Convelaire..... 582
La proteinoterapia en Otorrinolaringología.—Armando Lenci..... 582
Un caso de imperforación congénita de esófago.—R. Martín Sabater.
La vacunoterapia y la proteinoterapia en la mastoiditis aguda.—
 F. D'Onofrio..... 583
Sobre el cardiospasma y la dilatación del esófago—Dr. Einhorn... 583
Colesteatoma del oído, caso clínico.—E. F. Ziegelman..... 583

BIBLIOGRAFÍA..... 585

LIBROS RECIBIDOS..... 586

¡Alerta, médicos!..... 588

BOROLUMYL

FORMULA: TARTRATO BÓRICO POTÁSICO, FENIL-ETIL-MALONILUREA, CAFEINA, BELLADONA ETC.

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
 ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.Y Na.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las

VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las
GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

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

Dirigirse para muestras y literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO Aparto 648 MADRID

ANGINA DE PECHO

y síndromes angioespásticos en general

MIOSAL

extracto líquido total desalbuminado de músculo fresco

Angina y pseudo-angina de pecho / Neurosis cardiovascular angiespasmódicas / Claudicación intermitente de las extremidades / Hemicrania habitual o paroxística de base angioespasmódica / Enfermedad de Raynaud y de Bürger / Cólico saturnino / Crisis angioespasmódicas por nicotinismo agudo y crónico / Seudoasma cardio-renal / Hipertensión esencial

BALDACCI
PISA

Para inyecciones: cajas de 12 ampollas de 2 cc.

Para vía oral: frascos cuentagotas de 40 cc.

AGLICOLO

diabetes y glicosurias; gotas y comprimidos.

IODARSOLO

yodo y arsénico; elixir, inyectables.

LEJOMALTO

azúcar alimenticio; polvo.

OXIDAL

activador de la oxidación celular; inyectable.

ZIMENA

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

CASEAL CALCICO

heteroproteínoterapia; inyectables 2 y 5 cc.

CORTICAL

corteza suprarrenal; gotas e inyectables.

ERGAL

médula suprarrenal; gotas e inyectables.

GONEAL

químio-proteínoterapia; inyectables.

LUTEAL

cuerpo lúteo; inyectables.

NARCOTAL

extracto del opio; gotas, comprimidos, inyectables.

OVARIAL

juugo ovárico fisiológico; gotas e inyectables.

AGENTE PARA ESPAÑA:

M. VIALE. Provenza, 427 - BARCELONA :: C. Delicias, 13 - MADRID

Modernas orientaciones en profilaxis del sarampión

por el doctor Faustino ZAPATERO

Médico-Director interino del Hospicio provincial

A pesar de las recientes investigaciones sobre al agente causal del sarampión, no se han logrado aún pruebas concluyentes y definitivas sobre su naturaleza.

El estado actual de esta cuestión, sólo nos permite indicar que el virus del sarampión pertenece al grupo de los llamados gérmenes filtrables, incluido entre los ectodermotropos. Los investigadores, divididos en dos grupos, sostienen: los del primero, que el agente etiológico del sarampión es el diplococo de Tunicliff, y los del segundo, que el agente causal es el virus filtrable de Degkwitz.

Pfaundler sostiene una opinión conciliadora; para este eminente patólogo, los gérmenes cultivables y visibles (diplococo de Tunicliff) serían fragmentos de gérmenes filtrables y de difícil cultivo (virus de Degkwitz).

El sarampión es la más frecuente de las fiebres eruptivas; ningún individuo de país civilizado se ha librado de su ataque. Una reciente investigación comunicada a la Société de Pédiatrie de París, por los médicos de los Hospitales encargados del Pabellón de enfermos de sarampión, ha puesto en evidencia una conclusión muy interesante desde el punto de vista de la profilaxis y es que el máximum de defunciones por sarampión comprende a los niños de seis a veinticuatro meses. Dice Debrè, que en París las estadísticas comparadas demuestran que el sarampión produce más defunciones en los niños menores de cinco años que la escarlatina, tos ferina y difteria juntas.

Es, pues, muy interesante proteger eficazmente contra el sarampión sobre todo a los niños menores de cinco años, en los cuales causa más mortalidad dicha fiebre eruptiva.

Vamos a exponer muy brevemente lo que Pfaundler llama higiogénesis del sarampión, como orientación que nos sirva de guía para sentar las bases de una profilaxis biológica, única posible por hoy, y que los trabajos de los médicos de Boston Ch. F. Mckhann y Fu TangChu hacen entrever muy eficaz y que más adelante expondremos detalladamente.

El virus del sarampión penetra en el organismo del individuo receptible por las vías respiratorias superiores, y como dicha enfermedad infecciosa podemos considerarla, siguiendo las ideas de Pirquet, como una enfermedad

de reacción, sigue a la penetración del virus en el organismo del niño no sarampionizado un período de silencio por carecer dicho virus de toxicidad primaria; este período, sin respuesta orgánica del invadido, se caracteriza por una multiplicación incesante del virus invasor y se extiende hasta el sexto día del período de incubación. Hasta este momento ni hay síntomas de enfermedad infecciosa ni contagio. Una vez realizada una impregnación total orgánica por el virus del sarampión, empieza éste a ser eliminado, creando a la vez los primeros síntomas de la fiebre eruptiva, cuya profilaxis estudiamos por parte de las mucosas y piel (conjuntivitis, aerosiringitis superior, preexantema, etc.), iniciándose la contagiosidad que como luego veremos está en relación directa con la intensidad de este período llamado catarral.

Llegado este momento, el organismo inicia su defensa desplegando su primera etapa de defensa humoral con la producción de anticuerpos líticos, los cuales, como más adelante indicaremos, marcan con su aparición el final del período de incubación. Estas lisinas, al actuar sobre el germen del sarampión, producen la liberación de cuerpos tóxicos, los que hacen que el organismo al elaborar antitoxinas realice la segunda etapa de la defensa humoral.

Si esto es verdad, es decir, si se suceden cronológicamente en la defensa humoral orgánica las dos etapas mencionadas anteriormente: primera etapa lítica y segunda etapa antitóxica, hemos de encontrar en la sangre del morbilioso y correspondiendo a las distintas fases y períodos del proceso infeccioso, unas veces lisinas y otras antitoxinas, y al final ambos inmun-anticuerpos.

Pfaundler inyecta 5 cc. de sangre de un morbilioso de 8 años de edad en franca convalecencia, y que lleva cuatro días sin fiebre, a un niño de once meses de edad, en cuarto día de incubación del sarampión, apareciendo a las catorce horas un típico exantema morbilioso. Ha sucedido aquí un fenómeno muy interesante y es el de terminar bruscamente el período de incubación, pudiendo producir el exantema a voluntad del experimentador. La interpretación de este interesantísimo hecho la da la teoría de Pfaundler, para explicar la higiogénesis o mecanismo de cómo consigue la curación el organismo invadido por el germen morbilioso. En la sangre del enfermito de sarampión convaleciente, ya no hay ningún germen, pues el organismo ha producido lisinas en cantidad tal, que han sido todos destruidos, y la sangre de dicho sujeto ha perdido la infecciosidad; ya no es contagiosa, pero puesta en contacto con nuevos gérmenes, al actuar sobre éstos, libera productos tóxicos, iniciándose los síntomas morbosos (a las catorce horas exantema), y por parte del organismo la producción de antitoxinas; segunda etapa de la defensa humoral, pues con la inyección de sangre «saturada» de lisinas hemos «ahorrado» a dicho organismo la primera etapa de defensa humoral lítica.

La producción de antitoxinas es más lenta y no alcanza su acmé hasta el octavo día después de la defervescencia. Llegado este momento, la sangre contiene lisinas y antitoxinas en cantidad suficiente para que, inyectadas durante el período de incubación del sarampión en el momento oportuno que luego indicaremos, produzcamos no sólo la destrucción lítica de gérmenes como en el primer caso, sino la completa neutralización de los productos tóxicos liberados, evitando la aparición del exantema y de todo signo morbosos.

Dice Gröer en su capítulo sobre el sarampión, del Tratado de Pfaundler y Schlossman, como crítica de las ideas de Pfaundler expuestas anteriormente, que lo que da valor a esta teoría es la profunda distinción que establece entre los cuerpos de reacción específica (líticos y antitóxicos) lo que favorece extraordinariamente el conocimiento de la patogénesis e higiogénesis del sarampión.

Teniendo en cuenta el estudio de las estadísticas comparadas a que nos hemos referido más arriba, y dado el estado actual del problema de la profilaxis del sarampión según le ha planteado modernamente Pfaundler, tenemos que considerar «la profilaxis eficaz contra el sarampión como exigencia imperiosa de una política higiénico-social bien entendida.»

Hay que evitar el sarampión a los niños menores de cinco años, sobre todo a aquellos comprendidos en la edad más peligrosa, que según las estadísticas es de seis a veinticuatro meses. El punto central de la profilaxis del sarampión es, pues, la protección eficaz contra el mismo de los niños incluidos en el grupo de la edad citada anteriormente. Hemos visto al estudiar el mecanismo, de cómo consigue la curación un organismo invadido por el virus del sarampión, que hay un momento en la lucha entablada con el germen morbilioso muy interesante para la profilaxis; me refiero a aquel en que una vez realizada la impregnación total del organismo por el virus, cronológicamente hasta el sexto día próximamente del período de incubación, comienza la eliminación del mismo por las mucosas y la piel, terminando el período silencioso y empezando con los primeros síntomas de la enfermedad la contagiosidad del sarampión; de aquí se deduce la importancia del exacto conocimiento de estas fases en la enfermedad infecciosa, cuya profilaxis estudiamos por descansar sobre ellas las bases más firmes sobre las que se puede edificar una profilaxis eficaz y segura, cuya ruta conduce a la llamada profilaxis biológica.

Los ensayos realizados para conseguir una vacuna sarampionosa con material conservado o cultivado, no han conseguido traspasar las fronteras del laboratorio; citaremos solamente los trabajos de Hektoen y los de Caronia y Sindoni. Hay, pues, que elegir entre dos procedimientos: uno el de transmitir al niño susceptible de contraer la infección una inmunidad pasiva por inyección de suero fresco de convaleciente de sarampión o de

extractos placentarios, y otro, el de conseguir un sarampión modificado o atenuado inyectando el suero o los extractos antes del octavo día de incubación, consiguiendo la brusca terminación del período de incubación y la aparición del típico exantema con la benignidad característica del sarampión experimental. Con el primer procedimiento logramos evitar el sarampión, de momento, en la lucha con la epidemia que en aquel instante se desarrolla, teniendo que esperar «arma al brazo» para proteger de nuevo a los niños no sarampionizados cuando surja otro nuevo brote epidémico, consiguiendo así librar temporalmente a un grupo determinado de niños en los que por su edad o por padecer otras enfermedades es temible el sarampión. Por la producción del sarampión atenuado al realizar la enfermedad infecciosa, dejamos en el organismo las huellas de una inmunidad tan sólida como la que confiere el sarampión adquirido por penetración normal del virus por las vías respiratorias superiores.

Degkwitz y sus colaboradores han agotado ya el problema de la profilaxis del sarampión por el S. C. S. Sobre todo el primero al conseguir conocer la dosis de suero por él llamada unidad de protección, que es la cantidad del mismo necesaria para proteger hasta el cuarto día de incubación a un niño infectado de tres años y medio; esta cantidad de suero es aproximadamente de unos tres a cuatro cc.

No insistimos, pues, en la descripción de este procedimiento, por ser muy conocido, indicando la dificultad de realizarle plenamente por no poder disponer de grandes cantidades de suero, a pesar de haberse orientado el método por la inyección de sangre de adulto, por ejemplo, de los padres del niño, teniendo sobre él la ventaja el método que a continuación vamos a exponer, por inyección de extractoproteicos placentarios de que se va a llegar rápidamente a la standardización en la preparación de estos últimos, los que se conservan por tiempo prácticamente indefinido, permitiendo además la aplicación de dichos inmuno-anticuerpos contenidos en la fracción globulínica del tejido placentario a la profilaxis de enfermedades infecciosas tan interesantes en la infancia, como la difteria, escarlatina y la poliomielitis epidémica, ahorrando también la eliminación cuidadosa de la sífilis y tuberculosis que hay que realizar en todo dador de S. C. S.

Es notable la alta resistencia del lactante para ciertas enfermedades infecciosas y la falta absoluta de protección para otras.

Los lactantes padecen raramente sarampión, escarlatina, difteria y poliomielitis, apareciendo como inmunes, y carecen de inmunidad frente a la viruela, varicela, tos ferina e infecciones piogénicas. Esta inmunidad selectiva del lactante es de tipo pasivo; los anticuerpos los reciben por las vías placentaria y mamaria, y como toda inmunidad pasiva, llega un momento en que se agota y desaparece, y así vemos que en el lactante empieza a perder su inmunidad congénita del sexto mes en adelante. Se ha demostrado la

existencia, en la sangre del cordón umbilical, de anticuerpos para las infecciones de difteria, escarlatina y poliomielitis. Herman, Debré y Joanon, han señalado la inmunidad del lactante para el sarampión si la madre ha pasado dicha fiebre eruptiva, y Filkenstein ha demostrado también la existencia de inmuno-anticuerpos. Jorge, en un trabajo publicado en el *Bull. de l'Off. Int. d'Hyg. Pub.* sobre la seropreención del sarampión por medio de la sangre placentaria, y Souza en *Arch. de Med. des Enf.* sobre la inmunización del sarampión, también con sangre de placenta, han publicado una serie de casos en los que han usado este medio como profilaxis de esta enfermedad. Los médicos de Boston, Mc. Khann y Chu, tomando como base este estudio, han publicado casi simultáneamente dos interesantes trabajos, uno en *Amer. Jour. of Diseases of Chil.* March 1933, y otro en el *J. Infect. Dis.* March-April 1933. El primero sobre el empleo de los extractos placentarios en la prevención y modificación del sarampión, y el segundo, sobre anticuerpos en estos extractos, a los que vamos a referirnos aquí extensamente, por constituir dichas investigaciones el punto central del presente artículo.

Dichos autores resumen los resultados obtenidos en la profilaxis y atenuación del sarampión por la inyección intramuscular de extractos proteicos placentarios, que para los citados investigadores representan una preparación concentrada de globulinas de las sangres fetal y materna, juntamente con restos de tejido proteico placentario. El contenido en inmuno-anticuerpos de la sangre procedente del cordón umbilical es sensiblemente igual al de los anticuerpos de la sangre materna; el título de los extractos placentarios, debido a la concentración de globulinas, deberá ser más alto. No describiremos la técnica que emplean los autores para su preparación, porque alargaría desmesuradamente este modesto trabajo, indicando solamente, como interesante, que lo fundamental es el empleo de ciertos germicidas (mercuróphen y mertiolate) que garantizan la conservación de los extractos placentarios, y empleados recientísimamente en la conservación de productos biológicos, permitiéndonos solamente citar para el lector que se interese por estas cuestiones, un trabajo de Malcolw W. G.: «The efficiency of certain germicides in the preservation of Biologic Products» en *J. Bact.* 22 - 1931.

Han demostrado dichos investigadores la inocuidad absoluta de los extractos placentarios por inoculación a ratas y conejos por vía intramuscular e intravenosa. También se han inyectado al personal del laboratorio, sin observar ninguna reacción local ni general.

Han inyectado los extractos placentarios a 43 niños que no habían tenido sarampión, y a los que se puso en íntimo contacto en períodos de tiempo variable con enfermos morbiliosos; dividieron los niños en siete grupos, planteando el problema biológico en condiciones irreprochables como vamos a ver en seguida:

Grupo 1.º.—10 niños de 18 meses a 6 años se les puso en íntimo contacto con un enfermo morbilioso durante 24 horas. A 7 niños se les inyecta por vía intramuscular extractos placentarios en dosis que varían de 4 a 10 cc. antes del cuarto día, contando inmediatamente después del día de exposición al contagio (para no repetir cuando en los demás grupos indiquemos, por ejemplo, quinto o sexto día, ya sabemos la fecha a que corresponde el día que inyectamos, contando siempre después del día siguiente al plazo de exposición al contagio, que como veremos varía para cada grupo). A los tres niños restantes se les inyecta a cada uno 30 cc. de sangre total de adulto en el tercer día.

Resultados: 6 de los 7 niños inyectados con extractos placentarios no contraen el sarampión, el otro tiene un exantema atenuado sin fenómenos generales. Los tres niños inyectados con sangre presentan sarampión atenuado.

Grupo 2.º.—6 niños de tres a diez años a cada uno 5 cc. de extractos placentarios en inyección intramuscular en el 5.º día. A otro niño de la sala, que dice haber pasado el sarampión, no se le inyecta.

Resultados: Ninguno de los inyectados tiene sarampión, el otro sarampión grave.

Grupo 3.º.—2 niños de uno y tres años en contacto con enfermo de sarampión en período catarral, y al comienzo del período de exantema durante tres días. Se les inyecta el 4.º día y el 6.º 3 cc. de extracto placentario. Ninguno tiene sarampión. Un tercer niño a quien no se le pone inyección profiláctica, contrae sarampión grave.

Grupo 4.º.—12 niños de una de las salas del Convalescent Home of the Children Hospital, donde el contacto con los enfermos es muy íntimo:

A 6 niños de dos a nueve años en el 4.º día inyección de 5 cc. de extracto placentario.

A 6 niños de dos a nueve años en el 4.º día inyección de 4 cc. de S. C. S. Ninguno de los 12 contrae sarampión.

Grupo 5.º.—11 niños de tres a nueve años durante dos días en contacto con un enfermo de sarampión en período catarral. A 7 niños 6 cc. de extracto placentario en el 5.º día: 5 sin sarampión, 2 con sarampión atenuado. A los otros cuatro 30 cc. de sangre total de adulto; tres sin sarampión, uno con sarampión atenuado.

Grupo 6.º.—7 niños de 10 meses a 2 años en contacto íntimo con un enfermo en período catarral. A 6 niños en el 3.º y 4.º día 6 cc. de extracto placentario; ninguno sarampión. Al otro niño de 20 meses tuberculoso, se le inyectan 10 cc. de extracto placentario, queda también indemne.

Grupo 7.º.—9 niños de 4 a 9 años fueron expuestos al contagio durante 3 días por contacto con un enfermo en período catarral y comienzo del eruptivo. A 4 niños 6 cc. en el 5.º día de extracto placentario, a los otros 5, 33 cc. de sangre total de adulto: ninguno sarampión.

Los resultados de este método profiláctico no pueden ser más alentadores, y las investigaciones sobre que se apoya se han llevado a cabo tan irreprochablemente y controlando las experiencias con niños testigos, variando el tiempo de exposición al contagio y el día de la inyección de los extractos placentarios, que nos permite asegurar que tenemos en nuestras manos un medio eficaz de conseguir la profilaxis del sarampión.

Nos ha sido imposible adquirir los germicidas fundamento del método de preparación de los extractos placentarios, por no estar registrados en la Dirección General de Sanidad, lo que imposibilita la aplicación del método.

Tenemos actualmente en el Hospicio una epidemia de sarampión, prometiendo en un próximo artículo un estudio clínico y epidemiológico de los casos presentados, y la aplicación y resultados del método profiláctico de los tantas veces citados médicos de Boston, si conseguimos los germicidas precisos para la preparación de los extractos.



Contractura de rodilla curada por intervención bucal

por el doctor I. SÁENZ DE LA MAZA, Médico odontólogo, de León

Nos vamos a ocupar, aunque brevemente, de un caso recientemente observado por nosotros, que creemos interesante por su rareza.

Enfermo: N. P., varón, de veinte años, labrador. Se presenta en nuestra consulta totalmente imposibilitado de la pierna derecha, hasta el punto de no poder andar sin muletas y ayudado de otra persona. Con anorexia y decaimiento general. No hay antecedentes dignos de ser tenidos en cuenta.

A la exploración se le aprecia falta total de movimiento en la articulación fémoro-tibio-rotuliana derecha, mantenida en flexión moderada. Se encuentra en este estado desde hace dos meses y medio.

Se hizo visitar por el médico de la localidad donde reside, quien, entre otras cosas, llegó incluso a hacerle aplicaciones de termo-cauterio en la articulación enferma.

Traído en consulta a la ciudad, con el diagnóstico de artritis de rodilla con gran inflamación de cartilagos; es enviado a nosotros por si pudiera tratarse de una cosa metastásica de origen dentario, en vista del resultado negativo obtenido de las diversas exploraciones hechas.

Examinamos la boca del enfermo que muestra las regiones de incisivos, caninos y premolares, tanto superiores como inferiores, completamente normales y sanas. Presenta, en cambio, todos los molares enteramente destruidos por caries.

Determinamos en el acto hacer la extracción de todas las raíces existentes, y que dado el estado del enfermo, calculamos llevar a cabo en cuatro días (uno por cada región molar).

De ambas regiones inferiores se extrajeron un total de cuatro raíces con abscesos periapicales, cuyos alveolos fueron convenientemente logrados, seguido de una escrupulosa limpieza de heridas que cicatrizaron normalmente.

El tercer día que vino a visitarnos, encontramos al enfermo de mejor aspecto, y nos dice que recobra el apetito casi totalmente perdido. Dice también sentirse mejor de la pierna enferma.

Al cuarto día, que según nuestro proyecto hemos de concluir de hacerle extracciones, acude a nuestra consulta con un semblante totalmente cambiado; sin muletas y con un juego prácticamente normal en la articulación enferma.

La curación es definitiva desde entonces. Actualmente el sujeto está reintegrado a sus quehaceres, desde hace ocho meses, sin haber vuelto a sentir la menor molestia.

Creemos que se trataba, en este caso, de una infección a distancia, de origen dentario, mantenida por el contenido (pus o bacterias, o ambas cosas a la vez) de los abscesos periapicales extirpados en nuestra intervención, llevados por vía vascular a la región articular, punto de indudable menor resistencia (traumatismo no recordado por el enfermo).

Nuestra experiencia de otros casos de infecciones metastásicas de origen bucal, con las más variadas sintomatologías, así nos hace pensar.

No obstante, es general que en estos casos la curación se haga esperar más tiempo, pues los efectos no desaparecen inmediatamente después de quitar la causa como en este caso concreto, sino que el restablecimiento de la parte enferma no se hace hasta que todo recuerdo bacteriano ha sido retirado por la sangre circulante.

Por esto, y teniendo en cuenta la rapidez extraordinaria de curación del enfermo que nos ocupa, pudiera también pensarse (aun cuando nosotros no llegamos a esa convicción) en un caso de reflejoterapia, por excitación de fibras terminales de trigémino.

De todos modos, ambas explicaciones son las únicas que pueden darse a las curaciones debidas a intervenciones distantes.



Amenorreas
Menorragias
Dismenorreas

VAGOTONIL

Ovario
Luminol y
Compuestos

BLEUKAWINE

SEDANTE Y ANTISÉPTICO URINARIO POR EXCELENCIA

Los efectos sedantes del azul de metileno, vienen reforzados en la BLEUKAWINE por la asociación de la Kawa-Kawà (raíz de la planta Maciapiiper Latifolium) usado desde muy antiguo en la gota, cistitis, blenorragia y estados asténicos por sus marcados efectos anestésicos y estimulantes cardíacos.

INDICACIONES:

Infecciones agudas y crónicas de las vías urinarias; coadyuvante poderoso del tratamiento local de la blenorragia. SEDATIVO DEL DOLOR en tabes, polineuritis, ciática, reumatismo. Sucedáneo de la QUININA en el paludismo. Medicación paliativa y la más calmante en la tuberculosis urinaria. Por el color que da a la orina, como medio psicoterapéutico en el histerismo.

Muestras y Literaturas:

LABORATORIO LEVEL, S. A.

Córcega, 318 - BARCELONA

PRODUCTOS "ROCHE"

PANTOPON "ROCHE"

Totalidad de los alcaloides del opio en forma soluble e inyectable. Todas las indicaciones del opio y de la morfina sin sus inconvenientes

DIGALENE "ROCHE"

Acción digitálica total y constante
Afecciones del sistema circulatorio, cardiopatías, neumonías, etcétera, etcétera

Productos "ROCHE", S. A.

Santa Engracia, 4

MADRID

BARDANOL

Elixir de Bardana y estaño eléctrico

INDICACIONES

Estafilococias en todas
sus manifestaciones

- Muestras y literatura -
A. GAMIR.-Valencia

Uro-Bardanol

(Extracto de Bardana asociado a la exametilenoamina)

Efectos terapéuticos

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

INDICACIONES

1.^a En las enfermedades del aparato urinario si hay infección primitiva, o para evitar las secundarias, y como profiláctico de éstas en las intervenciones quirúrgicas que hayan de efectuarse sobre los órganos del mismo aparato.

2.^a En las infecciones del aparato digestivo y muy especialmente en la litiasis biliar, colecistitis, angiocolitis (con preferencia en caso de cólico hepático).

3.^a En las infecciones generales, como bactericida general y para anular la influencia nociva de la eliminación de microbios patógenos por la orina y los tóxicos sobre el hígado, por sulfoconjugación de los productos microbianos.

4.^a En muchas dermatosis, como depurativo general, modificador del medio intestinal y antiséptico hepático-renal.

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

Los atropellos en la vía pública desde el punto de vista médico-legal

por Ricardo ROYO-VILLANOVA Y MORALES

Catedrático de Medicina legal en la Universidad de Valladolid

I.—Concepto y definición

Según el diccionario de la lengua española e hispano-americana, la palabra atropellar, quiere decir pasar por encima de alguna persona precipitadamente, empujar violentamente a alguien para abrirse paso. Aplicando este concepto a la traumatología forense, tiene un significado genérico y lato, ya que un individuo puede ser atropellado por cualquier agente traumático moviéndose en el ambiente. No obstante, permaneciendo dentro del campo estricto de la medicina forense, reservaremos la palabra atropello para designar la acción o efecto de atropellar, que supone el encuentro entre el cuerpo humano y un vehículo o animal libre en movimiento.

II.—Frecuencia

1. *Frecuencia de la intervención del médico forense.*—El atropello, en el sentido que lo acabamos de definir, representa una modalidad de traumatismo contusivo, que requiere con frecuencia la intervención del perito médico. Generalmente se trata de accidentes, y entonces la investigación pericial se dirige a determinar si el daño es resarcible según las normas de las leyes de accidentes vigentes, o si existe responsabilidad civil, por parte del propietario o conductor, del vehículo o animal incriminado. También suele ser llamado el perito para ilustrar a la autoridad competente, sobre la eventual responsabilidad penal del conductor, o si se trata de un suicidio o de un delito doloso.

2. *Frecuencia estadística.*—El incremento del número de atropellos, es un fenómeno general, debido principalmente a la extensión de las redes ferroviarias, y a la rápida difusión de los medios de locomoción a motor, en sustitución de los vehículos a tracción animal. Según una estadística, sobre 2.805 casos de atropellos mortales, estudiados en el Instituto de Medicina legal de Viena, el primer puesto lo ocupan los carros y camiones pesados de transporte, en la proporción del 31 por 100, luego los automóviles, con 24 por 100, después los ferrocarriles y tranvías de vapor, en la misma proporción que los anteriores, a continuación los vehículos de tracción animal, con 7,5 por 100, siguen los tranvías eléctricos en la misma proporción, y por último, las bicicletas que no acusan más de un 2 por 100 de los casos mortales. Según la estadística del Instituto de Medicina legal de Florencia, sobre 100 casos observados, los atropellos fueron debidos, en un 28 por 100 a autovehículos, en el 25 por 100 a trenes eléctricos, en el 20 por 100 a vehículos

de tracción animal, en el 9 por 100 a ferrocarriles, en el 9 por 100 a bicicletas, en el 2 por 100 a animales, en el 1 por 100 a motocicletas. Según la estadística general italiana, las muertes por atropello, excluidas las producidas por vehículos de tracción animal, serían debidas, en el 42,4 por 100 de los casos a los ferrocarriles, en un 27 por 100 a los tranvías, en el 22,9 por 100 a los automóviles, en el 5,4 por 100 a las bicicletas, en el 1,7 por 100 a las motocicletas.

3. *Inseguridad de las estadísticas.*—Como vemos, los datos no están de acuerdo en las diferentes estadísticas. Las diferencias pueden explicarse por los siguientes motivos. En primer lugar, muchas muertes por atropellos de automóviles y otros vehículos urbanos, figuran en las estadísticas, como muertes debidas simplemente a fracturas del cráneo o a otros traumatismos, sin especificación del mecanismo de producción, haciéndose constar solamente el verdadero mecanismo en los cuadros traumatológicos complejos e imponentes, como los accidentes ferroviarios, tranviarios, etc., que evidencian antes que nada el género de accidente a que se debe la muerte. Además, muchas estadísticas no recogen más que los casos sucedidos en las grandes ciudades, donde los medios de locomoción y transporte automóvil han progresado extraordinariamente en los últimos años, y por lo tanto se refieren principalmente a los atropellos por esta clase de vehículos, que en la ciudad prevalecen sobre todos los demás. Por el contrario, en el campo, aun cuando son numerosísimos los atropellos, todos o casi todos son debidos a vehículos de tracción animal o a animales libres. Téngase en cuenta también que en muchas estadísticas no se establece la distinción, entre atropellos en los medios urbanos y en los medios rurales, variando la proporción de accidentes, según predominen unos u otros. En líneas generales, la frecuencia es mayor en las grandes ciudades que en las pequeñas y en el campo, estando en relación con la densidad de población, el tránsito de vehículos y las vías de comunicación que unas veces son estrechas y otras tortuosas, o las dos cosas al mismo tiempo, con relación al tráfico. Por último, en otras estadísticas, no se consignan más que los casos mortales, de las cuales no se pueden extraer datos seguros sobre la relativa frecuencia de los atropellos, según los distintos medios de locomoción, ya que el porcentaje de muertes no es el mismo en todos ellos. Es elevadísimo en los atropellos ferroviarios, tranviarios y automovilistas; es menor en los vehículos de tracción animal, y mucho menor en los atropellos por animales libres y bicicletas.

4. *Frecuencia según las condiciones individuales.*—Por lo que se refiere a la edad, la frecuencia de atropellos es muy grande en el primer decenio de la vida, ligeramente menor en el segundo y mínima entre 20-30 años, en que los sentidos son más vigilantes y los movimientos más ágiles, que permiten fácilmente advertir el peligro y escapar a él. En los decenios sucesivos, aumenta la frecuencia, alcanzando el máximo entre 60 y 70 años. dada la natural, fisiológica, progresiva disminución de la agudeza visual y auditiva y la menor agilidad de los movimientos. Después de los 70 años la

frecuencia disminuye, en primer lugar, por el menor número de personas de esta edad, en relación con las edades precedentes, y además porque desde esa edad los hábitos son más sedentarios, y hay, por lo tanto, menos ocasiones de encontrarse expuestos a estos peligros.

Por lo que se refiere al sexo, los atropellos son más frecuentes en el hombre que en la mujer, dado que ésta tiene hábitos más caseros, no se dedica, por lo general, a trabajos que requieren el empleo frecuente de medios de transporte, ni a la conducción de vehículos, etc. Por todo esto, la mujer está mucho menos expuesta que el hombre a los atropellos. En lo que atañe a los suicidios por medio de este género de muerte, son también más frecuentes en el hombre que en la mujer.

III.—Mecanismo

1. *Varietades.*—Las variedades más frecuentes en el mecanismo de los atropellos, son las siguientes: El individuo es aplastado entre el vehículo que pasa y el terreno, o sea, es comprimido contra un plano horizontal, por una fuerza que obra de arriba a abajo. El individuo es aplastado entre dos potencias, que tienden a encontrarse, moviéndose en un mismo plano. El individuo es aplastado entre una potencia que se mueve sobre un plano, representada por el vehículo o el animal, y una resistencia dispuesta verticalmente, representada por un muro, un vehículo parado, etc. El individuo recibe simplemente un golpe violento que puede lanzarlo a distancia o hacerle caer al suelo, o chocar contra un objeto cualquiera. El individuo es enganchado por los vestidos o por cualquier parte prominente del cuerpo, y ser arrastrado sobre el terreno o golpeado contra los obstáculos y objetos diversos.

Ahora bien, todos estos distintos mecanismos pueden entrar en juego aisladamente, o combinarse de las más diversas maneras en un mismo caso, dando lugar a buen número de complejos traumáticos.

2. *Fases del atropello típico completo.*—En el atropello típico completo pueden distinguirse las siguientes fases o momentos: a) Choque del vehículo contra el individuo, que puede ser único o múltiple en breve espacio de tiempo, por golpes sucesivos contra diversas partes del vehículo; b) La víctima es derribada al suelo; c) El vehículo alcanza al individuo que yace en tierra, toma contacto con él y trata de superarlo o apartarlo; d) El cuerpo de la víctima es comprimido contra el suelo por las ruedas u otras partes del vehículo; e) A estos momentos puede agregarse el arrastramiento de la víctima durante un cierto trayecto, al quedar enganchado en cualquier parte saliente del vehículo.

3. *Atropellos incompletos.*—Las fases que acabamos de describir, sobre todo las correspondientes a los cuatro primeros momentos, se observan cuando el individuo está de pie en el momento de ser atropellado. Pero cuando el individuo yace en tierra, como sucede en los casos de suicidios, faltan las

dos primeras fases. Además, según hemos dicho antes, estas diversas fases pueden entrar en juego aisladamente.

4. *Clasificación general de las lesiones según la modalidad del atropello.*—Aun cuando se han descrito muchísimas combinaciones en esta clase de traumatismos, no obstante pueden resumirse todas en los siguientes tipos. Lesiones de golpe directo, determinadas por el choque del vehículo. Lesiones de golpe indirecto, determinadas por la caída contra el suelo o el choque contra algún otro obstáculo. Lesiones de compresión, determinadas por el aplastamiento. Lesiones de tracción, determinadas por el arrastramiento.

IV.—Principales tipos de lesiones

Hemos apuntado ya la variedad de complejos traumáticos que pueden producir los atropellos. Pero la variedad de lesiones es aún más considerable, dada la variedad de elementos que deben ser tenidos en cuenta en todos los casos. Merecen particular consideración, la velocidad, peso y forma del vehículo, la posición y actitud de la víctima en el momento del choque y después del choque, durante el choque y por efecto del choque, los caracteres del suelo, etc., etc. No obstante, a pesar de tanta variedad, la mayoría de los casos, aun difiriendo en las particularidades, presentan cierta semejanza en las líneas generales, lo que permite agruparlos en los siguientes tipos fundamentales, que son los que más frecuentemente se observan en la práctica:

1. *Tipo cránico.*—Producido por el choque directo de una parte del vehículo contra la cabeza, o más frecuentemente, por el choque de la cabeza contra el suelo o contra otro obstáculo, a consecuencia del lanzamiento del cuerpo por el vehículo. Está caracterizado por la agrupación de las lesiones en la cabeza y la presencia casi constante de fracturas del cráneo. Este tipo es frecuente en los atropellos mortales. En los atropellos por bicicletas es el tipo de lesiones mortales.

2. *Tipo torácico.*—Caracterizado por la preponderancia o exclusividad de las lesiones torácicas, fracturas de los huesos de la jaula torácica, eventualmente de las vértebras dorsales y lesiones de las vísceras intratorácicas. Estas lesiones pueden ser determinadas, según alguno o algunos de los tres mecanismos siguientes:

a) Por el golpe de una parte del vehículo contra el torax, con efecto de disminución del diámetro horizontal correspondiente a la dirección del choque, disminución tanto más acentuada, cuanto mayor es la fuerza viva del vehículo y cuanto mayor es la superficie de choque; b) Por golpe del torax contra el suelo u otra resistencia; c) Por aplastamiento del torax entre las ruedas u otra parte del vehículo y el suelo, o entre una parte del vehículo y otro obstáculo, como por ejemplo, un muro, una columna, otro vehículo, con lo cual la deformación torácica es mayor que en los casos precedentes y las lesiones más graves.

3. *Tipo abdominal.*—Por choque directo del vehículo contra el abdomen,

o del abdomen contra el suelo u otro obstáculo, o por aplastamiento del abdomen. Este tipo puro, es menos frecuente que los anteriores. Pueden distinguirse dos subtipos, según estén interesados los órganos abdominales propiamente dichos, o bien la pelvis y órganos pelvianos. En el choque simple tienen preponderancia las lesiones de los órganos propiamente abdominales, ya que la pelvis suele resistir fuertes golpes, mientras que en el aplastamiento las lesiones de la pelvis y de los órganos en ella alojados, suelen ser gravísimas.

4. *Tipo tarácico-abdominal.*—Es una combinación bastante frecuente de los dos tipos anteriores. Se observa cuando la violencia traumática se localiza en la base del torax, en cuya profundidad corresponden, por la disposición del diafragma, los órganos de la parte alta del abdomen. Se observa también cuando la violencia por el movimiento del vehículo interesa primero el torax y luego el abdomen o viceversa; como por ejemplo, el paso de una rueda por el cuerpo en sentido longitudinal, o el paso de una rueda por el torax y de las sucesivas por el abdomen o viceversa. Este tipo es, por lo general, debido a aplastamientos, está caracterizado por lesiones de especial gravedad y se observa en la compresión del cuerpo entre el vehículo y otro objeto u obstáculo vertical.

5. *Tipo de localización en las extremidades.*—Es muy frecuente en los atropellos no mortales, y no es raro en los mortales. Suele consistir en fracturas únicas o múltiples, simples o conminutas, cerradas o abiertas, con lesiones de las partes blandas, más o menos graves, constituidas a veces por extensos despegamientos de la piel, y otras por un mayor o menor magullamiento de los tegumentos, de los músculos, de los troncos vasculares o nerviosos. A veces se observan verdaderas amputaciones de uno o varios miembros o de alguna de sus partes, como es lo frecuente en los atropellos ferroviarios, ya que las ruedas de estos vehículos llevan en su borde interno una lámina metálica saliente, la cual forma, con la superficie externa y convexa de la rueda, una especie de escuadra que se adapta perfectamente a la vía, de modo que el miembro es cortado por una especie de hoja de filo bastante grueso, pero de eficaz y constante acción, dado el peso, el deslizamiento horizontal, el movimiento rotatorio y la longitud del convoy.

6. *Tipo de gran traumatismo.*—Es una de las expresiones más graves de los traumatismos de naturaleza mecánica. Se puede observar no sólo el despedazamiento del cuerpo, que queda dividido en más o menos fragmentos, sino su reducción a una masa informe de huesos y carnes trituradas. Se observa casi exclusivamente en los atropellos ferroviarios, en los cuales concurren, para determinar tales efectos, la velocidad del tren, el peso de los coches, la acción de las ruedas de varios coches y aun de todo el tren, y a veces de varios trenes, como sucede cuando el atropello ocurre de noche y los restos cadavéricos permanecen algunas horas a lo largo de la vía, que en dicho tiempo es recorrida por varios trenes.

V.—Caracteres de las lesiones

Los atropellos están caracterizados por la multiplicidad, multipolaridad y multiformidad de las lesiones. Para el estudio de sus caracteres podemos distinguir las siguientes categorías: lesiones externas, lesiones osteo-articulares y lesiones viscerales.

I. *Lesiones externas.*—De escasa importancia en traumatología clínica, la tienen grandísima en Medicina legal, sobre todo para establecer si realmente se trata de un atropello y precisar su modalidad. Son de extensión y gravedad variable, sin relación con la categoría de las lesiones profundas, pudiendo faltar en casos en que estas últimas son graves y aun mortales. Desde el punto de vista médico-legal, presentan particular interés las siguientes:

a) *Excoriaciones.*—Se observan principalmente en las partes descubiertas, como cara, manos, siendo también muy frecuentes en rodillas, codo, espalda y pecho, pudiendo, por lo demás, observarse en cualquier parte del cuerpo. Su principal interés radica en que por su situación y la dirección en que indican actuó la fuerza, pueden proporcionar datos valiosísimos para esclarecer la modalidad del atropello.

Así por ejemplo, excoriaciones en rasguño, paralelas, aproximadas, dependientes de una actuación no uniforme e intermitente, sea por interposición de vestidos o por escabrosidades de la superficie del agente traumático (terreno) por su aspecto, amplitud y relativa superficialidad atestiguan un arrastramiento, del cual indican la dirección. Excoriaciones en rasguño, alargadas, de anchura uniforme, con límites rectos y superficie de aspecto unido son debidas al paso de ruedas, y prueban no solamente el atropello, sino también el aplastamiento. Pueden ser, además, de gran utilidad para establecer la dirección del movimiento del vehículo, respecto al cuerpo de la víctima, y pueden servir también para la identificación del vehículo indicando la anchura de la rueda y algunas de sus particularidades.

b) *Heridas punzantes, cortantes, incisopunzantes y contusas.*—Pueden encontrarse todos estos tipos de lesiones producidas por los más diversos mecanismos: Por percusión, por presión, por tracción, por explosión. Por soluciones de continuidad de la piel, producidas del interior al exterior, por esquirlas o fragmentos óseos. Por soluciones de continuidad del exterior al interior, por obra de clavos, ganchos y otras partes prominentes del vehículo, de superficie circunscrita, que pueden llegar a producir hasta heridas penetrantes en las cavidades. Las heridas contusas se acompañan frecuentemente de desprendimientos más o menos extensos de la piel, que a veces pueden alcanzar dimensiones extraordinarias.

El perito tendrá particularmente en cuenta las heridas en hendidura que pueden presentar el aspecto de heridas cortantes, y que cuando faltan las pruebas de hecho del atropello, pueden hacer pensar en violencias delic-

tuosas de otro género, que se intentaron disimular colocando a la víctima agonizante, o ya muerta, en lugar y posición para ser atropellada por un vehículo que borre las huellas del crimen e induzcan a las autoridades a favor de un suicidio o de un accidente casual. Un cuidadoso examen demostrará que las lesiones fueron producidas por explosión o por esquirlas óseas. Lo mismo puede decirse de las heridas que parecen haber sido producidas por instrumentos punzantes o incisopunzantes.

c) *Heridas que se parecen a las producidas por armas de fuego.*—A veces pueden observarse en la piel pequeñas heridas más o menos redondeadas, que pueden ser confundidas con los orificios de proyectiles de armas de fuego y que en realidad son debidas al choque violento con cualquier parte prominente del vehículo. Se diferencian de las heridas por arma de fuego, porque no existe trayecto, y porque aun cuando exista, si es de fondo ciego, no se encuentra ningún proyectil.

d) *Heridas en brecha.*—Consisten en brechas cutáneas más o menos amplias, más o menos irregulares, a través de las cuales se ven los tejidos profundos también discontinuados. Basta la simple inspección para demostrar que se trata de lesiones debidas a instrumentos muy groseramente cortantes, animados de enorme fuerza viva, hasta el punto de hendir grandes masas de tejidos y aun los mismos huesos. A estas heridas se asocian frecuentemente despegamientos amplios de la piel, fenómenos de atrición y de magullamiento de los tejidos profundos. Cuando estas brechas están localizadas en las extremidades, no es raro que correspondan en la cara opuesta a otras soluciones de continuidad, contusiones o excoriaciones. A la solución de continuidad de las partes blandas, se puede unir la solución de continuidad del esqueleto, llegando hasta la completa sección (amputaciones, decapitaciones, despedazamientos).

e) *Lesiones de los pelos.*—Cuando el traumatismo alcanza partes cubiertas de pelos, éstos pueden presentar lesiones, especialmente si son largos y débiles, como los de la mujer. Cuando permanecen comprimidos entre la rueda del vehículo y el pavimento o la vía, se observan alteraciones notables, muy evidentes si se examinan al microscopio, que consisten en aplastamiento del tallo, discohesión fibrilar, formación de espacios vacíos y de fisuras, encurvamientos, rizamientos, fracturas, fragmentaciones, que son características porque sólo son explicables por un mecanismo de fuerte compresión localizada.

f) *Alteraciones de los vestidos y otras características.*—Al observar las lesiones externas, el perito pondrá especial cuidado en tomar nota del estado de los vestidos, roturas, desgarros, manchas de fango, polvo u otras materias especiales que pueden proporcionar indicios, sobre el vehículo que causó el atropello. Se observará también si estas manchas se encuentran también en la piel.

2. *Lesiones osteo-articulares.*—Consisten en luxaciones, torsiones, fracturas, siendo las más importantes, desde el punto de vista médico-legal, las

fracturas, que son frecuentísimas en toda clase de atropellos, no faltando casi nunca en los casos mortales. La frecuencia de las fracturas aumenta con la edad, y la frecuencia y gravedad está en relación con la modalidad del atropello, el peso y la velocidad de los vehículos. La localización es variadísima; en un mismo caso pueden observarse fracturas múltiples en distintos sitios. En los casos mortales las más frecuentes son las del cráneo, siguiendo en orden decreciente las del torax, extremidades inferiores, raquis, pelvis y extremidades superiores. En los casos no mortales, las más frecuentes son las de las extremidades, sobre todo las inferiores, luego las del torax, pelvis y columna vertebral (las fracturas de cráneo no mortales son rarísimas).

En la localización de las fracturas tiene también particular importancia el tipo del vehículo. En los atropellos por automóvil, mortales, ocupan el primer puesto las fracturas de las costillas. En los atropellos ciclistas mortales, prevalecen las fracturas del cráneo. En los atropellos ferroviarios y tranviarios mortales, predominan las fracturas de las extremidades.

3. *Lesiones viscerales.*—No son raras en los casos mortales, mas es difícil establecer su frecuencia en relación con el número de atropellos, ya que en los casos no mortales la historia clínica puede no señalar fenómenos de resentimiento de los órganos internos, y no puede excluirse de un modo absoluto la producción de lesiones viscerales no graves, las cuales pueden pasar ignoradas clínicamente. Por lo que se refiere a la frecuencia relativa de las lesiones de los distintos órganos, las estadísticas necrópsicas hasta ahora conocidas, son insuficientes, no dan datos seguros; de todos modos, las lesiones encefálicas suelen ser señaladas en primer lugar, luego las hepáticas, pulmonares, renales, suprarrenales, tiroideas, corazón, páncreas, médula espinal, vejiga de la orina, estómago, intestinos y vagina.

VI.—Pronóstico

Dado el mecanismo y la complejidad traumatológica de estas lesiones, se comprende fácilmente que no sea rara la muerte a consecuencia de atropellos. Por lo que se refiere a la proporción entre los casos mortales y no mortales, no es posible contar con datos exactos, pues la mayoría de las estadísticas generales no suelen referirse más que a los casos mortales. Las estadísticas de suicidio tampoco sirven, ya que sus resultados son muy distintos a los que proporcionan las estadísticas de atropellos por accidente, sobre todo en lo que se refiere a accidentes mortales. En efecto, el suicida se arroja bajo trenes o vehículos pesados que determinan lesiones más graves, además se coloca en posición y momento apropiado, para que el atropello sea inmediatamente mortal. Se comprende, pues, por lo tanto, que los casos mortales sean mucho más frecuentes en las estadísticas de suicidios que en las de accidentes.

La muerte puede sobrevenir a variable distancia del momento del atropello. En general puede decirse que las probabilidades de muerte van disminu-

yendo a medida que se aleja el momento del accidente. No obstante, la muerte puede sobrevenir aun a distancia de varios meses, especialmente a consecuencia de complicaciones. En cuanto al mecanismo de la muerte, pueden entrar en juego todos los mecanismos de muerte de las lesiones traumáticas con una frecuencia variable. Como por lo general la muerte sobreviene a breve distancia del traumatismo—prescindiendo de los casos de trituración, despedazamiento, decapitación—, los mecanismos más frecuentes son los siguientes: Shock directo o reflejo, pues frecuentemente son comprometidos los centros nerviosos, y además, por la extensa y violenta estimulación de las terminaciones nerviosas. Hemorragia, dadas las frecuentes lesiones de órganos internos y por las soluciones de continuidad de los miembros, que comprometen frecuentemente los gruesos troncos vasculares. Embolia adiposa, dado las frecuentes, múltiples y graves fracturas óseas.

VII.—Principales tipos de atropellos

1. *Automóviles.*—Aparte su forma variable, son características de estos vehículos, el gran peso, la gran velocidad de marcha y el acondicionamiento de las ruedas con neumáticos, siendo éstos los elementos que contribuyen principalmente a dar al cuadro traumatológico su especial fisonomía.

Según Strassmann, los neumáticos tienen escasa capacidad traumatológica para lesionar la piel, y así en los atropellos por automóviles, a igualdad de otras condiciones, las lesiones cutáneas son menos graves, y pueden ser escasas y aun faltar. Cazzaniga ha observado relativa frecuencia de exco-riaciones o rasguños lineales, paralelos, que explica, admitiendo que los potentes frenos de estos vehículos, que el conductor pone rápidamente en juego cuando advierte el peligro de atropellar, permiten el paro inmediato de las ruedas, que cesan de girar, mientras que el coche se desliza todavía unos metros, empujando delante de sí el cuerpo de la víctima, cuyas partes descubiertas o poco protegidas sufren una atrición violenta al resbalar sobre el terreno. Mas como se comprende, estas lesiones no tienen nada de específicas.

Es patognomónico el aspecto de ciertas lesiones cutáneas, producido por las huellas que dejan las cubiertas de los neumáticos sobre la piel, en las zonas excoriadas. Strassmann indica la rotura transversal de la tráquea como muy frecuente en esta clase de atropellos, pero son muchos los autores que niegan tal frecuencia.

2. *Vehículos de tracción animal.*—Estos vehículos están caracterizados por una velocidad mucho menor que la de los automóviles y por una relación inversa entre peso y velocidad. Estos vehículos presentan las mayores variedades de tipos de región a región y aun dentro de una misma región. La variedad del cuadro traumatológico está en relación con esta variedad de tipos. Mas en medio de tanta variedad se advierte la rareza de graves lesiones externas, la relativa determinación de zonas contusas y excoriadas, debidas a la compresión de las ruedas, el menor número de lesiones óseas y la

difícil concurrencia de lesiones internas múltiples, es decir, a cargo de diversos órganos.

No debe olvidarse el eventual concurso de lesiones producidas por las patas del animal o animales de tracción, que a veces pueden ser las únicas verdaderamente mortales. En ocasiones es fácil diferenciarlas de las debidas al vehículo, pues pueden reproducir las huellas de la herradura o de la pezuña del animal.

3. *Ferrocarriles y tranvías.*—Ambos tipos de vehículos tiene entre sí muchas analogías, sobre todo por la forma y naturaleza de las ruedas, el gran peso y la gran velocidad. Influyen también notablemente, la presencia de partes prominentes, si se trata de un solo coche o de un convoy, de las dificultades para frenar rápidamente, del camino obligado, del peso, de la velocidad, etc.

Caracterizan estos atropellos la gravedad de las lesiones, la frecuencia con que se observan heridas en brecha, la no rara eventualidad de amputaciones de miembros, de despedazamiento, de trituración de partes del cuerpo o del cuerpo entero. Mas téngase en cuenta que estas grandes lesiones están lejos de ser constantes. Son características, la variedad del tipo de lesiones en un mismo caso, desde las simples contusiones y excoriaciones, hasta las heridas contusas de todas clases, colgajos, desprendimientos cutáneos, hemorragias, brechas, pasando por las heridas que parecen haber sido producidas por instrumentos punzantes, cortantes, inciso-punzantes, armas de fuego. Otras características es la rectitud de los bordes de las heridas producidas por las ruedas, su dirección rectilínea, la huella contusiva a lo largo de uno de los márgenes por la presión de la parte plana de la rueda y la huella de la vía en la parte opuesta. Aparte la gravedad, no ofrecen ninguna característica especial las lesiones internas.

4. *Bicicletas. Motocicletas. Animales libres.*—Por distintas que sean estas modalidades, los grupos traumatológicos son bastante semejantes. En todos estos casos raramente se observa aplastamiento, predominando, por lo general, los efectos del choque y del lanzamiento de la víctima. Por lo tanto, las lesiones externas suelen ser escasas y ligeras, y las lesiones profundas limitadas. Ya hemos dicho que en los atropellos mortales de este tipo, las lesiones se observan con preferencia en el cráneo, abundando sobre todo las fracturas.

VIII.—Cuestiones médico-legales

1. *Diagnóstico del atropello.*—El problema pericial no se presenta más que cuando es recogido un cadáver en la vía pública, en una carretera, o a lo largo de una vía férrea y en ausencia de las personas que puedan dar testimonio de la realidad del hecho. En unos casos el problema es sencillísimo, y en otros muy difícil.

Es fácil cuando se encuentran cadáveres magullados, despedazados, tri-

turados, ya que ningún otro mecanismo traumático puede producir efectos semejantes. Es también fácil en presencia de cadáveres amputados, decapitados, pues si bien lesiones semejantes se producen por precipitación, explosión, ambos mecanismos pueden excluirse por las circunstancias del lugar del suceso, aparte de la probable presencia en ropas y cuerpo de manchas propias del vehículo que ocasionó el traumatismo y de algunas lesiones características antes mencionadas. Es también fácil cuando hubo aplastamiento contra el suelo y el paso de la rueda o ruedas dejó huellas características.

El diagnóstico es difícil en todos aquellos casos que no presentan huellas características del mecanismo traumático. Las lesiones que entonces se observan hablan genéricamente de un traumatismo contusivo, sin indicación alguna específica. El diagnóstico de atropello sólo podrá ser formulado en vías de posibilidad, teniendo en cuenta las lesiones anatómicas, siendo tanta mayor la probabilidad, cuanto mayor sea el número y la gravedad de las lesiones. Para esclarecer el diagnóstico, podrán ponerse a contribución elementos extrínsecos sobre circunstancias de tiempo, lugar, y otros factores que las autoridades judiciales podrán poner en conocimiento del perito (propósitos de suicidio manifestados de viva voz o por escrito, etc.).

2. *Identificación del vehículo.*—No siempre es posible, y cuando lo es no se debe simplemente a los datos anatómicos y cadavéricos, sino que se obtiene frecuentemente por el examen de las circunstancias extrínsecas, que no siempre recoge el perito médico. Para la identificación del vehículo, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

a) *Criterio topográfico.*—Es decir, por consideración del lugar donde se ha verificado el atropello. En efecto, un atropello a lo largo de una vía férrea o en un paso a nivel, no puede ser debido más que a un ferrocarril. Viceversa, se puede excluir el atropello ferroviario o tranviario, cuando el hecho sucedió en lugar donde no pasan estas líneas. Si el atropello sucede en caminos no practicables para automóviles, y se encuentra además en tales condiciones de no permitir el tránsito de bicicletas o motocicletas, o si lo hacen no pueden caminar más que al paso, entonces el atropello será imputado a vehículos de tracción animal o a animales libres.

b) *Criterio cronológico.*—Por los testimonios que prueben que en un dado período de tiempo, al cual se refiere el atropello en la localidad donde esto sucedió, transitaban solamente determinados tipos de vehículos.

c) *Examen de vehículos entre los cuales se sospecha está el causante del atropello.*—Consiste en tomar en consideración la morfología de los vehículos sospechosos, para relacionarla con el tipo de lesiones que presenta el cadáver. En la comparación se procederá con extrema prudencia, no olvidando que en materia de lesiones contusivas un mismo instrumento puede determinar lesiones diversas, según la fuerza con que actuó, la dirección y otras particularidades, mientras que una misma lesión puede ser consecuencia de mecanismos traumáticos diferentes entre sí. Se buscará también en los vehículos, especialmente en las partes que se suponen intervinieron directamente en el

traumatismo, las eventuales huellas representadas por manchas de sangre, manchas y restos de pulpa cerebral, fragmentos de otros tejidos y de otros órganos, trozos de los vestidos que llevaba la víctima en el momento de producirse el accidente.

d) *Datos cadavéricos.*—Los datos cadavéricos para la identificación del vehículo están representados por la localización y naturaleza de las lesiones, que serán valoradas buscando de interpretar el mecanismo de producción, con lo cual se podrá llegar a precisar algunas particularidades de forma y naturaleza del vehículo. La forma de las lesiones puede proporcionar también datos para la identificación; unas veces reproducirá la huella de la pezuña o herradura del animal, otras, la presencia de anchas excoriaciones con huellas que reproducen el dibujo de las cubiertas de automóviles, indicarán que el atropello tuvo lugar por estos vehículos; otras veces los caracteres de las lesiones corresponderán, con los que producen las ruedas de ferrocarriles y tranvías; otras la anchura de la excoriación o contusión, con límites bien netos indicarán la acción de ruedas de vehículos a tracción animal, y podrá compararse la anchura de la rueda con la anchura de la huella contusa, obteniéndose un elemento de juicio de gran valor para la identificación del vehículo.

Por lo que se refiere a la entidad de las lesiones, se tendrá en cuenta que los grados extremos (despedazamiento, trituración, etc.) deponen por un atropello ferroviario o tranviario. Si se trata de lesiones producidas por el choque del vehículo, su gravedad estará sobre todo en relación con la fuerza viva que tenía el vehículo en el momento del atropello y con la presencia de partes prominentes. Si se trata de lesiones de aplastamiento contra el suelo, la gravedad estará en relación con la masa del vehículo, y sobre todo con su peso.

3. *Determinación de la modalidad del atropello.*—Por lo general es muy difícil, dado un cuadro traumatológico tan complejo como el de los atropellos, reconstruir el atropello mismo, pues los datos positivos, seguros e incontrovertibles, son generalmente escasos y a veces pueden faltar completamente, y hay el riesgo de que el perito se deje llevar por la fantasía, incurriendo en errores que pueden traer graves consecuencias. Lo único que podrá pedirse al perito, es que juzgue, si dados los datos recogidos en la autopsia es atendible o no, la versión que del hecho dan los interesados u otros testigos. O bien, si del hecho se han dado varias versiones, indicar cuál es la que mejor se concilia con las huellas y señales que presenta la víctima. No obstante, hay algunos puntos que pueden ser esclarecidos por el perito.

En primer lugar, puede dictaminar sobre si el atropello se limitó al choque y lanzamiento de la víctima o si pasó el vehículo por encima, pues en este último caso no suelen faltar las lesiones características dejadas por las ruedas, o por lo menos sus huellas sobre los vestidos. Cuando sean evidentes las huellas de las ruedas, podrá determinarse si la víctima se encontraba en

aquel momento boca arriba o boca abajo, y si la dirección del vehículo con respecto al eje del cuerpo fué longitudinal o transversal.

Cuando se trata simplemente de choque y lanzamiento, es muy difícil, y a menudo imposible, precisar en cuál parte del cuerpo se verificó el choque y en qué sentido tuvo lugar la caída. La concentración y diseminación de lesiones en una dada parte del cuerpo, inducirán a pensar que en dicha parte se verificó el encuentro o que dicha parte chocó contra el obstáculo. En la resolución de este problema tienen particular importancia algunas lesiones superficiales de las palmas de las manos, del codo, de las rodillas; entre las lesiones profundas se tendrán en cuenta, principalmente, las eventuales fracturas del cráneo, que según su localización indicarán en qué sentido chocó el cráneo contra el suelo o cualquier otro obstáculo.

Otro punto que puede ser esclarecido es si el cuerpo fué arrastrado durante más o menos tiempo, teniendo en cuenta la presencia o ausencia de aquellas especiales excoriaciones propias del arrastramiento y el estado de los vestidos, que serán examinados completa y cuidadosamente.

Otra cuestión de gran interés y a menudo insoluble, es la de la velocidad del vehículo en el momento del atropello. A veces, cuando el cuerpo de la víctima fué lanzado con violencia a grande distancia, se puede argumentar sobre la velocidad del vehículo. Otras veces se pueden encontrar lesiones que caractericen la lenta velocidad del vehículo en el momento del atropello; han sido señaladas por Lattro y están representadas por el paso lento de las ruedas sobre una parte del cuerpo protegida por los vestidos. En estos casos, por la fuerte presión ejercida durante un cierto tiempo, puede suceder que ciertas particularidades del tejido de los vestidos en contacto directo con la piel, se estampen sobre ésta. Además, algunos hilos más gruesos u otras porciones más prominentes de la urdimbre o confección del vestido, determinan una compresión más enérgica que el resto del vestido, produciendo a su nivel roturas de pequeños vasos, que dan lugar a hemorragias puntiformes, dispuestas en serie, que pueden reproducir sobre la piel el dibujo de la tela. De todos modos, estos caracteres son excepcionales, y en los casos en que sólo deponen a favor de una compresión que ha durado un cierto tiempo, no pueden ser considerados como característicos de atropello, ya que cualquier compresión prolongada (derrumbamientos, etc.) puede determinarlos igualmente.

4. *Determinar si el accidente estuvo facilitado por condiciones morbosas de la víctima.*—Es decir, si la víctima padecía sordera, ceguera, parálisis, lentitud de movimientos u otros impedimentos que predisponían al accidente. La respuesta derivará del resultado del examen cadavérico. La autopsia, pues, deberá ser siempre completísima, pues la cuestión puede plantearse no de momento, sino algún tiempo después y sólo podrá responder, si en el acto de la autopsia tuvo la previsión de recoger todos los datos que pueden resolverlo.

5. *Determinar si el atropello fué en vida o post-mortem.*—Puede darse

el caso de un individuo muerto por cualquier otra causa violenta y que se quiere ocultar el delito arrojando el cadáver al paso de un vehículo pesado, generalmente trenes, simulando así un atropello accidental o suicida. Puede darse también el caso de que un individuo muera repentinamente por una causa natural, y posteriormente sea atropellado el cadáver por un vehículo, como en el caso de Biondi, de un individuo atacado de ictus apoplético, rápidamente mortal, que fué a caer entre las patas de los caballos de un ómnibus de estación. La autopsia esclareció las verdaderas causas de la muerte.

Para resolver esta cuestión, el perito tendrá en cuenta las siguientes circunstancias y criterios: Observará si las lesiones presentan los caracteres de haber sido producidas en vida, como sufusiones equimóticas, hemorragia abundante, retracción de los tejidos seccionados, etc. Mas téngase en cuenta que estos caracteres no diferencian más que las lesiones producidas en el cadáver a una cierta distancia de la muerte, no sirviendo para diferenciar las producidas inmediatamente después de la muerte. Otro criterio quizá más importante, consiste en encontrar sobre el cadáver signos evidentes de violencias de otra naturaleza (heridas de arma de fuego, de arma blanca), o bien alteraciones morbosas espontáneas, cierta y rápidamente mortales, que expliquen el fallecimiento independientemente del atropello.

Puede darse el caso que se encuentren alteraciones morbosas no mortales, pero que pueden reproducir un malestar imprevisto, y en tal caso, si es forzoso reconocer que el atropello fué en vida, debe admitirse que fué causado por un repentino malestar de la víctima sin culpa alguna del conductor del vehículo.

Puede suceder a veces que se encuentren en el cadáver violencias de otro género que precedieron evidentemente al atropello, si bien no son suficientes para explicar la muerte. Esto inducirá a pensar en un homicidio doloso, colocando previamente a la víctima en la imposibilidad de defenderse y escapar al atropello. Mas no siempre se trata de homicidio doloso, pues puede tratarse de un suicidio en el cual el individuo atentó previamente contra sí por otros medios (armas de fuego, blancas, envenenamiento), arrojándose después al paso de algún vehículo.

6. *Determinar si se trata de un homicidio o de un suicidio.*—a) *Homicidio.*—Es rarísimo, pero se citan algunos casos en la literatura médico-legal. Unas veces es cometido por sorpresa, empujando a la víctima, que se encuentra distraída, para que caiga bajo el vehículo que pasa próximo. En estos casos, el examen del cadáver no proporciona ningún dato que atestigüe si se trata de homicidio, suicidio o accidente. El crimen sólo puede ser descubierto cuando hay testigos que así lo declaran, o cuando la víctima, no sucumbiendo inmediatamente, puede declarar sobre las circunstancias del hecho.

El crimen puede ser también cometido aturdiendo o reduciendo previamente a la impotencia a la víctima, por medio de hipnóticos o violencias traumáticas. En estos casos es posible que escapen a la apreciación del perito

tales maniobras, pues el uso de hipnóticos no determina alteraciones anatómicas, fácilmente apreciables en el momento de la autopsia, y la presencia de lesiones traumáticas por armas de otra naturaleza, pueden no ser reconocibles cuando el cuerpo haya sido triturado, como es lo frecuente, pues en general la víctima es arrojada aprovechando la oscuridad de la noche bajo un tren, para que puedan ser borradas fácilmente las huellas del delito. Además, aun cuando sólo se encuentren contusiones y heridas contusas sobre el cadáver, muchas veces no es posible distinguir prácticamente cuáles son debidas al atropello y cuáles a los golpes inferidos por otra persona con un cuerpo contundente. Pero aun cuando se descubrieran violencias independientes del atropello, no se tendría la prueba del delito, pues habría que excluir previamente la posibilidad del suicidio precedido de tentativas por otras violencias, lo cual no es siempre posible por la exclusiva valoración de los datos cadavéricos, siendo necesario el conocimiento de otras circunstancias que entran en la competencia de las autoridades judiciales y escapan a la del médico.

b) *Suicidio*.—Es bastante común, aun cuando no es el medio más frecuente de muerte voluntaria. Sigue en frecuencia a los suicidios por envenenamiento, por armas de fuego, sumersión, ahorcamiento, precipitación, armas blancas.

Entre los diversos vehículos, el suicida muestra predilección por los de gran masa y velocidad, que son los que ocasionan lesiones más graves y mayor número de muertes. Dentro de este tipo de vehículos prefieren los trenes, metros y tranvías, a los camiones y automóviles, ya que éstos no tienen un recorrido obligado y pueden ser desviados por el conductor cuando se percibe de las intenciones del suicida.

Por lo que se refiere a las características de las lesiones en los suicidios, Dittrich ha hecho notar que se observan con más frecuencia que en los accidentes, las lesiones transversales al eje del cuerpo, ya que el suicida se coloca en la vía del vehículo en posición horizontal y transversal. Mas este dato sólo tiene un valor estadístico, careciendo prácticamente de todo valor. En general, el diagnóstico de suicidio, teniendo en cuenta exclusivamente los datos cadavéricos, es a menudo imposible. La posición de las lesiones no tienen gran valor en la mayoría de los casos, pues generalmente el cuerpo de las víctimas, lo mismo en caso de suicidio, que de homicidio, que de accidente, puede ser zarandeado por el vehículo o vehículos en todos sentidos, presentando lesiones en todas direcciones.

CEREGUMIL

Alimento completo vegetariano

Vulvo-vaginitis en una niña de tres años y medio

Contagio por asiento de water clos. Comprobación bacteriológica

por el doctor Eduardo LEDO

El máximo interés de esta observación reside en el hecho de haberse podido comprobar que la transmisión del pus del enfermo a la vulva de la niña tuvo lugar por medio de una tabla-asiento de *water clos*.

La madre nos trae la niña por un prurito vulvar tenaz, comenzado tres días antes, y que día y noche mortifica a la enfermita, quien se frota con las ropas sin cesar.

Las manchas de la braga nos orientan y hacen investigar una leve secreción muco-purulenta. El aspecto de la vulva era típico, si bien mostraba numerosas escoriaciones lineales por las rascaduras. El examen microscópico de la secreción mostraba numerosos elementos diplocócicos, gram negativos.

Restaba indagar el origen del contagio, cosa que hubiéramos ignorado siempre, si la madre, singularmente inteligente y bien advertida por nosotros, no hubiera traído entre dos trozos de vidrio, una materia mucosa que en varias ocasiones encontró ensuciando la parte anterior y media de la tabla asiento de su *water clos*, y que creyó, desde un principio, procedía del flujo de la niña, hasta que cuando por nuestro consejo aisló ropas y útiles de la enfermita y destinó un orinal marcado exclusivamente para ella, vióse sorprendida al encontrar manchada de nuevo, y sin duda recientemente, la tabla aludida, lo que la llevó a pensar existía en la casa otro enfermo que hasta entonces había escapado a sus pesquisas.

Era éste un hijo de 16 años que ocultaba, sin tratamiento alguno, una blenorragia agudísima. De no sufrir alguna complicación, es seguro que siempre habría ocultado el muchacho su dolencia, tal era su obstinación en negar lo que tan precozmente había adquirido.

El examen microscópico de los cristales, confirmó la naturaleza purulenta de la sustancia recogida, comprobándose la existencia de numerosísimos gonococos intraleucocitarios.

La afección de la nena curó sin contratiempo, si bien, durante una veintena de días, el violento prurito vulvar nos obligó a adoptar grandes precauciones por miedo a seguras contaminaciones oculares.

Sólo un espeso apósito, sujeto por un vendaje triangular *ad-hoc*, nos dió resultado, fracasando cuantas medicaciones antipruriginosas ensayamos y cediendo al compás de la vulvitis.

MEDICINA INTERNA

Investigaciones sobre el tratamiento del Ulcus ventriculi por medio de la sonda yeyunal.—SCHOLTZ y BRUGSCH.—«Dtsch. Arch. f. Klin. Med.» 175 Bd. 2 H. Mayo 1933.

Han sido los autores de habla alemana los que han dedicado mayor atención a este proceder terapéutico; iniciado ya por Einhorn, que introducía la sonda hasta el duodeno solamente, fué perfeccionado por Henning, Gutzeit y otros autores. Henning se valió de una sonda sumamente delgada, que hacía llegar hasta el propio yeyuno y en este tramo intestinal depositaba por tanto las sustancias alimenticias.

Los autores siguiendo la técnica de Henning, han conseguido, a la par que excelentes resultados terapéuticos, realizar el estudio del influjo que posee la alimentación yeyunal sobre determinadas funciones gástricas. Estudian en primer lugar el comportamiento de los procesos secretorios que demuestran indudable modificación; el descenso, en cantidad y acidez, de la secreción en ayunas examinada a lo largo de seis horas (con tomas de media en media hora) es muy manifiesto, sobre todo si se compara con los valores hallados en los mismos sujetos sometidos a otras pautas dietéticas (alimentación con papillas, etc.). Por otra parte, el hecho mismo de la introducción de la materia alimenticia empleada, carece de toda acción sobre el estómago, como lo demuestra el que no sea posible señalar la menor modificación concomitante en la curva de secreción.

Análogos resultados proporciona el examen de la acidez urinaria tan estrechamente ligada a las variaciones de acidez gástrica según es de antiguo conocido; al paso que en los ulcerosos sometidos a dieta de papillas, el Ph urinario mostró las conocidas oscilaciones, tendencia a la alcalinidad en ciertas fases digestivas, y de modo constante cifras elevadas, 6,5 a 7,5, en los que eran alimentados por sonda yeyunal, se mantuvo invariable la reacción ácida e incluso se llegaron a obtener cifras señaladamente bajas 6 y 5,5.

Es evidente por tanto, que con la alimentación yeyunal se coloca al estómago en un estado de reposo casi absoluto, lo que favorece extraordinariamente la reparación de las lesiones. Mas no se circunscribe ese influjo inhibitorio solamente a las funciones secretorias; hácese efectivo en mayor grado, incluso en los procesos motores.

En efecto, utilizando el método de Danielopolu, los autores han podido mostrar cómo en los sujetos sometidos a la alimentación yeyunal desaparecen los movimientos rítmicos (14 a 20 en 10) típicos del estómago, que no son influidos por los restantes sistemas dietéticos.

Si se tiene en cuenta que actualmente la mayoría de los investigadores (Katsch, Christensen, Meyer, Feller, Strauss) atribuyen los fenómenos dolorosos del ulcus yuxtapilórico a contracciones musculares del estómago, se comprenderá la enorme importancia de estos hallazgos. De esta suerte el método terapéutico en cuestión actúa no sólo patogénicamente sino al mismo tiempo de manera sintomática.

Del conjunto de sus investigaciones (primera y segunda contribución) deducen los autores que la alimentación con sonda yeyunal constituye el proceder de elección para el tratamiento en medios hospitalarios.

Nuevas investigaciones metabólicas con glicocola en la distrofia muscular progresiva.
—KOSTAKOW y SLAUCK.—«Deutsch. Arch. f. Klin. Med.» 175 Bd. 3 H.
Junio 1933.

Constituye este artículo un valioso alegato en pro de la concepción metabólica de las distrofias musculares, hipótesis admitida desde luego por los autores. Expuestos ya en un artículo anterior (misma revista, Bd.) los alentadores resultados terapéuticos obtenidos con esta sustancia, dedican esta segunda contribución al problema patogénico.

Mediante la administración peroral de glicocola (5 gramos dos veces al día), se consigue una hipercreatinuria que por término medio retrocede a su valor primitivo a las tres o cuatro semanas en los más de los pacientes; simultáneamente con este retroceso se produce un aumento en la excreción de creatinina; solamente en algunos individuos, precisamente los menos afectos y más semejantes por tanto a los sujetos sanos, apenas se hace visible tal alteración.

Con estos hallazgos por base y el resultado de sus anteriores investigaciones, los autores llegan a las siguientes concepciones patogénicas:

a) La hipercreatinuria postglicocólica es simplemente expresión de la formación sintética de creatina a expensas de la propia glicocola, si bien no obstante la transformación es sólo parcial. Desconócese el destino y transformación que ha de experimentar la restante porción del aminoácido en cuestión.

b) Existe indudablemente una diferencia acusada entre el comportamiento metabólico del distrófico muscular y el del sujeto sano, cuya base reside en la diversa tolerancia para la creatina; ésta se halla, sin duda alguna, muy disminuída en el individuo enfermo. En el curso del tratamiento, la glicocola eleva la tolerancia aproximándola a la del sujeto sano.

c) Mediante la producción de creatina y su mejor utilización por el tejido muscular, la glicocola hace posible la reparación de las fibras musculares lesionadas y con ello un aumento en la capacidad funcional del músculo, que explica las mejorías observadas. No obstante, en opinión de los mismos autores, estos conceptos no pueden pasar de la categoría de hipótesis plausibles, en tanto no se realicen las comprobaciones anatomopatológicas e histoquímicas que aún no han podido tener lugar.

La teofilina como diurético.—C. ROMER y H. A. MEYER.—«Deutsch. Med. Wchrft.» núm. 36. Septiembre, 1933.

A partir de su introducción por Minkowski en la Terapéutica, el año 1902, esta sustancia fué perdiendo aceptación, inmerecidamente sin duda, y a causa tal vez de las problemáticas acciones secundarias que se le atribuyeron. Puede afirmarse que fué totalmente desplazada, no obstante su defensa posterior por Schmiedeborg y V. Romberg.

El año último, Romer y Meyer la emplearon para sus investigaciones. La dosis administrada fué de 90 centigramos por día en tres tomas de 30 centigramos por vía

Phosphorrenal Robert
Reconstituyente

Granular, elixir e inyectable

oral. A cada dosis parcial fué añadida 0,05 gramos de luminal con el fin de inhibir su ligera acción excitante. En esta forma fué utilizada en sujetos ascíticos de etiología diversa, cardíaca, renal, por afección poliserosítica y en cirróticos tipo Laenec.

En todos ellos el efecto diurético conseguido fué excelente, comparable incluso al que en circunstancias semejantes produjo el Salyrgan. Hubo no obstante una excepción bien señalada que se refiere al grupo de las cirrosis atroficas; los sujetos afectados de esta enfermedad el fracaso de la teofilina fué completo puesto que no fué capaz de elevar la diuresis ni siquiera en un minimum, al paso que el Salyrgan produjo en los mismos individuos copiosísimas descargas urinarias. Hasta tal punto es específica esta nulidad de acción, que los autores no vacilan en considerarla de valor diagnóstico, de tal suerte que supuesta la normalidad de la función circulatoria en un ascítico bastará constara el fracaso de la teofilina para pronunciarse por la cirrosis atrofica.

En las circunstancias actuales no es posible ofrecer aún una explicación inobjetable del diverso comportamiento. Pudiera depender quizás del distinto mecanismo patogénico, fuerte eliminación salina para el Salyrgan y excitación directa del epitelio renal y los vasos linfáticos para la teofilina.

En ninguno de los casos estudiados fueron observadas complicaciones serias, pero sí algunas pequeñas molestias secundarias; ligera intranquilidad, sensaciones nauseosas y en alguna ocasión, vómitos.

En resumen, por tanto, la teofilina que salvo en los cirróticos, tipo Laenec muestra una poderosa acción diurética, debe ser empleada con preferencia a los diuréticos mercuriales, sobre todo si existe peligro directo en el epitelio renal. Aparte de su mayor manejabilidad ofrece además la ventaja de la administración peroral.

M. SEBASTIÁN.

Imprenta Castellana

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

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

Pidan una demostración de cualquier trabajo.

**Montero Calvo, 17. - Apartado de Correos 27.
Teléfonos 2238 y 2239. - Valladolid.**



Sanatorio Psiquiátrico de San Juan de Dios para varones

Situado a dos kilómetros de la capital

PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES MENTALES Y NERVIOSAS

Director: Doctor Mariano Górriz

Servicio médico permanente. Gabinetes de especialidades (radiología, oftalmología, odontología, etc.). Laboratorio. Tratamientos modernos de las psicosis. Malarioterapia. Terapéutica intracisternal de las neurosífilis. Piroterapia reglada. Balneoterapia. Narcosis prolongada. Terapéutica por el trabajo. Granjas avícola, cunícola y agrícola. Biblioteca, cinematógrafo, radio. Campos de deportes (foot-ball, tenis, pelota, etc.).

Pabellón completamente independiente para [enfermos de ingreso voluntario agotados, neurosis, psiconeurosis, etc,

Detalles y correspondencia: **DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA** - Apartado 66 - Teléfono 87

P A L E N C I A

BRONQUITIS
CATARROS

PULMO-HIDRATOL

TUBERCULOSIS
GRIPPE

**INYECTABLE INDOLORO
NIÑOS ADULTOS**

3 FÓRMULAS: Simple -- Con lecitina -- Infantil

Debido a que en esta fórmula balsámica se ha conseguido incorporar la **HIDRASTINA**, podemos asegurar que con su uso no se presenta la resecaión producida por el Gomenol.

Producto del Laboratorio **SUR DE ESPAÑA** -- Dr. Dávila, 40 y Joaquín Dicenta, 5.-MALAGA

NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA

Sobre la encefalografía gaseosa por vía lumbar.—CL. VINCENT, F. RAPPOPORT et H. BERDET.—«Revue Neurologique», a. XL, t. 1, núm. 6. Junio 1933.

En esta interesante ponencia que ha constituido una de las debatidas en la XIII Reunión Neurológica Internacional anual, habida en París los días 30 y 31 de Mayo último, los autores ponen al día, basados en su numerosa experiencia, uno de los asuntos más controvertidos de la neurología. Recogeremos en esta reseña, lo de mayor interés de ser conocido por el médico general, dejando a un lado multitud de detalles que el interesado puede recoger en su fuente de origen.

La encefalografía no debe constituir un método de ventriculografía, sino uno de estudio del encéfalo y de sus envolturas. No se debe emplear para hacer el diagnóstico de las neoplasias encefálicas, y en general, siempre que exista un síndrome neto de hipertensión cerebral, no debe practicarse la encefalografía; aun en los casos de duda, es preferible de antemano la ventriculografía.

Da resultados útiles en el diagnóstico de numerosos procesos morbosos del cerebro: en la epilepsia genuina, en la traumática y en la consecutiva a los traumatismos obstétricos; en muchos de estos casos se encuentran imágenes de hidrocefalia, de desviación ventricular, de atrofia de las circunvoluciones, de ensanchamiento de los espacios subaracnoideos, etc.

En las cefaleas post-traumáticas, las imágenes son anormales en casi todos los sujetos; se puede así reconocer la naturaleza orgánica de trastornos atribuidos muy frecuentemente a la neurosis.

Sólo en los tumores cerebrales sin hipertensión, puede practicarse la encefalografía; en los demás casos ya se dijo que era preferible la inyección de aire directamente en los ventrículos.

Inclusive en ciertos síndromes psíquicos (demencia precoz, demencia senil), el método proporciona un apoyo a la hipótesis de patogenia orgánica, no dudoso.

En cuanto a su acción terapéutica, es útil conocer que un 70-80 por 100 de cefaleas y vértigos post-traumáticos se atenúan o desaparecen, y los accidentes convulsivos son beneficiosamente influenciados en la mitad de los casos.

El modo de acción de la encefalografía es mal conocido; se puede suponer que el aire en los espacios subaracnoideos, distiende las adherencias, por lo que la circulación del líquido se encuentre facilitada del mismo modo que el curso de la sangre en los vasos por disminución del edema y enderezamiento de las codaduras vasculares producidas por las adherencias.

FARMACIA DE A. MARTIN MATEO

ATENDIDA POR DOS TITULADOS

Laboratorio de análisis químicos, clínicos y de investigación farmacológica

Centro de especialidades farmacéuticas

Cajas tocológicas

Santiago, 41

VALLADOLID

Teléfono 1844

Consideraciones clínicas y fisiológicas sobre la enfermedad de Friedreich. La heredo-degeneración espino-cerebelosa.—G. GUILLAIN et P. MOLLARET.—«La Presse Medicale», núm. 73, 1933.

Los síntomas de la enfermedad de Friedreich pueden ser reunidos en tres grupos: 1.º Síntomas medulares y cerebelosos. 2.º Síntomas supramedulares. 3.º Síntomas proporcionados por el examen de las diferentes visceras, glándulas endocrinas y humores.

Entre los primeros estudian: los trastornos motores (parálisis, déficit cerebeloso, ataxia, trastornos laberínticos y movimientos anormales); los trastornos sensitivos, que ausentes para la mayoría de los autores, son frecuentes para G. y M.; exigen ser cuidadosamente buscados y conciernen a perturbaciones objetivas del sentido de las actitudes segmentarias, la sensibilidad vibratoria, la ponderal y el sentido estereognóstico; los reflejos ósteo-tendinosos, abolidos precozmente casi siempre, en ocasiones pueden estar conservados, o abolidos al principio, volverse exagerados con la evolución de la dolencia; el signo de Babinski es positivo; los reflejos de defensa, presentes en fases avanzadas de la enfermedad, la hipotonía habitual o contractura tardía evocando la idea de una paraplejía espasmódica, los trastornos esfinterianos y genitales que faltan casi siempre, los trastornos tróficos, los simpáticos y los eléctricos.

Como síntomas del segundo grupo estudian los característicos trastornos de la palabra, la afección del VIII par, los significativos síntomas oculares, con el nistagmus y los inconstantes atrofia óptica y parálisis oculares; los trastornos bulbares vegetativos, de gran interés en cuanto al pronóstico, representados por los frecuentes trastornos del ritmo cardíaco, y más excepcionales respiración de Cheyne-Stokes, crisis laríngeas, trastornos de la deglución, poliuria, etc.; trastornos psíquicos (debilidad mental, alteraciones del carácter, ciertos delirios, etc.).

En el tercer grupo incluyen los proporcionados por el examen funcional del hígado, de resultados no concluyentes, los trastornos endocrinos, nulos, según las investigaciones de los autores, los de la sangre y los del líquido cerebro-espinal; en éste se encuentran signos de afección inflamatoria discreta en los primeros períodos de la dolencia, hallazgo que puede ser de interés para nuestras concepciones etiológicas y patogénicas futuras.

Según este esquema sintomático, puede admitirse el parentesco que existe entre la enfermedad de Friedreich, la heredo-ataxia cerebelosa y la paraplejía espasmódica familiar. Si al síndrome cerebeloso se asocia el piramidal al mismo tiempo que falta el de las raíces y cordones posteriores, se ve realizado el cuadro clínico de la heredo-ataxia cerebelosa de Pierre Marie. Si el síndrome piramidal existe solo o asociado a un síndrome cerebeloso discreto, queda realizado el cuadro de la paraplejía espasmódica familiar con sus dos variedades: piramidal pura y piramidal cerebelosa. Por lo que estos diferentes términos no parecen ser más que aspectos de una sola entidad morbosa, que proponen designar «la heredo-degeneración espino-cerebelosa.»

ELIXIR "RECA" Clorhidropéptico.

Producto del Laboratorio Cántabro

Santander.

El signo de Argyll Robertson. Exposición anatómo-fisiológica del fenómeno con una ojeada a su comportamiento en la neurosífilis.—H. HOUSTON MERRIT and MERRILL MOORE.—«Archives of Neurology and Psychiatry», v. 30, núm. 2. Agosto 1933.

La pupila de Argyll Robertson es definida por las siguientes características: 1) ausencia de reacción a la luz; 2) miosis; dilatación imperfecta a las instilaciones de atropina y a los estímulos dolorosos; 4) ausencia de reacción a los estímulos vestibulares; y 5) reacción normal a la acomodación.

Estas características son debidas a la destrucción de las fibras del reflejo pupilar a la luz y de las fibras simpáticas.

En el estado actual de nuestro conocimiento se admite que estas fibras para el reflejo a la luz y las simpáticas caminan a corta distancia en la extremidad anterior del tronco cerebral ventralmente a la comisura posterior. Una lesión destructiva en este sitio explicaría todos los fenómenos de la pupila de Argyll Robertson.

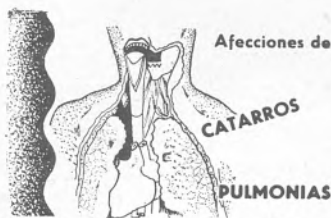
Una lesión en este punto produciría un Argyll Robertson y los casos descritos van asociados a sífilis del sistema nervioso y unos pocos a invasión gliomatosa de esa región. Por eso prácticamente la pupila de Argyll Robertson es patognomónica de sífilis del sistema nervioso central.

La frecuencia de este fenómeno en la neurosífilis es probablemente debida a la localización precisa en el tegmentum por la infección sífilítica.

En un análisis de 749 casos de neurosífilis, el signo ha sido observado en 287, o en el 38,3 por 100. Los 287 casos, son divididos como sigue: formas tabéticas y paráliticas (P. G.) de neurosífilis, 240 casos, u 83 por 100; otras formas de neurosífilis, 47 casos, o 17 por 100.

El signo de A. R. indica afección parenquimatosa y sugiere, por tanto, la idea del desenvolvimiento de la tabes o de la demencia parálitica.

J. M.^a VILLACIÁN



Afecciones de las vías respiratorias

HEPATOBRON

PECTORAL FORTIFICANTE

DEL
DR. GRAIÑO

DERMATOLOGIA Y SIFILIOGRAFIA

Estudio de la arseno-resistencia según una estadística de hospital.—J. GATE et P. TIRAU. «Annales des mal. véneriennes», núm. 4. Abril 1933.

Tirau, utilizando los datos recogidos durante cinco años en el servicio de Gaté en el Hospital de l'Antiquille, compuso su tesis sobre este tema. En ella (Lyon 1932) encontrará el lector una extensa bibliografía sobre la cuestión.

G. y T. precisan el concepto de la arseno-resistencia, definiendo sus límites.

Sobre 917 casos observados (sífilis primaria y secundaria) desde 1927, encuentran 16.

Distinguen los autores diversas formas clínicas, a saber: arseno-resistencia atenuada, arseno-resistencia recidiva, arseno-resistencia característica y arseno-activación.

Notan que las manifestaciones cutáneas de la arseno-resistencia son atípicas en numerosos casos; así son erupciones psoriasiformes y petiriasiformes de localizaciones particulares.

De difícil interpretación son las manifestaciones viscerales, por cierto raras.

En la interpretación no se puede alegar la deficiencia terapéutica (dosis-intensidad-ritmo). Durante 15 años anteriores, practicado el tratamiento en igual forma, la resistencia era una rareza clínica.

Para la interpretación patogénica, se puede discutir la parte que pudiera jugar una disminución de actividad actual del medicamento y un habituamiento de los treponemas, ya al novarsenobenzol o a las sustancias desconocidas de acción treponemocida, fabricadas por el organismo bajo la acción del tratamiento arsenical, interviniendo estas dos causas solas o asociadas.

Conclusión práctica de este trabajo: Actualmente la frecuencia de la arseno-resistencia impone una modificación del tratamiento de la sífilis, el bismuto y el mercurio que no debe olvidarse, deben desempeñar un puesto de mayor rango.

Observaciones sobre la enfermedad de Hodgkin; presencia de un agente patógeno en los ganglios y su investigación para el diagnóstico.—GORDON. «The British Medical Journal», 15 Abril 1933.

El autor presentó al Ministerio de Higiene de su país, una ponencia sobre la enfermedad de Hodgkin. De ella es resumen y complemento el presente trabajo.

La inoculación de los ganglios linfáticos, da lugar en el conejo a una meningoencefalitis especial.

Gordón, corta el ganglio extirpado en pequeños fragmentos y lo adiciona caldo de cultivo ordinario en la proporción de 1 : 10, después de decantarlo lo deja durante ocho días en la nevera. Después de este tiempo, inyectan de esta suspensión, 0,6 cc. en la vena marginal y 0,4 cc. en el cerebro.

Después de un plazo de incubación breve, de 2 a 6 días, los conejos inoculados presentan desviación de la cabeza, incoordinación de los movimientos y parálisis espástica de los miembros, pérdida de peso.

Diez días más tarde, por término medio (3 días a 1 mes como plazos extremos), mueren los animales; su examen necrópsico muestra una congestión difusa de las meninges.

Algunos animales han sobrevivido, curando lentamente; la reinoculación posterior demostró habían adquirido inmunidad frente al virus.

Entre 20 casos de Hodgkin, 17 veces comprobó esta propiedad de los ganglios y

queriendo comprobarla inyectó a conejos suspensiones análogas de ganglios procedentes de sujetos varios (adenitis crónica, micosis fungoide, leucemia, sarcoma, linfosarcoma, etc.) sin poder obtener el síndrome paralítico.

Del estudio bacteriológico de la suspensión ganglionar, parece puede descartarse la existencia de ningún microbio, ya que los cultivos se mostraron negativos. El virus es muy resistente, ni la desecación ni el calor y el ácido fénico al 1/2 por 100 le destruyen.

El líquido de filtrado es inactivo, pero es de notar que la dilución previa le inactiva.

«In vitro» es neutralizado por el suero de conejos curados, pero no por el de animales sanos.

Los cobayas, muestran como los conejos una rigidez muscular y pérdida de peso, muriendo al cabo de 8 a 21 días y presentando alguna vez ganglios hipertrofiados.

Los ratones se muestran refractarios.

Tratamiento preventivo local de las estomatitis medicamentosas, mercuriales y bis-múticas, especialmente.—LEBOURG. «París Médical», núm. 14. 8 Abril 1933.

Desde luego, es conveniente la limpieza instrumental hecha por el dentista; a parte de esto, los cuidados a tener variarán según el estado de la boca del enfermo.

Si está muy sucia, es conveniente un lavado diario con cepillo y una pasta a base de glicerina yodada y piedra pómez. Además dos jabonaduras y baños de boca con el líquido de Dakín. Este tratamiento durará unos días.

En casos de mediana infección, son suficientes los lavados con cepillo y una pasta de creta y magnesia calcinada y baños de boca con agua oxigenada.

Si la boca está sana y limpia, aconseja Lebourg, el simple lavado con agua pura evitando los dentífricos demasiado ricos en esencias y colorantes.

Para los aparatos y piezas de prótesis, aconseja mantenerles durante la noche en un baño de formol al 10 por 100 después de un cepillado minucioso.

Una reacción biológica para el diagnóstico de la enfermedad de Hodgkin.—ROOYEN. «The British Medical Journal», 15 Abril 1933.

El autor ha empleado el test propuesto por Gordon (véase referata anterior) en cinco casos de enfermedad de Hodgkin, encontrándolo positivo en tres casos, dudoso en uno y negativo en otro.

En un caso de linfosarcoma y en otro de pseudoleucemia, el resultado fué negativo.

Para el autor, el test biológico de Gordon es un método fácil que permite diferenciar la enfermedad de Hodgkin del linfosarcoma, de las leucemias y adenias tuberculosas.

El tiosulfato de calcio en el tratamiento de las complicaciones consecutivas al empleo de neosalvarsán y del bismuto.—MAC LACHLAN. «The British Medical Journal», 2 Mayo 1933.

La inyección diaria de 5 cc. de la solución de tiosulfato de calcio al 10 por 100, puede sustituir con ventaja, según Mc. Lachlan, al hiposulfito de sosa, en el tratamiento de las complicaciones consecutivas al empleo del 914 y del bismuto.

En apoyo de este aserto, cita seis casos de intolerancia del neosalvarsán y al bismuto, tratados con éxito mediante el tiosulfato de calcio.

Aportación al tratamiento de la neurosífilis con el virus del herpes asociado a la impaludización o al pyrifer.—H. HRUSZEK. «Dermatologische Zeitschrift», fascículo IV. 5 Mayo 1933.

Zurukzoglu y Grüner, partiendo de la observación de Naegeli, de que los enfermos sometidos a la malarioterapia, mejoraban más completamente y más rápidamente, cuando presentaban en el curso del tratamiento erupciones de herpes, trataron cinco enfermos de sífilis cerebro-espinal, inoculando el virus herpético inmediatamente antes de recurrir a la piretoterapia, obteniendo buenos resultados.

Hruszek, por su parte, añade a esta casuística dos observaciones personales que parecen confirmar la acción electiva del virus herpético sobre las alteraciones del líquido cefalo-raquídeo, intensas en los dos casos de Hruszek. Según este autor, tal vez convendría recurrir a la inoculación herpética en los casos de sífilis nerviosa antes de recurrir al tratamiento medicamentoso.

La esplenoterapia de las dermatosis pruriginosas.—GATE, CHARPY et MONARD. «Journal de Médecine de Lyon», núm. 321. Mayo 1933.

Sobre cuarenta y tres casos han experimentado los autores la acción de los extractos esplénicos. Sus resultados han sido 17 fracasos, 16 curaciones completas, 7 de ellas con recidivas, 8 resultados parciales. De los 43 casos, 41 aquejaban prurito, logrando en 23 de ellos una mejoría neta. Los extractos de bazo, no reemplazando a los otros tratamientos, pueden prestar servicios en el arsenal dermatológico.

Todavía el zona y la varicela.—G. BLECHMANN. «Journal de Medecine de Paris», núm. 19. 11 Mayo 1933.

Nueva observación vertida al debate de las relaciones y dependencias de estas dos enfermedades.

Un enfermo de Blechmann presenta un zona, y un mes más tarde, dos de sus hijos presentan una varicela; pocos días más tarde, una niña amigueta de éstos se ve cubierta de una varicela y luego el chófer de la casa y su mujer.

No existía antecedente alguno de varicela en la enfermedad, antes de la aparición del zona.

No es ciertamente este caso de los que menos se prestan a crítica.

Ciertos aspectos no resueltos de la infección sifilítica; posibilidad de la existencia de portadores sanos de treponemas.—COUTTS. «The American Journal of Syphilis», vol. XVII, núm. 2. Abril 1933.

No sólo entre los sifilíticos exentos de lesiones apreciables existirían los portadores de gérmenes, lo mismo podría suceder con sujetos sanos.

Couts, ha podido observar que los treponemas alojados en tubos capilares, pueden sobrevivir virulentos durante varios días a la temperatura del laboratorio. No duda por lo tanto, que cuando los treponemas encuentran en la vagina de una

ORTHOMIL

Solución de salicilato de sosa.
2 gramos por cucharada.

Producto del Laboratorio Cántabro.

Santander.

sifilítica latente una temperatura y un medio favorables, puedan conservar su virulencia por lo menos durante tanto tiempo como en los tubos de vidrio,

El autor ha encontrado treponemas activos en la vagina de dos sifilíticas latentes (prostitutas); por razón de la frecuencia de las relaciones sexuales, no es fácil pronunciarse sobre cuánto tiempo podía haber transcurrido desde que fueron depositados.

Como verosímilmente esto puede suceder también en el hombre, Coutts ha investigado sin éxito, la presencia de treponemas bajo el prepucio.

Coutts, cita una observación en la que una mujer indemne de lesiones, pero con serología positiva pudo dar un chancro sifilítico a su compañero. Otro caso refiere referente a otra sífilis recibida de mujer indemne de lesiones y al final de una serie arsenical.

La clínica parece probar, según se desprende de estos hechos, la existencia de portadores de gérmenes entre los sifilíticos latentes y en este hecho estribaría la explicación de aquellas contaminaciones procedentes de individuos aparentemente sanos.

LEDO

Nota del traductor.—Sin negar estos hechos, apuntados antes de ahora por algunos autores (Bory entre ellos), cabe preguntar: ¿Qué pruebas podemos aducir de la integridad de una mucosa como la vaginal? ¿Es que la serología positiva de la primera de las mujeres consideradas por Coutts, no era suficiente para sospecharla contagiosa? Hace años, como dudáramos en una de nuestras publicaciones, de la frecuencia de la sífilis sin chancro y buscáramos explicación de la mayor parte de los casos que así se interpretaban, a la existencia de lesiones atípicas o tal vez de micro-chancros que fácilmente pasaran desapercibidos, el profesor Audry nos envió la tesis que uno de sus discípulos dedicara a este tema. Hoy no dudamos de la existencia de sífilis sin chancro; lo que sí creemos es que es muy rara y que la lesión inicial puede pasar fácilmente inadvertida, por su tamaño, por su localización, por su atipia, etc. Análogas objeciones formularemos a las afirmaciones de Coutts; pueden existir portadores de gérmenes, pero de ahí a afirmar que un sujeto con serología positiva es portador de gérmenes por el hecho de que en una mucosa tan poco propia para un examen minucioso, como es la genital de la mujer, parece indemne a nuestros ojos, nos parece tan aventurado como inocente.

PEDIATRÍA

Comprobación experimental del eritema nudoso y su etiología tuberculosa.—DOCTOR RAUL CIBILS. Buenos Aires. «Archvs. de medne. des enfnts.»

Al presentar la ponencia, «El eritema nudoso y su etiología», al Congreso de Pediatría de Montevideo en 1930, sostuvo ya el autor su etiología tuberculosa reforzada por las comprobaciones radiológicas tuberculínicas, etc. Así los procesos infiltrativos y las cutirreacciones, son marcadamente específicas en un 98 por 100 de los casos. Entonces no había hecho los hallazgos de los gérmenes pero lo achacaba a defectos de medios de observación. Posteriormente a aquel trabajo están las opiniones de Engel y de Pirquet, los cuales creen a la vez que el bacilo de Koch puede producir el eritema nudoso. Sin comentario alguno presenta el autor la opinión de Tachau respecto a los casos de Gutmann y Landuzy, los cuales encontraron el bacilo tuberculoso en el eritema nudoso, y dice Tachau que en aquellos casos se encontraron

dichos bacilos por pura coincidencia y porque los sujetos afectos eran tuberculosos y el eritema produjo una reactivación del proceso. Y al llegar aquí hace el autor del trabajo la presentación de un caso clínico en el cual la enfermita de eritema nudoso es operada de un nódulo de eritema nudoso de la tibia, el cual al ser cultivado y tenidas las preparaciones, da un resultado negativo respecto al hallazgo de bacilos de Koch, pero se hace una primera inoculación a ratones y nada pasa, mas la inoculación de papilla de ganglios vecinos al sitio de inyección y practicada a otro segundo grupo de ratones, da como resultado el hallazgo de lesiones tuberculosas generalizadas; la inoculación de extracto de estos nódulos a otros animales, es a su vez positiva en tuberculosis pero más atenuadas las lesiones.

Nada afirma en el resumen, pero este caso y otros doce observados tuberculínica, clínica y radiológicamente, serán motivo de comentario en otro trabajo que promete.

Epilepsia infantil y manía crónica.—R. BENON. París. «Archives de medecine des enfants». Septiembre 1933.

No cabe duda que los síntomas de orden asténico y los síntomas de orden maniaco, tienen sitio importante en las manifestaciones neuro-psicológicas de comienzo. La manía epiléptica es a veces confundida con el delirio, creyendo el autor que puede haber una manía epiléptica. Pero a la vez piensa que lo que se califica como demencia epiléptica sea sólo una astenia crónica a causa de la frecuencia de las crisis y de los caracteres de la enfermedad; es pasajera, y a veces va acompañada de agitación convulsional, pero claro que la agitación maniaca se puede confundir con la agitación confusional.

La idiocia epiléptica es siempre adquirida, jamás congénita, tampoco es total, pues los enfermitos a veces razonan y comprenden, desde luego se desenvuelve con la epilepsia. La idiocia y la manía crónica coexisten. La idiocia con detención del progreso del lenguaje, depende de lesiones cerebrales; la manía sucede a la depresión o astenia secundaria a la infección determinante. La regresión del lenguaje se instala por encefalitis localizadas, y la manía crónica después de accesos asteno-maniacos diversos. Lo más común es que no haya epilepsia en los casos de idiocia y de manía crónica. Cree el autor que en el adulto los accesos maniaco depresivos no sean equivalentes epilépticos. Así como en el adulto el insomnio es casi siempre constante, el caso que cita el autor es con el sueño conservado.

Desde el punto de vista terapéutico, hace resaltar que la manía que coexiste con epilepsia, no es felizmente influenciada por el luminal o el gardenal. La hioscina calma al sujeto, pero el manejo de este producto es peligroso.

Contribución al estudio de la etiología del mongolismo.—DOCTOR SANTILLANA, de Túnez. «Archives de medecine des enfants». Abril 1930.

El mongolismo es fácilmente diagnosticable por el tipismo de la facies de los enfermitos del desarrollo retardado, etc.; tan sólo se le puede confundir con el mixema, pero esto no es corriente. Mas la etiología es aún muy oscura. Entre las diversas teorías que se citan para explicar esta etiología, figuran, la primitiva de Down, que cree el mongolismo como revivificación de un tipo ancestral, hoy desusada; otra la de Comby, que lo atribuye a la vejez o al agotamiento de la madre, así como a los sufrimientos tanto físicos como morales durante el embarazo. También a la sífilis la consideran muchos autores culpable del mongolismo (Marfán). La teoría endo-

crina tiene sus partidarios, fijando unos la atención en el tiroides y otros en la hipofisis. Pero donde el autor hace hincapié es en lo que han creído ver otros autores, y es en que el mongolismo sea un proceso parológico infeccioso o tóxico acarreado durante el desarrollo del huevo. Mas nuevas teorías afirman sea una anomalía degenerativa concomitante con un estado particular del germen. Esto es apoyado por los casos en que un embarazo bivitelino, tan sólo uno de los gemelos sea idiota mongólico. Entonces y por esto buscan la causa del mongolismo en alteraciones del óvulo o del espermatozoide (K. Krabbe). Así pues, el mongolismo tendrá un origen completamente preconcepcional.

Así pues, ¿el mongolismo es un estado morbozo o una anomalía? Saint Hilaire, lo considera como una anomalía degenerativa de toda la economía, o de toda la constitución.

Como causas determinantes de la modificación del germen se citan, la edad y el agotamiento de los padres, la consanguinidad, el alcoholismo, la lúes, pero no como causas eficientes sino predisponentes. Así pues, dada la profunda alteración de la constitución, inútiles serán los tratamientos específicos, mercurio, bismuto; como los endócrinos, tiroidina; ni otros extractos opoterápicos.

ALLUÉ HORNA.

OTORRINOLARINGOLOGÍA

Las amígdalas y su importancia como foco generador de las infecciones.—DOCTORES S. RODRIGUEZ BERCERUELO y A. LOPEZ DE LETONA.—Revista «Medicina», año IV, número 9, Septiembre de 1933.

Después de un amplio repaso sobre la fisiología de las amígdalas, que los autores le resumen en seis funciones: mecánico-digestiva, hematopoyética, bioquímica, endócrina, antitóxica y de puerta de entrada en las infecciones, se ocupan con extensión de esta última por la frecuencia con que el especialista ha de establecer un diagnóstico etiológico de ciertas infecciones producidas a distancia por focos o reservorio patológicos en amígdalas, que además de presentar los siete signos clínicos que reseñan y una historia de accesos repetidos de amigdalitis o brotes agudos y de coincidencia con el brote de la afección secundaria (ulcus, altralgia, nefritis, etc., etc.), preconizan la «respuesta hemática al masaje amigdalino» que han hecho en un total de 20 enfermos, encontrando en todos ellos leucocitosis con polinucleosis en algunos casos muy marcada.

Con 91 cita bibliográfica.

Sobre el poder de absorción de la mucosa de las vías respiratorias.—DOCTORES EMILIO LIBERREIRO y ESTEFANO TENEFES VALSALVA.—Número 12. Enero 1933.

Los autores hacen experiencias en enfermos traqueotomizados y en conejos, a los que administran por vía respiratoria azul de metileno, hematosilina, santominato de sodio rojo-negro, colargol, etc., y sacan las siguientes conclusiones en resumen: 1.ª La mucosa nasal tiene un poder muy limitado de absorción. 2.ª El poder absorbente de la mucosa epitelial de la laringe, tráquea y bronquios, es difícil de determinar. 3.ª La extensa, sutil y delicada membrana que el pulmón tiene de superficie de contacto con el exterior, ofrece las mejores condiciones al paso de los tejidos y a la san-

gre de las sustancias extrañas llegadas hasta él con el aire inspirado porque las experiencias demuestran su gran capacidad absorbente.

Tuberculosis laríngea y gestación.—PACILEWIER y CONVELAIRE.—«Boletín de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de París», número de 1932, páginas 17-20.

Una mujer entra en la clínica Banadocque en el curso del noveno mes de gestación, con fenómenos graves de disnea laríngea. Una hora después, durante el trabajo del parto, sufre un síncope y muere. El autor discute el mecanismo de la muerte aunque sospecha que fuera producida por los dolores laríngeos que actuarían sobre el neumogástrico, ya que la autopsia señaló lesiones extensas de tuberculosis laríngea con adenopatías mediastínicas y lesiones pulmonares no tan avanzadas. Pudo según el autor, evitarse la muerte por una traqueotomía preventiva, por anestesia laríngea superior, o dando escopolamina o atropina y también habiendo practicado una cesárea con raquianestesia.

La proteinoterapia en Otorrinolaringología.—DOCTOR ARMANDO LENCI.—«Giornal del médico práctico», año VII, número 7.

Después de un recuerdo a los trabajos de Pasteur, Jenner, Roux y Vaillard, pasa el autor a publicar los resultados obtenidos en 25 casos concernientes a la especialidad y tratados con caseal cálcico, que es un caseinato de Ca. en suspensión coloidal y que presenta sobre la leche pura, la ventaja de ser un compuesto unitario de dosificación más exacta y de menos reacción. Entre los casos tratados favorablemente, figuran una fronto-etmoiditis, tres otitis medias, ocho otomastoiditis aguda, una otomastoiditis con absceso extradural, una mastoiditis de Bezold y varios enfermos más de anginas.

Un caso imperforación congénita de esófago.—DOCTOR R. MARTIN SABATER.—«Revista Medicina», año IV, número 9, Septiembre de 1933.

El autor refiere la historia de un chiquillo que apenas llevaba dos horas después del nacimiento y presentaba signos de asfixia, cara bultuosa, congestionada, cianótica, tos. Existencia en boca y fosas nasales de un exudado serofibrinoso que producía bastante espuma en dichas cavidades; por lo demás, el niño no tenía fiebre y había expulsado el meconio y orina, zona a nivel de base del pulmón izquierdo de estertores crepitantes y subcrepitantes que desaparece casi por completo al siguiente día con tratamiento, no ocurriendo así con las sofocaciones que se intensifican tan pronto el niño ingiere leche y sólo desaparecen al ponerle con la cabeza baja. Para

HEPATORRADIL
Reconstituyente
para verano e invierno

descartar una causa espasmódica, el autor administró un enema de cloral y diagnóstica imperforación congénita de esófago comprobada después por radioscopia y esofagoscopia, y finalmente por autopsia.

La vacunoterapia y la proteinoterapia en la mastoiditis aguda.—DOCTOR F. D'ONOFRIO (Nápoles).—«De Il Morgani». 5 de Febrero de 1933.

Después de comentar el resultado favorable sobre la cuestión, según las enseñanzas realizadas por el autor en 35 enfermos, saca las siguientes conclusiones: 1.^a La proteinoterapia y la vacunoterapia en las mastoiditis incipientes, actúan con eficacia. 2.^a Los resultados son tanto mejores cuanto antes se inicie el tratamiento. 3.^a Conviene preceder algunas inyecciones de proteína a las de la vacuna, siempre polivalente. 4.^a La dosis y el intervalo del tiempo varían. 5.^a Si no se mejora el proceso, no se debe insistir.

Sobre el cardiospasmó y la dilatación del esófago.—DOCTOR EINHORN.—«Arch. Malad. de l'Appareil digestif», número 2, 1933.

Divide el autor en dos grupos a los cardiospasmos, uno permeable y otro impermeable; en este último grupo admite otros dos: el 1.^o es el que al empujar la sonda, se nota una resistencia elástica, que desciende, de pronóstico benigno; el 2.^o, que no admite desplazamientos y que suele ser neoplásico. Recomienda el autor en todo espasmo impermeable, un examen con rayos X, con o sin atropina y una prueba del «godet» duodenal con hilo de seda y dilatador pilórico; en cuanto a los cardiospasmos simples que son refractarios a los antiespasmódicos, serán sometidos a otros tratamientos y a este propósito menciona su dilatador metálico del cardios que produce dilataciones hasta de diez centímetros.

Colesteatoma del oído, caso clínico.—E. F. ZIEGELMAN.—«The Laryngoscope», Junio de 1932.

Conclusiones: 1.^a El colesteatoma de oído es muy frecuente. 2.^a Muchas otitis supuradas son colesteatomas en potencia. 3.^a El examen del pus sobre un porta objetos con agua, ayuda al diagnóstico. 4.^a Debe hacerse una evacuación completa del contenido patológico para obtener buen resultado. 5.^a Es inútil el uso de la lupa binocular para determinar la extensión de la lesión. 6.^a No debemos contentarnos con practicar una simple mastoidectomía, si queremos evitar el desarrollo de una otitis crónica supurada.

BERCERUELO

Peptoyodal Robert

Y o d o o r g á n i c o

Gotas e inyectable

Remedio fisiomédico

NORMACOL

para el tratamiento racional de la constipación crónica.

- 1 *Provoca el peristaltismo fisiológico por el aumento de volumen que adquiere en el intestino.*
- 2 *Ablanda, suaviza y esponja las materias fecales.*
- 3 *No irrita, no produce deposiciones diarreicas ni forma hábito.*

EL NORMACOL, de composición puramente vegetal, no constituye ningún purgante, sino el complemento adecuado de la alimentación moderna demasiado concentrada.



ENVASE ORIGINAL:
Cajas con 150 grs.
gránulos grageados.

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING S.A.

Central: Apartado 479, Madrid — Sucursal: Apartado 1030, Barcelona

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMÓDICO

SEDATIVO NERVIOSO

Comprimidos glutinizados: Feniletilmalonilurea, Quinina, Cratægus * El primer sedativo y antiespasmódico especialmente preparado para la TERAPÉUTICA CARDIOVASCULAR

LABORATORIOS DEGLAUDE

Medicamentos cardiacos especializados
(DIGIBAINÉ, etc.) — PARIS

J. M. BALASCH

Agente general para España
440, Avenida 14 de Abril :: BARCELONA

BIBLIOGRAFIA

MALFORD W. THEWLIS. *Geriatría.—Prevención y tratamiento de las enfermedades de la vejez.* Salvat Editores, S. A. Barcelona.

Los libros sobre enfermedades de la vejez y sobre prevención de la misma, son raros y además son difíciles de hacer, por la razón de que nadie es capaz de señalar dónde empieza la vejez y cómo es posible evitarla. Sabemos únicamente por Anatomía Patológica, cómo es la anatomía patológica del viejo, por la Fisiología patológica, cómo es la fisiología del viejo. Pero considerar ciertas enfermedades exclusivamente como procesos de vejez es algo aventurado, y únicamente nos es dable juzgar de la vejez como proceso histopatológico, fisiopatológico y anatomopatológico; pero muy difícil como entidad clínica, y muy difícil también considerando ciertas entidades clínicas como propias de la vejez.

¿No sería mejor considerar esas entidades en el aspecto clínico con que se presentan en los viejos y con arreglo al grado de vejez de cada uno?

Solamente muy pocas entidades patológicas podrían ser consideradas como propias de la vejez.

No obstante estos reparos, el libro que comentamos es una buena contribución práctica, para fijar cuáles han de ser los cuadros clínicos propios de los viejos. Y ello es el mérito principal de la obra, que como la de Lorand, inquieta nuestra curiosidad científica y clínica para estudiar la vejez.

La obra de 348 páginas, bien editada como es costumbre en la casa Salvat, y bien traducida del inglés, merece ser recomendada a todos los prácticos.

M. BAÑUELOS

ED. LESSER.—*Tratado de las enfermedades de la piel y venéreas.*—J. JADASSHON. Tomo II. Enfermedades venéreas. Un volumen de 557 páginas, ilustrado con 95 grabados en negro y en colores. Salvat Editores, S. A. Barcelona.

El profesor Peyrí, de Barcelona, por encargo de la Editorial Salvat, ha traducido la décimocuarta edición de la clásica obra de Lesser por la que se educaron tantas generaciones médicas en el mundo entero.

Al morir el profesor Lesser fué encargado de realizar una nueva edición—la que comentamos—el insigne profesor Jadasshon, figura la más relevante de la dermatología alemana.

Los años transcurridos en la publicación de la última edición alemana y el momento en el que fué comisionado Jadasshon, diera a la estampa una nueva versión, habían impreso honda huella en la dermo-sifiliografía con numerosos hechos y notable cambio en las ideas que contrastaban singularmente con las expuestas en el viejo Lesser. Y esto justifica la resistencia que el profesor Jadasshon hubo de ofrecer en un principio, ante la idea de hacerse cargo de presentar una versión, que forzosamente no podía realizarse sin alterar numerosos capítulos, reformar algunos, escribir de nuevo los más.

La excelente obra de Lesser, bajo la décimotercera edición, pasa a ser en esta décimocuarta el de Lesser-Jadasshon y en ella el maestro de Breslau, conservando el plan y la disposición de la obra primitiva, hace un libro casi nuevo en su totalidad como puede comprobarse confrontando las dos ediciones. En más de doscientas páginas aumenta la extensión que consagra este volumen a las enfermedades venéreas; los grabados, conservados los más, han sido mejorados y aumentados por la aportación

personal del profesor Jadasshon. Varios capítulos son nuevos (linfogranulomatosis, por ejemplo, profilaxis de las enfermedades venéreas, etc.) y en otros, los que no fueron escritos otra vez, muestran la huella que la experiencia del maestro de Breslau ha marcado con su autoridad indiscutible.

Acuerdo fué sin duda por parte de los editores alemanes el encargar a quien lo hicieron esta edición, que ahora la editorial Salvat nos presenta de modo irreprochable, haciendo un alarde tipográfico.

Gracias a ella los médicos de habla española podrán iniciarse en la especialidad dermo-venereológica, estudiando el Lesser-Jadasshon, como antes lo hicieron con el viejo Lesser.

LEDO

LIBROS RECIBIDOS

CH. RICHET (hijo) Profesor agregado de la Facultad de Medicina de París.—**Patología experimental.**—Un tomo de 365 páginas con 86 grabados en el texto, primera edición. Biblioteca del Doctorado en Medicina, publicada bajo la dirección de P. Carnot y L. Fournier. Salvat editores, S. A. 41-49 calle de Mallorca. Barcelona, 1932.

LECENE Profesor de la Facultad de Medicina de París.—**Manual de Medicina operatoria** (3.^a edición).—Un tomo ilustrado con 321 figuras. Biblioteca del Doctorado en Medicina, publicada bajo la dirección de P. Carnot y L. Fournier. Salvat editores, S. A. 41-49 calle de Mallorca. Barcelona, 1932.

DOCTOR LUIS SAYE.—**Crisoterapia de la tuberculosis.**—Un volumen de 182 páginas en papel cuché con más de 150 radiografías. Salvat, editores, S. A. Barcelona, 1933.

Profesor A. CECONI.—**Medicina interna.**—Tomo II, un volumen de 889 páginas con 167 grabados en negro y color en el texto. Editorial Modesto Usón. Barcelona 1933.

A. PEDRO PONS.—**Anales de la Clínica médica de la Facultad de Medicina de Barcelona.** Un tomo de 472 páginas (17 × 23) con 238 grabados, impreso sobre papel couché, en rústica, 25 pesetas.

Anunciaremos dos veces todas las obras de las que se nos envíe un ejemplar. Se hará estudio crítico si se reciben dos ejemplares, o la índole de la obra lo requiere.

Tous les ouvrages dont nous recevons un exemplaire seront annoncés deux fois dans notre revue. Si le livre possède un intérêt spécial, ou si nous en recevons deux exemplaires, nous publierons son étude critique.

All the works of which we receive a copy will be advertised twice in our review. If the book has a special interest or if we receive two copies of it, we will publish a critical study of the same.

¡ALERTA, MÉDICOS!

Han salido los socialistas del Poder, pero corremos el peligro de que el Seguro de Enfermedad, siga tramitándose con sospechosa actividad y con censurable silencio

El Instituto Nacional de Previsión está muy interesado en activar el proyecto, en tanto la clase médica sigue vergonzosamente ignorando cómo se tramita el asunto

Sabido es que «La Opinión Médica» viene desde hace muchos meses dedicando atención preferente al gravísimo problema del Seguro de Enfermedad.

Advertimos a su debido tiempo, que el asunto se estaba llevando con sospechosa actividad en el Instituto Nacional de Previsión bajo la presión y el partidismo de los socialistas.

Advertimos también que la clase médica estaba ajena a estos manejos y que por tanto el Consejo de Colegios debía actuar con energía en defensa de los intereses de la clase.

Incluso iniciamos la idea de que la prensa profesional formase un frente único, no contra el Seguro, sino contra la forma de tramitarse y contra el desprecio absoluto a la clase médica.

Pues bien, han salido los socialistas del Poder, pero corremos el peligro de que el Seguro de Enfermedad siga tramitándose con sospechosa actividad y con censurable silencio.

Periódico hay que asegura que el Instituto de Previsión, al ver el cambio político, está echando sus redes hacia los políticos de centro y derecha, con objeto de conseguir llevar a feliz término este nuevo «momio» que va a caerle a costa de la clase médica.

No sabemos lo que habrá de cierto en ello, pero algo habrá, por cuanto periódico tan bien informado como «Gaceta Médica Española», escribe lo siguiente:

«El Seguro Social de Enfermedad marchaba a todo vapor hacia su implantación merced a la fuerte presión que el socialismo gobernante le imprimía en el seno del Instituto Nacional de Previsión por medio de sus ponencias técnicas, en las que, como es sabido, actúan médicos socialistas, defensores tenaces del criterio de su partido. Es de presumir que el cambio político quite atmósferas a tan acusada urgencia, haga frente al sectarismo y el enfermo y el médico sean tenidos en cuenta primordialmente al estructurar el definitivo proyecto.

En tanto, bueno será que los lectores sepan algo de lo que se propugna en dichas ponencias con respecto a los beneficiarios del Seguro. Según la ley del Retiro obrero obligatorio, tienen derecho a éste los asalariados con haber anual, por todos conceptos, hasta 4.000 pesetas. Este criterio se aplica al beneficiario del Seguro, pero aún hay quien estima la cifra tope muy baja y pretende elevarla a 4.500 si se tienen dos hijos, a 5.000 si son tres los vástagos, a 5.500 si son cuatro y a 6.000 si son cinco o más.

El porvenir de la medicina libre está claramente indicado con estos datos. Siendo una realidad que los prolíficos ciudadanos que perciben en nuestro país sueldos comprobables de 4 a 6.000 pesetas, perciben además, sueldos análogos, no comprobables, que les permiten vivir infinitamente mejor que la mayoría de nuestros médicos, calcúlese a lo que va a quedar reducida la clientela y, por tanto, hasta dónde va a proletarizarse—¡todavía más!—la clase médica.

Aparece en el horizonte una campaña enérgica sobre el Seguro dirigida, con órgano propio, por los Colegios médicos. Y va a ser muy edificante ver danzar en ella a algunos individuos que, aferrados a sus becas sindicaleras, con Prensa a la espalda acogedora de sus anónimos matonescos, y con el Poder público por palanqueta, han venido disfrutando hasta ahora de una impunidad que los médicos han tenido que soportar con la esperanza de que no hay bien ni mal que cien años dure. Por fortuna, repetimos, el proyecto deberá perder ahora en velocidad interesada y en sectarismo. Pero es preciso, para ello, desalojar de las ponencias a aquellos elementos que marcan la influencia sectaria. O bien, obligarles a dejar las sinecuras alcanzadas, los bellos carguitos a la medida, para que esos criterios que defienden, lesivos al interés de sus compañeros, puedan aparecer desligados de toda apariencia de móvil partidista o de medrada defensa de las propias pesetas, sin tener en cuenta las pesetas y el pan de los demás.»

Véase, pues, cómo el peligro contra la clase subsiste y aun no creemos en que se haya pensado mucho la tramitación «a media lux» y a toda velocidad del Seguro, por cuanto leemos la siguiente noticia:

«Tiene especial interés la información que se está llevando a cabo entre las Sociedades obreras y patronales a fin de conocer sus puntos de vista respecto a si podrán incluirse en los beneficios del Seguro de Enfermedad a todos los obreros o sólo a los que no tuvieran un salario o sueldo que se creyera suficiente para defenderse ellos solos contra las consecuencias del riesgo de enfermedad.

La subponencia encargada de asesorar al Instituto Nacional de Previsión y, por tanto, al Estado, sobre los resultados de esa información, se ha dado cuenta de que es corto el plazo concedido a las Sociedades para que contesten, principalmente porque muchas han de reunirse previamente en Junta general. En vista de eso ha decidido prorrogarlo durante todo el mes de Octubre.»

O sea, que el Instituto de Previsión proroga el plazo y lo «estira» hasta fines del presente mes.

Contra todo esto, clandestino, sospechoso, censurable, absurdo y deprimente para la clase, hay que salir al paso decididamente.

Desenmascarar a quienes están jugando en las sombras con nuestros intereses. Y sacarlos a la vergüenza de la clase.

Para eso damos hoy la voz de alerta a los médicos, dirigiéndonos en primer término al subsecretario de Sanidad, para que no se deje sorprender por esa desdichada herencia socialista; al Consejo general de Colegios médicos, para que salga de su mutismo; y a la prensa profesional toda, para que, mejor que discutir cómo ha de ser el Seguro en España y cómo es en el extranjero, empiece una ofensiva dura y valiente acerca de la forma de tramitarse.

Si merece la pena que se nos atienda, bien. Si no, nuestra conciencia queda con la satisfacción del deber cumplido.

(De «La Opinión Médica»).

PROKLIMAN

MARCA



“CIBA”



Asociación racional de hormona ovárica y de sustancias sedantes, descongestivas y cardiotónicas, para el tratamiento de los trastornos de la

MENOPAUSIA

Dosis: 2 a 3 comprimidos 1-2 veces al día

Frascos de 40 comprimidos

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

ARAGON, 285

BARCELONA

APARTADO 744

Farmacia de MARTIN SANTOS

Miguel Iscar, 1.-VALLADOLID

Cajas tocológicas / Sueros medicinales / Medicamentos modernos / Oxígeno / Desinfección de habitaciones / Soluciones para uso hipodérmico en ampollas esterilizadas / Material quirúrgico aséptico y antiséptico / EMPALSAMAMIENTOS

En Sieteiglesias de Trabancos, ha fallecido el médico titular de Pollos, don Ovidio Calderón González.

Reciba toda su familia la expresión de nuestro sincero pesar.

En Saldaña (Palencia), falleció a la avanzada edad de 87 años, la madre de nuestro compañero don Alejandro Sarabia Ortega, titular de Carrión de los Condes. Con este motivo le expresamos nuestro sentimiento.

Eficaz e inocuo

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

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

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

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

LITERATURA:
Y MUESTRAS
PARA EXPERIMENTACION CLINICA:

ANTIBLEFARINA
OFTALMOTERICOS KIRCHNER - Sardañola (Barcelona)