

Clínica Extremeña

Revista mensual de la Sección Científica
del Colegio Oficial de Médicos de Cáceres

COMITÉ DE REDACCIÓN

DIRECTOR:

Eduardo Guija Morales

SECRETARIO:

Modesto Luengo de Uribarri

JEFES DE SECCIÓN:

Pediatría

Julián Murillo

Oftalmología

José Ropero

Otorrinolaringología

Luis Infante

Psiquiatría y M. Legal

Eduardo Guija

Tuberculosis

José Merino

Medicina General

Blas López Díaz

Cirugía General

Andrés Merás

Obstetricia y Ginecología

Pedro R. Ledesma

Piel y Medicina Interna

Ramón S. Cayetano

Sífilis y Urología

Modesto Luengo

Sangre y Nutrición

Eusebio Pita

Higiene

Miguel G. Aguirre

Boca y Dientes

David D. Villagrà

CÁCERES

Impresión y Encuadernación de García Floriano Cumbreño

12411

AGUAS Y BALNEARIO DE MEDINA DEL CAMPO

SOCIEDAD ANONIMA

Unicas en España que elaboran AGUAS MADRES

Análogas y muy superiores a las Salies de Bearne y Briscons, en FRANCIA; a las de Kreuznach y Nauhein en ALEMANIA; Lavey Tarapp, en SUIZA

EFICACISIMAS

en el LINFATISMO, ESCROFULAS en todas sus manifestaciones, TUBERCULOSIS LOCALES, RAQUITISMO, HERPETISMO, ANEMIAS, CLO-ROSIS, AMENORREAS, DISMENORREAS, NEU-RALGIAS, HISTERISMO Y NEURASTENIA

Manantial alcalino "ANITA"

Aguas superiores a las tan famosas de Carlsbad, en Austria Hungría

Temporada oficial, de 15 de Junio a 15 de Septiembre

Los enfermos del

ESTÓMAGO e INTESTINOS

*dolor de estómago, dispepsia, ace-
días y vómitos, inapetencia, diarrea,
úlceras del estómago, etc., se curan
positivamente con el*

Elixir Estomacal SAIZ DE CARLOS

(STOMALIX)

*Poderoso tónico
digestivo que triunfa siempre*

Venta: Principales farmacias del mundo.



Clínica Extremeña

Revista científica mensual

SUMARIO

Páginas

TRABAJOS ORIGINALES

<i>T. Martín Cid:</i> Aportación de la Otorrinolaringología a las incipientes campañas de Higiene Mental en su fase escolar. (Conclusión)	187
<i>P. R. Ledesma:</i> Las parálisis traumáticas del nervio radial.	201
<i>E. Guija Morales:</i> Consideraciones Médico-Forenses con motivo de un caso de saturnismo familiar.....	220
<i>Revista de Revistas</i>	242
<i>Noticias</i>	248

ADVERTENCIAS

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

Toda la correspondencia, manuscritos, libros, revistas, cambio de prensa, etc, deben dirigirse al Secretario, D. Modesto Luengo de Uríbarri, Colegio Médico, Cáceres.

“CEREGUMIL“ FERNANDEZ Y CANIVELL

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO

Insustituible en las intolerancias gástricas y afecciones intestinales

Fernández y Canivell. - Málaga

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

SUMARIO DE REVISTA DE REVISTAS

Páginas

Medicina general

- Eduardo Gallardo.*—Vacunación subcutánea..... 242
- Tercer informe general de la Comisión del Paludismo.*—
La Terapéutica del Paludismo 242
- R. J. Weissenbach y Gilbert-Dryfus.*—Tratamiento quimioterápico y fisioterápico del reumatismo crónico tuberculoso 244

Otorrinolaringología

- Alfonso C. Carrasco y L. García Ibáñez.*—Las inyecciones esclerosantes en el tratamiento de las rinitis hipertróficas en los tuberculosos pulmonares..... 245
- E. Ager Muguerza.*—Complicaciones mastoideas de las otitis escarlatinosas..... 246

Higiene

- P. Nelis.*—Contribución al examen de la duración de la inmunización antidiftérica por la vacunación con la anatoxina..... 247
- G. Baun.*—Higiene del Trabajo.—Sobre la seguridad.... 247

APORTACIÓN DE LA
OTORRINOLARINGOLOGÍA
A LAS INCIPIENTES CAMPAÑAS DE
HIGIENE MENTAL EN SU FASE ESCOLAR

(Primer premio Certámen del año 1933 de este Colegio Médico)

Por *Tomás Martín Cid*

(CONCLUSIÓN)

VIII

**OTORRINOLARINGOLOGÍA Y ORIENTACION
PROFESIONAL**

ORIENTACION PROFESIONAL.—Orientar profesionalmente a los niños, es descubrir en ellos las aptitudes de elaboración más destacadas y con arreglo a ellas, aconsejarles determinadas profesiones para las cuales tienen grandes inclinaciones, única forma de que el trabajo se haga con entusiasmo, rinda el fruto máximo y se ejecute con el minimum posible de esfuerzo.

Que el trabajo se haga con entusiasmo, interesa al sociólogo; que este trabajo produzca el máximo rendimiento, al economista, y que se ejecute con el minimum de esfuerzo, al biólogo. Lo primero, porque el entusiasmo por la profesión hace fomentar el amor al trabajo, al mismo tiempo que ahuyenta toda clase de vicios; lo segundo, porque automatizando el trabajo se llega a darle mayor rapidez beneficiando la producción; y por último, porque esta misma automatización logra un trabajo de máxima facilidad y perfección.

Así, pues, si la orientación profesional se propone determinar para cada individuo el trabajo más adecuado, se comprende que la misión del orientador ha de tener por principal finalidad la investigación de las aptitudes.

Se conoce con el nombre de aptitudes, a las diferentes capacidades funcionales de cada sujeto; concepto que supone una cualidad positiva y específica en relación con un tipo de trabajo.

Estas aptitudes se presentan con múltiples diferencias individuales, correspondiendo a las infinitas diferencias morfológicas, y si ahora tenemos en cuenta que junto a esta variabilidad de las aptitudes individuales, existe la misma variabilidad de las aptitudes que exigen los diversos trabajos, tenemos que concluir que para lograr un óptimo resultado en la orientación profesional, se hace necesario adaptar el trabajo a las aptitudes individuales, en lugar de hacerlo al contrario, como generalmente suele hacerse.

Ahora bien; sabemos que en la herencia por ley de especie, el conjunto de caracteres comunes a todos los hombres, supera visiblemente al número de caracteres diferenciales; aplicando esta Ley de herencia a las aptitudes, vemos que la variabilidad individual de éstas es relativa, por lo cual resulta posible que cada sujeto pueda realizar toda clase de trabajo con más o menos dificultad; o lo que es lo mismo, que existe un grupo de aptitudes genotípicas polimorfas, por las que todos podemos realizar cualquier tipo de trabajo, las cuales son susceptibles de ulterior perfeccionamiento.

El hecho de que estas aptitudes polimorfas sean de variabilidad relativa, diferencia al hombre de las máquinas, lo que no sucedería si las diferencias fuesen absolutas, es decir, si el sujeto únicamente fuese apto para un trabajo determinado y le faltasen aptitudes para todos los demás.

Junto a este grupo de aptitudes polimorfas, existe otro (de número mucho más reducido) de aptitudes genotípicas específicas, cualidades de máximo valor, que por sí solas justifican la orientación profesional, pues constituyen el filón económico-social de cada sujeto.

Con arreglo al grupo de aptitudes polimorfas, todo individuo bien constituido, sin taras orgánicas capaces de alterar su fisiologismo, debemos admitirle como somáticamente apto para cualquier actividad profesional; de lo que se deduce, que la aptitud física no es privativa de un estado especial de predisposición, sino de la normalidad orgánica del sujeto; de aquí que todo individuo sano, sea físicamente apto para cualquier tipo de trabajo.

Con lo que llevamos analizado, se desprende que para hacer orientación profesional en sujetos físicamente normales, basta conocer sus aptitudes genotípicas específicas, para encasillarle en la profesión que más ventajas pueda ofrecerle.

Perono podemos seguir el mismo sistema cuando tratamos de hacer orientación en sujetos con defectos, ya que éstos, de por sí, constituyen negaciones de aptitud, por lo que la orientación debe estar condicionada por el déficit orgánico que lleva consigo el defecto. Vemos, pues, que el elemento patológico debe ser en materia de orientación profesional, el que presida el

informe y la investigación de las negaciones de aptitud, el principal objetivo.

Para hacer buena orientación, no sólo debemos aconsejar al futuro obrero la profesión que debe ejercer, sino señalarle todas aquellas a las que debe renunciar, teniendo en cuenta sus condiciones patológicas. Por tanto, la misión del orientador será señalar a cada sujeto el tipo de profesión más adecuado a sus exigencias físicas, desechando aquellas que puedan agravar estados patológicos latentes.

Tiene mucha importancia el conocimiento de los órganos de mayor actividad en cada profesión, así como las tendencias morbosas, pues ambas nos permiten conocer *a priori* las aptitudes físicas exigibles en la correspondiente profesión, al mismo tiempo que los defectos incompatibles con la misma.

En el ejercicio profesional, tienen estrecha relación, el órgano de máxima actividad con la función a desempeñar; si a esto añadimos el automatismo en el trabajo, se comprende cómo ha de sobrevenir la preponderancia de un órgano, con la consiguiente hegemonía fisiológica del mismo, lo que exige una normalidad anatómica y funcional absolutamente necesaria para el normal desempeño de la profesión elegida, pues el exceso de función coloca a estos órganos de máxima actividad, en condiciones de mayor vulnerabilidad, unas veces, a consecuencia de esta sobrecarga funcional y otras por insultos dependientes de las condiciones nocivas del medio. De donde se desprende que el ejercicio equivocado de una profesión, puede unas veces conducir hacia un trastorno orgánico definitivo y otras exagerar un defecto latente hasta hacerle degenerar en enfermedad manifiesta.

De todo lo expuesto, deducimos que para hacer orientación profesional en nuestros niños con defectos otorrinolaringológicos, hemos de desechar todas aquellas profesiones para las cuales crea el defecto un déficit de aptitud, enfocando sus aptitudes genotípicas específicas, hacia otra profesión compatible con su defecto, teniendo siempre en cuenta que la función de máxima actividad profesional recaiga sobre órganos absolutamente sanos.

En lo que se refiere al defecto como causa de negación de aptitudes, debemos tener en cuenta si es transitorio, en cuyo caso procede repetir el examen cuando haya desaparecido su influencia; si es evolutivo, para evitar el excesivo ejercicio del órgano donde radique el defecto, y si es definitivo, para eliminar todas las condiciones de trabajo incompatibles con la lesión.

Los defectos otorrinolaringológicos dignos de tenerse en cuenta para la orientación profesional, son la sordera, la obstrucción nasal, los trastornos de la fonación y los de la equilibración.

Vamos a estudiar separadamente, señalando para cada uno de ellos las correspondientes incapacidades profesionales.

SORDERA.—La función auditiva, merece un examen detenido por parte del médico especializado, ya que los trastornos auditivos son uno de los factores más importantes de adaptación profesional.

El órgano auditivo participa de un modo reflejo de la incapacidad de tres grupos de profesiones.

Primer grupo	{ Profesiones verbales que obligan al trabajador a alternar con el público.	{ Camarero. Dependiente de comercio. Taquígrafo. Médico. Sacerdote. Telegrafista. Maestro. Servicios públicos en general
Segundo grupo	{ Profesiones de tipo musical	{ Músico. Cantante. Cómico, etc.
Tercer grupo	{ Conductores de vehículos	{ Chófer. Maquinista de tren. Aviador, etc.

Cuando la disminución de la audición esté definitivamente constituida, se puede aconsejar al individuo aquellas profesiones que indispensablemente van acompañadas de ruidos intensos que conducen de por sí a la sordera (calderería, forja, manejo de explosivos, etc.) En cambio estas profesiones deben ser totalmente desaconsejables en sujetos con sordera incipiente (otoesclerosis en su período inicial) que se agravarían fatalmente.

LA OBSTRUCCION NASAL.—Tiene mucha menos importancia que la sordera en cuanto a negación de aptitudes profesionales; en cambio, tiene más valor que aquélla, como trastorno físico, que perturbando una función, crea un estado de menor resistencia para padecer afecciones del aparato respiratorio.

La obstrucción nasal está íntimamente ligada con todos los grados de deficiencias en la permeabilidad nasal, que obligando a respirar por la boca, suprime la triple función filtrante, termoreguladora y humedecedora de las fosas nasales sobre el aire respirado, predisponiendo a las afecciones broncopulmonares más diversas.

A estos sujetos se les debe desaconsejar todas aquellas profesiones que predispongan a procesos de localización respiratoria y especialmente aquellos que se ejerzan en atmósferas pulverulentas, como molinero, panadero, picapedrero, colchonero, barrero, chófer, etc.

TRASTORNOS DE LA FONACION.—En el órgano de la fonación, existen debilidades constitucionales, que se traducen en afonías pasajeras, como sucede con los sujetos portadores de rinofaringitis atróficas que tienen múltiples brotes agudos de

laringitis, sobreviniéndoles, por otra parte gran fatiga de la voz cuando hacen de la palabra un uso sensiblemente mayor del corriente.

De otra parte, tenemos que incluir en este trastorno a todos aquellos sujetos con timbre de voz apagado o desagradable, así como a los candidatos a la tuberculosis laríngea. En todos estos casos, hemos de esforzarnos en desaconsejar a estos niños las profesiones de tipo verbal, especialmente las verbales activas (maestro, médico, dependiente, etc.), ya que son las que agravarían el trastorno haciéndole definitivamente incompatible con la profesión equivocada.

LOS TRASTORNOS DE LA ORIENTACION Y DEL EQUILIBRIO.—El vértigo, sea cualquiera el origen de su producción (auricular, cerebeloso o reflejo) es una contraindicación formal de todos los trabajos que exijan desplazamientos rápidos (conductores de vehículos) o la estancia en parajes elevados o de difícil sustentación; así, pues, a todo sujeto con vértigos o tendencias al mismo, debemos alejarle de todas aquellas profesiones que como marinero, albañil, aviador, chófer, electricista, empapelador, fumista, pintor, etc., en la que una pérdida del equilibrio puede ocasionar graves accidentes.

Una vez que hemos aclarado el problema general de la orientación profesional, bastaría con lo expuesto sobre las incapacidades profesionales en los casos de defectos otorrinolaringológicos, para comprender la enorme importancia de la Otorrinolaringología aplicada a la orientación profesional. Sin embargo, queremos poner de manifiesto esta influencia, en forma que se haga sentir la necesidad del examen otorrinolaringológico, no sólo en el momento escolar, sino en el de la iniciación profesional, el más importante de la vida del niño, ya que de su acertada elección depende su felicidad.

Para ello, no tenemos más que pensar en el porvenir profesional que le está reservado a los niños con defectos otorrinolaringológicos considerados en su triple aspecto intelectual, físico y sensorial.

En cuanto al desarrollo intelectual, hemos de tener en cuenta que su evolución corre parejas con la corrección de todo tipo de defectos; por tanto, quedará siempre en un grado de retraso, proporcional a la intensidad del defecto y al tiempo que ha permanecido sin corrección.

Este retraso mental, puede ser motivo de negación de determinadas aptitudes genotípicas, teniendo que renunciar por falta de capacidad intelectual, a cultivar una profesión para la que tenía grandes disposiciones. Es el caso de un niño con grandes aptitudes para la arquitectura (buena memoria, imaginación e inteligencia constructiva espaciales; excelentes percepciones visua-

les de formas, tamaños y distancias, habilidad para el dibujo, pintura y cálculo y gusto artístico) que por insuficiente desarrollo intelectual, a causa de una sordera, no puede seguir esta carrera, teniendo que ahogar sus disposiciones o emplearlas de manera rutinaria sin ningún control científico y con escaso rendimiento económico.

El desarrollo físico.—Está enormemente influenciado por algunos defectos otorrinolaringológicos, especialmente por las vegetaciones, que además de ser responsables de deficiencias en el desarrollo del niño, lo son del conjunto de alteraciones que como consecuencias de la obstrucción nasal, se producen en las funciones respiratorias, creando en ella un estado de mayor vulnerabilidad, que lleva consigo la negación de aptitudes para un grupo numeroso de profesiones.

Según esto, un adenoideo de desarrollo corporal deficiente, tendría que renunciar a todas las profesiones que exijan fuerza y corpulencia, así como a todas aquellas que predisponen a padecer enfermedades respiratorias a frigore, como son las de cocinero, fogonero, forjadores, panaderos, y, en general, las que obligan a mantenerse en las cercanías de un generador de calor.

EL ESTADO DE LOS SENTIDOS.—El trastorno del sentido del oído (único del que en este lugar nos ocupamos), es el más grave de los que bajo este punto de vista estudiamos, ya que es el que resta mayor número de aptitudes, creando serias incapacidades. Aquí se podrían citar múltiples ejemplos de niños sumamente inteligentes, que no pueden cultivar su inteligencia en el sentido de sus aptitudes genotípicas específicas, porque se opone a ello su sordera.

Ahora comprendemos las nefastas consecuencias que en el porvenir profesional del niño crean los defectos no corregidos, ya que con el déficit en cada uno de los tres aspectos que hemos analizado, sufren sus aptitudes una verdadera mutilación, tanto más extensa cuanto mayores son los defectos, llegando a la edad de la iniciación profesional en condiciones de verdadera inferioridad, teniendo que dedicarse por esta causa a oficios de tipo secundario.

Pero aún tiene otra ventaja la intervención de la otorrinolaringología en la orientación profesional, y es la profilaxis de enfermedades mentales, ya que impidiendo la mutilación de aptitudes, evita que explote fatalmente el complejo de inferioridad, el cual colocaría al sujeto en un estado de inadaptación social, que amargaría constantemente la vida del individuo temperamentalmente bien constituido y haría explotar una psicosis, si el sujeto en quien recae este conflicto, fuera portador de una personalidad psicopática o de otras taras psicopatológicas.

Analizada en todos sus aspectos la influencia de la Otorrino-

Reservado

para el

DR. MERINO



PHOSPHORRENAL
(NOMBRE REGISTRADO)
ROBERT

RECONSTITUYENTE

*Los Sres. Médicos lo
recetan en las tres formas*
GRANULAR · ELIXIR · INYECTABLE

X FARMACIA ROBERT Lauria 74 BARCELONA ESPAÑA



NATROCITRAL ANTIDISPÉPTICO
COMPRIMIDO
Y GRANULADO **ROBERT**



PEPTOYODAL YODO ORGÁNICO EN
LIQUIDO E INYECTABLE
ROBERT

PREPARADO POR J. ROBERT, MESTRE
FARMACEUTICO

FARMACIA ROBERT LAURIA 74 BARCELONA

M. Luengo de Uríbarri

MÉDICO - ESPECIALISTA

VIAS URINARIAS

Cistoscopia - Diatermia - Electrocoagulación

General Ezponda, 10, pral. - Teléfono, 309

CÁCERES

Consulta: De 12 a 2 y de 4 a 7

R. Sánchez Cayetano

MÉDICO

Por oposición del Excelentísimo Ayuntamiento

Medicina interna - Rayos X.--Consulta, de 12 a 2

Piel, sífilis, venéreo.--Consulta, de 6 a 8 de la tarde

Concepción, 13 - 2.º - - Teléfono, 446

CÁCERES

laringología en la orientación profesional, podemos resumir su estudio en esta

CONCLUSION.—La importancia de la orientación profesional de los niños con defectos otorrinolaringológicos, es mucho mayor de lo que a primera vista parece, ya que estos defectos crean un gran número de incompatibilidades profesionales, por lo que sería de desear se reconociera como absoluta necesidad, no sólo la corrección de defectos otorrinolaringológicos, sino la intervención del especialista, en el momento de la iniciación profesional.

IX

OTORRINOLARINGOLOGIA Y DELINCUENCIA

Lo primero que queremos dejar sentado al tratar de la delincuencia infantil, es que todo delincuente es un inadaptado, entendiendo esta palabra como la definió el malogrado Sanchis Banús en su magistral tesis doctoral dedicada al estudio del «niño golfo».—«Existe una forzosa dependencia entre la sociedad que impone deberes y concede derechos y el individuo que cumple los primeros y goza de los segundos. Cuando un individuo no desempeña su misión social, constituye una anomalía, algo que se aparta del funcionamiento normal, es para la sociedad un hecho morboso, en una palabra, un inadaptado».

Esta relación de dependencia existente entre la sociedad y el individuo, puede romperse, bien porque la sociedad actúe sobre el sujeto en forma de estímulos anormales, o porque el sujeto reaccione en forma patológica ante las influencias ambientales, es decir, que la inadaptación puede ser por causas internas o personales o por causas externas o ambientales, originando los dos grandes tipos de inadaptados, el de los antisociales, que son los verdaderos delincuentes, y el de los extrasociales, que cuando llegan a la delincuencia es por caminos indirectos y en época más tardía. Sanchis Banús señaló diferencias marcadísimas a estos dos grupos, diciendo que entre ellos «existe toda la diferencia que hay entre el mal que se hace y el bien que deja de hacerse, ya que unos pecan por acción y otros por omisión»; a los primeros los llamó toxinas sociales, y a los segundos, detritus o residuos sociales, ya que unos dañan y los otros no benefician.

Con arreglo a este criterio, los inadaptados forman dos grandes grupos, los normales y los anormales. El grupo de los inadaptados anormales, aquellos que por condiciones particulares de su psiquismo reaccionan patológicamente, sea cualquiera el medio en que se desenvuelvan; pertenece su estudio de lleno a la

psiquiatría, en la que forman la heterogénea masa de anormales, por lo que no nos ocuparemos de ellos en este lugar.

En cambio, el grupo de los inadaptados normales, aquellos que si reaccionan patológicamente lo hacen por estímulos del medio, serán objeto de nuestra atención, ya que dependiendo su inadaptación de influencias externas, cae de lleno su estudio dentro del campo de la Higiene Mental, insistiendo nosotros especialmente en los casos en que la delincuencia se relaciona con la otorrinolaringología.

RETRASO MENTAL Y DELINCUENCIA.—Los sujetos con retraso mental, reaccionan inadecuadamente a los estímulos por no tener la suficiente capacidad para valorarlos; asimismo, asimilan con dificultad las reacciones de hábito, por lo que su conducta está tanto más regulada por los instintos, cuanto mayor es la deficiencia mental. Tienen déficit de autocritica, por lo que sus acciones son presididas por el automatismo y apenas coloreadas por la afectividad.

Por otra parte, los jóvenes con retraso mental, son fácilmente sugestionables, y como razonan poco, no pueden comprender la situación social en que se encuentran, ni las consecuencias de sus actos, por lo cual son fácilmente inducidos a la delincuencia. Este hecho, se explica, además, si tenemos en cuenta que la inteligencia infantil es como materia dúctil, en la que fácilmente marcan su huella toda clase de impresiones, especialmente las de índole perversa, ya que éstas, desde los albores de la vida, ejercen una terrible fascinación.

Como resumen de lo que acabamos de exponer, diremos que las reacciones por las que caen los retrasados mentales en el campo de la delincuencia, son siempre violentas y de tipo instintivo conforme a la triple causa, debilidad mental, automatismo y sugestibilidad.

Si junto a esta relación que acabamos de admitir, entre retraso mental y delincuencia, tenemos en cuenta otra demostrada al estudiar el nivel mental, en la que concluíamos que el otorrinolaringólogo con la supresión de defectos contribuía poderosamente a facilitar el desenvolvimiento intelectual, tenemos que admitir que la Otorrinolaringología actúa de una manera indirecta pero positiva, en la profilaxis de la delincuencia, ya que mejorando la capacidad mental del niño, eleva su coeficiente de autocritica, al mismo tiempo que cede el automatismo y opone a la sugestibilidad una barrera tanto más intensa cuanto mayor es el desarrollo intelectual.

AMBIENTE FAMILIAR Y DELINCUENCIA.—La teoría de Freud ha proporcionado uno de los mejores elementos para la regeneración del niño por medio de lo que Freud llama sublimación; esto es, la sustitución de las tendencias delictivas por otras

sanas, cuya función tiene su máximo valor en el ambiente familiar, ya que, como hemos señalado más arriba, la inteligencia infantil es algo muy maleable, sobre la cual dejan huellas profundas las primeras impresiones que la hieren; por esto, no es posible esperar que el niño nacido en ambientes relajados por el vicio y la inmoralidad, tengan ideas nobles y sentimientos generosos.

Es más, cuanto haga, llevará el sello de la inconsciencia puesto que para conocer lo que es bueno y es malo, es necesario establecer comparaciones y no puede considerar malo, cuanto ve hacer a sus padres o familiares. Por esto, los niños criados en estos ambientes, no pueden tener el mismo sentido moral que aquéllos que viven en ambiente de familias honradas, pues lo que para ellos puede ser una cosa muy natural y corriente, para éstos en cambio resulta inmoral y repugnante.

Dentro del ambiente familiar, hay un factor de extraordinaria importancia que además de dar una particular fisonomía al ambiente familiar, tiene interés etiológico en la delincuencia infantil es el alcoholismo.

Ya dijimos las cualidades del hogar de los alcohólicos y como instintivamente huyen los niños de su hogar, para buscar refugio en la calle, la cual dista mucho de hallarse saneada de moralidad.

Téngase en cuenta, que en el estado mísero de estos hogares, están en cierto modo justificadas las acciones delictivas, ya que el estado de integridad cerebral, no es ni más ni menos que un fenómeno de nutrición del que depende la ideación.

Otra condición del medio familiar muy relacionada con la delincuencia, es el abandono, entendiéndose que no solo calificamos de niño abandonado al que carece de hogar y medios de subsistencias, sino a todos los que además de esto, se ven privados de consejos educativos; así, pues, incluiremos en este grupo, los huérfanos que no pueden ser vigilados por el padre o la madre que forzosamente tienen que desatenderlos para ganar el sustento los que viven en ambientes de inmoralidad o con personas que se entregan a actos contrarios a las buenas costumbres, etc.

Estos niños faltos de timón y guiados por los consejos de las malas compañías, caminan hacia el precipicio si una mano salvadora no acude en su ayuda.

En estas desviaciones que hacia la delincuencia tiene el ambiente familiar, la labor del otorrinolaringólogo es de menos trascendencia, sin embargo, con un examen y tratamiento sistemático de los defectos, puede lograr colocar a los niños, en condiciones de poder recibir en forma suplementaria, la labor educativa del maestro que de otro modo no hubiera sido tan aprovechada.

LA DESCONFIANZA DEL SORDO.—Otro aspecto de nuestro estudio en relación con la delincuencia, son las reacciones

paranoides y temperamentales de los sordos descritas por Kraepelin.

Para exponer con la mayor claridad posible este problema, es preciso adelantar algunas ideas generales, acerca de los modernos estudios de Krestchmer sobre los temperamentos.

Krestchmer llama temperamento, a la actitud afectiva total de un sujeto, la cual influiría sobre los distintos mecanismos psicológicos, como el pedal en el piano; matizando, apagando o avivando la tonalidad de nuestros sentimientos.

Según este autor, los sujetos portadores de un temperamento normal, reaccionarían ante los más variados estímulos, poniendo en juego los distintos mecanismos psicológicos, con los que logran adaptarse a las circunstancias del momento.

Existe otro tipo de sujetos dotados de un temperamento casi normal, en el que se perciben algunas pequeñas cualidades patológicas, perfectamente compatibles con la vida social, pero que ante vivencia algo más acentuadas que las corrientes, no logran adaptarse, engendrando una alteración de la conducta por insuficiencia de sus mecanismos psicológicos. Estos sujetos son los llamados personalidades psicopáticas.

Por último, cuando las cualidades temperamentales están patológicamente hipertrofiadas, se origina la enfermedad propiamente dicha.

Se ve como insensiblemente, del sujeto normal, se pasa a la personalidad psicopática y de esta a la psicosis; es pues cuestión de cantidad; y así como Wattson definía las psicosis endógenas, como alteraciones en la conducta, Krestchmer las define como el punto culminante de la curva de un temperamento.

Todo sujeto normal, tiene dos cualidades el orgullo y la desconfianza, las cuales están en estado latente siendo exteriorizadas, la primera cuando una vivencia con gran carga afectiva trata de humillarle y la segunda, cuando por alguna circunstancia no percibe una sensación o la percibe de manera incompleta.

Como este suceso es fortuito, después de la situación del momento, vuelve el sujeto a su vida normal y estas cualidades que de momento se acentuaron, se van sedimentando hasta volver otra vez al estado latente.

No suceden así las cosas, en el caso particular de un sujeto sordo, pues como la percepción es más o menos incompleta, pero siempre confusa, su desconfianza está siempre pronto a exteriorizarse aun con vivencias de afectividad mínima.

Es por esto, por lo que el sordo tiene siempre un coeficiente de disposición paranoide que nada tiene que ver con la cuestión temperamental, puesto que ha sido adquirido a causa de la sordera. Ahora bien, si en estas condiciones sufre el sordo un choque por un gran estímulo emotivo, se desarrollará un trastorno men-

tal conocido por reacción paranoide, que le puede colocar en el campo de la delincuencia.

Si suponemos ahora una sordera asentando en un individuo con disposición temperamental paranoide (sujeto siempre orgulloso, egoísta, desconfiado, etc.), es fácil concebir, cómo ante pequeños estímulos, puede pasar al campo de la patología mental, con la diferencia sobre el anterior de su peor pronóstico ya que se trata de un verdadero proceso, puesto que se han agrandado al máximum sus rasgos temperamentales.

Según el concepto krestchmeriano, trataríase de una verdadera psicosis dotada de gran peligrosidad social, estando el que la padece al borde de la delincuencia.

PEDAGOGIA Y DELINCUENCIA.—La pedagogía, tal y como hoy se concibe, es de todas estas secciones la que más puede hacer en la profilaxis de la delincuencia; para comprender la cual, vamos a exponer la teoría de Wattson.

Este autor, viéndose perplejo ante el hecho imposible de abarcar de una sola ojeada el estudio de los enfermos mentales, se propuso hallar una fórmula, que de una manera sencilla fuera aplicable a todos los casos; y al efecto, se adaptó a un hecho final que resume todas las actividades humanas, a la conducta, la cual está condicionada por dos clases de factores; somáticos y psíquicos.

Según él, la conducta, es una serie de respuestas del organismo a los más diversos estímulos ambientales; y así como en fisiología se dan estas reacciones de una manera pura, porque las circunstancias en que se realiza son constantes, en psicopatología, más que estímulos ambientales aislados, son constelaciones de estímulos y al momento que esto se efectúa con todas sus circunstancias, se llama situación.

Conducta, por tanto, es la respuesta del organismo frente a las diversas situaciones ambientales.

Existen dos clases de reacciones; unas, heredadas, para las cuales nacemos enseñados, y otras adquiridas, que modelan la educación.

Las hereditarias, son de por sí, fuertes, impetuosas, brutales, automáticas y las más antiguas ontogénicamente; son las que se conocen con el nombre de instintivas. De ellas, unas tienden a conservar al individuo (instinto de conservación), otras, a perturbar la especie (instinto de reproducción) y otras a permitirle que se relacione con sus semejantes (instinto de relación).

Las reacciones adquiridas, se modelan con la educación y con la experiencia y entre ambas, se establecen normas que adaptan nuestra conducta.

La respuesta traducida en forma de conducta, no es siempre influenciada igualmente por estos dos tipos de reacciones. Cuan-

do ambas se equilibran, o sea, cuando las instintivas son dominadas por las de hábito, se engendra la conducta normal; si dominan las de hábito, el sujeto dotado de excelente educación, observa una conducta intachable; y por último, cuando las instintivas son más intensas, pueden ocurrir uno de estos tres casos: 1.º Que el sujeto las derive hacia un ideal, lo que se llama sublimación (éstos son los santos, los anacoretas, los apóstoles); 2.º Que las reacciones instintivas se desvíen hacia lo defectuoso originando la conversión, raíz de toda psiconeurosis; 3.º Que las reacciones instintivas sean tan violentas y tan débiles las de hábito, que den lugar al delito.

Se ve, pues, que están constituídos con los mismos elementos y tallados en igual madera, los santos, los psiconeuróticos y los delincuentes.

A este propósito, insistimos en la necesidad de que los niños tengan abiertas todas las puertas que sirvan de entrada a los conocimientos escolares (labor que como sabemos realiza el otorrinolaringólogo con la limpieza de defectos) ya que la instrucción escolar es la base de la defensa del individuo contra las sugerencias criminosas del medio ambiente, por lo que se hace preciso dotar al niño de abundante caudal contrasugestivo con el que se exaltará la censura, poniéndole al abrigo de las sugerencias recibidas.

ORIENTACION PROFESIONAL Y DELINCUENCIA.—Si tenemos en cuenta que los fines de la orientación profesional, son despertar el amor al trabajo, para el cual se tienen determinadas aptitudes, y conseguir el máximo rendimiento con el esfuerzo mínimo, se comprende que cuando el sujeto no está científicamente orientado, es presa de las mayores inquietudes, terminando por ser inadaptado socialmente, siendo terreno abonado para la delincuencia.

Imaginemos a un sordo ejerciendo una profesión que requiere integridad auditiva. En este caso, no se cumple ninguno de los fines de la orientación profesional: 1.º, porque no puede tener amor al trabajo para el que le falta una condición esencial; 2.º, porque no puede ser grande su rendimiento, ya que percibirá insuficientemente; y 3.º, porque trabajará en un continuo y supremo esfuerzo, ya que a expensas de él, tendrá que suplir en parte su defecto.

En estas condiciones, pronto es presa el sujeto de un complejo de inferioridad, al ver que otros compañeros, con menos esfuerzo rinden más que él y disfrutan de mejores sueldos. Otras veces, a causa de este déficit en el rendimiento, se ve despedido, corriendo igual suerte en nuevas colaboraciones, lo que le obliga a cambiar de oficio, terminando por el vagabundeo, la psicosis, la delincuencia o el suicidio.

Podemos resumir el capítulo de las relaciones entre la Otorrinolaringología y la delincuencia en las siguientes

CONCLUSIONES

La Otorrinolaringología actúa en la profilaxis de la delincuencia:

- 1.^a Beneficiando el nivel mental, con lo que se aumenta el poder de autocritica y se reduce el dintel de sugestibilidad.
- 2.^a Saneando los ambientes familiares de defectos.
- 3.^a Impidiendo la explosión de las reacciones paranoides en los sordos.
- 4.^a Permitiendo al escolar asimilar las reacciones de hábito.
- Y 5.^a Evitando el número de inadaptados por incapacidad profesional.

X

CONCLUSIONES FINALES

Ha llegado el momento de dar por terminado el estudio que nos propusimos hacer de la influencia de la OTORRINOLARINGOLOGÍA en la HIGIENE MENTAL que queremos condensar en las siguientes

CONCLUSIONES

1.^a En el estudio otorrinolaringológico de los escolares, es preciso:

a) Adoptar una clasificación uniforme de defectos, en la que se conceda un lugar primordial al síntoma sordera, dada su gran importancia en la Higiene Mental.

b) Dada la íntima dependencia de la sordera con las vegetaciones y no encontrando relación patogénica en las clasificaciones en uso, hemos propuesto otra con vistas a la Higiene Mental basada en el estudio evolutivo de las complicaciones auriculares de los adenoideos.

2.^a El ambiente familiar está directamente relacionado con la agravación de los procesos otorrinolaringológicos, por lo que se hace necesario:

a) En el aspecto económico, exigir la creación en los Dispensarios de Higiene Mental, de servicios donde gratuita y sistemáticamente sean tratados los escolares por el otorrinolaringólogo.

b) En el cultural, luchar contra el analfabetismo al mismo tiempo que emprender una activa campaña otorrinolaringológica.

c) En el social, intensificar la propaganda antialcohólica y

pedir la creación del Cuerpo de enfermeras visitadoras que lleven a cada ambiente los consejos oportunos.

3.^a Teniendo en cuenta que el 10 por 100 de sordos no beneficiados por el otorrinolaringólogo, están necesitados de enseñanza especializada, se comprende la necesidad de la creación de escuelas especiales para sordos; y mientras se cumplen estas aspiraciones, debemos los otorrinolaringólogos, dar normas pedagógicas en relación con este grupo de sordos no curados.

4.^a Dada la gran importancia de la Otorrinolaringología en la orientación profesional, es de desear se reconozca como de absoluta necesidad, no sólo la corrección de los defectos otorrinolaringológicos, sino la intervención del especialista en el momento de la iniciación profesional al término de la edad escolar.

5.^a El tipo, la talla y el peso, los consideramos como el trípode fundamental de la antropometría de los escolares, siendo cada uno de sus elementos influenciado cuantitativamente por los grandes defectos otorrinolaringológicos.

6.^a La Otorrinolaringología actúa en la profilaxis de la delincuencia:

- a) Beneficiando el nivel mental.
- b) Saneando los ambientes familiares.
- c) Impidiendo la explosión de las reacciones paranoides en los sordos.
- d) Permitiendo al escolar asimilar las reacciones de hábito; y
- e) Evitando el número de inadaptados por incapacidad profesional; y

7.^a Dada la poliforma influencia con que la OTORRINOLARINGOLOGÍA beneficia a la HIGIENE MENTAL, no concebimos sus campañas bien organizadas, si se prescinde del otorrinolaringólogo.

LAS PARÁLISIS TRAUMÁTICAS DEL NERVIIO RADIAL

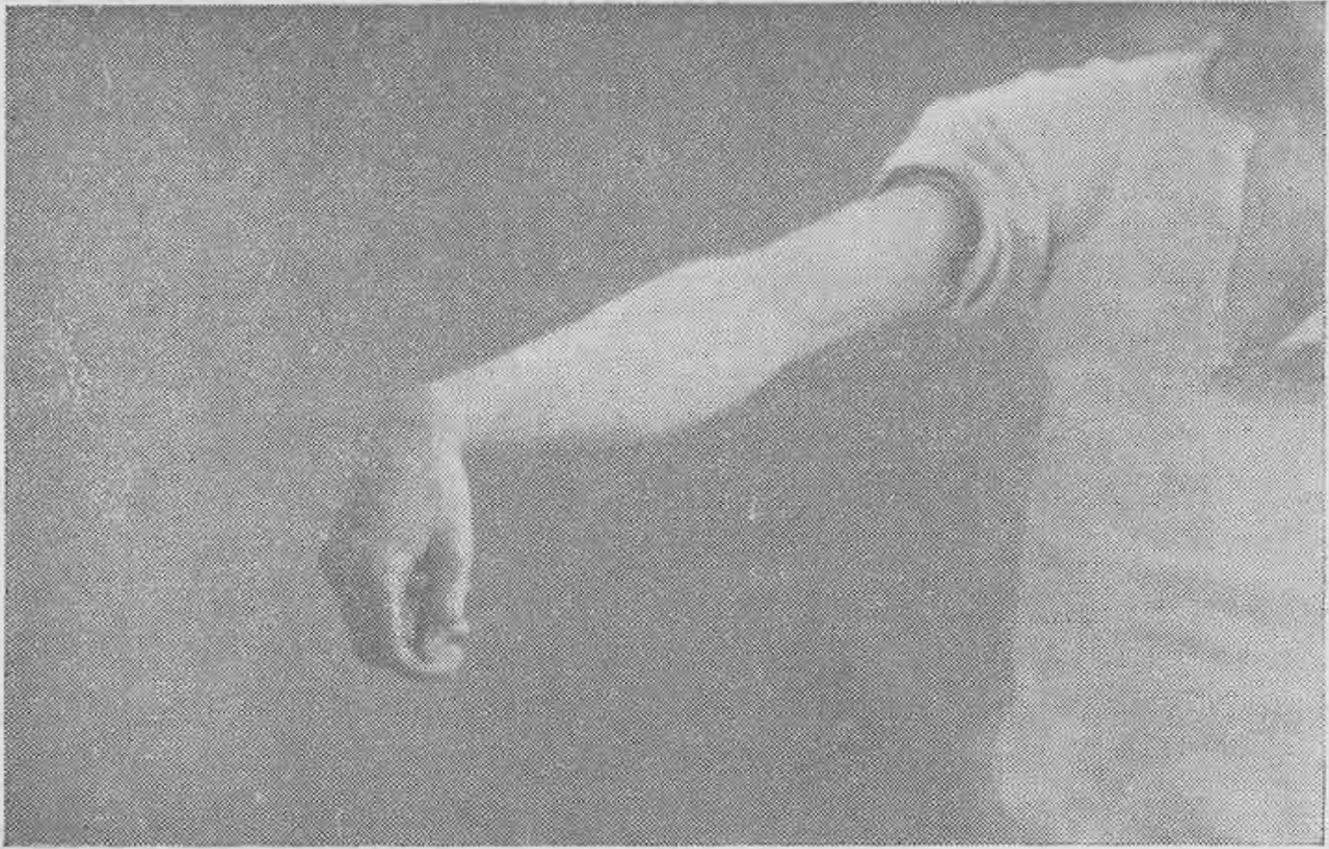
Por *P. R. Ledesma*,
del Hospital Provincial de Cáceres

Bajo el punto de vista quirúrgico, ningún nervio tiene tanta importancia como el radial. En casi todo su trayecto ofrece una situación topográfica en tan íntima relación con las zonas vulnerables del húmero que las fracturas de este hueso comprometen con demasiada frecuencia la integridad anatómica o funcional del nervio que nos ocupa.

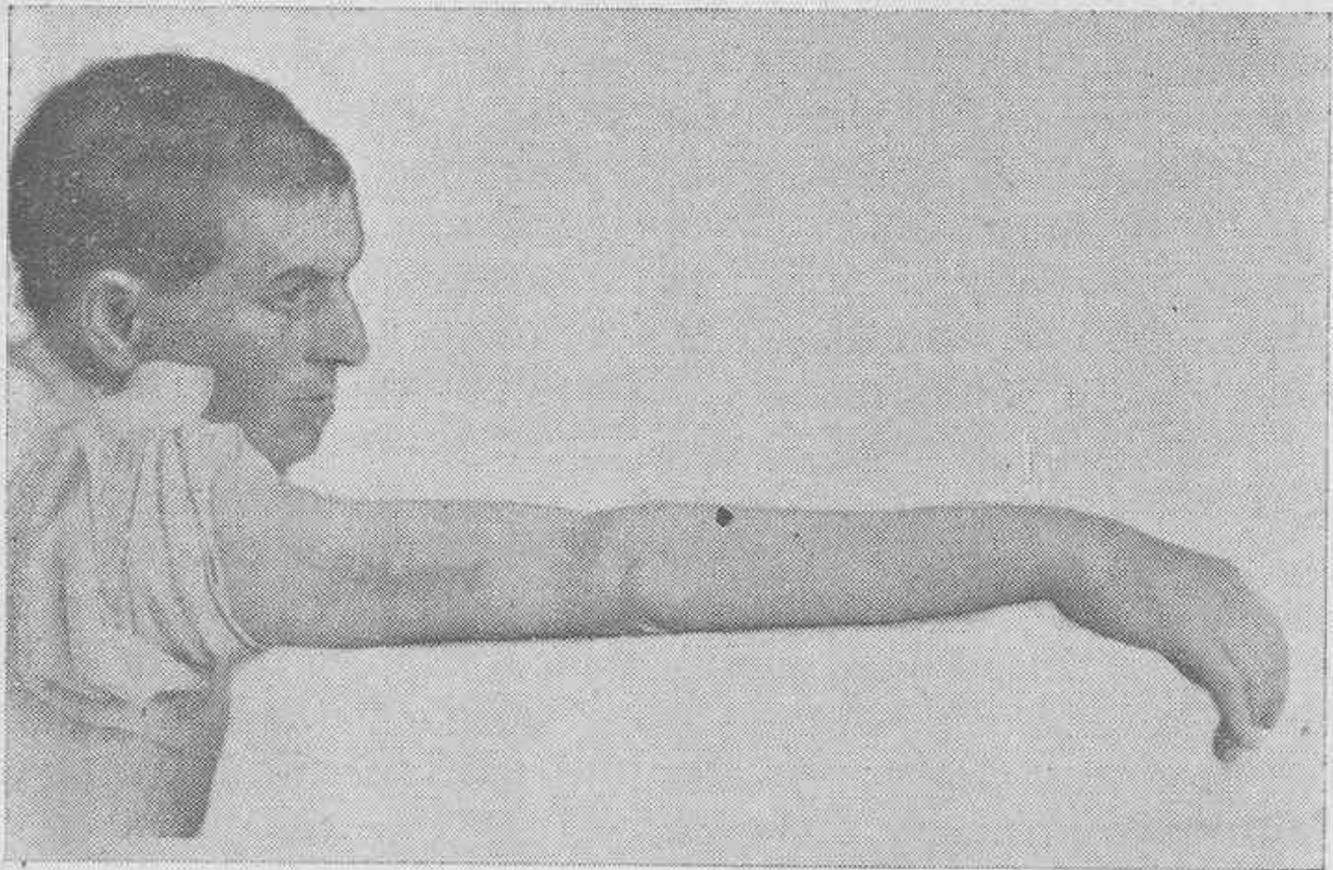
Ya en la región axilar, es frecuente la lesión o al menos la distensión del tronco radio-circunflejo con ocasión, bien de luxaciones escápulo-humerales, bien por maniobras de reducción de las mismas, o bien por fracturas del cuello quirúrgico.

En la región del brazo, el nervio ofrece su zona más vulnerable. En íntima contigüidad con el húmero, por cuyo canal de torsión discurre, las fracturas del tercio medio del hueso determinan el mayor contingente de parálisis tronculares. Muchas veces la lesión nerviosa es causada por los fragmentos del foco de fractura, entre los cuales suele interponerse el nervio, que de este modo determina la pseudoartrosis. En otras, la parálisis es tardía y progresiva, y causada por la formación de un callo metaplásico que engloba o comprime el tronco nervioso. En otras, en fin, la contusión ocurre sin que exista fractura, y es causada porque el agente vulnerante comprime el nervio contra la superficie del húmero. Los casos de las figuras 1.^a y 2.^a son un buen ejemplo; en ellos, un ligero traumatismo que sólo ocasionó una escoriación de la piel, fué suficiente para determinar la momentánea parálisis del radial sin que en la operación del segundo se apreciaran residuos cicatriciales en las masas musculares del triceps. El tronco nervioso carecía de adherencias y sólo ofrecía una ligerísima dureza (pseudo-neuroma de atrición) que permitió una extirpación muy económica y una sutura fácil.

A nivel de la metafisis inferior del húmero, el nervio se encuentra más protegido por las inserciones humerales de los músculos de la región externa del antebrazo. Sin embargo, es susceptible de ser lesionado por las frecuentes fracturas supracondileas, como lo demuestra la observación de las figuras 3, 4 y



(Figura 1.)—Parálisis radial por traumatismo como de tercio medio de antebrazo en su cara externa. Brazo en pronación por la parálisis de supinadores. Existía función de triceps y ancóneo

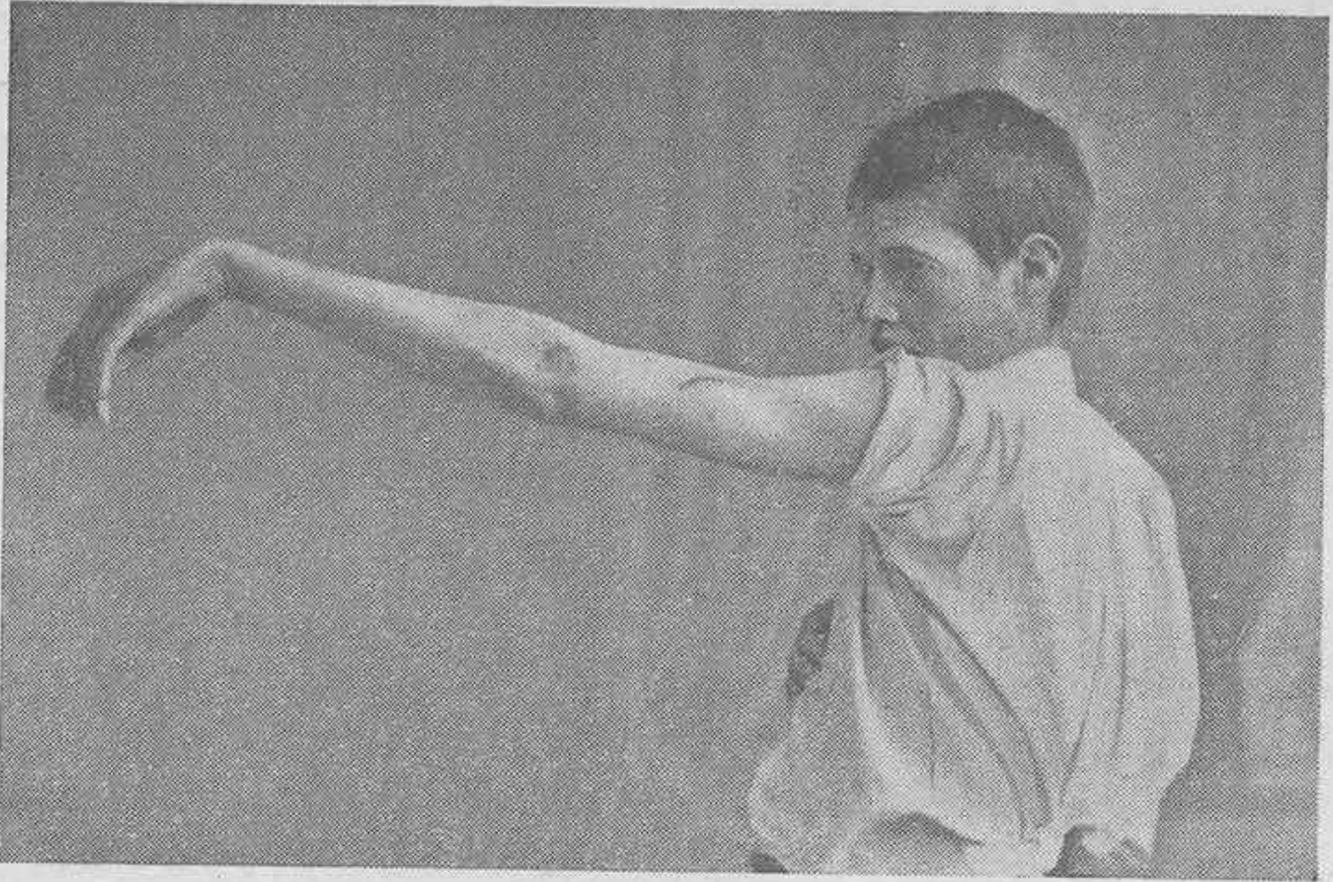


(Figura 1 bis).—Restauración funcional apreciable a los dos meses de practicada la sutura nerviosa. En la operación se encontró un pseudoneuroma de atrición, sin adherencias del nervio ni residuos de contusión muscular u ósea

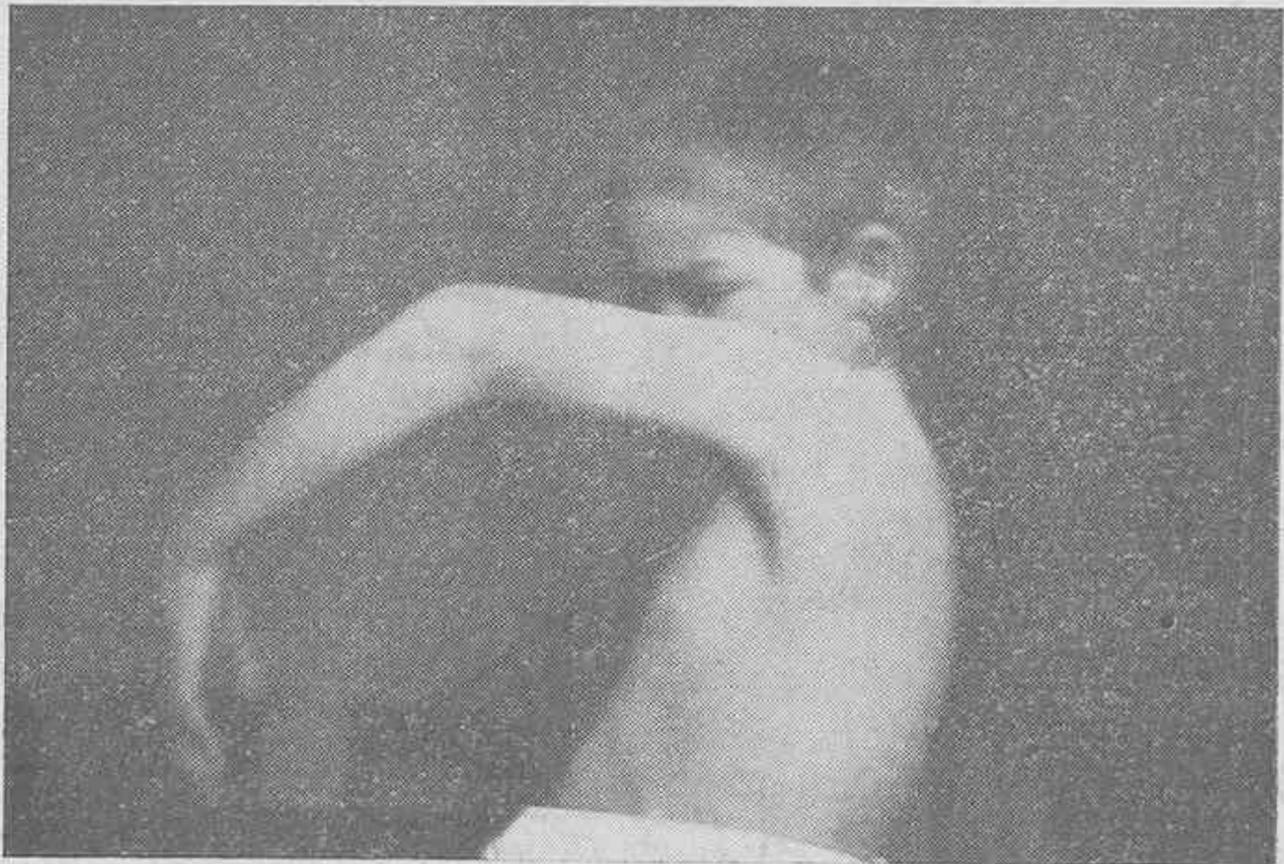
5; en ellas se trataba de una fractura supra-condilea, consolidada en *cubitus varus* y en la que existía una parálisis por compresión del nervio radial.

Debajo de la línea articular del codo, la parálisis radial traumática es poco frecuente. En primer lugar, a esta altura el nervio radial muchas veces no existe, sino que se halla dividido en sus dos ramas terminales, la anterior o cutánea y la posterior o muscular. Pero como suelen hallarse casi paralelas, es posible que un mismo foco traumático las afecte, determinando la parálisis sensitiva (rama anterior) y motora (rama posterior). El caso de las figuras 6 y 6 bis ocurrió así; una herida contusa de la cara externa del codo, a nivel del cuello del radio, pero respetando el hueso, supuró, y en el foco traumático que comprendía las fibras musculares del supinador corto, estaban incluídas ambas ramas terminales del nervio radial. Había parálisis sensitiva y de los músculos de la cara posterior del antebrazo. Había función del supinador largo, que no se apreciaba con suficiente claridad, para obtener una imagen fotográfica demostrativa, a causa de la cicatriz que comprendía también ese músculo. Fué necesaria una extensa incisión arqueada por la cara externa del antebrazo, para descubrir los cuatro extremos del nervio y obtener la sutura correspondiente de ambas ramas entre un verdadero barullo de estructuras cicatriciales. Al cabo de treinta días de operado, hemos podido apreciar en este caso algunos signos de regeneración nerviosa, como por ejemplo, la existencia de tono muscular, pero aún es pronto para que este progreso funcional se traduzca en una fotografía expresiva. Es excepcional que las fracturas del cuello del radio determinen parálisis del nervio a este nivel, pero existe una causa posible, que si no es la fractura del cuello del radio, está con ella muy relacionada. Me refiero a las intervenciones que se practican para extirpar la cabeza del radio. Esta operación se ejecuta unas veces a causa de luxaciones húmero-radiales que ocurrieron en la infancia y que más tarde el crecimiento desmesurado de la extremidad superior del radio, hacen que la cúpula se eleve por encima del cóndilo, perdiendo así la posibilidad de reducción de la luxación. Pero las más veces se practica a causa de fracturas del cuello del radio irreductibles por rotación de la cabeza hacia adelante, deslizándose la glenoide radial por la cara anterior del cóndilo, de modo que los extremos de fractura no se reducen. Otras veces existe constituída la pseudo-artrosis por las mismas causas. En ambos casos, la cabeza actúa como cuerpo extraño en la articulación del codo y produce brotes de artritis, dolores e impotencia funcional.

Para extirpar la cabeza, se elige, no la vía anterior, muy peligrosa a causa de la vecindad de las estructuras importantes que discurren por la cara de flexión del codo, sino que suele preferirse



(Figura 2.)—Parálisis radial por traumatismo romo en el tercio medio del brazo. Se aprecia la huella cicatricial de la escoriación de piel. Existe parálisis de los extensores del antebrazo y conservación de la función del triceps y ancóneo. No aceptó la operación



(Figura 3.)—Parálisis radial por englobamiento en callo de fractura supracondilea con cúbito varus

una incisión, con el codo semiflexionado, que pasa arqueada por la cara externa, a nivel del surco epicóndilo-olecraniano. Se alcanza la cabeza del radio con facilidad si no hay fractura, pero si la hay, y sobre todo si es antigua, como ocurre en las pseudoartrosis, la extracción de la cabeza puede ser muy laboriosa, por varias razones:

- 1.^a Porque se opera en un campo hondo y pequeño.
- 2.^a Porque las adherencias de la cabeza son múltiples y densas y dificultan su liberación.
- 3.^a Porque la cabeza huye, impidiendo una buena presa que facilite su aislamiento; y
- 4.^a Por la atrofia del hueso, a causa de la cual se deshace con las maniobras que se practican.

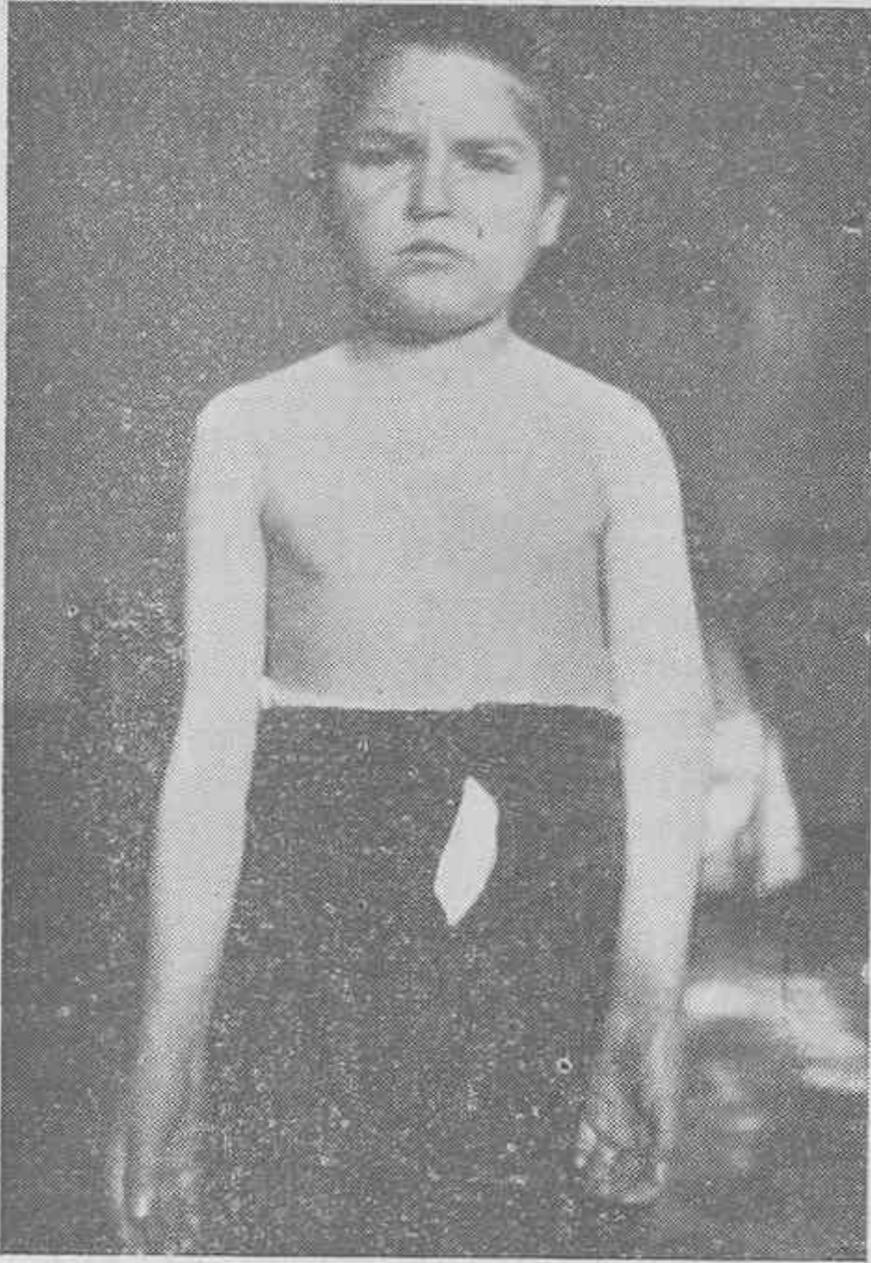
Estando el nervio radial próximo al campo operatorio a este nivel, puesto que busca la cara posterior del antebrazo por la cara externa del cuello, entre las fibras del supinador corto, no es extraño que el nervio pueda lesionarse en esta operación. Conozco un caso de esta índole, y por cierto el operador tiene una excepcional competencia en esta clase de cirugía. La parálisis radial se produjo en la operación para extirpar la cabeza del radio, pero no fué definitiva, sino que espontáneamente se restableció la función nerviosa en un período de tiempo de dos meses escasos.

Por debajo de su división, los traumatismos pueden afectar cualquiera de sus dos ramas terminales, pero ya no se trata de parálisis radial propiamente dicha sino de sus ramas. En nuestras observaciones tenemos un caso de lesión de la rama posterior o muscular del nervio, que presentamos en la fig. 7. La lesión se produjo por una puñalada localizada en el tercio superior de la cara de extensión del antebrazo. Sobre este caso insistiremos en el capítulo de sintomatología

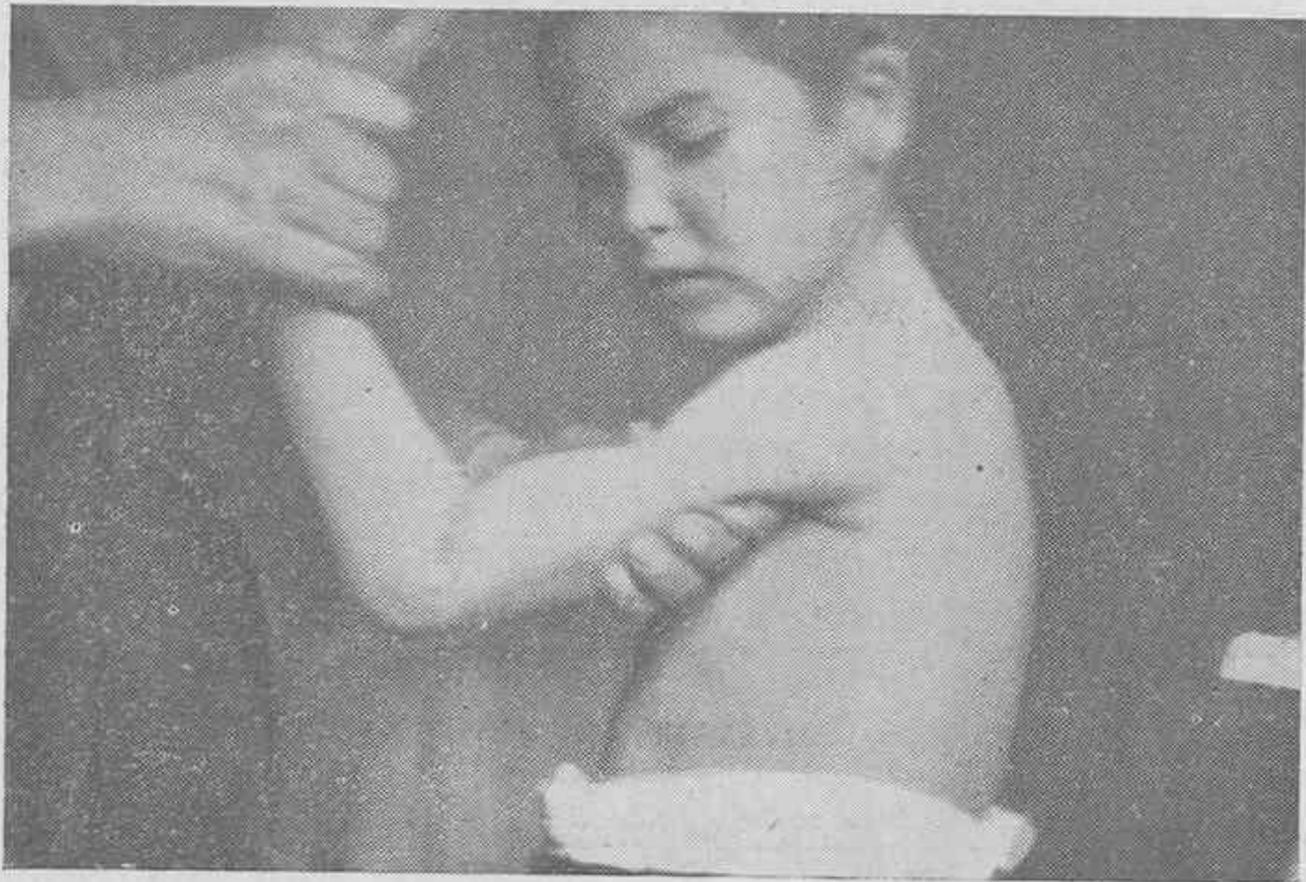
La frecuencia de la parálisis radial traumática es muy considerable a juzgar por mi estadística, que comprende todos los casos recogidos en el Hospital Provincial de Plasencia durante los treinta meses que duró mi gestión. Fuera de estos seis casos, no he recogido más parálisis nerviosas traumáticas que una del nervio cubital producida por herida directa intensamente supurada, que además de ofrecer un nervio seccionado, sus extremos se hallaban englobados en una extensa cicatriz de los planos musculares aponeuróticos y cutáneos.

Sintomatología

Fundamentalmente, cabe afirmar que la verdadera parálisis radial es la traumática puesto que ofrece el síndrome completo de déficit funcional de todo su territorio de distribución. En cambio las parálisis tóxicas son electivas y respetan la función del



(Figura 3 bis.)--El mismo caso de la figura anterior, donde se aprecia el cúbito varus



(Figura 4.)--El mismo caso, donde se aprecia el signo del supinador

músculo supinador (signo del supinador). Sobre esto insistiré más tarde, pero antes conviene adelantar que esta afirmación solo es válida en los casos que la interrupción funcional del nervio ocurre antes de dar sus ramas, puesto que las que están por encima de la lesión siguen funcionando, como es lógico. La figura 2 demuestra que existe función del triceps braquial (extensión del antebrazo) sin duda, porque la rama motora de este nervio ha emergido por encima de la lesión. En la fig. 5 se aprecia la función del supinador largo (signo del supinador) por idéntico indicio. Igual fuerza demostrativa tiene la fig. 7, en donde se aprecia que subsiste la función del 1.º y 2.º radial externo (extensión de la muñeca) mientras los restantes músculos extensores del antebrazo se encuentran paralizados. Por esto, conviene dividir las parálisis traumáticas en totales y parciales. Pero antes haremos un resumen anatómico y clínico del nervio que nos facilitará el conocimiento de los diferentes síndromes que puedan ofrecerse en clínica.

El nervio radial tiene su origen real en todos los segmentos medulares que contribuyen a la formación del plexo braquial, por consiguiente, con los 5.º, 6.º, 7.º, y 8.º cervical y 1.º dorsal. Dentro del plexo forma parte del tronco radio-circunflejo y una vez separado de este tronco discurre por el canal de torsión del húmero, cubierto por la masa muscular del triceps. En el codo se aloja en el surco intermuscular externo de la cara de flexión y perforando el supinador corto, pasando oblicuamente hacia abajo y atrás, contorneando el radio por debajo del cuello, llega a la región posterior del antebrazo. Se divide en dos ramas terminales, la cutánea o anterior y la muscular o posterior; esta división ocurre muchas veces a nivel del supinador corto y otras antes, por ejemplo, a la altura de la línea articular o incluso más arriba.

La distribución de las ramas y su emergencia se indica en el esquema adjunto (f. g. 8) tomado de Pitres y Testut ("Les nerfs en schémas,,). Se ve que pueden considerarse en cuatro grupos, cada uno de los cuales emerge a una altura diferente, a saber;

- | | | |
|--|---|---|
| 1.º grupo braquial superior, con | } | ramo cutáneo interno.
— de la porción larga del triceps.
— del vasto interno.
— del vasto externo y del ancóneo. |
| 2.º grupo braquial inferior, con | } | ramo cutáneo externo.
— del braquial anterior.
nervio del supinador largo.
— del 1.º radial externo. |
| 3.º grupo, con . . . | } | nervio extensor propio del meñique . . .
— extensor común de los dedos . . .
— del cubital posterior |
- proceden de la rama terminal posterior.

- 4.º grupo, con... }
 — nervio del extensor largo propio del pulgar.
 — del separador largo del pulgar.
 — del extensor corto propio del pulgar.
 — del extensor propio del índice.

Por consiguiente según la altura de la lesión variará el síndrome, según las ramas que emergen debajo de la interrupción funcional. Cuando la lesión del nervio radica por encima de las ramas comprendidas en el grupo 1.º, se dá el síndrome de parálisis completa sensitiva y motora del nervio. Con arreglo al territorio que inerva, la parálisis sensitiva debiera comprender una zona de anestesia en forma de faja longitudinal extendida por la cara de extensión del brazo, así como casi toda la cara posterior y la mitad externa de la anterior en el antebrazo, pero debido a las invasiones que los restantes nervios sensitivos del miembro superior tienen sobre el territorio de distribución del radial, ocurre que bajo el punto de vista clínico solo existe anestesia total en una pequeña área triangular de piel a nivel del primer espacio interóseo y que corresponde a parte del territorio inervado por el nervio cutáneo externo, colateral correspondiente al grupo 2.º. Por consiguiente las interrupciones que radican en aa o en bb (fig. 8) determinan la pérdida de sensibilidad en esta zona y no las interrupciones en regiones inferiores del nervio.

Estas interrupciones altas del nervio (a nivel de la línea aa) las designan Pitres y Testut con el nombre de *Tipo braquial Superior*. Todos los músculos inervados por el radial resultan paralizados, o sea por parte del brazo existe parálisis del triceps braquial y el ancóneo, inervados por ramas comprendidas en el grupo 1.º, y por parte del antebrazo afecta a todos los músculos de la región posterior y externa por consiguiente, los extensores de la mano y muñeca y los supinadores.

El enfermo carece de las siguientes funciones:

- 1.º Extensión del codo.
- 2.º Extensión de la muñeca.
- 3.º Supinación del antebrazo.
- 4.º Extensión de los dedos.

No es mi propósito detallar los síntomas y el diagnóstico, que había de ser la repetición de cualquier libro de semiología. Pero sí deseo insistir, por el valor práctico que tiene, para el clínico sobre el signo del supinador y sobre la pérdida de extensión de los dedos. El signo del supinador se explora haciendo que el enfermo flexione el antebrazo sobre el brazo y ejerciendo una resistencia opuesta a este movimiento, con una mano colocada en la muñeca del enfermo; entonces se ve el relieve del vientre muscular del supinador (fig. 5). Este signo indica que el supinador largo no está paralizado y desaparece por lo tanto en todas las interrupciones funcionales que ocurren por encima de

Laboratorio «CASTEL»

ANÁLISIS CLÍNICO BACTERIOLOGICO Y SEROLOGICO

Sangre y Líquido Cefalorraquídeo.



Orina, Esperma, Esputos.

Contenido gástrico.

Líquido duodenal.

Heces, Líquidos retirados por punción.

Exudados. Leche de mujer.



Pruebas funcionales renales.

» » hepáticas.

» » del aparato digestivo.

» » de la nutrición.



Análisis químico y biológico de alimentos (incluyendo vitaminas).

Análisis de Agua.

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

“GADOL” CASTEL

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

Muestras gratis a los señores Médicos que la soliciten

**PLAZA MAYOR, 37 — TELÉFONO, 108
CACERES**

las ramas que comprende el grupo 2.^o Esto es, que la falta del signo del supinador indica que la interrupción ocurre o en aa o en bb (tipos braquial superior y braquial inferior). Este signo se debe a una sincinesia entre el biceps y el supinador largo. Ambos son flexores y ambos son supinadores. El biceps por su inserción en la tuberosidad bicipital del radio es al mismo tiempo supinador. El supinador largo supina cuando el codo está semiflexionado por el biceps; pero si el codo se encuentra en extensión, entonces es simplemente flexor. Bajo el punto de vista funcional resulta por lo tanto, que el supinador largo es antagónico de los restantes músculos inervados por el nervio radial. Y en clínica su patología se hace solidaria con las de otros músculos flexores; así ocurre en las parálisis tóxicas tales como la saturnina en donde el supinador largo no resulta paralizado y sí los restantes músculos inervados por el radial. Es sabido la electividad que tienen los tóxicos por los músculos extensores (parálisis radial saturnina y tibial anterior ancohólica) lo cual quizá dependa de una más rápida degeneración de estos músculos a la acción de las noxas, por ser su función de presentación más tardía en la escala filo y ontogénica (1). Pues bien, al subsistir la función del supinador en las parálisis saturninas indica que este músculo responde a la noxa como los flexores.

En las parálisis segmentarias medulares y en las de origen radicular las parálisis del supinador largo forman parte de síndromes que no afectan a los restantes músculos inervados por el radial. Así pasa con la lesión de la 5.^a y 6.^a raíz (o los mismos segmentos medulares). En esta lesión ocurre la parálisis de los músculos deltoideos, biceps, braquial anterior y supinador largo (entre otros de menos importancia en el síndrome). Constituyendo el tipo de parálisis radicular llamado de Duchene Erb. Esto demuestra que las fibras del radial destinadas al supinador largo proceden del 5.^o y 6.^o segmento cervicales, mientras que la casi totalidad de las fibras motoras del nervio proceden del 7.^o segmento cervical.

El signo del supinador tiene gran valor en clínica de accidentes del trabajo. Sirve para establecer el diagnóstico diferencial entre una parálisis traumática (accidente del trabajo) y una saturnina (enfermedad profesional). También sirve para descubrir la simulación y la parálisis histérica (en ambos casos existe signo del supinador).

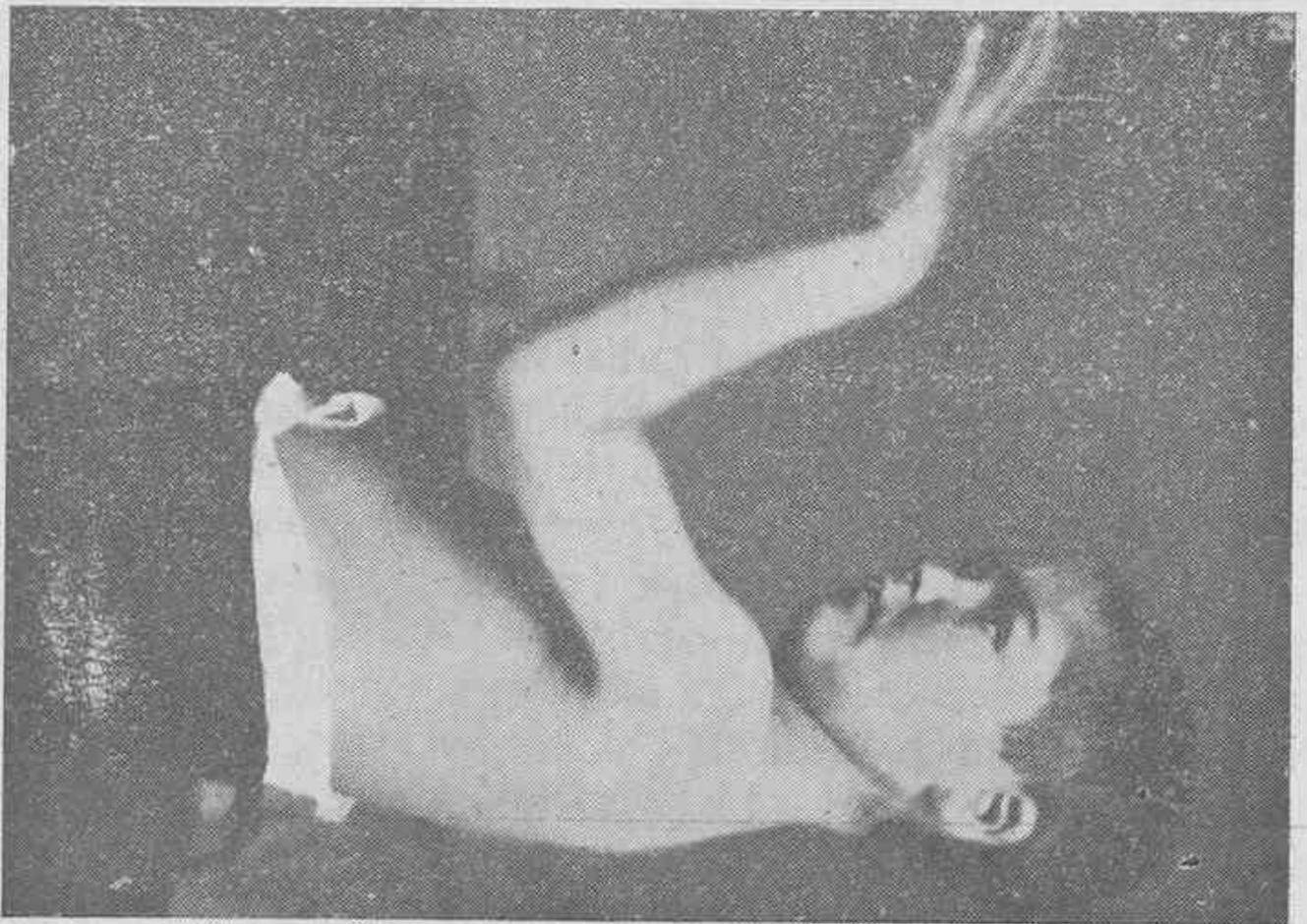
Otro comentario merece la ausencia de extensión de los dedos. En la lesión del radial, la parálisis de la extensión de los

(1) Se ha hablado de una estriación más grosera de los extensores y de su función perjudicada puesto que la posición de reposo muscular es la de semiflexión articular.



210

(Figura 5.)—El mismo caso a los 50 días de operado se observa ligera extensión de muñeca



(Figura 5 bis.)—La misma observación, también a los 50 días de la su-
tura nerviosa donde se comprueba mejor la función de los extensores

dedos existe cuando las articulaciones metacarpofalángicas se encuentran en la posición de semiflexión (posición de reposo). Pero si se extienden artificialmente las primeras falanges sobre los metacarpianos, entonces es posible la extensión voluntaria de las restantes articulaciones de los dedos, gracias a los interóseos dorsales, los cuales poseen una inserción en los tendones extensores de los dedos que solo puede actuar si la articulación metacarpofalángica se encuentra extendida; en cambio, si está flexionada, los interóseos actúan flexionando más la primera falange sobre el metacarpiano correspondiente. También este signo tiene valor para descubrir la simulación de la parálisis radial.

El síndrome que hemos descrito es el más completo; corresponde a lesiones que afectan el nervio antes de emitir ninguna de sus ramas colaterales. En clínica, se observará rara vez. En cambio, es más frecuente la lesión del tronco radio-circunflejo determinado por luxaciones o fractura del cuello quirúrgico del húmero. Entonces, a la parálisis radial total se añade la del músculo deltoideos.

Parálisis parciales

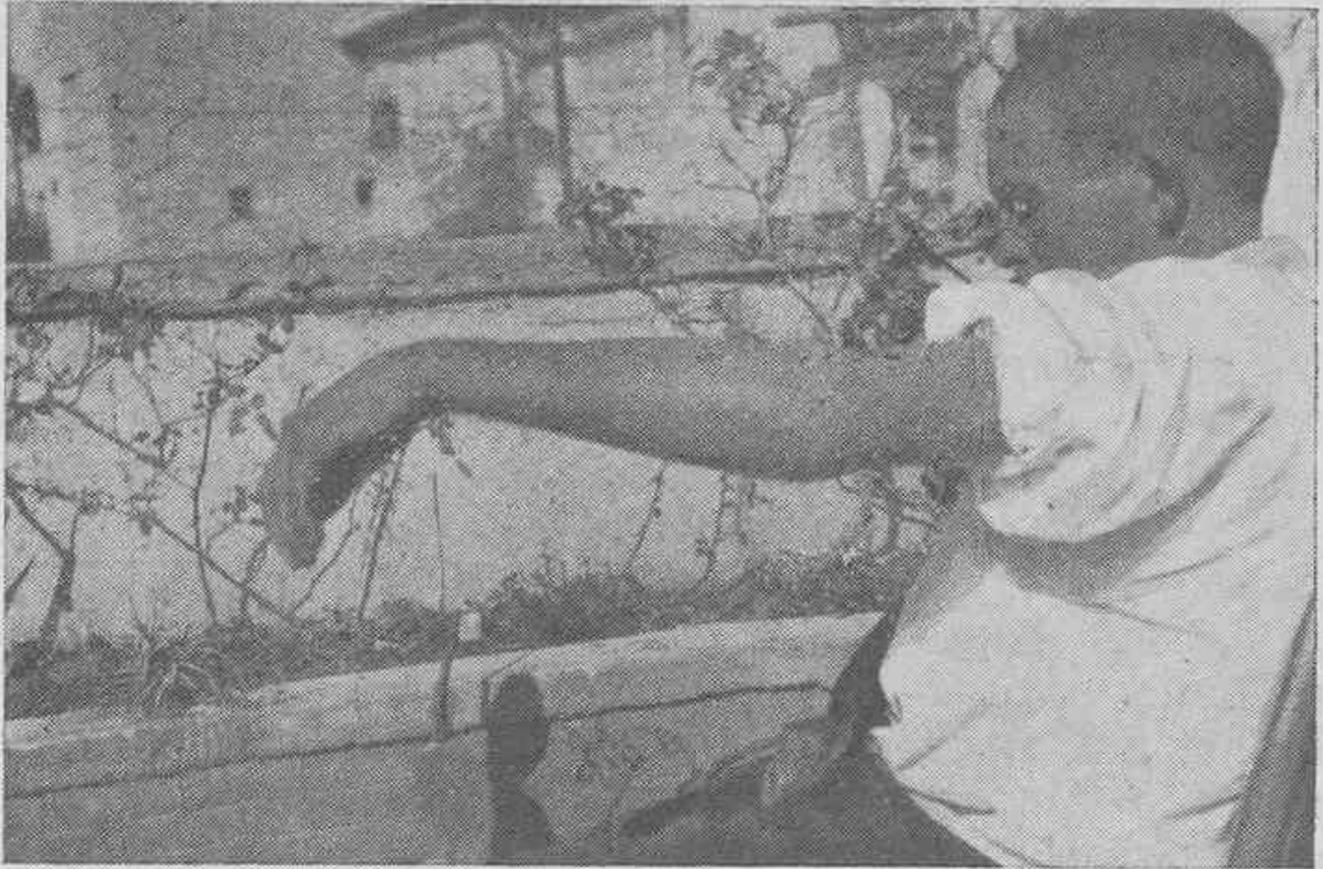
La descripción del síndrome anterior y las figuras adjuntas nos evitarán repetir la descripción de los síntomas. En cada una de las siguientes descripciones hemos de limitarnos a exponer las diferencias fundamentales respecto del tipo braquial superior.

Tipo braquial inferior.—El más frecuente de todos corresponde a las interrupciones ocurridas entre el grupo 1.º y el 2.º de las ramas del nervio, o sea a nivel de la línea bb., trazada en el esquema de la figura 8. Su diferencia respecto del tipo braquial superior consiste en la persistencia de la función del tríceps braquial y ancóneo, o sea de la extensión del codo (figuras 1 y 2).

Según nuestra experiencia se puede confundir con la parálisis del antebrazo por lesión cerebral y con las que determinan las lesiones de las dos ramas terminales del nervio simultáneamente.

La figura 9 nos ofrece un caso de parálisis antibraquial por lesión de la circunvolución frontal ascendente. Obsérvese la posición de la mano semejante al de la parálisis radial braquial inferior. No había signo del supinador. La observación de la figura permite comprender que los extensores conservan su tono muscular, puesto que la mano no es del todo péndula. También existía parálisis de los flexores, pero como éstos predominan siempre, la primera impresión es la de que la pérdida de función afecta sólo a los músculos de la cara de extensión.

La persistencia íntegra de la sensibilidad (incluso del sentido estereognóstico) fuerza a pensar que la lesión, muy limitada, no

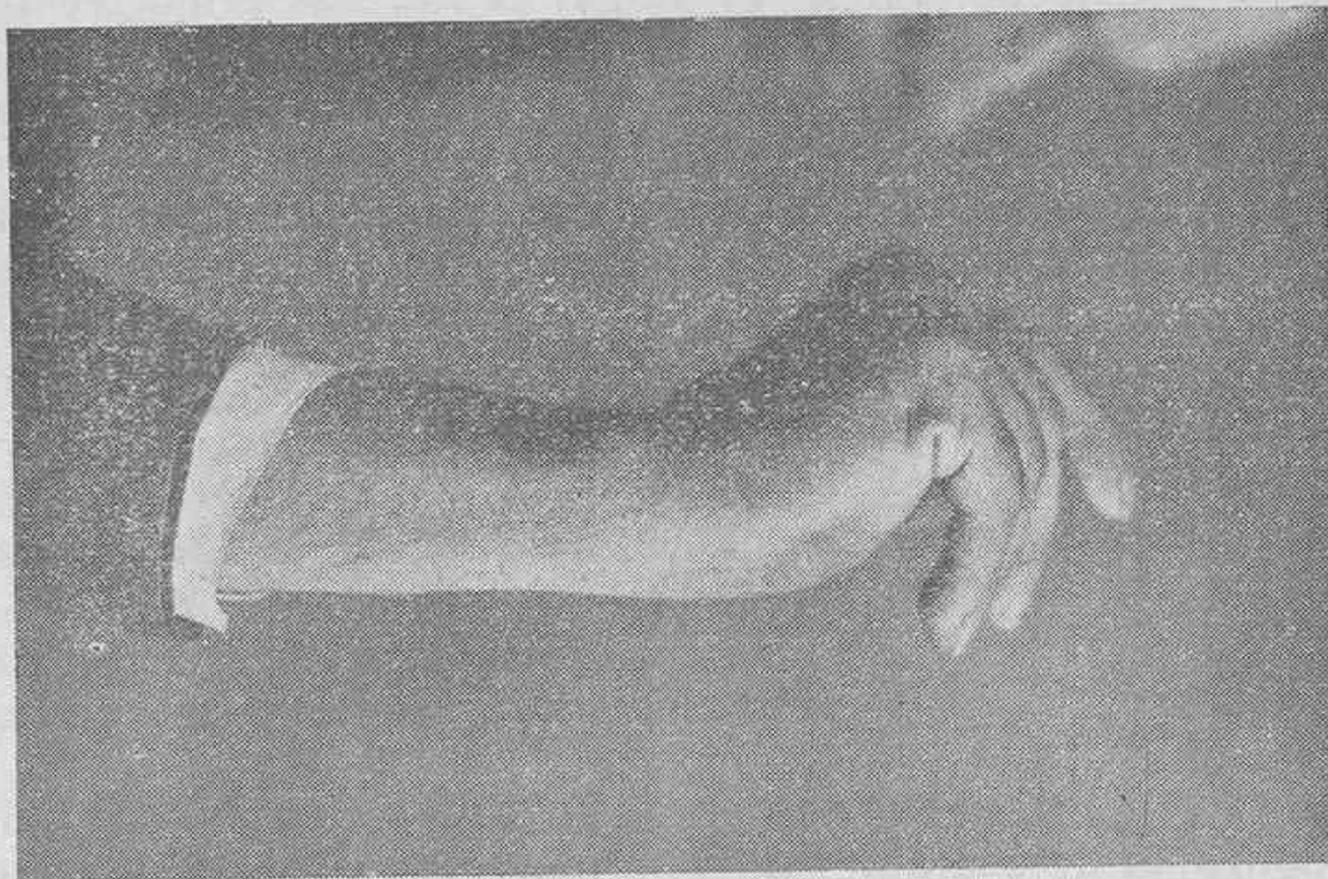


(Figura 6.)—Parálisis radial, por herida contusa en la cara externa del codo. Las dos ramas terminales estaban englobadas por una cicatriz del supinador corto. Se aprecia la huella cicatricial



(Figura 6 bis.)—El mismo caso visto por su cara interna. El rayado indica la zona de anestesia

lesionaba la circunvolación parietal ascendente. No existía función de los interóseos. Si a esto se añade la existencia de una huella cicatricial en el cráneo, que topográficamente correspondía del de la cisura de Rolando, inmediatamente por debajo de su parte media, o sea en la zona de movimientos de la mano, ya se comprende que el diagnóstico no ofreció dificultades. Este caso, ob-



(Figura 7.)—Parálisis de los extensores con conservación del grupo muscular externo del antebrazo y de la sensibilidad. Se conserva la extensión de la muñeca (1.º y 2.º radial externos), pero no la de los dedos

servado tres meses después del accidente, no fué operado porque se inició un progreso funcional de los músculos paralizados. Sin duda se trataba de un foco limitado de contusión cerebral que se restauraba espontáneamente.

Parálisis de las dos ramas terminales del nervio

Las figuras 6 y 6 bis nos presentan un caso de éstos, determinado por una cicatriz del supinador corto. Existía parálisis sensitiva y motora. Se diferencia del tipo braquial inferior por persistir la función del signo del supinador. Pero la cicatriz que comprendía el vientre de este músculo, dificultaba su apreciación.

Parálisis radial antebraquial

Las figuras 3 y 4 presentan un caso en donde el nervio se hallaba funcionalmente interrumpido, después de emitir la rama del

supinador largo. Había parálisis sensitiva y motora como en el tipo braquial inferior, pero con persistencia del signo del supinador (fig. 4).

Parálisis de la rama posterior o muscular del radial

Esta lesión ocasiona la parálisis de los músculos cuyos nervios emergen debajo de la línea cc (fig. 7) o sea los pertenecientes a los grupos 3 y 4 del esquema. No se producen trastornos de la sensibilidad. La figura 7 expresa la posición de la mano en un caso de éstos debido a una puñalada en la parte alta de la cara posterior del antebrazo. La muñeca se podía extender y al mismo tiempo se desviaba del lado radial, por función de los radiales (la desviación radial no se aprecia en la figura por la proyección de la fotografía). La gran extensión de la cicatriz y la pequeñez y multiplicidad de las ramas de bifurcación que afectaba, impidió que la operación fuese eficaz. Obsérvese en la figura la ausencia de extensión de los dedos. Había signo de los interóseos (inervados por el nervio cubital)

Pronóstico

Para formular un pronóstico de la parálisis traumática del radial, como las de cualquier otro nervio, han de tenerse en cuenta una multitud de circunstancias, a la cabeza de las cuales ha de colocarse la naturaleza de la lesión. Existen muchas parálisis nerviosas transitorias, como las parálisis de posición, las distensiones y las post-anestésicas. El caso aludido anteriormente, debido a una extirpación de cabeza de radio, puede servir como ejemplo de parálisis radial transitoria. Recientemente, está pendiente de observación un caso de parálisis de radial y de mediano, cuya función comienza a restablecerse al cabo de un mes.

La parálisis ha sido motivada por la anestesia troncular de todos los nervios del antebrazo para practicar la sutura del cubital, afecto de una cicatriz que interrumpía su anatomía y su función. Tenemos experiencia de dos casos de parálisis plexuaria del braquial cuya función se ha restaurado espontáneamente. Uno se refiere al caso de una mujer que operamos de colecistectomía, con narcosis; le quedó una parálisis plexuaria alta que comprendía deltoides, y extensores del brazo, con una atrofia considerable; fué calificada de parálisis de posición y tratada con un aeroplano que, elevando el brazo hasta la horizontal, evitase la distensión del deltoides, y con este sencillo procedimiento se restableció paulatinamente la función del músculo en menos de dos meses. El otro caso se trataba de una muchacha a la que practicamos una artroplastia del codo con anestesia plexuaria (método de Ku-

lem-Kampf). También tuvo una parálisis alta del plexo, que curó espontáneamente.

La antigüedad y extensión de la lesión nerviosa, así como el hecho de que se trate de sección o compresión se comprende que son valiosos datos de pronóstico.

Tratamiento

Toda parálisis traumática del nervio radial que se considere definitiva, debe ser tratada quirúrgicamente. Pero antes de que el enfermo llegue a manos del cirujano, suele transcurrir un tiempo precioso, durante el cual se deja abandonado el miembro

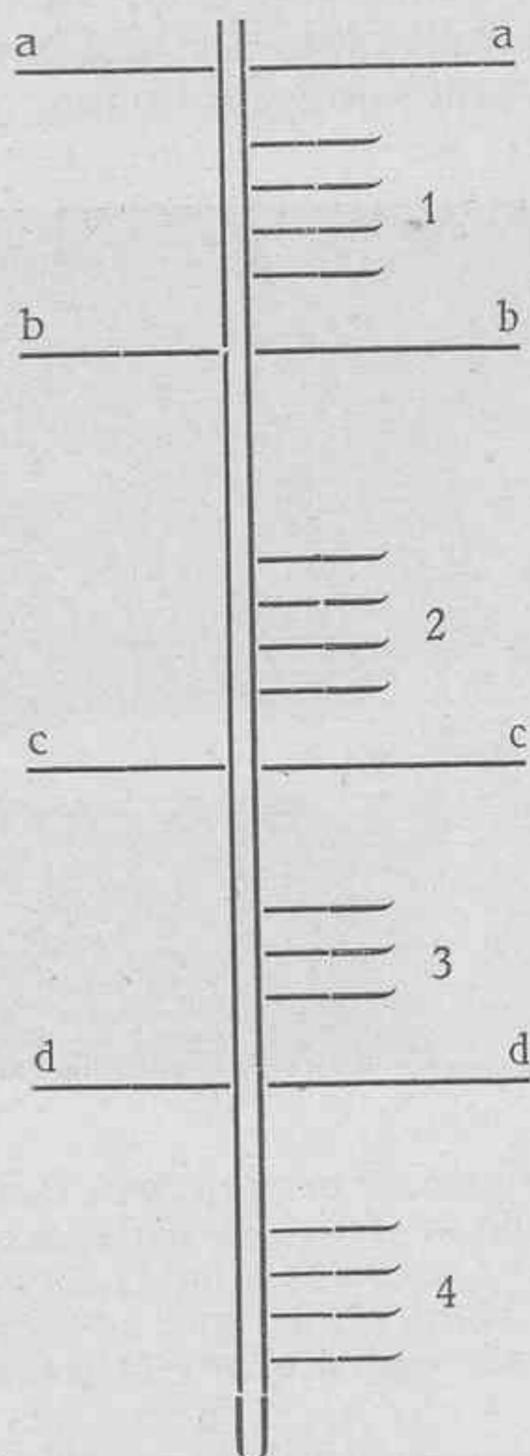
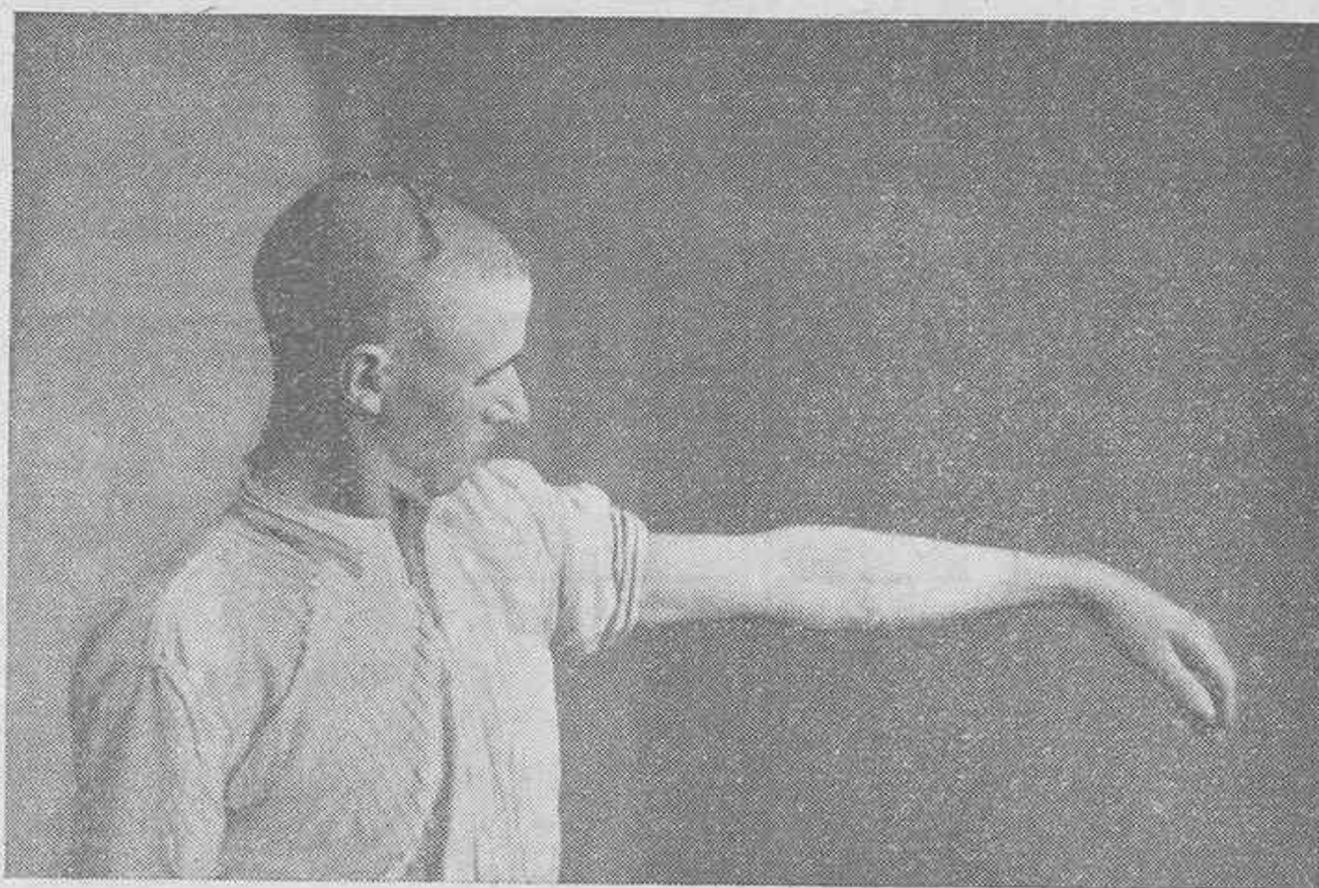


FIGURA 8

a su posición viciosa. La dilación en el tratamiento quirúrgico se debe unas veces a falta de diagnóstico; otras, a que el enfermo se niega a ser operado, y otras, a que el médico espera la restauración funcional espontánea por suponer que se trata de una parálisis transitoria. Puesto que los músculos paralizados son exten-

sores, la posición viciosa de flexión de las articulaciones los mantiene en hiperdistensión y causa su rápida atrofia, o se crean actitudes definitivas articulares, imposibles de vencer por los músculos paralizados cuando la neurotización post-operatoria los reintegre a la función. De aquí se infiere la absoluta necesidad de instalar precozmente un tratamiento ortopédico que aproxime los puntos de inserción y permita el mantenimiento del tono de los músculos paralizados. Esto reza, sobre todo, con el antebrazo, cuyos músculos extensores se perjudican mucho con la flexión de muñeca y dedos.

Todos los aparatos ortopédicos que se han ideado para el tratamiento ortopédico de las parálisis radiales inoperables son útiles para estos casos. Todos ellos consisten sustancialmente en un manguito de adaptación antibraquial y una barra transversal unida al manguito con dos tallos longitudinales, y la cual se apoya



(Figura 9.)—Traumatismo de cráneo inmediatamente debajo de la parte media de la cisura de Rolando. Cisura de Rolando y su punto medio están señalados. Debajo del punto medio se ve la cicatriz. Apréciase que la parálisis es sólo de antebrazo y simula exactamente la parálisis radial

en la cara palmar de las primeras falanges de los cuatro últimos dedos. Puesto que estos aparatos son costosos y difíciles de adquirir, nosotros nos valemos de una férula de Cramer a la que dejamos uno de sus alambres transversales del extremo y quitamos otros seis u ocho; después flexionamos las barras longitudinales y arqueamos el resto de la férula (fig. 10). Se coloca según indica el esquema de la fig. 10 y con unos circulares se fija el an-

tebrazo, la barra aa se apoya sobre las primeras falanges y produce su extensión, con lo cual es posible la extensión, de las restantes falanges, gracias a la función de los interóseos. Los músculos extensores no son distendidos por la posición viciosa y esperan la neurotización sin haber degenerado. Resulta así un dispositivo semejante al aparato de Henry Meige.

El tratamiento de elección es el quirúrgico, que debe consistir en la liberación o la sutura nerviosa.

La fig. 1 bis presenta un caso suturado en fase de restauración funcional. Existía sensibilidad afectiva en la zona del primer espacio interóseo. Existe una extensión de muñeca y dedos bastante apreciable al cabo de los dos meses y medio (compárese con la figura 1).

Las fig. 5 y 6 bis presentan asimismo un caso suturado 50 días antes a nivel de la metáfisis humeral. El nervio se hallaba adheri-

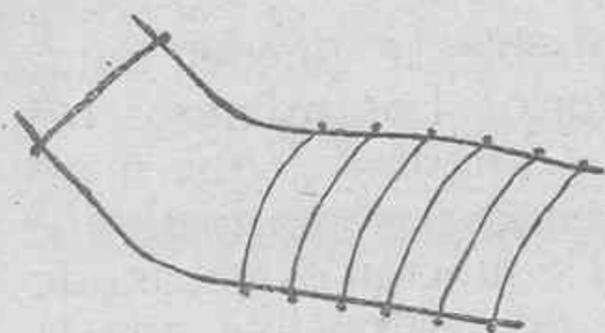


FIG. 1ª

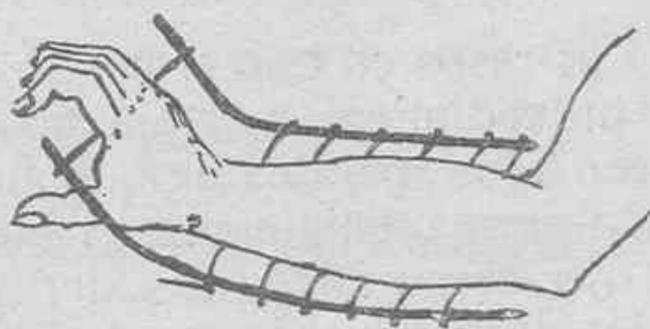


FIG. 2ª

(FIGURA 10)

do al hueso y reducido a un cordón fino; se resecaron 8 centímetros de nervio y para conseguir la aproximación de los extremos hubo que dejar el codo en flexión aguda. Véase como el codo se tona extiende bastante ya, hasta alcanzar el ángulo recto. Obsérvese también la extensión poco pronunciada de la muñeca y muy completa de los dedos (fig. 5 bis).

En el caso de la fig. 6 y 6 bis, también se ha practicado la su-

tura de las dos ramas terminales, hace un mes; ofrece positivamente signos iniciales de regeneración, tales como la existencia del muscular, o sea, que hiperflexionando la muñeca retrocede como un resorte cuando se cesa de forzar la posición.

En todos los casos hemos practicado sutura perineurótica. La velocidad de regeneración ha sido muy veloz en todos los casos nuestros a pesar de que el que menos tenía tres meses de fecha la parálisis y los otros cuatro y cinco meses.

No tenemos experiencia personal de la sutura fasciculada, ni hemos practicado ninguna suplencia nerviosa, tales como anastomosis de otros nervios o neurotización funcional de Eslacher. Ambas las creemos impracticables tratándose de un nervio como el radial que había de ser sustituido por otro motor del brazo que dejaría una parálisis tan grave funcionalmente como la del radial mismo. Tampoco tenemos experiencia de hetero o aloplastias nerviosas, tales como los injertos nerviosos de Nageotte.

Otros tratamientos

Los casos en que el nervio no es suturable, se pueden tratar por procedimientos ortopédicos u operatorios. Los primeros recurren a los aparatos de que antes hicimos referencia, que mantienen permanentemente en extensión la muñeca y las articulaciones metacarpo-falángicas, permitiendo así la función extensora de los interóseos y el juego de flexores, que solo es posible con la muñeca horizontal o ligeramente hiperdistendida. No hacemos más que mencionarlos.

En cuanto a las operaciones ortopédicas solo debe concedérselas valor porque mantienen la extensión de la muñeca pero creo un poco utópico pretender suplir los extensores con flexores por mucho que se haga reeducación funcional. Los flexores son antagonistas de los extensores y en los acoplamientos motores que componen los patrones funcionales mesocefálicos se contraen en combinación de sus agonistas. No hemos ejecutado operaciones de este tipo, pero las creemos útiles como medio sobre todo de mantener extendida la muñeca, posición de tan reconocida utilidad para los restantes movimientos de la mano.

Las más importantes que se realizan, son las siguientes: *Operación de Perthes*. Tenodesis de los radiales, que fijan la muñeca en extensión, sutura del palmar mayor con los tendones del extensor largo y corto del pulgar y con el extensor del índice, tenodesis del cubital posterior, sutura del tendón del cubital anterior con los del extensor común de los dedos. *Operación de Stoffel y Hass*. Anastomosis del palmar mayor con los dos extensores del

pulgar, anastomosis del cubital anterior con los tendones del extensor común de los dedos. *Operación de Biesalpski-Mayer.* Los tendones del flexor superficial de los dedos se pasan a la cara posterior por el borde cubital del antebrazo y se anastomosan con los tendones de los radiales. *Operación de Bastos Ansart.* Transplantación de los palmares al extensor de los dedos, la del supinador largo a los radiales y la del cubital anterior al posterior.



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

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

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

SESION INAUGURAL DE LA ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA
DEL COLEGIO DE MÉDICOS DE CÁCERES

= DÍA 30 DE ABRIL DE 1934 =

CONSIDERACIONES MÉDICO-FORENSES
CON MOTIVO DE UN CASO DE
SATURNISMO FAMILIAR

Por *E. Guija Morales,*

Médico-Director de la Casa de Salud
Provincial de Plasencia

La casuística de intoxicación por plomo que vamos a dar a conocer, ofrece un grupo de enseñanzas etiológicas, fisiopatológicas y médico-legales, que consideramos de gran utilidad el someterlas a un detenido análisis doctrinal.

Veamos antes los casos, como nos los ofreció la clínica.

Se trata de una familia, compuesta de matrimonio y dos hijas de 12 y 13 años. Carecen todos de antecedentes patológicos de interés, y vivían en plena salud al ocurrirle los sucesos que vamos a describir.

En los primeros días de Octubre último, la madre (Constancia), aqueja bruscamente agudo dolor abdominal, que no permitía ni el roce de las ropas de la cama con la piel del vientre. El dolor abdominal se acompañaba de estreñimiento, intensa oliguria y gran palidez, alcanzando una duración de tres días. Siguió a este estado estreñimiento con tenesmo, oliguria, dismenorrea con sangre negruzca y escasa y dolorimiento sordo y difuso del vientre. Al mes, repite un suceso similar que dura siete días.

La hija menor (Felisa), a los veinticinco días del primer cólico de la madre, sufre otro con manifestaciones clínicas semejantes, quedándola un cuadro residual de dolor abdominal por accesos, intensa palidez y edemas palpebrales. Al mes y medio de sufrido el cólico inicial, una mañana estando cogiendo aceitunas, siente hormigueo en la mano derecha, contracturas de los dedos en flexión, sensaciones que interesan pronto la mano izquierda, se generalizan después, pierde el conocimiento la enferma, y se desencadenan unas crisis epileptiformes subintrantes, que no cesan hasta la muerte de la enferma que ocurre en treinta horas.

La otra hija (Aurelia), sufre un cólico abdominal que dura

cuarenta y ocho horas, a los dos días del padecido por su hermana. Como síndrome residual, ofrece, intensa palidez, fácil cansancio, inapetencia, vómitos después de algunas comidas, estreñimiento y dolor lento en región lumbar.

El marido (Cipriano), es afectado por un cólico abdominal a los quince días del primero sufrido por su mujer. Se acompañó de mialgias en regiones dorso-lumbar, glútea y pantorrillas, durando tres días la fase aguda, para quedar después en un estado de astenia universal, acentuada palidez y de vez en cuando, episodios de súbita y breve pérdida de la visión, con trastorno del equilibrio que durante varios minutos, le hacían marchar como un borracho, según la expresión del enfermo. Tal era su estado, cuando una mañana es llamado urgentemente para asistir a su hija (Felisa), que encuentra en el campo en las circunstancias descritas anteriormente y que terminaron con su vida. Cipriano soporta la breve y gravísima enfermedad de la hija hasta momentos antes del entierro en que comienza a quejarse de que «se quedaba sin vista, que no veía nada». A las dos horas pierde el conocimiento, su lenguaje se hace ininteligible y comienza un estado de intensa agitación psico-motora, con profundo estado amencial: Este cuadro evoluciona por accesos que duran de diez minutos a hora y media, repitiéndose con frecuencia durante tres días. Los intervalos eran simples períodos de descanso motor, adoptando el cuadro de un estado amencial estuporoso. Los síntomas anuria y estreñimiento, acompañaron a los trastornos descritos, persistiendo después, aunque atenuados, con un síndrome psicopatológico de confusión, ilusiones ópticas (confunde a su mujer con su madre) y alucinaciones (hombres, culebras, baleo y garbanzos, que constantemente trata de coger), con verdadera indiferencia afectiva. En esta situación llega a nosotros el enfermo y tras un estudio superficial, aconsejamos su inmediato internamiento en la Casa de Salud, donde pudimos estudiar con detenimiento a los tres miembros que entonces constituían la familia.

La niña (Aurelia) es explorada por nosotros a los dos meses de haber sufrido su trastorno patológico más llamativo (cólico abdominal). Su hábito externo ofrece un aspecto normal, tanto en el tinte de su piel, como en el estado de nutrición. Descubrimos un neto ribete de Burton, en el borde gingival correspondiente a tres incisivos inferiores. Existe dolor en puntos renales derechos, cuya víscera se toca aumentada de volumen. Anotamos 84 pulsaciones rítmicas, al minuto, con una tensión máxima de 12 y una mínima de 7 (Pachon.)

Elimina 750 cc. de orina en 24 horas, sin más anormalidad que su escasa densidad y el carecer de cloruros. En sangre vemos una tasa de urea de 0'60 gramos por 1.000. Eritrosedimentación

7-15-104. Reserva alcalina, 68. Por milímetro cúbico encontramos 7.800 leucocitos y 3.440.000 hematies. Hemoglobina 88 por 100 y 1'2 de valor globular. La policromatofilia, es muy visible. Se encuentran hematies con granulaciones vitales, en proporción de 6 por 1.000. La basiofilia corresponde al grupo cuarto de la clasificación de Goetzi. La fórmula leucocitaria responde a este esquema: 73 polinucleares, 20 linfocitos, 5 monocitos y dos eosinófilos. No se halló plomo en sangre, en orina, ni en heces.

La madre (Constancia) es explorada a los dos meses de su último cólico. Aqueja gran cansancio, edemas maleolares, inapetencias, sabor amargo, estreñimiento, reglas escasas de color negruzco, temblor fino y sensaciones momentáneas y súbitas de pérdida de la visión.

En un detenido examen observamos edema no muy intenso en el dorso de ambos pies, si bien queda muy marcada la huella consecutiva a la presión digital. Los reflejos tendinosos son muy vivos, sin clonus, ni Babinski; temblor digital fino, 82 pulsaciones rítmicas, con 15 de tensión máxima y 8 de mínima.

Elimina 850 c. c. de orina en 24 horas, sin anormalidad marcada. La cifra de urea en sangre es de 0'36 por mil. La reserva alcalina de 61 y la velocidad de sedimentación de hematies 3-8-79. Contamos 2,395,800 hematies por milímetro cúbico; 81 por 100 de hemoglobina y 1,7 de valor globular. Vemos hematies con granulaciones vitales en proporción de 8 por 1.000. Policromatofilia muy marcada, coloreando con el método del azul de Manson, registramos el tipo cuarto de Goetzi, de granulaciones basófilas, 9.000 leucocitos por milímetro cúbico y la siguiente fórmula leucocitaria: 71 polinucleares, 24 linfocitos, 3 monocitos y 2 eosinófilos. No encontramos plomo sanguíneo, ni en heces ni en orina.

El padre (Cipriano) es internado, como dijimos, en la Casa de Salud, por cuyo motivo pudimos estudiarle con mayor detenimiento, así como seguir la evolución del proceso. En los primeros días su estado amencial es profundo, si bien alternan fases de calma con otras de intensa agitación psicomotora en las que se lanza bruscamente de la cama para correr, saltar, torear, etc., o hacer nudos en las ropas de la cama. El cuadro es muy rico en pseudopercepciones y alucinaciones (empuja al aire, y nos dice que es para encerrar a sus familiares, a quienes amenaza de muerte; ve pájaros en el suelo; montañas de paja que se le vienen encima; asegura que todos los enfermos son hijos suyos, etcétera), sin intensa tonalidad afectiva.

A la exploración somática, vemos la pupila izquierda deformada y contrayéndose con pereza a los estímulos luminosos; hay temblor fino en lengua y en los extremos distales de los cuatro miembros, intenso trastorno del equilibrio en la estación vertical

y en la marcha, con ataxia iniciada en miembros inferiores; reflejos abdominales disminuídos y el cremasterino abolido; los tendinosos están muy exaltados; hay clonus de la rótula y el Babinski es negativo; facies de mímica borrosa, paresia facial izquierda, desviación de la úvula hacia la derecha, e intensa disartria.

Ribete gingival de Burton, muy acentuado y extenso. Timpanismo en algunas zonas del vientre, 76 pulsaciones rítmicas y 13 de tensión máxima y 8 de mínima. Apirexia.

Investigaciones de laboratorio.—Emite 625 c. c. de orina en 24 horas; de 1,020 de densidad, 5,5 de cloruros, 27,62 de urea, 12'87 de nitrógeno uréico, 0,45 de ácido úrico, 3,26 de acidez y 1,78 de amoníaco. En sangre encontramos, 0,98 de urea por litro. La curva de glucemia está representada por estas cifras: 1,30-2,25-2,10-1,70 y 1,45; 69 de reserva alcalina y 3-8-101 de velocidad de sedimentación de sus glóbulos rojos. Contamos 12,000 leucocitos por milímetro cúbico y esta fórmula leucocitaria: 59 polinucleares, 35 linfocitos, 4 monocitos y 2 eosinófilos.

Los hematíes están en proporción de 3,936,000 por milímetro cúbico. Hay 62 por 100 de hemoglobina y 0,79 de valor globular. La policromatofilia es muy marcada. Las granulaciones vitales están en proporción de 9 por 1.000, con una granulobasofilia tipo 5 de Goetzl. No logramos identificar el plomo, ni en sangre, ni en heces, ni en orina.

Por punción lumbar se extraen 10 c. c. de líquido céfalorraquídeo, que sale gota a gota. Macroscópicamente no se encuentra anormalidad. Se cuentan 8,6 células por milímetro cúbico. Son positivas todas las reacciones de globulinas, si bien la de Pandy, es mucho más intensa. La tasa de albúmina es de 0,40. Las reacciones de Wassermann y Meinike, son negativas. La curva de Lange ofrece estas cifras: 2 2 1 1 1 1 1 0 0 0 0 0. La concentración de urea es de 0,50.

Se le prescribe bolsa de hielo a la cabeza, inyección de Nepetal por la mañana y de Calcium por la tarde, mas 200 c. c. de suero fisiológico. Régimen riguroso de leche y frutas.

Evolución.—El síndrome psicopatológico persiste inalterable los tres primeros días, para iniciar una calma definitiva al cuarto a la vez que su sensorio va aclarándose lentamente, hasta estar perfectamente lúcido al décimo día. El segundo día orina 925, c. c.; el tercero, 600 c. c.; el cuarto, 750; el quinto, 950 c. c.; el sexto, 1.050; el séptimo, 2.000; el octavo, 2.500; el noveno, 2.700; el el décimo, 3.300; undécimo, 2.800, el doce, 2.400, y el trece, 2.200.

Se analiza la orina este último día, encontrando una densidad de 1,007, 1'90 de cloruros; 5,26 de urea; 2'45 de nitrógeno ureico; 0'1 de ácido fosfórico; y ningún elemento anormal.

La tasa de urea sanguínea es de 0'28; la reserva alcalina, 55'5; la

curva de glucemia, 0'85 - 1'90 - 1'60 - 0'95 y 0'55. La velocidad de sedimentación de hematies, 12 - 47 - 97.

Al veinte día, cuando el enfermo vive en plena convalecencia, prospera activamente su estado de nutrición y el estado mental se ofrece perfectamente normal, comienza una neumonía lobar pura (lóbulo inferior del pulmón izquierdo), que dura ocho días y es muy bien tolerada por el paciente sin el más discreto episodio delirante. Terminado este suceso se repone pronto, y es dado de alta a los dos meses de su ingreso.

Unos días antes de su salida, hacemos una minuciosa exploración del enfermo con este resultado:

Paresia central del facial izquierdo. Marcada desviación de la úvula hacia la derecha. Discreta inestabilidad de la marcha, más visible en miembro abdominal izquierdo. Aun existe temblor en los extremos distales de los cuatro miembros.

Reflejos cutáneos, normales. Siguen exaltados los reflejos rotulianos. No Babinski. Sensibilidad, normal. No ataxia. Las pupilas no son perfectamente redondas, pero reaccionan correctamente a la luz y las distancias.

Ha desaparecido su extraordinaria palidez. No aqueja cansancio, ni astenia. Sus funciones intestinales se han regularizado. Persiste el ribete de Burton, si bien algo más borroso. 75 pulsaciones rítmicas al minuto. 13'5 de tensión máxima y 8 de mínima. Su apetito es brillante, habiendo recuperado su peso habitual, para lo que hubo de ganar seis kilogramos.

Emite 1.400 c. c. de orina (régimen alimenticio general); de 1.016 de densidad, 18'80 de urea; 6'43 de nitrógeno uréico; 0'33 de ácido úrico; 10 de cloruros; amoníaco, 2'21; acidez, 3'48; ácido fosfórico, 0'40; y ningún elemento anormal. En sangre se dosifican 0'32 de urea; 76'8 de reserva alcalina; y esta curva de glucemia, 0'80-1'25-1'50-0'90-0'75.

La velocidad de sedimentación de los eritrocitos, es la siguiente: 13-46-98.

Se cuentan 11.000 leucocitos por milímetro cúbico, con esta fórmula: 55 polinucleares, 2 eosinófilos, 34 linfocitos y 9 monocitos.

El número de hematies por m. c. es de 4.148.000; la hemoglobina es de 96 por 100 y el valor globular 1'17. Policromatofia poco acentuada. Hematies con granulaciones vitales en proporción de uno por mil. Granulobasiofilia en cantidad que corresponde al grupo 5 de Goetzl.

La exploración psicológica nos da los resultados que condensamos a continuación. Percepción normal (prueba de las manchas de tinta; escenas de grabados y material de Head para afásicos). La atención es de concentración, extensión y movilidad normales; con un equilibrio justo entre la espontánea y la vo-

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

Director: D. Bernardo Morales

BURJASOT (VALENCIA)
(ESPAÑA)

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

Agentes exclusivos, J. ORICH Y C.^a S. R.-Barcelona

Tetradinamo (ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol (INYECTABLE)

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

Eusistolina (SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán (INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese Estación de ferrocarril

NEYOL

AUTOR DOCTOR R. FERRIS MEDICO
MEDICACION BALSAMICA INTENSIVA

INYECCION INDOLORA



TRATAMIENTO
MODERNO DE LAS
ENFERMEDADES DEL
APARATO RESPIRA-
TORIO

LABORATORIOS-FEDE S.A.

DIRECTOR DR. A. LOPEZ CIUDAD-FARMACEUTICO
MARQUES DE CUBAS. 9. TELEFONO 19147 MADRID

Neyol n.º

Procesos crónicos del
aparato respiratorio

1

Se emplea en las bronquitis crónicas simples y en las secundarias, rápidamente modifica la secreción bronquial, facilita la expectoración, calma la tos, cede la disnea y facilita el sueño.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Para-iso-propilmetacresol, 1,50 g.; Metanol-3, 5,00 g.; Gomenol, 7,90 g.; Anhidroterpina, 10,15 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Trioleinas eterificadas, c. s.

Neyol n.º

Antifímico

2

Sin necesidad de emplear el opio ni ninguno de sus derivados, corrige la tos emetizante de los tuberculosos, curando y evitando las agudizaciones catarrales.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Guayacol, 0,10 g.; Timol, 1,00 g.; Estearopteno de menta, 1,50 g.; Esencia de Niauli, 20,00 g.; Cineol, 10,00 g.; Sulfuro de Alilo, 0,005 g.; Trioleinas eterificadas, c. s.

Neyol n.º

Niños

3

En los procesos broncopulmonares infecciosos, se consigue realizar una antisepsia rápida y enérgica, obteniendo la curación en corto plazo.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Para-iso-propilmetacresol, 1,50 g.; Anhidroterpina, 10,00 g.; Esencia de Niauli, 20,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Trioleinas eterificadas, c. s.

Neyol n.º

Procesos agudos

4

En estos procesos la remisión de los síntomas es inmediata a la aplicación del medicamento.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Lectina, 0,25 g.; Colesterina, 0,30 g.; Estrictina, 0,01 g.; Timol, 2,50 g.; Gomenol, 7,45 g.; Eucaliptol, 7,55 g.; Mentol, 5,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Guayacol, 5,00 g.; Aceite de olivas esterilizado, c. s.

Neyol n.º

Antiasmático

5

Se llena la doble indicación de yugular el acceso de asma con la adrenalina y atropina y actuar sobre los procesos catarrales por la acción antiséptica de los balsámicos, llenando ambas indicaciones con una sola inyección.

COMPOSICION POR 100 C. C. = Atropina, 0,0025 g.; Adrenalina, 0,005 g.; Guayacol, 5,00 g.; Timol, 5,50 g.; Mentol, 4,50 g.; Gomenol, 10,00 g.; Alcanfor, 2,00 g.; Aceite esterilizado, c. s.

Todos los números tienen una indicación especial en los procesos gripales del aparato respiratorio.

De los números 1, 2, 4 y 5 se preparan cajas de ampollas de 5 y 10 c. c. y del número 3 cajas de ampollas de 2 y medio y 5 c. c.

SOLICITEN MUESTRAS Y LITERATURAS

luntaria. Las memorias antigua, reciente, mecánica y lógica, son normales. Su ideación es de caudal suficiente, con asociaciones ajustadas a normas generales. Indicios de sugestibilidad y automatismo (impresiones táctiles, prueba del indicador y la casa, etcétera). Imaginación y juicio, correctos. Su edad mental es de 12 años y 6 meses. La capacidad de juicio moral, está perfectamente de acuerdo con el estado general de conciencia popular, además de justipreciar correctamente problemas concretos (acciones de Juanito de Mira). El psicodiagnóstico nos ofrece un tipo aperceptivo, de inteligencia práctica; tipo de sucesión, ordenado; tipo afectivo, extratensivo, y tipo de vivencia, inestable.

Tipología en la que predominan los componentes asténicos. Rasgos temperamentales sintónicos, que exteriorizan una caracterología blanda, suave y extrovertida.

Interpretación.—Lo primero que llama la atención ante esta fenomenología clínica familiar, es su coincidencia en el tiempo y la semejanza de los síndromes presentados. En el plazo de un mes se inicia en efecto, en toda esta familia, la serie de trastornos patológicos sufridos.

En todos, el cólico abdominal abre la escena clínica, si bien en un estudio retrospectivo, nos hablan de palidez y astenia, anteriores. El cólico era acompañado y seguido de una constelación de síntomas comunes: estreñimiento, oliguria, intensa palidez, astenia, mialgias, fácil cansancio, visibles edemas maleolares o palpebrales, episodios amauroticos súbitos y pasajeros, rodete gingival de Burtón de color azul-negrusco, dismenorrea en la única mujer que menstrua, temblor fino, muy vivos reflejos tendinosos y Babinski negativo; pulsaciones de frecuencia muy próxima a la normal y tensiones arteriales sin apariencia de enfermedad.

En todos, estaba disminuída la cantidad de orina eliminada en veinticuatro horas.

En sangre, la reserva alcalina se mantiene dentro de cifras normales, para la sangre venosa. La cifra de hematies oscila de 3 a 4 millones por m. c., no yendo paralela con la gravedad del proceso. En todos, está disminuída la cantidad de hemoglobina, disminución proporcionada con la importancia clínica de cada caso.

El valor globular supera a la unidad en las mujeres, mientras, es bastante inferior en el hombre. Policromatofilia. Hematies con granulaciones vitales vemos, de 6 a 9 por mil. Granulaciones basófilas se encuentran en cantidades que oscilan de los grupos 4.º al 5.º de Goetzl. La velocidad de sedimentación de hematies es normal, en todos los casos. En los tres vemos leucocitosis moderada, cuya cuantía guarda relación con la gravedad de cada uno. En la madre y en la hija no existe más anormalidad que

una discreta eosinofilia, mientras en el padre, hay una linfocitosis marcada en su fórmula leucocitaria.

Ante tanta coincidencia en cuadros patológicos, que comienzan con escasa diferencia de tiempo, era lógico pensar en un agente etiológico común, que nos interesaba descubrir. Para ello, comenzamos haciendo una detenida anamnesis.

Ella nos enteró de que nadie en el pueblo sufrió trastornos análogos, limitados exclusivamente a los miembros familiares que viven bajo el mismo techo. Pero de esta convivencia, no refieren ningún suceso útil a nuestras pesquisas.

Seguimos entonces, un camino distinto. Valorar los hallazgos clínicos recogidos, para hacer un diagnóstico que dé luz al necesario problema etiológico. Con esta nueva dirección, hemos seleccionado los siguientes síntomas fundamentales y comunes en nuestra casuística: cólico abdominal, estreñimiento, palidez intensa, episodios amauroticos súbitos y transitorios, rodete gingival de Burtón, temblor fino, disminución del número de glóbulos rojos y de la cantidad de hemoglobina, policromatofilia, hematies con granulaciones vitales y gránulo-basiofilia.

Clínicamente, el diagnóstico no ofrece dificultad. Se trata de un complejo síndrome que corresponde a las formas más puras de intoxicación saturnina. Mas desde el punto de vista médico-legal podrían, ofrecerse dudas que queremos comentar. El criterio de Lehmann por su excesivo esquematismo, daría una torcida interpretación a nuestros casos, ya que no presentan más signos, que la granulobasiofilia, la madre; y granulobasiofilia, rodete gingival y hemoglobina por bajo de 80, Cipriano.—Según el autor citado habríamos de considerar como normal a Constanica, ligeramente sospechosa de saturnismo a la hija y débilmente enfermo, al padre. Nuestros casos se rebelan una vez más, contra todo intento de sistematización de los fenómenos biológicos en general. Constanica que según el esquema de Lehmann, habríamos de considerarla como normal, tiene una cantidad de eritrocitos muy inferior a la encontrada en los otros dos. La cantidad de hemoglobina (81 por 100) es también inferior a la de su hija (88 por 100). Padece dos cólicos, en lugar de uno, que sufrieron Aurelia y Cipriano. Presenta además, dismenorrea, temblor, profunda astenia y sucesos momentáneos de amaurosis.

Sin embargo, el médico-perito que se ajuste a la concepción de Lehmann, habría de informar en sentido negativo, la posible intoxicación por plomo de Constanica, ya que su cantidad de hemoglobina es de 80, en lugar de menos de 81 por ciento; por no tener rodete, hipertensión arterial, albúmina en orina y paresia de los extensores, que son los signos cardinales aceptados por Lehmann.

La niña Aurelia no sería más que ligeramente sospechosa de

intoxicación saturnina, por el hecho de solo ofrecernos dos, de los seis signos aceptados en el esquema de Lehmann. Su nefropatía, el descenso de hemoglobina (88 por ciento) y su uremia (0'60) son signos que asociados al Burton y a la granulobasiofilia, carecen de valor, mientras se les concede definitivo, a la hipertensión, a la albuminuria y a la paresia de los estensores, signos no presentados por ninguno de nuestros casos.

No vale la pena hacer ningún comentario sobre Cipriano, a quien el esquema descrito considera como ligeramente enfermo, mientras en su evolución pasó por situaciones gravísimas.

Junto a nuestra postura disconforme con el pensamiento de Lehmann, incapaz de servir a las exigencias forenses, hemos de acentuar nuestra identificación con el criterio de Chages, que considera equivocados a quienes no consideran como causadas por el plomo aquellas manifestaciones patológicas que no vayan acompañadas de uno o más síntomas cardinales. Es errónea semejante concepción, puesto que la intoxicación saturnina carece de signos absolutamente constantes, y mucho más, en las formas de intoxicación crónica, que son las más frecuentes en la práctica médico-legal. Hasta la granulobasiofilia puede faltar, cuando el paciente interrumpió durante unas semanas su contacto con el plomo, y es entonces examinado por nosotros, ya que desaparece, a veces a los quince días.

También nos parece más acertado Chages en la selección de los síntomas cardinales de la intoxicación por el plomo. No acepta como tales ni la albuminuria, ni la hipertensión arterial, y sólo eventualmente menciona la debilidad de los extensores. Los dos primeros signos son, en efecto, comunes a los más variados trastornos fisiopatológicos, y sobre todo el primero, muy inconstante en los intoxicados por plomo (ninguno de los dos síntomas pudieron observarse en los casos estudiados por nosotros). En cuanto a la debilidad de los extensores, además de faltar muchas veces, es de muy difícil valoración en los casos incipientes. Junto a estas restricciones acepta Chages la característica palidez de la piel, muy neta en nuestros casos, y la hematorfirinuria, tan valorada por todos los investigadores modernos. Nosotros, después de estudiar los casos actuales, y otros, etiológicamente menos interesantes, así como por la literatura manejada, hemos formado la concepción personal de que la constelación de síntomas saturninos es notablemente polimorfa y extensa. Por esto, en todos aquellos casos que ofrezcan un síndrome a base de signos objetivos inexplicables por procesos patológicos definidos, pero descritos en intoxicados por plomo, y después de comprobar que el sujeto tiene o ha tenido contacto suficiente con este metal, presentando después, y nunca antes,

el cuadro patológico alegado, podemos aceptar el diagnóstico médico legal de intoxicación saturnina.

Claro es, que el problema sigue en pie para aquellas formas oligosintomáticas que llegan a nosotros tardíamente. Una anamnesis cuyas aportaciones procuraremos controlar minuciosamente, y la valoración cualitativa de la imagen clínica ofrecida en el momento del examen, son elementos que nos permitirán llegar a una conclusión, siquiera sea de probabilidad, dentro de un margen de duda tolerable y necesario, en todas las técnicas que construyen nuestras contestaciones periciales.

La cuestión es mucho más sencilla, cuando se estudia una pseudoepidemia de intoxicación por plomo. Entonces, junto a síntomas comunes a la casuística estudiada, ofrece cada enfermo una serie de síntomas peculiares, que llamamos complementarios, porque al agruparlos con los signos independientes presentados por todos, se construye un cuadro clínico puro, tal y como nos le presentan las descripciones más exigentes. Este suceso perfectamente confirmado en nuestros casos, nos muestra bien a las claras cuánto puede variar la sintomatología de unos a otros pacientes, aun habiéndose intoxicado todos en una fuente común. Al fin y al cabo, no hace más que destacarse una vez más la importancia del coeficiente de reacción individual.

De todo lo expuesto, es fácil concluir, que si el estudio individual de cada uno de nuestros casos podría ofrecer alguna duda para un diagnóstico médico-legal, la asociación de todos los cuadros clínicos descritos, es terminante en sentido de intoxicación por plomo.

Con la definición de este hallazgo fundamental, necesitamos volver nuestras pesquisas hacia el problema etiológico, pero ya con mucha más limitación que al principio, puesto que tratamos de descubrir concretamente, un elemento capaz de liberar plomo, dentro del pequeño ambiente en que convive esta familia, ya que las manifestaciones tóxicas no se hicieron extensivas a ningún habitante más del pueblo.

Su alimentación, su agua de bebida etc., procedían de medios de abastecimiento general en la población rural. Cuando insistíamos en nuestro interrogatorio, nos dice Constancia «que sospecha del aceite que utiliza para guisar, aceite que ha tirado desde unos días antes de la muerte de su hija Felisa». Sospecha razonada clínicamente, por don Honorio Urbano, médico que lleva esta familia a nuestra observación.

Interrogada Constancia sobre sus temores, nos dice, que el aceite que utilizaba a diario para elaborar sus comidas, era el mismo que había servido para hacer churros, de cuya profesión vivían. Añade, que el aceite se mantenía a diario tres horas en ebullición (tiempo necesario para atender la tarea profesional),

en una perola, cuyo fondo estaba interiormente estañado desde hacía tres años. En los primeros días de Noviembre último, nos dice Cipriano, al ser dado de alta, una mañana observó que el fondo de la perola estaba deteriorado y decidió arreglarlo. Se le ocurre adquirir un kilo de perdigones y fundirlos con calor, para verter el plomo líquido en el fondo de la vasija citada. Desde entonces, hasta la muerte de su hija Aurelia, que transcurren unos cuarenta días, continúan sirviéndose en las comidas del aceite de los churros igual que hacían antes. Si bien las niñas tomaron una tercera parte menos aproximadamente, por las circunstancias de pasar con frecuencia días completos en casa de unos parientes en cuya mesa comían.

Conocidos tan interesantes sucesos, la orientación etiológica de los cuadros tóxicos descritos, encuentra su camino definitivo, que apriorísticamente concebimos, de acuerdo con los diversos materiales que protegieron la perola en tiempos distintos. En un primer tiempo, de unos tres años, estuvo estañada con una aleación corriente en España, que lleva una parte de estaño y dos de plomo, mientras que el último mes, todo su fondo interior estaba cubierto en zonas irregulares por plomo puro, procedente de la fusión de un kilogramo de perdigones. Recordemos ahora, que Constancia sufrió su primer cólico en los últimos días de Octubre, es decir, cuando aún Cipriano no había tenido la ocurrencia de fundir los perdigones, maniobra que ejecutó precisamente, en los días que ella estuvo en cama con aquel motivo. La interpretación de este suceso nos invita a detenernos un momento para analizar, si la naturaleza del cólico sufrido por Constancia, exteriorizaba su impregnación plúmbica. Como elementos de juicio para el diagnóstico retrospectivo que acabamos de plantearnos, solo disponemos del parecer de los interesados que nos describen un cuadro semiológico muy puro, además de afirmar, que el cólico a que aludimos fué exactamente igual al que padeció la enferma varios días después y al sufrido por los restantes familiares. El estudio toxicológico del aceite que en aquella época consumían, habría sido definitivo, pero ya no disponían de él.

De todos modos, junto a la imagen clínica que nos refieren, existen una serie de circunstancias que hablan en favor de que Constancia estuviera intoxicada. Hacía un año que se servía del aceite donde habían preparado los churros, para todos los usos culinarios. Este aceite era sometido tres horas diarias a una activa ebullición en una perola, que, como ya dijimos, tenía estañado todo su fondo interiormente. La acidez del aceite, en unión del calor prolongado, parecen factores suficientes para atacar lentamente el plomo del estaño. Recordemos todavía, que la aleación estaño-plomo, que cubría el fondo de la perola, conte-

nía 66 por 100 de plomo; proporción plúmbica del estañado, que ofreciendo una gran superficie de contacto al aceite en ebullición, justifica su capacidad intoxicante para cuantas personas consumían a diario el aceite de que hablamos. No invalida nuestra hipótesis el hecho que los restantes familiares permanecieran indemnes, pues además de influencias individuales debe recordarse que las niñas solían hacer fuera de casa una de las comidas, y que ya por entonces, aquejaban todos astenia y fatigabilidad, y finalmente, que poco tiempo después de verter Cipriano los perdigones fundidos en el fondo de la perola (antes de un mes), explotó la grave intoxicación familiar, rapidez explicable más, porque ya vinieran impregnados por plomo, que por la cantidad contenida en el aceite de la última época, como veremos más adelante.

Insistimos en precisar el diagnóstico retrospectivo de la primera fase de la intoxicación familiar, para ofrecer una enseñanza a la Higiene de la alimentación. *La necesidad de vigilar a los profesionales que utilicen el estaño plúmbico en cuantos utensilios puedan tener contacto con alimentos*, acentuando bien aquella diferencia que señala Kohn-Abrest, entre estañado interior de las vasijas, que debe hacerse en capa muy fina, y el exterior, que contiene generalmente el 66 por 100 de plomo: Desde 1897 dice Balthazard, refiriéndose a la legislación francesa: el estaño que se utiliza para el estañado de utensilios culinarios, debe contener solamente 0,5 por 100 de plomo.

En nuestros casos, no se atendió ninguna de estas elementales exigencias. La mezcla para el estañado externo con 66 por 100 de plomo, se utilizó al interior, y en lugar de en capa muy fina, se extendió en verdaderos acumulos de innecesario grosor.

La segunda fase de este proceso de intoxicación saturnina familiar, no es posible interpretarla con mucha mayor precisión y de acuerdo con las exigencias forenses. Estamos refiriéndonos a los sucesos ocurridos desde que Cipriano vierte en el interior del fondo de la perola un kilogramo de perdigones fundidos.

A los quince días sufre Cipriano un cólico de plomo; a los veinticinco, Felisa; a los veintisiete, Aurelia; y a los treinta, se presenta el segundo de Constancia. La relación de causa a efecto parece evidente. Mas la feliz circunstancia de conservar el aceite responsable, nos proporciona la oportunidad de investigar el plomo que contiene.

Partiendo de 100 gramos de aceite, hemos seguido la técnica aconsejada por Ogier y Kohn-Abrest para investigar y dosificar el plomo contenido en materias alimenticias. En resumen, diremos, que se destruyó la materia orgánica con sucesivos tratamientos nitro-sulfúricos; que después de actuar el hidrógeno sulfurado, se buscó cualitativamente el plomo con el ioduro potási-

co y con el cromato potásico, que dieron reacciones positivas; se terminó, tras una doble calcinación, pesando las cenizas, en las que estaba el plomo en estado de sulfato. Teniendo en cuenta que una parte de sulfato de plomo, corresponde a 0,6832 de plomo, la cifra obtenida por nosotros denunció 2,73 gramos de plomo por litro de aceite.

El valor cuantitativo del plomo, justifica la capacidad intoxicante del aceite, y mucho más, por ser ingerido por unas personas que venían impregnándose varios meses, con dosis insignificantes tal vez, pero diarias, del metal. La terapéutica más eficaz fué puesta en marcha instintivamente por Constanca, suprimiendo en sus tareas culinarias el aceite tóxico, a partir de la muerte de Aurelia, con cuya medida se instaló una mejoría progresiva en sus trastornos y en los de Felisa. En cuanto a Cipriano, no llegó a tiempo tal precaución, por explotar sus manifestaciones tóxicas a las veinticuatro horas de abandonar el aceite emplomado en la alimentación.

Aún ha podido ser de mucha mayor importancia y complejidad médico-legal la fuente de intoxicación que estudiamos, por tratarse de un vehículo de alimentación colectiva. Sin el suceso episódico de utilizar para alimentarse esta familia el aceite residual de aquella modesta industria, en el que debía estar el plomo a gran concentración, al cabo posiblemente de unos años, los consumidores de cantidades mínimas, pero diarias, del plomo de cada churro, habrían sido atacados por procesos de intoxicación crónica, y ante una pseudoepidemia de origen tan escondido, habría sido difícilísimo su hallazgo. Hacemos hincapié en este aspecto de nuestros casos, para ofrecer al médico general y en particular al médico legista, un camino más, para conducir sus pesquisas en casos oscuros de epidemias alimenticias de emplomamientos así como en las formas más corrientes, de intoxicaciones esporádicas.

La etiología alimenticia de las intoxicaciones sorprendidas por nosotros, resulta excepcional, ya que no sabemos que haya sido descrita por nadie. Sin embargo, dada la descuidada técnica del estañado tan frecuente en los recipientes que utiliza esta industria (perola, preparación de la masa, bomba que la vierte en el aceite hirviendo), así como la posibilidad de contener impurezas plúmbicas la harina empleada, nos hace sospechar que un estudio en esta dirección, hubiera despistado algunos casos ante los que los peritos declararon su incapacidad, considerándolos al fin, de origen desconocido.

Intoxicaciones alimenticias colectivas por plomo, han sido descritas para los más variados vehículos. Todos los médico-legistas clásicos nos hablan del agua, del vino, la cerveza, la harina, el vinagre, conservas, alimentos envueltos en papeles de es-

taño, alojados en cacharros de cocina barnizados o esmaltados, etc., como fuentes de intoxicación. En España menudean en la última época comunicaciones sobre una verdadera epidemia de emplomamiento en algunas provincias castellanas, atribuida por Diez Blanco, a la gran acidez de la cosecha de vino, que suelen servir en jarros esmaltados con un baño amarillento interior de un compuesto de plomo que no define. Chages insiste recientemente en la importancia de los juguetes de plomo que los niños se llevan a la boca (soldaditos, calcomanías, etc.), con motivo de la oportuna legislación profiláctica vigente en Alemania. Rigot y Emeric comunicaron en 1927, un caso de intoxicación saturnina familiar, análogo al nuestro en su extensión, pero ocasionado por contaminación del agua de bebida que abastecía la casa de campo en que habitaban.

Señala por consiguiente, nuestra comunicación, una fuente de intoxicación por plomo que no creemos descrita y que admitimos como de relativa posibilidad en la casuística general, para que el perito y el médico clínico la tengan en cuenta en los casos oscuros de intoxicación saturnina, así como ante epidemias insólitas. Confirmamos a la vez el hecho tan divulgado por los toxicólogos, de que el plomo puede existir y ser motivo de intoxicación, donde el médico menos lo sospeche.

Comentemos ahora, nuestros casos, desde un punto de vista clínico. Los llamados *efecto del plomo*, se iniciaron en todos con palidez y astenia, signos que se acentuaron en la fase de *intoxicación*, hasta tomar la piel un tinte de palidez llamativa y convertirse la astenia en mialgias y muy fácil cansancio. La palidez es un fenómeno tan constante en las formas crónicas, que se suele hablar del *color del emplomado* y se atribuye en la actualidad, a la contractura de los vasos cutáneos, por actuar el plomo sobre las terminaciones de las ramificaciones nerviosas de sus paredes. Dos argumentos nos brindan nuestros casos a favor de una acción nerviosa periférica, y no general, sino regional. De una parte, la no existencia de hipertensión arterial en ninguno de nuestros pacientes, y de otra, el haber sufrido Constanca y Cipriano accesos de amaurosis transitoria, atribuidos modernamente a espasmos vasculares localizados. El estudio de las modificaciones capilaroscópicas, que nosotros no pudimos hacer, es posible que llegue a poder ofrecer al médico un elemento precioso de diagnóstico al sorprender perturbaciones en la circulación capilar más o menos localizadas, según parece adivinarse en los estudios emprendidos por Fontana y Calapinto, especialmente si se sigue el progreso en extensión, de las regiones capilares invadidas, en relación con el avance de la palidez. Consideramos a la astenia, como consecuencia de la impregnación del organismo por el plomo, mientras las mialgias parecen debidas, a la in-

DISPONIBLE

ZENON ENRIQUEZ

MÉDICO-ODONTÓLOGO

Enfermedades de la boca y dientes

Galán y García Hernández, núm. 5

Teléfono 387

C A C E R E S

Fernando de Arribas

MÉDICO RADIÓLOGO

Medicina General-Rayos X-Diatermia
Gabinete de Electroterapia

Cuesta Cotallo, 1

Teléfono, 293

Consulta de 10 a 1 y 5 a 7

Cáceres

fluencia del tóxico sobre las terminaciones nerviosas musculares.

La falta de hipertensión arterial en todos nuestros casos, merece acentuarse, para no hacer necesarios los fenómenos hipertensión y emplomamiento, como parecen indicar los autores clásicos. Los recientes estudios de Vigliani revisando esta cuestión, le hacen concluir, que los obreros que manipulan plomo y presentan signos de intoxicación, ofrecen un tanto por ciento de hipertensión muy superior, al de los operarios indemnes. Esta afirmación no es invalidada por nuestra casuística, si se la matiza con la concepción de Chages cuando dice, *que no suele observarse hipertensión sanguínea hasta que el sujeto lleva muchos años en el trabajo que le está intoxicando lentamente, por lo que su falta, en las formas agudas o de corta fecha, carece de valor en contra de impregnación por plomo.*

En todos nuestros pacientes, el riñón tomó parte activa en sus trastornos. Mas en ninguno vimos lesiones epiteliales, ni de tejido conjuntivo, mientras la perturbación vascular parecía evidente. Recuérdese que los sedimentos urinarios estaban limpios de cilindros y hematies, y la orina carecía de albúmina. En todos existía visible retención de agua, no muy firme eliminación clorurada, y notable perturbación nitrogenada, en Cipriano y Aurelia. Tratábase por consiguiente, de riñones amenazados de extenso bloqueo, que en Cipriano es desencadenado con todas sus consecuencias, por una emoción violenta (muerte de su hija Felisa).

Unamos a estos hechos, la falta de hipertensión arterial y el rápido éxito que acompañó al tratamiento de Cipriano, y habremos logrado adquisiciones fundamentales para explicar patogénicamente el trastorno renal que estudiamos. Decíamos que el cuadro era de vascularitis, mas no podría ser consecuencia de una hipertensión general que no existía, ni tampoco de tipo esclerosis, ya que el riñón más gravemente afecto (el de Cipriano) recupera su función integral, en muy pocos días de tratamiento. Por las mismas razones, no es posible incluir el trastorno indicado en la «nefropatía saturnina» (alteraciones inflamatorias de los vasos, con degeneración del parenquima renal, procesos flogósicos y esclerosis residual).

En vista de los factores negativos que se comentan, creemos perfectamente legítima esta concepción patogénica. La impregnación plúmbica del organismo ataca, como hemos visto, las terminaciones nerviosas de los vasos con una topografía irregular, dando lugar a espasmos vasculares más o menos intensos (amaurosis, palidez), en distintas regiones. Pues bien, nada se opone a que la acción tóxica mantenga los vasos renales en tolerante contractura, hasta que una emoción súbita produjo por

vía nerviosa, un efecto espasmódico definitivo, capaz de lograr el gravísimo transitorio trastorno renal de Cipriano, que pronto desaparece sin defecto residual.

La hipótesis que acaba de hacerse, sólo es valedera para los casos que se estudian en este trabajo u otros semejantes. Hacemos esta aclaración, para justificar las distintas opiniones que ofrecen cuantos se han ocupado de los procesos renales de los emplomados. La disparidad de criterios, es motivada, porque el plomo es capaz de atacar a todos los componentes de la estructura renal, dando lugar a cuadros clínicos de la más variada fisonomía. Por esto, Periot encuentra más afectado el tejido conjuntivo, Cornil habla de invasión glomerular secundaria; otros autores consideran al proceso «riñón saturnino» con suficiente autonomía clínica, y recientemente la escuela rusa, descubre lesiones tubulares en 30 por 100 de los obreros examinados.

Las distintas observaciones clínicas e histopatológicas del riñón trastornado por el plomo, acentúan nuestro criterio de que su acción debe ser notablemente polimorfa, siendo inútil esforzarse en uniformar los efectos. Se impone, por consiguiente, estudiar e interpretar cada caso aislado, si bien desde un punto de vista práctico, aconsejamos recordar la indicación de Salvador Pascual, quien al describir la sintomatología de la intoxicación por el plomo, dice escuetamente, al referirse al aparato urinario «nefritis saturnina de tipo azotémico». Efectivamente, la retención nitrogenada, nunca deja de buscarse.

Es muy interesante tener en cuenta el polimorfismo de las lesiones renales saturninas, desde el punto de vista médico-forense. Todos los cuadros pueden presentarse, necesitando el perito para apellidar de saturnina una nefropatía, alejarse del aparato renal y buscar síntomas generales más o menos cardinales de la intoxicación plúmbica. Si estos signos hubieran ya desaparecido, se ofrece una grave dificultad para informar sobre la naturaleza saturnina de una nefropatía, puesto que nuestra decisión necesita fundarse entonces, más en la anamnesis, que los síntomas objetivos, con los que además de exponernos a errores de diagnóstico, necesitamos eliminar también presuntas simulaciones.

En el estudio de la sangre, encontramos tendencia acentuada a la leucocitosis descrita por todos los autores. No vimos la linfocitosis relativa que admiten la mayoría, más que en Cipriano, tal vez por ser el más intensamente atacado. Las manifestaciones observadas en los glóbulos rojos fueron vulgares y no merecen detenernos. Únicamente diremos que siendo las granulaciones basófilas un síntoma importante de intoxicación por plomo, sería de desear como quiere Teleky, que se empleara por todos un método de tinción uniforme y valorar los resulta-

dos como aconseja Goetzl, después de examinar cada preparación diez o quince minutos, anotando: 1.º—Si *no se encuentra* ningún eritrocito con granulaciones basófilas en la preparación (resultado negativo). 2.º—Si existen *algunos* en cada preparación. 3.º—Si hay *varios* en cada preparación, hablaremos de escasos. 4.º—Si hay *uno en varios campos*, diremos cantidad mediana. 5.º—Si hay uno en casi todos los campos, hablaremos de cantidad abundante. Y 6.º—Si *en cada campo hay uno por lo menos*, cantidad masiva. Este proceder evita la disparidad de criterios entre los distintos autores, al señalar cual es el número de glóbulos rojos con granulaciones basófilas necesario, para inclinarnos en sentido patológico.

Como medio de orientación es recomendable el método de la gota gruesa recomendado por Schwarz, porque permite eliminar con rapidez los casos negativos. En los positivos utilizaremos preparaciones extendidas, y un método de coloración especial (azul de Mansón, azul de Toluidina, etc.), porque en gota gruesa, no es posible contar ni aproximadamente, el número de hematies granulados.

En ninguno de los tres casos estudiados, traspasó las cifras normales, la velocidad de sedimentación de los eritrocitos.

La reserva alcalina se mantuvo en todos los casos dentro de los valores normales si bien con tendencias acidósicas en la hija y en el padre, dato que relacionamos más con su nefritis azotémica, que con la intoxicación plúmbica. Cipriano al ser dado de alta completamente restablecido de su trastorno renal, ofrecía una tendencia alcalósica bastante marcada. No se nos escapa, que no es posible hablar de acidosis o alcalosis, a través de los datos proporcionados a expensas de la reserva alcalina. El ácido carbónico libre y la reserva alcalina, frente a toda perturbación, sufren variaciones con tendencias a compensarse, por lo que la verdadera valoración del equilibrio ácido-básico, necesita también la determinación de la reacción actual. Con este fin hemos utilizado el método colorimétrico para la determinación del PH, procedimiento que si bien es suficiente como medio de orientación clínica, carece a nuestro juicio de precisión para utilizarle en concepciones patogénicas, que solo tienen garantía suficiente en el método electrométrico. Como un dato más, debemos recordar, que la cantidad de amoniaco estaba disminuída en nuestros enfermos, factor que según Straub y Neier estaría condicionado por una insuficiencia secretora de ácido. Parece por consiguiente, que todos nuestros hallazgos hablan siquiera sea discretamente, de disposición acidósica.

A primera vista, parece que estos resultados están en contradicción con los que aceptan en los intoxicados crónicos por el plomo, desviaciones del equilibrio ácido-básico en sentido alca-

lósico, a base de cuyo concepto, se ha construído una doctrina patogénica con derivaciones terapéuticas, muy bien analizada por Planelles. La discrepancia de nuestros casos es solo aparente, ya que todos son enfermos renales, y dos de ellos, azotémicos. En prueba de ésto, en cuanto ceden en el único enfermo que pudimos estudiar hasta el fin, los trastornos renales, la desviación alcalósica fué muy acentuada.

El metabolismo de los hidratos de carbono, estudiado únicamente en Cipriano, nos proporcionó enseñanzas muy interesantes, si bien estaban deformadas por la azotemia. En los momentos agudos obtuvimos una curva de glucemia que revelaba un intenso bloqueo de la función pancreática; cuando la perturbación azotémica cede, nos encontramos ante una hiperfunción metabólica reaccional para los hidratos de carbono, ante la administración de glucosa, obteniendo al ser dado de alta, una curva absolutamente normal.

Consideraciones importantes merece nuestra casuística, en el doble aspecto psicopatológico y neurológico. Dos de los cuatro sujetos intoxicados, sufrieron graves complicaciones en este sentido. La niña Felisa, tras breves trastornos parestésicos de apariencia focal (hormigueo en mano derecha, contractura de los dedos), muere en unas horas entre accesos convulsivos generalizados. Siguiendo la doctrina clásica, podríamos atribuir su muerte a la denominada eclampsia saturnina o encefalopatía convulsiva. Mas este diagnóstico, suficiente en lo externo, no dice nada desde un punto de vista psiquiátrico fundamental, ya que al fin y al cabo, el sistema nervioso en este caso, no hizo más que responder con una modalidad habitual de reacción a un estímulo externo, cuya naturaleza le es indiferente, puesto que lo mismo pudo producirla el plomo, que cualquier otro agente tóxico o infeccioso. Quiere decir todo esto, que no nos es posible ni sospechar la existencia de emplomamiento a través del fenómeno convulsivo aislado, que en fin de cuentas, no es más que una exteriorización más, pero indiferenciada, de graves y extensas perturbaciones orgánicas generales.

Para que nuestra labor sea fecunda desde el punto de vista patogénico y terapéutico, necesitamos desviar a un segundo plano el fenómeno encefalopático, fijando nuestra atención en sus componentes. En primer lugar, en aquellos signos más o menos cardinales que nos permitan definir el agente etiológico (intoxicación saturnina). Después, investigaremos la existencia de procesos meningíticos, vascularíticos, hipertensivos, arterioesclerósicos, azotémicos, lesiones parenquimatosas centrales, etc., ya que todos estos trastornos pueden dar lugar y servir de base a las llamadas encefalopatías saturninas. Si así ocurren las cosas, como parece comprobarse a diario, creemos llegado el momento de de-

jar hablar de las variadas cefalopatías saturninas a base de matices clínicos externos (formas convulsiva, amaurótica, afásica, delirante, comatosa y pseudoparalítica general), para cambiarla por sus componentes internos (formas meningítica, vascularítica, arterioesclerósica, urémica, hipertensiva, hemorrágica, encefalítica, etc.).

El criterio que acabamos de exponer, no pretende eliminar del saturnismo las encefalopatías concebidas a través del pensamiento clásico, pero sí limitar su jerarquía semiológica, hablando simplemente de perturbaciones convulsivas, afásicas, amauróticas etc., que lejos de constituir síndromes definidos, se imbrican con harta frecuencia en la clínica, dando lugar en la mayoría de los casos, a cuadros mixtos. Además, cuando al clínico se le habla de encefalopatía saturnina convulsiva por ejemplo, queda perplejo en cuanto a patogenia y conducta terapéutica, que continúa influenciada por el agente etiológico intoxicante (plomo), que si es fundamental frente a sucesos encefalopáticos agudos, pasa a ocupar un lugar secundario en cuanto a indicación terapéutica urgente.

Por el contrario, en la clasificación que proponemos, quedamos obligados frente al síntoma convulsión o trastorno amaurótico a ahondar en nuestros recursos de exploración en busca de la motivación del síntoma, motivación que una vez descubierta, nos permite definir con base patogénica, una encefalopatía saturnina meningítica, hipertensiva, azotémica etc., que automáticamente nos señala una dirección terapéutica bien distinta por cierto en cada caso. Añadamos todavía, que un mismo trastorno, la hipertensión por ejemplo, puede engendrar síndromes convulsivos, amauróticos, afásicos, etc., que mientras parecen distintos en la clasificación que impugnamos, tienen en la nuestra, la misma significación patogénica y terapéutica.

El criterio que acaba de exponerse, justifica el que no nos atrevamos a diagnosticar la naturaleza de las convulsiones que precedieron a la rápida muerte de Felisa, ya que no tuvimos ocasión de explorarla.

Confirmación neta de que las formas clásicas de encefalopatías saturninas son mixtas la mayoría de las veces, la ofrece nuestro intoxicado Cipriano. En él coincidían accesos de amaurosis, fenómenos delirantes y un cuadro muy vivo de pseudoparálisis general. Además si nos hubiéramos limitado a diagnosticar cualquiera de estas formas encefalopáticas saturninas, ¿habríamos podido deducir por ella, una concepción patogénica y terapéutica? Es seguro que de no profundizar en nuestra exploración, hubiéramos hecho una medicación puramente sintomática, esperando con grave peligro, a que la supresión del plomo hiciera remitir los fenómenos clínicos. Mas como descubrimos a la encefalopa-

tía un doble e inmediato motivo meningítico y urémico, nos fué fácil atender con rapidez a indicaciones terapéuticas urgentes, bien alejadas de momento, del agente etiológico fundamental (plomo).

Desde el punto de vista psiquiátrico, la psicosis estudiada respondía bien a esa característica que señala Kehrer a las psicosis saturninas, en las que dominarían las grandes perturbaciones del conocimiento y las más intensas excitaciones motrices. También presentaba alguna analogía con el delirio alcohólico recordado por Bumke. Pero nos ofrecía más fácil confusión con la parálisis general progresiva, mostrándonos en lo somático, deformaciones pupilares con débiles reacciones luminosas, disartría, temblor y exaltación de reflejos tendinosos, así como manifestaciones atáxicas (taboparálisis). El síndrome psicopatológico presentaba una facies borrosa del tipo de la llamada máscara demencial, con un estado de confusión profundo. Claro es, que los genuinos trastornos de la percepción y aun el mismo análisis del síndrome amencial, disminuían las sospechas en sentido paralítico.

El examen del líquido cefalorraquídeo con 8'6 células (linfocitos), 0'40 de albúmina, reacciones de globulinas positivas, Takata-Ara de tipo meníngeo, negativas las reacciones de Wassermann y Meinike, con la siguiente curva de Lange 2 2 1 1 1 1 1 0 0 0 0 0, son hallazgos definitivos en contra de la serie luética y a favor de un proceso meníngeo linfocitario, identificable con los descritos por Mosny y su escuela, en algunas formas de encefalopatías saturninas, y en el que pretenden basar el subtrato anatómico de las encefalopatías del plomo, que para ellos, sería independiente de la hipertensión arterial. En cambio, lo visto por nosotros está en desacuerdo con la doctrina de Pal-Vaquez, que ve en la hipertensión arterial, la causa de los accidentes encefalopáticos por edemas cerebral, hemorragia meníngea, etc. Repetimos que a pesar de contar esta teoría con el mayor número de secuaces, nuestra observación está en profundo desacuerdo con ella.

Digamos para terminar, que la psicosis de nuestro enfermo curó sin defecto, como indicamos oportunamente al reseñar el resultado del detenido examen psicológico a que se le sometió, si bien desde un punto de vista médico-forense, aun no nos atreveríamos a extender su alta, por existir discretas manifestaciones de astenia somatopsíquica, con fatigabilidad precoz ante cuanto requiera esfuerzo intelectual. Es posible que transcurridas unas semanas desaparezcan estas pequeñas cosas residuales y podamos declarar su absoluta capacidad profesional, pero mientras, debe esperarse, porque estos cuadros asténicos pueden prolongarse excesivamente y hasta hacerse definitivos.

Ajustándonos a la moderna terminología psiquiátrica, diagnosticaríamos la enfermedad de Cipriano, como una psicosis exógena provocada por el plomo, concepto que para uniformar la terminología psiquiátrica, aconsejamos utilizar en los informes forenses. Hablar de encefalopatía saturnina pseudoparalítica general, puede llevar al confusionismo, ya que otros peritos podrían hablar sucesivamente, de encefalopatía saturnina delirante o de la forma amaurótica, puesto que todas estas manifestaciones patológicas presentaba nuestro enfermo. Recordemos aún, la intrascendencia patogénica y terapéutica de estas clasificaciones y se justificará nuestro pensamiento forense.

Por análogas razones, tampoco aconsejamos servirse de la clasificación que propusimos más arriba, puesto que si en clínica nos es de gran utilidad por los servicios patogénicos y terapéuticos que nos presta, es posible que distintos peritos llamados a informar, emplearan términos distintos (encefalopatías saturnina, meníngea, azotémica), que confundirían al juez.

Consideraciones toxicológicas.—En los tres casos estudiados, con el fin de seguir una correcta técnica médico-legal, se investigó el plomo en las heces, en la sangre y en la orina. Para las primeras, después de obtener con el método corriente un precipitado cristalino, le tratamos por acetato amónico al 15 por 100, con unas gotas de ácido acético concentrado, con 10 c. c. de agua con hidrógeno sulfurado a saturación y agua destilada hasta hacer 100 c. c. Por colorimetría comparamos con una solución tipo de nitrato de plomo (0,001 gramos por 100 de plomo, por c. c.) sin obtener resultados positivos.

En la orina se utilizó un método de calcinación, también con resultado negativo. En cambio, buscamos con éxito la hematoportfirinuria en los tres enfermos estudiados, poniendo en práctica el método de Garrod. A 500 c. c. de orina de veinticuatro horas, añadimos 100 c. c. de legía de potasa al 10 por 100, obteniendo un precipitado (fosfatos) de color violeta intenso, en el que las reacciones químicas de la sangre resultaron negativas; dejamos sedimentar y decantamos dos veces, recogiendo el sedimento en filtro duro, que una vez desecado disolvimos lentamente en alcohol absoluto clorhídrico y filtramos, viendo en el filtrado mediante el espectroscopio las características bandas de absorción de la hematoportfirina alcalina. Al seguir diluyendo el filtrado con alcohol clorhídrico, desaparecieron las bandas de absorción cuando la dilución llegó en todos los casos del 1 por 40 al 48. Aunque intentamos descubrir la existencia de la llamada «corriente plúmbica sanguínea» no obtuvimos ningún resultado, seguramente por no habernos sido posible hallar detalles concretos sobre la técnica a seguir.

Otros métodos de diagnóstico recientemente aconsejados, no

pudimos ponerlos en práctica, por no disponer del especial aparatage que exige. El de Schmidt, por ejemplo, es un proceder microanalítico para buscar el plomo en las secreciones del cuerpo. Con el espectrógrafo de Löwe hace una sensible investigación cualitativa, que llega a descubrir el plomo hasta cuando existe en proporciones de milésimas de miligramos. Hace la valoración cuantitativa por colorimetría, sirviéndose del reactivo Arnold-Menzel Trillat.

Locatelli, según refiere Oller, basado en consideraciones patogénicas, ha hallado recientemente copro-porfirina en los glóbulos rojos de los emplomados, descubriendo la propiedad fluorescente de aquel cuerpo, mediante la luz de Wood. Sería una reacción extraordinariamente sensible, ya que es capaz de poner en evidencia una cinco millonésima de miligramo de copro-porfirina disuelta en 100 c. c. de agua.

Tenemos la impresión de que ninguno de los métodos ultrasensibles han de contribuir a un serio avance de la toxicología forense del plomo, por denunciar cantidades muy inferiores a las que pueden existir normalmente. Todo lo más, podrán ser valoradas como factores indiciarios, capaces de orientar ulteriores investigaciones, ya que lo que esencialmente interesa en nuestros informes, es la cantidad de plomo encontrado.

La advertencia anterior, exige gran cautela frente a la posible existencia de plomo normal, posibilidad que siempre tendremos en cuenta, con las consideraciones que siguen.

Según Kohn-Abrest la alimentación diaria introduce en el organismo 0'5 miligramos por día. Las vísceras humanas contienen de una a dos millonésimas de plomo, y bastante más, el hígado de los sujetos que abusan de las conservas alimenticias por ejemplo. La orina, elimina de 0 a 0'15 miligramos en 24 horas.

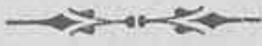
Teniendo en cuenta estas cifras, las cantidades de plomo encontradas en el organismo inferiores a dos millonésimas, pueden ser consideradas como normales; y entre dos y diez millonésimas, hablaríamos de un índice de débil impregnación, probablemente de origen profesional, pero no suficiente por sí solo, para hablar de intoxicación saturnina, por lo que necesitaríamos hacer investigaciones complementarias (marcha de la enfermedad, condiciones habituales de existencia, de profesión, etc.)

En la orina, la proporción de plomo traspasa muy poco la normal, no alcanzando más que algunas décimas de miligramos en veinticuatro horas, por lo que es muy delicado diagnosticar saturnismo mediante la dosificación aislada del plomo en la orina.

En la sangre, dice Oller, que los valores de plomo normal oscilan entre una y dos centésimas de miligramo por cien c. c.,

JOSE ROPERO

OCULISTA



Sergio Sánchez, 5 y 7

Teléfono, 37

CÁCERES

LUIS INFANTE

Médico especialista en

GARGANTA, NARIZ Y OIDOS

Consulta de 10 a 1 y de 5 a 6

Plaza Mayor, 49, 3.º - CÁCERES

PALUDISMO

LAVERANSAN

Poderoso contra fiebres palúdicas, tónico, aperitivo y reconstituyente

COMPOSICION. Cada píldora Laveransan contiene:

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

Caja de 40 píldoras, pesetas 6'50

Muestras a disposición de los señores Médicos

LABORATORIO BAZO

RIBERA DEL FRESNO (BADAJOZ)

BOROLUMYL

FORMULA: TARTRATO BORICO POTASICO FENIL-ETIL-MALONILUREA, CAFEINA, BELLADONA, ETC.

INDICACIONES

EPILEPSIA
 VOMITOS DEL EMBARAZO
 ECLAMPSIA, COREA
 HISTERISMO Y OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.YNa.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las

VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las

GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

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

Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO. Apart.º 648. MADRID

necesitando para hablar de corriente plúmbica patológica, encontrar cifras bastantes mayores.

Si tanta cautela es necesaria para interpretar justamente hallazgos toxicológicos puros, mucha más prudencia hemos de utilizar en las investigaciones indirectas. En la hematoporfirinuria por ejemplo, no solo tendremos en cuenta la necesidad de seguir viendo el espectro de la hematoporfirina alcalina a diluciones del filtrado superiores al 1 por 50, sino que recordaremos también, que este fenómeno puede observarse con independencia del plomo, en procesos de cirrosis hepática, enfermedades infecciosas agudas y crónicas, afecciones intestinales, etc. En cuanto a la coproporfirina, puede faltar en personas en las que los signos de intoxicación crónica saturnina son evidentes.

Terminamos aquí cuantas consideraciones nos ha sugerido el estudio de una familia intoxicada por plomo, mediante un medio tan insólito, que recuerda una vez más, la extraordinaria difusión de las posibles fuentes de intoxicación saturnina, para que el médico las tenga siempre en cuenta, ya que plomo puede existir donde menos lo podemos imaginar.

Por las mismas razones, el médico forense debe saber recoger y valorar con la mayor cautela, los signos de la intoxicación, no solo por su notable frecuencia, sino porque España ha ratificado no hace mucho tiempo, el convenio aprobado en 1925 por la Oficina Internacional del Trabajo, mediante el que se considera como enfermedad profesional la intoxicación por el plomo, lo mismo que la mercurial y la infección carbuncosa.

REVISTA DE REVISTAS

Medicina general

Eduardo Gallardo.—*Vaccination sous cutanée au neuro-Vaccin (Vacunación subcutánea).*—*La Presse Medicale.* 31 de Marzo de 1934, pág. 515. París.—El autor expone el resultado de sus observaciones con la neurovacuna aplicada por vía cutánea, sentando las siguientes conclusiones:

1.º La vacunación subcutánea con neurovacuna en plena actividad, puede reemplazar ventajosamente a la vacunación dérmica en razón de su técnica fácil y de la falta de complicaciones graves.

2.º La positividad en los niños mayores de cuatro meses y en los revacunados, es parecida a la que se obtiene con la vacunación dérmica.

3.ª Las manifestaciones locales son siempre más tardías que en la vacunación dérmica.

4.ª La inmunidad es tan intensa con la vacunación subcutánea, como con la vacunación dérmica, cuando se aprecia una reacción local comparándola con tipos análogos de reacciones pustulares.

5.ª La inmunidad puede obtenerse casi instantáneamente sin la menor reacción local.

El autor hace constar que este trabajo no le considera como definitivo. La vacunación subcutánea con neuro-vacuna tiene un gran porvenir y nueva experiencia puede modificar la técnica para llegar a obtener una inmunización perfecta, con un mínimun de reacción.

A. BARBOSA

“La Thérapeutique du paludisme,,. Troisieme rapport général de la Commission du paludisme. (La Terapéutica del paludismo). Tercer informe general de la Comisión del Paludismo. “Bulletin Trimestriel de L’Organisation D’Hygiene,,. Vol. II. número 2. Junio 1933. Sociedad de Naciones. Génova.—Extenso estudio que informa de los medicamentos que se pueden emplear para combatir la malaria, y especialmente de la Quinina, Atebrina y Plasmokino. He aquí algunas de las indicaciones más importantes:

Terapéutica dirigida contra los esporozoitos. (Profilaxis causal propiamente dicha). No se conoce ningún medicamento del cual se pueda garantizar, que tomado a dosis inofensivas, obre como un verdadero agente de profilaxis causal.

Profilaxis clínica.—La Comisión estima que, para este uso, la Quinina es eficaz y constituye el mejor medicamento a utilizar. El método de elección consiste en administrar una dosis diaria, de 0'4 gr. durante todo el tiempo de permanencia en una región palúdica, y, para evitar las recidivas, durante varios meses después de haberla dejado. La dosis cotidiana de 0'1 gr. de Atebrina, es también eficaz como agente de profilaxis clínica; pero habitualmente no se la puede emplear para este caso, porque, aun a esta dosis reducida, provoca rápidamente una coloración amarilla de los tegumentos.

Tratamiento del acceso palúdico.—La Comisión considera que no es una buena táctica tratar por más de un específico a la vez, el acceso de paludismo durante el estado agudo. Por otra parte, ella desea afirmar categóricamente que, a su juicio, la Plasmoquina no debe ser utilizada en ningún caso para el tratamiento del acceso de una forma cualquiera de paludismo. En el tratamiento de los accesos agudos de terciana y de cuartana, la Quinina y la Atebrina parecen, a corta diferencia, igualmente eficaces, a las dosis generalmente recomendadas (0'60 gr. a 1 gr. de Quinina; 0'3 gr. de Atebrina); pero en aquellas de Laveranin, la Atebrina es claramente superior. Esta declaración no implica que no se puedan obtener buenos resultados con Quinina, o que constituya una práctica buena usar siempre la Atebrina en lugar de la Quinina, para el tratamiento del ataque producido por el *Pl. falciparum*. La Comisión considera que las dosis curativas de Quinina o de Atebrina no deben ser administradas durante más de siete días consecutivos, para el tratamiento de un acceso, y que, frecuentemente, un tratamiento de cinco días es suficiente.

Tratamiento destinado a prevenir las recidivas.—No se dispone de ningún medicamento, ni de una combinación de ellos, que permita garantizar la destrucción de todos los parásitos en el organismo humano y descartar así toda posibilidad de recidiva.

Por esta razón es inútil tratar de destruir todos los parásitos en el curso de los accesos de primera invasión. En la terciana y cuartana es preciso esperar la primera recrudescencia, y tratar el caso como si fuese un acceso primitivo (cinco a siete días Quinina o Atebrina). Si se produce una segunda recrudescencia, dejar al enfermo—no hay peligro alguno—sufrir tres o cuatro accesos de fiebre; después, administrar una pequeña dosis cotidiana de Quinina (por ejemplo, 0'3 gr. por día, durante quince días). En este estado, una débil dosis de Quinina es suficiente para hacer desaparecer la fiebre y los otros síntomas clínicos, y eliminar todos los parásitos de la sangre periférica. De otra parte, esta pequeña dosis (0'3 gr.) no es harto elevada para impedir al enfermo que siga adquiriendo la resistencia necesaria (Premunición). En la terciana maligna (Laverania), la Comisión propone tratar el ataque

primario con Quinina o Atebrina (cinco a siete días), y si el paciente sufre una recaída, ésta debiera tratarse durante cinco a siete días, pero usando el medicamento específico que no fué utilizado en el ataque primario. Si el tratamiento durante la primera recrudescencia no consigue evitar nuevas recidivas, el tratamiento de la tercera debiera demorarse todo el tiempo que se pueda, para permitir al paciente que adquiriera algún poder defensivo.

Prevención de la propagación del paludismo. (Tratamiento dirigido contra los gametocitos). La Quinina y la Atebrina destruyen, una y otra, los gametocitos de terciana y cuartana, pero no obran sobre las semilunas, enfrente de las cuales la Plasmoquina despliega una gran eficacia. Las dosis de Plasmoquina destinadas a impedir la infección de los mosquitos por los portadores de semilunas, deberían ser administradas dos veces por semana durante el período en el cual la sangre periférica contiene semilunas. La Comisión estima que, tanto en el Laboratorio como sobre el terreno, las experiencias deberían, desde hoy, ser efectuadas con dosis de 0'02 a 0'04 gr. de Plasmoquina, a fin de determinar la dosis mínima eficaz no tóxica.

A. BARBOSA

R. J. Weissenbach y Gilbert-Dryfus.—Tratamiento quimioterápico y fisioterápico del reumatismo crónico tuberculoso. (Los Progresos de la Clínica. Tomo XLII, núm. 267, página 154.)
=Los autores dividen el tratamiento del reumatismo crónico tuberculoso en tres capítulos.

Primero, *Quimioterapia*, que a su vez lo subdividen en *medicamentos de fondo y medicamentos auxiliares*, y medicamentos antiálgicos.

Segundo, *Fisioterapia*; y

Tercero, *Crenoterapia*.

En los medicamentos de fondo señalan, ante todo, las sales de oro, el yodo y las forminas yodadas y el éter benzilcinámico.

Las sales de oro que recomiendan son aquéllas cuya introducción en el organismo se hace por vía subcutánea o intramuscular, y entre ellas el auropropinal sulfonato de sodio a la dosis de 5 a 10 centigramos por semana (previas dosis pequeñas de tanteo con dos o tres días de intervalo) hasta poner 1'5 a 2 gramos; interregno de seis semanas y nueva cura.

La autotioglucosis de Feldt, el canfolitio-carbonato doble de oro y sodio, el sapoide de oro y osmio. Teniendo en cuenta los diversos accidentes de la crisoterapia, más frecuentes en los reumáticos que en los demás enfermos, y que el beneficio del tratamiento unas veces es pasajero y otras veces poco eficaz apelan a otros medicamentos.

De las combinaciones yodadas, recomiendan como más eficaces las del yodo con la exametilen-tetramina, en forma de soluciones acuosas tituladas al 5 por 100 ó 10 por 100 de yodo-benzometil-monoformina, por vía intravenosa, pues siendo necesario llegar a la dosis máxima tolerada, sólo esa vía la permite.

El éter bencilcinámico lo utilizan en solución oleosa a la dosis de 10 ctg. en inyección intramuscular. Consideran poco eficaces los sulfatos de tierras raras y el clorhidrato de colina y rechazan los salvarsanes.

Medicamentos auxiliares.—Entre éstos citan las preparaciones fosfatadas, principalmente el ergosterol irradiado y los compuestos de calcio, como el cloruro, el lactato y el gluconato asociados a la medicación de fondo antedicha.

Medicamentos antiálgicos.—Según la intensidad de los dolores recomiendan los tópicos locales y los medicamentos corrientes, y principalmente el éter acético del ácido salicílico y sus derivados y sucedáneos. No deben emplearse el opio y sus derivados, en particular la morfina.

Fisioterapia.—Los rayos ultravioleta constituyen un tratamiento adyuvante, como la helioterapia, pero incapaz por sí sólo de producir la curación; todos los demás métodos de irradiación sólo pueden considerarse como sedantes.

Crenoterapia.—Siendo incompatibles los tratamientos termales con la tuberculosis folicular, pueden, no obstante, emplearse en el reumatismo tuberculoso, suspendiéndolos durante la aparición de los brotes evolutivos. Señalan los A. A. los balnearios más interesantes de Francia que nosotros sustituimos por los de España clorurado sódicos de alta temperatura.

LOPEZ DIAZ

Otorrinolaringología

Alfonso C. Carrasco y L. García Ibáñez.—*Las inyecciones esclerosantes en el tratamiento de las rinitis hipertróficas en los tuberculosos pulmonares. (Revista española y americana de laringología, otología y rinología 1933, Julio.*—Después de hacer un estudio de importancia de la buena respiración nasal y teniendo en cuenta, que en los tuberculosos pulmonares toda técnica sangrante para restablecer la respiración normal está contra indicada, propone para tratar estos enfermos los métodos esclerosantes.

Hace historia de todos ellos en rinología, describiendo con detalle el método por ellos empleado. Consiste en inyecciones submucosas de quinina y úrea al 5 por 100 a lo largo del corneta inferior, bastando según el autor una inyección por cada lado.

Hace resaltar la importancia de seleccionar los enfermos por

que no todos se benefician con este procedimiento, siendo los casos de rinitis vasomotoras hipertrofias musculares puras en los que mejores resultados se obtienen.

Termina con las siguientes conclusiones:

1.^a La terapéutica esclerosante es el método de elección para el tratamiento de la rinitis vasomotoras, de la rinitis hipertroficas vasculares puras y de algunas mixtas desarrolladas en sujetos afectos de tuberculosis pulmonar.

2.^a Es de trascendental importancia para el éxito, hacer una cuidadosa selección de los casos separando todos aquellos en los que la hipertrofia no se debe, siquiera sea en una gran parte a la hiperplasia del tejido vascular.

3.^a Igualmente importantes son algunos detalles de técnica, en especial dos: 1.^o No hacer la inyección sin haber obtenido una retracción adrenalínica completa, y 2.^o Inyectar profundamente en contacto mismo del esqueleto.

LUIS INFANTE

E. Ager Muguerza.—Complicaciones mastoideas de las otitis escarlatinosas. (Revista española y americana de laringología, otología y rinología.)—La diversidad de opiniones que se encuentran en las publicaciones que se refieren a la gravedad y frecuencia de las complicaciones mastoideas en las otitis escarlatinosas, han inducido al autor a contribuir con su aportación a tan interesante problema.

Resalta la importancia de las vegetaciones infectadas en relación con la gravedad de la otitis que se presentan en el curso de la escarlatina. Hace historia de los casos por él observados y termina con las siguientes conclusiones:

1.^a Que la aparición de las complicaciones mastoideas en el curso de las otitis escarlatinosas es a veces rapidísima, llegando a destruir la mastoidea en los casos graves de tipo necrosante, en espacio de pocos días, quizá en horas.

2.^a El pronóstico de estas mastoiditis, aún siendo grave, puede mejorarse cuando la indicación operatoria se establece con rapidez, evitando posiblemente con ella las complicaciones laberínticas o meníngeas, de pronóstico muy sombrío.

3.^a Las intervenciones que realizamos en estos casos de complicaciones mastoideas deben ser amplias, procurando suprimir todo foco de osteitis, evitando de este modo los procesos de repetición.

4.^a El estreptococo hemolítico es el agente productor de esta forma grave de otitis.

5.^a La existencia de vegetaciones adenoideas, facilita sin duda alguna, el anidamiento de los gérmenes productores de la

otitis y su sostenimiento, siendo por lo tanto las que origina sus complicaciones.

6.^a El raspado de las vegetaciones es práctica conveniente. Una vez descubiertas las debemos suprimir, dependiendo el momento de hacer esta pequeña intervención según sea el estado general del enfermo y el de la enfermedad ótica que padezca.

LUIS INFANTE

Higiene

P. Nelis, del Laboratorio Central de Higiene de Bruselas.—Contribución al examen de la duración de la inmunización antidiftérica por la vacunación con la anatoxina.—El autor hace un concienzudo estudio analítico de numerosos casos de inmunización por la anatoxina en los que ha podido comprobar después de mucho tiempo—algunos hasta cinco años—que el estado de inmunidad persistía aún, demostrado por Schick negativo.

Presenta varias tablas y estadísticas de los experimentos y comprobaciones realizadas y establece el autor al final de su artículo el siguiente *resumen y conclusiones*:

«Las nuevas investigaciones que hemos efectuado con el fin de precisar la duración de la inmunidad adquirida por la vacunación antidiftérica con la anatoxina, corroboran nuestros primeros resultados y confirman los obtenidos por otros autores, en particular G. Ramón, Robert Debré, M. y G. Mozer, etc. Es decir que esta vacunación, cuando ha conferido inmunidad, mantiene sin alteraciones sensibles, la tasa de antitoxina en la sangre; lo que se comprueba por la reacción de Schick.

Lo vacunación por la anatoxina convenientemente ejecutada pone al sujeto al abrigo de la difteria durante un largo período.

Excepcionalmente se encuentran algunos sujetos en los cuales la inmunidad es difícil de conseguir.

M. G. A.

G. Baun.—Higiene del Trabajo.—Sobre la seguridad.—Revista Igiene Sociale. Mayo 1933, pág. 247.—La organización de la seguridad dimana de una serie de consideraciones, de orden utilísimo tanto como de orden humanitario. El factor humano juega el principal papel en la producción de los accidentes, sobre todo después que el «fordismo» (plena libertad para cada obrero de coordinar las actividades elementales) y la psicotecnia han descubierto su importancia.

El factor humano interviene por causas psicológicas (inaten- ción, falta de sangre fría), fisiológicas (vértigos, sordera) psicofisio- lógicas, etc. El segundo factor etiológico de los accidentes de trabajo, está representado por las instalaciones técnicas defectuo- sas y la mala organización del transporte de las primdras ma- terias.

El autor, después de dar abundantes cifras estadísticas relati- vas a los accidentes de trabajo en Alemania y los Estados Unidos, se ocupa de: construcciones, líquidos inflamables, óxido de car- bono, fabricación de la seda artificial, industria textil, etc., como factores favorecedores de accidentes.

La seguridad se resume en tres categorías de protección: se- guridad de la instalación, mejoramiento de las condiciones de tra- bajo y reposo, educación del personal. Todos los servicios de seguridad—dice—deben estar centralizados en una organización superior.

M. G. A.

NOTICIAS

Errata importante.—Al repasar en el número anterior de CLÍNICA, el trabajo analizado de la Sesión inaugural de la Acade- mia Nacional de Medicina, en las dos primeras líneas de la pági- na 167, dice por error de imprenta que «la función diatónica del S. R. E. descrita por primera vez por Ascoli, en 1926, en una con- ferencia pronunciada en Roma», debe decir que, «por primera vez en 1926 en una conferencia pronunciada en Roma, en la clínica del profesor Ascoli, *definió Pittaluga* la función diatónica del S. R. E.»

E. GUIJA

Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cáceres

Concurso-Certamen 1934

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tantas menciones honoríficas como el Jurado acuerde.

4.^a El plazo de admisión de los trabajos será hasta el día 15 de Diciembre de 1934.

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

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

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

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

9.^a El reparto de premios se hará en la Junta general que celebre el Colegio en Enero de 1935.

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

Cáceres y Febrero 1934.—LA JUNTA PERMANENTE.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

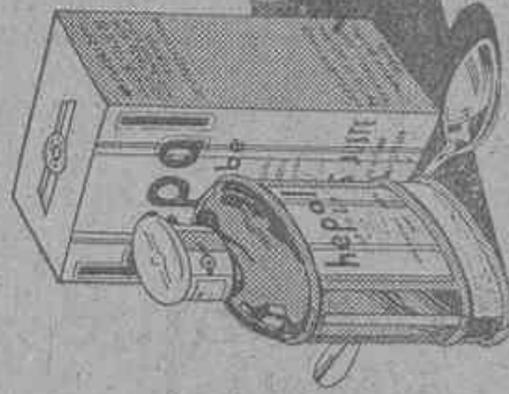
Art. 18. Como sanción a los malos lectores que no cuidan al libro debidamente, la Comisión de Biblioteca podrá ordenar la publicación de sus nombres en nuestra Revista.

TRATAMIENTO DE LAS ANEMIAS

hepal

REALIZACIÓN CLÍNICA PERFECTA DEL MÉTODO DE MINOT-MURPHY

FRASCO DE 100 C. C. EQUIVALENTE A 1 KG. DE HIGADO FRESCO
ELIMINA EL SANGRE Y LA INTERFERENCIA DEL HIGADO
TRES A CINCO CUCHARADITAS DIARIAS



hepal
JARABE

principio aislado con hierro

antianémico del hígado y cobre.

PRODUCTO NETAMENTE ESPAÑOL

LABORATORIOS JUSTE

APARTADO DE CORREOS, 9.030



F. NAVACERRADA, 3 TELÉFONO: 55386

MADRID

hepal

LA EFICACIA DE 600 GR. DE HIGADO EN UNA AMPOLLA DE 2 C. C.

CAJAS DE 10 AMP. DE 2 C. C. CADA AMPOLLA IGUAL A 600 GR. DE HIGADO FRESCO
UNA A TRES AMP. DIARIAS POR VIA SUBCUTÁNEA O INTRAMUSCULAR

INYECCION INDOLORA



hepal
INYECTABLE

hepal proporciona las sustancias orgánicas que forman el glóbulo rojo y los elementos inorgánicos que producen la hemoglobina

ACIDONA

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

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

DIGESTÓNICO

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

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

ARTRITINA

El mayor disolvente de **ÁCIDO ÚRICO**

Dr. F. VICENTE.—Cartagena, 16.—M A D R I D

SANATORIO QUIRÚRGICO

DE

Andrés Martín Merás

CIRUGÍA GENERAL

Plaza Marrón, 8

Teléfono, 408