

AÑO XX - NÚM. 242

ABRIL 1939

AÑO DE LA VICTORIA

Clínica Extremeña

REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

DE LA

PROVINCIA DE CÁCERES

U

ESTA REVISTA SE REPARTE GRATIS
A LOS SEÑORES COLEGIADOS

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
EL DOMICILIO SOCIAL DEL COLEGIO
C. DEL BROCENSE, n.º 8 - TELEFONO, 1835

PUBLICACION MENSUAL,
PROFESIONAL Y CIENTÍFICA

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
LA JUNTA PERMANENTE DEL
COLEGIO MÉDICO

SUMARIO

La guerra ha terminado.—SECCIÓN CIENTÍFICA: El taponamiento según Logothetopulos.—Tratamiento de las migranas por el Tartrato de ergotamina.—Noticias.—SECCIÓN DE LEGISLACIÓN: Gobierno de la Nación. Ministerio de la Gobernación.—Fiscalía Superior.—Aviso para los asociados a Previsión Médica que se hallaban en zona roja.—El IV Congreso Internacional de Patología Comparada.

Imprenta y Encuadernación de García Floriano.—Calle de Carrasco n.º 40

CÁCERES

1939

AÑO DE LA VICTORIA

Clinica Extremeña

REVISTA CIENTIFICA MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

DE LA

PROVINCIA DE CÁCERES

FUBLICACION MENSUAL,
PROFESIONAL Y CIENTIFICA
DIRECCION Y ADMINISTRACION
LA JUNTA PERMANENTE DEL
COLEGIO MEDICO

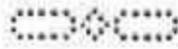
ESTA REVISTA SE REPANTE GRATIS
A LOS SEÑORES COLEGADOS
REDACCION Y ADMINISTRACION
EL DOMICILIO SOCIAL DEL COLEGIO
C. DEL BROENSE N.º 5 - TEL. 1800-1805

SUMARIO
Laboratorio J. N. BOACIÑA

La g... ha terminado.—Sección Científica: El laboratorio
de Logothetopoulos.—Noticias.—Sección de Legislación:
Decreto de la Nación Ministerio de la Gobernación.—Fis-
ca Superior.—A... de la Asociación Médica
de Patología Comparada.

NEUMOL

ANTICATARRAL INFALIBLE



PODEROSO REMEDIO CONTRA LA TOS, BRON-
QUIIS CRONICAS, CATARROS DESCUIDADOS,
TUBERCULOSIS, ASMA, ETCETERA



Cicatrizo lesiones y repara tejidos

VENTA EN FARMACIAS

Imprenta y Encuadernación de García Floriano.—Calle de Carasco n.º 40

Laboratorio «CASTEL»

ANALISIS CLINICO 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 del General Mola, 37 ——— Teléfono, 1452

CACERES

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)

LUIS INFANTE

Médico especialista en

GARGANTA, NARIZ Y OIDOS

Consulta de 10 a 1 y de 5 a 6

Plaza del General Mola, 49, 3.º - Cáceres, - Teléfono, 1665

AÑO DE LA VICTORIA

Clínica Extremeña

Revista científica mensual

UNA PATRIA :-: UN ESTADO :-: UN CAUDILLO
 UNA PATRIA: ESPAÑA UN CAUDILLO: FRANCO

LA GUERRA HA TERMINADO

La Guerra de redención iniciada el 18 de Julio de 1936, se ha visto coronada con el triunfo absoluto y brillante de las armas de España contra el Comunismo que Rusia quería introducir en esta vieja tierra, ayudada por malos hijos que desacreditaban a la Patria, y propagaban entre la masa ingénua doctrinas de odio, discordia y vicio, con lo que decían intentar su resurgimiento.

Más España, recordando sus antiguas tradiciones, su grandeza inigualada, su civilización y cultura, sintió que su espíritu no admitía la tiranía moscovita que la fundiría en la miseria para instaurar el terror asiático, aniquilándola como Nación civilizada.

Y España se encontró a su vez: al toque de clarín sus hijos se aprestaron a su defensa, preferían sucumbir antes que someterse al tirano. Hubo sacrificios sublimes, heroísmos sin límites; y surgió un Caudillo providencial que Dios nos quiso dar, que con mano experta y serena organizó un Ejército que durante treinta y dos meses dirigió de triunfo en triunfo, hasta derrumbar al coloso.

Han pasado los días, y la paz y el sosiego vuelve a los hogares, la pesadilla de la guerra ha desaparecido, la fe en el triunfo se mantuvo siempre con firmeza.

La espiritualidad ha vencido a la materialidad de la vida; la civilización cristiana a los hombres sin Dios y sin Patria.

Ceregumil**FERNANDEZ**

Alimento completo vegetariano. Insustituible en las intolerancias gástricas y afecciones intestinales.

FERNANDEZ Y CANIVELL. — MALAGA

Representante general en Extremadura:

Francisco Cruz Quirós ● CACERES

En estos momentos solemnes, recordemos a los artífices de la victoria; a la Juventud española que se entregó sin reservas al Movimiento Nacional desde el primer momento, ofreciendo en su holocausto vidas preciosas unas veces, y otras, mutilaciones irreparables en sus miembros juveniles; a los combatientes que día tras día se enfrentaban con la muerte; a las Naciones amigas que se dieron cuenta en un principio del significado de nuestro Movimiento y nos alentaron prestándonos su ayuda; en fin a todos los que con las armas o en la retaguardia han defendido el honor español colaborando muy diversamente en las actividades de la Campaña.

Y en el comienzo de esta Nueva Era de la reconstrucción de España, aprestémonos todos a un trabajo provechoso y eficaz, no regateemos los sacrificios que puedan presentarse; con la mayor disciplina aceptemos cada uno el puesto que se nos señale, y en la labor cotidiana de cada día, con optimismo y sin perder la fe que ha hecho posible el triunfo, aportando nuestro grano de arena, pensando con serenidad en el porvenir de nuestro pueblo, que será UNIDO, GRANDE Y LIBRE.

Saludo a Franco ¡Arriba España!

Primavera de 1939.—Año de la Victoria.

Previsión Médica Nacional

Al reanudar sus actividades esta Entidad, invita a los compañeros no inscriptos en la misma, para que lo efectúen. Por una cuota mensual, bien reducida, pueden asegurar el porvenir de sus hijos en la España grande y libre que se está creando.

Sección Científica

El Taponamiento según LOGOTHETOPULOS

Por JULIO GARCÍA TOMÉ.

Sucede con frecuencia en las histerectomías, lo mismo en las abdominales que en las por vía vaginal, que se producen hemorragias profusas muy difíciles de cohibir y que en pocos minutos pueden poner a la enferma en trance de muerte. Una infiltración de los parametrios, una simple ligadura que no cae en su sitio, bien porque el vaso se escapó al tratar de anudar o bien porque comprimido y acortado por la compresión de un mioma fácilmente cae fuera de la ligadura, roturas bajas de útero, heridas de vagina o simplemente que una ligadura no se haya apretado lo suficiente, pueden ser causas de hemorragias tan desagradables, que obliguen al ginecólogo a intervenir de una manera rápida poniendo al descubierto la zona sangrante con objeto de hacer la hemostasia definitiva que en decir verdad no se consigue en todos los casos. Y como la hemorragia en muchas ocasiones es tan profusa que apenas queda tiempo para intervenir por vía abdominal (si se empleaba la vaginal), porque en este tiempo podía morir la enferma, se han empleado multitud de procedimientos más rápidos y seguros que impiden rápidamente la salida de sangre por los vasos. Entre estos ocuparon lugar preferente los taponamientos. Pero lo mismo el MICKULICZ—aunque su fin era el drenaje, se ha empleado con frecuencia como hemostático—que el HOLZBACH y SELIHEIM—también drenaje «aunque actuaba también como hemostático»—y otras modificaciones a los mismos, no cohibían más hemorragias que la de los pequeños vasos.

En 1926 LOGOTHETOPULOS publicó y demostró en diferentes clínicas ginecológicas de distintos países, que con su método se obtenía una exacta hemostasia no sólo en hemorragias de vasos de pequeño calibre sino también en las que vasos del grosor de la Uterina pudieran producir.

Para su aplicación se necesita:

1.—Un saco que como en el MICKULICZ es un cuadrado de gasa de unos 70 cm. de lado a cuyo centro va unido sólidamente para facilitar su extracción.

2.—Una larga venda corriente de unos 10 a 12 metros de larga por 4 ó 5 de ancha.

3.—Un pesario en forma de anillo, que LOGOTHETOPULOS manda hacer de ebonita y de unos 8 centímetros de diámetro.

4.—Una pinza fuerte, de forcipresión.

Todo ello, preparado y esterilizado, debe poseer una clínica para tenerlo a mano en un momento dado.

En el caso de tener que emplear el tapón cuando se esté interviniendo por vía abdominal, se rellena el saco con la gasa y el tapón; así hecho, se coloca ocupando todo el espacio de la pelvis menor, de forma que los cuatro extremos del saco, así como el terminal de la venda que lo rellena, salgan al exterior a través de la vagina. Un ayudante ejercerá una tracción fuerte sobre los extremos del tapón, mientras el ginecólogo peritoniza por encima del tapón y cierra la cavidad abdominal. Una vez conseguido, se cuidará de la colocación exacta del tapón, para lo cual se ejercerá una tracción fuerte sobre él, por lo menos hasta que no aparezca más sangre. Después, sin disminuir la tracción ejercida, se pasarán los extremos del tapón a través del pesario descrito, que irá recubierto de una gasa, en íntimo contacto con la vulva y se colocará una pinza de Wertheim inmediatamente por fuera del pesario, que impida que la tracción desaparezca o disminuya por el deslizamiento de los extremos hacia dentro. De esta forma se conserva una presión continua sobre toda la superficie interna de la pelvis menor.

En el caso de que operando por vía vaginal se presenten hemorragias que obliguen a emplear el procedimiento de que tratamos, se colocará primeramente y con ayuda de una larga pinza, solamente el saco de forma que éste ocupe toda la superficie interna de la pelvis menor. Una vez conseguido esto, se rellena con la venda hasta que veamos que ejerciendo una tracción sobre sus extremos se cohibe la hemorragia, lo cual se consigue, generalmente, con los 8 o 10 metros de venda citados. Después se ejercerá una tracción y se colocará el pesario y la pinza de Wertheim, como ya se ha descrito.

Un catéter introducido en la vejiga, completa lo anteriormente dicho.

La pinza de forcipresión debe quitarse a las ocho horas de la operación, aproximadamente, con objeto de evitar necrosis de la vulva.

Al día siguiente se sacará 1 a 1'50 metros de la venda de gasa que rellena el saco. Y en los días sucesivos se seguirá sacando, de forma que a los cinco o seis días de la operación, sea extraído el saco envolvente; para lo cual, KÜSTNER recomienda que se emplee una corta y ligera anestesia, ya que no es completamente indolora su extracción.

El Profesor CHRISTOPULOS, de la Universidad de Atenas, trató de observar la forma en que el tapón obraba, al mismo tiempo que determinar la situación del mismo en la pelvis, así como sus relaciones con los órganos de la misma. Para ello, practicó en cadáveres embalsamados, tres vaginales extirpaciones de

útero y dos abdominales, aplicando en todas ellas un tapón de LOGOTHETOPULOS en forma idéntica a como si se tratara de individuos vivos. Dos o tres días después de la intervención inyectó CHRISTOPULOS sustancia colorante en la carótida de cada uno de los cinco cadáveres, y a los ocho-doce días abrió los mismos, con cuidado de que al hacer la incisión abdominal no se variara la posición del tapón. En uno de esos cadáveres, antes de la operación y seis días después del embalsamamiento, se lavaron las arterias con una solución de citrato sódico al 3 por 100 para alejar el peligro de formación de trombos que ensombrecieran los resultados.

En todos los casos pudo observar CHRISTOPULOS después de una preparación cuidadosa de los vasos importantes de la pelvis, que las hipogástricas estaban llenas de sustancia colorante y que, por el contrario, en las uterinas y útero-ováricas, no se encontraba colorante hasta por lo menos 3 centímetros por encima de la incisión, prueba clara de que el tapón había actuado sobre estos vasos suficientemente.

En el tercero de sus casos, quiso determinar la presión a que la sustancia colorante entraba en la carótida, para lo cual dispuso un tubo en T, uno de cuyos extremos unía a la misma; el opuesto a la jeringa llena de colorante y el tercero en comunicación con un manómetro de mercurio. Empezó a inyectar y, como consecuencia, la presión comenzó a elevarse, y cuando ésta alcanzó los 75 centímetros, apareció la sustancia colorante en los vasos de la pelvis. Preparados los vasos a los ocho días, se pudo comprobar que ni en la uterina, ni en las útero-ováricas, ni en los capilares de alrededor había sustancia colorante como en los casos anteriores, hasta 3 centímetros por encima de la incisión. En cambio, todas las ramas de la Hipogástrica se encontraban teñidas, a pesar de la relativa baja presión a que el colorante fue inyectado.

El tapón alcanzó en todos los casos una altura, por detrás hasta la tercera vértebra sacra; por delante, 3 centímetros por encima del pubis, y a los lados hasta las líneas innominadas, no ejerciendo en ninguno de los casos una presión fuerte sobre los órganos de la pelvis menor. De todos estos, los correspondientes al aparato urinario, interesaron sobremanera a CHRISTOPULOS, por lo cual, en uno de los cadáveres, antes de quitar el tapón, disecó el uréter izquierdo por encima del mismo, e inyectó en él, a baja presión agua, que sin dificultad alguna pasó inmediatamente a la vejiga. Aumentó después la tracción del tapón al máximo, e inyectó nuevamente agua a baja presión en el otro uréter, comprobando que el agua pasaba igualmente a la vejiga, sin dificultad alguna.

Al ir entrando el agua en la vejiga y al irse llenando ésta, se

iba poniendo en contacto con el tapón de forma, que cuando había ya en ella 300 cm. de líquido, ésta se encontraba sometida a la presión del mismo. Si una vez llena la vejiga se ejercía sobre ella una presión, aparecía enseguida el agua en el exterior. Por lo tanto el tapón no había ejercido presión alguna sobre los uréteres ni sobre la uretra.

Sobre el intestino tampoco observó CHRISTOPULOS acción alguna.

Demostrado por CHRISTOPULOS que la presión del tapón era suficiente para contener las hemorragias por muy profusas que ellas fueren, nos quedaba a nosotros una duda, que era, si el tapón actuaba con igual presión sobre todos los vasos importantes de la pelvis. Bien sabida es la distribución arterial de la misma y la situación de sus vasos más importantes. Pues bien, respecto a ello, no dudábamos nunca del positivo resultado acerca de la acción del tapón sobre la arteria uterina, pero teníamos recelo de que las útero-ováricas por su situación alta no fueran suficientemente comprimidas en caso de hemorragia de las mismas. Para comprobar una afirmación y con objeto de resolver una duda, fuimos encargados por el Profesor HALBAN, de Viena, de medir presiones en los diferentes territorios arteriales sobre los que actúa el tapón de LOGOTHETOPULOS, colocado.

En una primera sesión, se practicó una histerectomía abdominal en un cadáver y se colocó un Pilztampón con arreglo en todo a la técnica dada por LOGOTHETOPULOS. El Pilztampón estaba formado en este caso, por un metreurinter (en relación directa por medio de un tubo de goma con un Riva-Roci corriente) el cual estaba envuelto por unos metros de gasa y todo a su vez por el saco conocido, cuyos extremos aparecían por la vulva. Cerramos el abdomen y ejercimos una tracción sobre los extremos exteriores del tapón hasta el máximo. La columna de mercurio subió a 170 - 180 mm. Pero si a esta tracción sumábamos una compresión producida a través de la pared abdominal, alcanzábamos fácilmente los 190 - 195 mm. de presión.

Por ser estos resultados demasiado generales, decidimos hacer una segunda prueba, cambiando el metreurinter por un pequeño balón de goma de unos 4-5 centímetros cúbicos de cabida, el cual estaba en relación con el Riva-Roci por medio de un tubo de cristal, con objeto de evitar en lo posible compresiones que oscurecieran los resultados, pues este balón colocado en el tapón y en los diferentes territorios arteriales, nos había de dar las presiones que el tapón ejercía sobre cada uno de ellos.

Se practicó una segunda histerectomía abdominal y se colocó el tapón de LOGOTHETOPULOS teniendo cuidado de que el pequeño balón de goma coincidiera exactamente con la región de la arteria uterina. Una vez convencidos de que así era, cerramos

el abdomen y ejercimos una tracción sobre los extremos que asomaban por la vulva, pudiendo observar que con la mayor tracción que nuestras fuerzas permitían, no era posible elevar la columna de mercurio más allá de los 150-160 milímetros. Abrimos de nuevo el abdomen, sacamos el tapón y cambiamos en él de lugar el balón, de forma, que nuevamente colocado, coincidiera exactamente con la región de la útero-ovárica. Convencidos de ello, cerramos de nuevo el abdomen y ejercimos como en la vez anterior una tracción sobre los extremos exteriores del tapón, no pudiendo en ninguna de las pruebas alcanzar una presión superior a los 130-140 milímetros. Volvimos a abrir el abdomen y a sacar el tapón colocando entonces el pequeño balón de goma en el centro del mismo y recubierto por la venda de gasa. Ejerciendo en este caso una tracción como en las formas anteriores se alcanzó una presión de 170 milímetros.

Después de estos resultados y apoyados en la prueba de los hechos, estamos completamente convencidos de que a pesar de la pequeña presión con que el tapón de LOGOTHETOPULOS actúa sobre el territorio de las útero-ováricas, esta presión es suficiente para cohibir cualquier hemorragia que se presente por muy profusa que ella sea, pues también hemos de tener en cuenta que si en efecto la presión máxima del tapón sobre algún territorio es de 140 milímetros, también es cierto que este método sólo ha de emplearse en contados casos, precisamente en aquellos en que la presión de la sangre ha de estar forzosamente disminuída por varias causas, pero principalmente por la que nos obliga a emplear este procedimiento, por la hemorragia misma.

El taponamiento hemostático de LOGOTHETOPULOS no es como algún autor quiere confundirlo, un método general de hemostasia. Ni lo es, ni LOGOTHETOPULOS pensó nunca en tal cosa. Este método debe aplicarse sólo en determinados casos y como uno de los últimos recursos; en aquellos en que por haber fallado los medios normales de hemostasia, la sangre que se vierte por los vasos de la enferma, pone en tal peligro la vida de la misma, que el ginecólogo se ve obligado a cohibir tal hemorragia, de una manera rápida y enérgica. Tener en estos casos un Piltampon a mano, es tener resuelto el problema. Se puede aducir que se podría hacer una laparatomía en el caso de estar operando por vía vaginal, con objeto de buscar el vaso sangrante, pero nosotros estamos con KUSTNER, en que la laparatomía debe ser lo último que se debe intentar, primero, porque los resultados que se obtienen con el tapón son excelentes y segundo, porque siempre que ello fuera posible, no se debe dejar escapar sangre más tiempo del necesario para impedirlo.

Pero es que aún operando por vía abdominal, se presentan a veces hemorragias que por los medios normales no es posible

cohibir y que obligan al ginecólogo a buscar otros medios, como en el caso de USANDIZAGA, que operaba una carcinoma de cuello y se encontró con que después de la extirpación del útero, quedaba en el parametrio parte de la masa tumoral que no pudo extirpar y que sangraba abundantemente. Los medios normales de hemostasia fallaron. ¿A qué recurrir? Entonces colocó un tapón según LOGOTHETOPULOS, quedando cohibida instantáneamente la hemorragia y con ella, el peligro que la misma representaba para la enferma.

Habiendo aclarado que el tapón de LOGOTHETOPULOS, no trata de sustituir a las ligaduras, y que su aplicación debe hacerse en casos particularísimos y después de fallar los medios normales de hemostasia, nos queda por declarar que según nuestra creencia y ateniéndose a los casos especiales ya indicados, el taponamiento según LOGOTHETOPULOS representa un medio magnífico de hemostasia:

Porque todas las arterias de la pelvis menor, que desde el punto de vista ginecológico tienen alguna importancia, caen dentro del campo de acción del tapón, según demuestran los trabajos de CHRISTOPULOS y el nuestro.

Porque la presión producida por el tapón es superior en un principio y en todos los puntos a la presión arterial. Esto favorece la formación de un trombo arterial que impedirá más tarde, cuando los vasos recobren su presión normal, la aparición de hemorragias.

Porque existen muy raramente compresiones de los órganos vecinos como CHRISTOPULOS demostró.

Porque se puede incluso en muchos casos llegar a una peritoneización exacta.

Y porque las complicaciones constituyen la excepción. Y existe aún una razón más poderosísima para enjuiciar la bondad del método que tratamos, que es la razón de los hechos, los resultados en la práctica de la aplicación de este taponamiento. Nosotros hemos tenido ocasión de convencernos de ello.

En la Clínica del Profesor Halban del Wiedner Krankenhaus, desde las demostraciones hechas personalmente por LOGOTHETOPULOS, se ha venido empleando sistemáticamente en todos los casos en que existiera una hemorragia que no fuese posible cohibir con ligaduras etc. Los casos allí recogidos son:

1.—A. W. 47 años. Carcinoma de ovarios bilateral. Laparotomía.—Esta enferma fué operada personalmente por LOGOTHETOPULOS, el que para demostrar los buenos resultados de su método, no colocó ninguna ligadura, ni de arteria ni en masa, empleando solamente su tapón. La hemorragia cesó enseguida. La enferma siguió un curso normal hasta ser dada de alta.

2.—E. J. 44 años. Carcinoma de cuello uterino. Histerectomía

vaginal total. Después de la extirpación del útero hemorragia de las hemorroidales, que no se cohiben con ligaduras, por lo que se coloca un tapón según LOGOTHETOPULOS con 2 vendas. A los siete días es dada de alta la enferma habiendo transcurrido el período postoperatorio sin complicación alguna.

3. 1935. M. S. 42. años. Utero miomatoso. Extirpación vaginal. Al hacer la extirpación del útero, se rompe la ligadura de la arteria uterina izquierda, que sangra abundantemente, por lo que se intenta nueva ligadura. Como a pesar de todo la hemorragia continúa junto con otra no tan profusa de los pequeños vasos paramentales izquierdos, se coloca un tapón según LOGOTHETOPULOS, que cohibe inmediatamente la hemorragia.

Período postoperatorio completamente normal. La enferma fué dada de alta a los quince días de la operación.

4. —1935. K. B. 40 años. Metrorragia. Tuberculosis endometria. Vaginal extirpación del útero. Al intentar la ligadura en los anejos izquierdos, se rompen las del ligamento infundíbulo-pélvico, y no es posible volverlo a ligar. Por eso se coloca un tapón según LOGOTHETOPULOS.

Período postoperatorio completamente normal. La enferma es dada de alta a los diez y seis días.

5.—1935. M. J. 44 años. Carcinoma cuello uterino. Vaginal total extirpación.

A las seis horas de la operación, síntomas de anemia aguda por hemorragia. Se observa, que del peritoneo se vierte sangre en la vagina, sangre que procede de la ligadura del anejo derecho que se ha escapado. Abierto el peritoneo, se coloca un tapón según LOGOTHETOPULOS, que cohibe la hemorragia. Período postoperatorio normal. La enferma permaneció en la clínica dos meses más, tratándose una cistitis.

6.—1935. T. H. 59 años. Carcinoma cuerpo útero. Histerec-tomía vaginal total. A pesar de la exacta hemostasia, sangra el anejo derecho. Taponamiento según LOGOTHETOPULOS.

La enferma fué dada de alta a los 13 días, sin complicación de ninguna clase.

7.—1935. F. M. 47 años. Carcinoma cuerpo útero. Vaginal total extirpación. Al ligar el anejo derecho, se rompe el ligamento infundíbulo-pélvico con la ligadura y no es posible volverle a encontrar. No hay hemorragia. A pesar de lo que se coloca un LOGOTHETOPULOS.

Período postoperatorio completamente normal.

Como se ve, en ninguno de los siete casos estudiados por nosotros, ha ejercido el tapón compresiones perjudiciales sobre los órganos vecinos, ni ha existido complicación de ninguna clase, a pesar de no haber podido peritoneizar exactamente en alguno de ellos como hubiera sido lo ideal.

Por otra parte, están ya publicados diferentes casos que comprueban lo por nosotros dicho. Son dos comunicaciones dadas por KUSTNER a la Gynäkologische Gesellschaft de Leipzig en 1930, en los que las arterias se habían escapado de las pinzas que las sujetaban, dando lugar a una hemorragia tan fuerte, por consiguiente, que de momento la enferma corría gran peligro. En los dos casos colocó KUSTNER un Logothetopulos o Pilztampón, como allí lo llaman, quedando con ello cohibida la hemorragia.

LOGOTHETOPULOS ha publicado también algunos casos demostrando con ellos los buenos resultados obtenidos con su método, resultados que, unidos a los obtenidos por USANDIZAGA y al citado por NURBERGER en la Gynäkologische Gesellschaft de Dresden en 1930 son pruebas demostrativas de que en toda clínica ginecológica, no debe faltar el tapón de LOGOTHETOPULOS esterilizado del que echar mano para emplearlo en determinados momentos.

Profesores especializados han declarado después del empleo del susodicho tapón que han podido convencerse de sus buenos resultados hasta el punto de declarar algunos como LATZKO que de haber conocido antes este método no se le hubiera quedado en la mesa de operaciones ninguna enferma por hemorragia.

SE RUEGA A LOS COMPAÑEROS, QUE EN IGUALDAD DE CIRCUNSTANCIAS, DEN PREFERENCIA EN SUS PRESCRIPCIONES A LOS PRODUCTOS DE LAS CASAS QUE NOS FAVORECEN CON SU PROPAGANDA.

Tratamiento de las migranas por el tartrato de ergotamina

Por HENRI SCHAEFFER.

«La Presse Medicale», 14 de Enero de 1939. N.º 4.

Traducido por Arturo O'Ferrall

El tratamiento de la migraña por el tartrato de ergotamina ha sido objeto durante los últimos años, tanto en Francia como en el Extranjero, de numerosos trabajos.

Su estudio presenta en nuestra opinión un doble interés. Primero, un interés práctico, pues parece en verdad, que más que ningún otro agente medicamentoso, la ergotamina dá los más completos resultados, así como los más constantes, para calmar la cefalea de la migraña. Un interés fisiopatológico también pues aunque, según parece, el tartrato de ergotamina no llega a calmar igualmente todas las cefaleas, pero tiene una acción casi específica con respecto a la cefalea de la jaqueca, el estudio del modo de acción de este medicamento debe contribuir considerablemente al estudio fisiopatológico de la crisis migrañosa misma.

La idea que ha llevado a Zancck a utilizar el tartrato de ergotamina en el tratamiento de la jaqueca es, desde luego, un concepto patogénico. Aceptando como verídica la idea de Dubois Reymond que la cefalalgia de la migraña proviene de un espasmo vascular en el territorio de las ramas de la carótida externa ligado a una excitación del simpático, dándose en casos de sujetos que sin duda tienen una sensibilidad excesiva o un modo particular de reacción de su sistema autónomo. Zancck tuvo la idea, con el fin de hacer cesar este espasmo, de utilizar el tartrato de ergotamina que tiene una acción contraria a la de la adrenalina sobre las fibras lisas. Volveremos más tarde a esta interpretación que ha sido muy discutida.

Desde un principio es necesario que hagamos notar que el tartrato de ergotamina se presenta como una medicación puramente sintomática de la crisis jaquéquica. No se dirige a las causas, sean las que fueren, que causan la crisis, y aún menos al terreno sobre el cual se desarrollan. Solo tiene objeto cuando existe la crisis para hacerla cesar. Así, pues, la ergotamina gana al asociarse a los tratamientos etiológicos de la migraña.

Resultados.—Maier, el primero, en 1926, en una vista de conjunto sobre la acción de la ergotamina, como inhibidora del simpático en cierto número de afecciones neuro-psiquiátricas, menciona entre ellas la migraña, pero sin insistir más en ello.

Tzanck fué verdaderamente el primero que llamó la atención a la acción terapéutica del tartrato de ergotamina en las jaquecas en el curso de tres comunicaciones sucesivas. Este autor ha tratado 101 casos, compuestos de 44 casos de migrañas típicas y 57 casos de estados migranosos. Es entre esta segunda categoría de enfermos que los resultados fueron más favorables, ya que entre 44 enfermos, 15 sanaron del todo y todos los demás experimentaron alguna mejoría en su estado. En las migrañas verdaderas los casos de curación radical son más raros. A veces se consigue hacer desaparecer los abscesos durante meses enteros. Tzanck señala un cierto grado de hábito hacia el medicamento que obliga a aumentar las dosis. El medicamento fué administrado por vía oral hasta una dosis de 4 a 5 mg. por día.

Los resultados obtenidos por los autores americanos parecen ser mucho más favorables. Daremos algunos datos estadísticos.

William Lennox y Von Storch suministran los resultados obtenidos en 120 enfermos migranosos durante el curso de tres años de observaciones. Se trataba de migrañas típicas, en la mayoría casos familiares constituídos por cefalalgias periódicas, asociadas o no asociadas a náuseas y vómitos, alteraciones visuales, síntomas vaso-motores y diversos malestares. Estas migrañas no habían sido calmadas por ningún otro medio terapéutico.

Entre los 120 enfermos, 109 recibieron el medicamento mediante inyecciones intravenosas, intramusculares o subcutáneas. En un 90 por 100 de los casos la curación de la crisis fué repentina y completa; en 4 por 100 la ergotamina no dió efecto; y en 2 por 100 la cefalalgia se agravó. De once enfermos que tomaron el medicamento por vía bucal, 82 por 100 vieron desaparecer su crisis, mientras que en el otro 18 por 100 la migraña empeoró. Tales fueron los resultados obtenidos con la primera administración del medicamento.

En las crisis ulteriores, el tartrato de ergotamina dió resultados sensiblemente comparables. Sólo cinco enfermos que habían sido beneficiados la primera vez dejaron de serlo las siguientes; diez y nueve enfermos que padecían, sea un verdadero estado migranoso, sea crisis de jaquecas graves y frecuentes, fueron observados durante más de un año. Todos, menos uno, curaron con cada inyección de ergotamina. Así, pues, no parece haber habido hábito al medicamento.

La ergotamina no parece tener acción apreciable sobre la frecuencia de las crisis. En ciertos enfermos, los que padecían los ataques más fuertes, las cefalalgias parecían haberse hecho más frecuentes; en otros, por el contrario, las crisis parecían haberse espaciado más. Entre los 120 enfermos, diez han tenido períodos de tranquilidad excepcionalmente largos, durante el curso del tratamiento. En conjunto, Lennox y Von Storch tienen la impresión de que las cefalalgias curadas por la ergotamina tienen tendencia a reproducirse con más frecuencia du-

rante las primeras semanas o los primeros meses del tratamiento.

O'Sullivan, después de haber ensayado numerosos agentes terapéuticos para curar las cefalalgias migranosas, constata que el tartrato de ergotamina es el único entre todos ellos que dá resultados constantes. En un período de dos años, O'Sullivan ha utilizado la ergotamina en inyección subcutánea en el curso de 1.132 crisis de migraña, padecidos por 97 enfermos, 78 mujeres y 19 hombres. La edad de los enfermos variaba entre 11 y 51 años, y la antigüedad de la migraña era de seis meses a 48 años; la frecuencia de las crisis variaba de dos por semana a una o dos por año.

Todos los enfermos, con excepción de ocho entre ellos, recibieron beneficio del tratamiento. 1.042 cefaleas migranosas fueron curadas en 89 enfermos; de estos ocho enfermos, cuatro, por lo menos, vieron sus dolores parcialmente aliviados por la ergotamina.

Este autor piensa igualmente, que el medicamento no tiene una acción apreciable sobre la frecuencia de las crisis de jaqueca. Sólo en tres casos fueron más frecuentes las cefalalgias después de instituido el tratamiento por la ergotamina, pero dos de estos casos eran de mujeres que habían padecido migrañas desde su juventud, y en cuyo caso las crisis ya tenían tendencia a hacerse más frecuentes antes del tratamiento ergotamínico. Además, la variabilidad espontánea en la frecuencia de las crisis en ciertos enfermos hace toda deducción incierta en este respecto.

O'Sullivan insiste igualmente acerca de la ausencia de la adquisición de hábito hacia el medicamento. Cuando la cefalea migranosa ha sido curada una vez por la ergotamina, ésta conserva la misma acción a través de crisis posteriores. Este autor cita un enfermo que recibió 120 inyecciones de ergotamina; otro, 64 y un tercero 48. La acción del medicamento fué siempre comparable a sí misma. Los enfermos mismos se satisfacen en oponer la constancia de la acción de la ergotamina a la inconstancia de otras medicaciones.

Von Storch ha tratado 430 enfermos que padecían crisis de jaqueca; 189 de estos enfermos han sido sometidos al tratamiento por el tartrato de ergotamina, y 90'4 por 100 de ellos ha visto desaparecer sus cefalalgias, bajo la acción del medicamento.

Los resultados obtenidos por los autores americanos conciernen un gran número de casos, y sus resultados concuerdan demasiado bien para no ser verdaderos. El tartrato de ergotamina parece pues ser el medicamento heroico de las cefaleas migranosas, ya que los fracasos no pasan de un 10 por 100 de los casos.

Dosis y modo de administración.—La vía parenteral parece ser la vía de administración que tiene la preferencia de los autores americanos, subcutánea o intravenosa. Pero el tartrato

de ergotamina puede igualmente administrarse por la boca, menos frecuentemente en supositorios y hasta por vía nasal.

Lennox ha utilizado por preferencia la vía intravenosa, porque no es dolorosa y sobre todo porque de esta manera es más rápido el efecto del medicamento. La cefalea desaparece en un período de 15 a 30 minutos después de la inyección, mientras que con la misma dosis por vía subcutáneas o intramuscular es preciso esperar de 45 a 90 minutos para que surta efecto. Esta es una ventaja muy apreciable. La inyección intravenosa parece tener un inconveniente, el de provocar con más frecuencia los diversos malestares que pueden resultar del tratamiento ergotamínico, y a los cuales volveremos. Por esta razón, O'Sullivan ha utilizado en la gran mayoría de los casos por él tratados, la vía subcutánea.

Una cuestión algo más delicada es la de determinar la dosis mínima necesaria para hacer abortar la crisis migrañosa en cada enfermo. Esta dosis debe depender de la intensidad de la crisis de migraña. Al mismo tiempo, es necesario tener presente, que el mismo enfermo puede padecer crisis severas capaces de durar dos o tres días, y crisis ligeras que duran algunas horas.

Para una crisis de la misma intensidad, la dosis mínima necesaria puede igualmente variar según el período de la crisis en el cual se administra. Al principio de la crisis se precisa una dosis menor que la que sería precisa cuando la crisis está en su período de intensidad con un enfermo postrado, con náuseas y vómitos. En este momento, para aliviar los padecimientos del enfermo, será necesaria una dosis mayor, y los malestares consecutivos, debidos a la crisis misma y al medicamento, serán evidentemente más penibles.

Si la dosis inyectada es insuficiente, el enfermo puede que no sienta alivio y atribuya a un fracaso terapéutico lo que se debe a una dosis insuficiente. O también, después de un período de alivio, puede que reaparezca la cefalalgia unas 12 o 24 horas después de la inyección. O'Sullivan, que ha observado 8 casos de esta índole, estima que la reaparición de la crisis es debida a la insuficiencia de la dosis de tartrato de ergotamina, porque en los mismos enfermos, con una dosis medicamentosa mayor, no se han producido los mismos fenómenos.

Prácticamente, O'Sullivan comienza siempre por un cuarto de milígramo. Si la dosis es bien tolerada y la cefalalgia desaparece en un término de dos horas, se repetirá ulteriormente la misma dosis. Si la crisis no se cura dentro de las dos horas o quizás tres, o si la cefalea reaparece diez o doce horas después de la inyección, se administrará una dosis más fuerte, de $1\frac{1}{2}$ o $3\frac{1}{4}$ de milígramo. O'Sullivan considera que una dosis superior a 0'5 miligramos es raramente útil.

Este mismo autor insiste acerca de los notables resultados obtenidos con el tartrato de ergotamina. Señala enfermos que padecieron crisis hebdomadarias, durando dos o tres días, y cuya vida solo se hacía llevadera y posible con la ergotamina.

Cita tres casos de enfermos, cuyas crisis comenzaban siempre en el medio de la noche.

Despertados por los dolores, se hacían poner inmediatamente la inyección, se volvían a acostar, y despertaban por la mañana como si no se tratase de nada. En un cálculo, sin duda alguna aproximado, O'Sullivan estima que ha evitado a sus enfermos unas 39.000 horas de padecimiento.

El tartrato de ergotamina puede tomarse igualmente por la boca. Para que la dosis sea activa será preciso que sea mayor y O'Sullivan aconseja administrar de una vez la dosis necesaria para hacer abortar la crisis de jaqueca, o sea de 0'5 miligramos, preferiblemente a darla en varias veces. Lennox considera que la dosis necesaria por vía oral puede llegar hasta 9 y 10 miligramos. Esta dosis es considerable, pero como lo ha demostrado Lennox en el gato, solo se absorbe 30 por 100 de la dosis ingerida. Mejor aún que por vía hipodérmica, la ergotamina por vía oral da ante todo, buenos resultados cuando se ingiere al comienzo mismo de la crisis, bastante antes de aparecer las sensaciones de náuseas y los vómitos. Una vez que se ha presentado esta fase, la vía oral ya no es utilizable, y es preciso recurrir a la vía hipodérmica, pues es probable que el medicamento sería expulsado con los vómitos o si llega a absorberse, exagera estas náuseas y vómitos mismos. La ergotamina ingerida oralmente tarda siempre más en surtir efecto y la cefalea no desaparece sino de una a ocho horas después de la ingestión del medicamento, y no en una a tres horas como ocurre utilizando la vía parenteral. La acción del medicamento es también mucho más inconstante y según lo expresa O'Sullivan, ya no se puede considerarlo como infalible; y el estado del tubo digestivo, la intensidad de la crisis, la administración demasiado tardía del medicamento, son otros tantos factores que asumen un papel de mayor importancia que cuando se utiliza la vía hipodérmica. El porcentaje de curaciones es siempre menor, y entre 45 enfermos tratados por vía oral, O'Sullivan solo ha tenido 31 que hayan obtenido una curación completa.

Este autor señala además la necesidad de obligar al enfermo a recostarse inmediatamente después de la ingestión de la ergotamina y de hacerle permanecer acostado hasta que desaparezca la cefalalgia. La evolución de la crisis se acelera de esta manera.

Ciertos autores, y en especial Podalsky, han creído que se podría utilizar la administración de la ergotamina como medicamento preventivo de los abcesos migranosos, y con este fin, propusieron administrar un milígramo de tartrato de ergotamina tres veces por día. Es por cierto, posible, que un tal tratamiento pueda espaciar las crisis, hacer abortar las cefaleas migranosas leves, o quizá disminuir la intensidad de las crisis más graves, pero no podría curar la migraña.

Este método no es recomendable a causa de la irregularidad de las crisis que, frecuentes en un momento, pueden hacerse raras en otro, aparte de toda terapéutica. Obliga a administrar

dosis relativamente altas del medicamento; 10 o 20 miligramos por semana; ahora, pues, la ergotamina es un medicamento oneroso, y a veces tóxico para el organismo. La ergotamina debe emplearse, pues, solamente para aliviar las crisis de migraña y no para prevenirlas.

O'Sullivan insiste acerca de la utilidad de asociar los medicamentos etiológicos de la migraña al tratamiento ergotamínico, con el fin de disminuir la frecuencia de las crisis así como también su intensidad.

Síntomas asociados.—En el curso de las crisis de migraña tratadas por la ergotamina, pueden estar asociadas a la cefalea diversas afecciones o malestares en los cuales es difícil precisar si son debidos a la enfermedad o al medicamento, o quizá también a la asociación de ambas.

Entre los malestares más frecuentes están las náuseas y los vómitos. Según Lennox las náuseas se presentan en un 77 por 100 de los casos y los vómitos en 60 por 100. Estos malestares sobrevienen frecuentemente en los enfermos sin tratamiento; existen a veces antes de la administración del medicamento; pero no es posible decir que en ciertos casos no son exagerados por la ergotamina. Cuando las náuseas y los vómitos son muy penibles, la inyección de medio milígramo de atropina, de algún compuesto cálcico o de un medicamento estrógeno puede atenuarlos. Podemos señalar además que en los enfermos que habitualmente padecen náuseas y vómitos en el curso de sus crisis, la inyección precoz de la ergotamina puede sanar la crisis antes de que aparezcan estos malestares.

Ciertos enfermos, después de desaparecer la cefalea, acusan una sensación de cansancio y de fatiga general que parece ser más marcada después de la acción de la ergotamina que cuando la crisis desaparece espontáneamente.

También debemos señalar las mialgias, los dolores articulares, las paréntesis, la opresión precordial con sensación de constricción torácica, los espasmos faríngeos. Los endormecimientos y las picazones de los dedos de manos, y pies pueden estar acompañados de enrojecimiento e hinchazón.

Se podrá preguntar con razón si todos estos malestares no constituyen manifestaciones frustradas de ergotismo. Con este fin, O'Sullivan ha estudiado en los enfermos sometidos a tratamiento prolongado, la presión arterial, los trazados electrocardiográficos, la glucemia, el estado de los riñones. No ha encontrado jamás señas de lesión visceral orgánica. De la misma manera, Von Storch, en el curso del tratamiento de la migraña por la ergotamina, jamás ha observado durante exámenes repetidos, los signos de ergotismo agudo o crónico. Por consecuencia, los malestares indicados anteriormente, no son alarmantes, y no deben considerarse como advertencia, a menos que sean demasiado persistentes, prolongados o progresivos. En tal caso, podría interrumpirse el tratamiento por la ergotamina transitoriamente. La migraña, siendo una afección de prolongada duración y en la cual las crisis son a menudo fre-

cuentes, está indicado, pues, para evitar a los enfermos toda molestia, el empleo solo de la dosis mínima de tartrato de ergotamina necesaria.

Las contra-indicaciones al tratamiento son bastante limitadas. La acción hipertensiva de la ergotamina obliga a emplearla solo con gran prudencia en los enfermos con lesiones arteriales. Lo mismo es aplicable en el caso de mujeres embarazadas, aunque Berger no considera el embarazo como una contraindicación formal. Schimmel ha inyectado 25 miligramos en un período de trece días en una mujer embarazada sin provocar el aborto. El estado de embarazo aumenta la tolerancia del organismo hacia la ergotamina.

Cefaleas no migranosas. La acción de la ergotamina en los casos de cefalalgias que no son de origen migranoso es muy inconstante. Ciertos autores como Trautmann estiman que la ergotamina no tiene acción alguna sobre las cefaleas banales.

Lennox, von Storch y Solomón han tratado a 46 enfermos que padecían cefaleas no atribuibles a migraña por medio de la ergotamina. Un 15 por 100 de los enfermos notaron alguna mejoría; 63 por 100 no alteraron su estado y 22 por 100 de las cefaleas se agravaron.

Estos 46 enfermos estaban distribuidos de la siguiente manera: 8 meningitis asépticas, 5 neoplasmas intracraneanas, un hematoma subdural, 7 cefaleas consecutivas a raquicentesis, 8 cefaleas debidas a crisis convulsiva, 11 de causa indeterminada y 5 cefaleas por histamina.

Los seis casos mejorados estaban constituidos por tres cefaleas de causa indeterminada, y tres cefaleas post-epilépticas. Se puede considerar justificadamente que estas últimas sanarían espontáneamente, y el papel de la ergotamina en estos seis casos es difícil de precisar.

En fin, para resumir: la acción del tartrato de ergotamina es más o menos específica de la migraña, y su efecto sobre las cefaleas banales, es muy inconstante y hasta dudoso.

Modo de acción del tartrato de ergotamina.—Si la acción del tartrato de ergotamina sobre las cefalalgias de la migraña, es seguro y hasta notable, el mecanismo por el cual obra ha sido hasta ahora objeto de diversas interpretaciones. Hay tres principales, que expondremos sucesivamente. 1.º—La ergotamina actúa directamente sobre las terminaciones sensitivas. 2.º—La ergotamina obra como vaso-dilatador. 3.º—La ergotamina obra como vaso-constrictor.

1.º—La idea de que la ergotamina podía actuar en la migraña por una acción analgésica sobre las terminaciones nerviosas del sistema autónomo al nivel de los centros nerviosos y de las meninges, ha sido propuesta por varios autores. Lennox aduce en favor de esta hipótesis el hecho de que en los enfermos que padecen de prurito y migraña a un tiempo, la ergotamina calma simultáneamente tanto la jaqueca como el prurito. Pero son mucho más numerosas las objeciones que pueden hacerse a dicha hipótesis. Si la ergotamina verdaderamente tu-

viere una acción analgésica sobre las terminaciones nerviosas, mal se explica el hecho de que esta acción sea más o menos específica de la migraña, y que en la mayoría de los casos no ejerza acción alguna en las cefalalgias banales, y muy especialmente en el caso de las cefalalgias histamínicas. Aún más difícil de comprender es el caso de que en enfermos no migranosos, la ergotamina sea capaz de producir cefaleas.

También es un hecho comprobado, que las demás algias no son aliviadas tampoco por la ergotamina. O'Sullivan cita dos ejemplos instructivos: Un enfermo que recibió una inyección de ergotamina por una crisis de migraña, también padecía de dolor de muelas. La inyección, alivió desde luego los dolores de la cefalalgia, pero no el dolor de muelas.

Otro enfermo, que también padecía migraña, sufría constantes dolores muy penibles en la región cubital, consecutivos a una herida por arma de fuego, que databa desde la guerra. La ergotamina alivió los dolores cefalálgicos de la migraña, pero no tenía acción alguna sobre los dolores cubitales. Estos argumentos hacen muy dudosa la acción analgésica de la ergotamina sobre las terminaciones nerviosas.

Es razonable pensar que el modo de acción de la ergotamina esté en relación con el mecanismo fisiopatológico de la crisis de migraña; según O'Sullivan, un cierto número de hechos justifica esta opinión: la ausencia de acción de la ergotamina sobre las cefaleas banales, la brusca desaparición de la cefalea bajo la acción del medicamento, la variabilidad de acción de la ergotamina con el estado humoral del individuo, y especialmente el aumento en tolerancia en las mujeres embarazadas.

Bajo estas condiciones, es inevitable que se ha de buscar cuál es la acción de la ergotamina sobre el desequilibrio vasomotor que acompaña las crisis migranosas, aunque se admita con Dubois-Reymond, que esta crisis está ligada a un espasmo vascular, o bien, por el contrario, con Mollendorf, a una vasodilatación por parálisis del simpático.

2.º—*El tartrato de ergotamina, vaso-dilatador.*—Desde Dubois Reymond, la mayoría de los autores han considerado la crisis migranosa como la consecuencia de un espasmo vascular. Es inútil recordar la palidez del rostro, el descenso de la temperatura de la piel, la dureza de la temporal, la dilatación pupilar, en el curso de la crisis de migraña.

Pasteur Vallery Radot ha indicado que la aplicación de hielo a la frente, y hasta el hecho de meter las manos en agua helada, es suficiente a veces, para iniciar una crisis de migraña. Por lo contrario, en el curso de una crisis, una inhalación de nitrito de amilo puede hacer cesar la cefalea durante cinco a cuarenta y cinco minutos.

Finalmente las diversas operaciones sobre el simpático cervicotorácico, la simpatectomía periarterial de la arteria temporal pueden hacer desaparecer la cefalea durante un período variable.

Por otra parte, las investigaciones farmacológicas, las de

Dale y muchos otros autores, han demostrado que la ergotamina aumenta la tensión sanguínea por vaso-constricción periférica, se distingue como depresora del simpático y puede alterar la acción de la adrenalina.

Así, pues era lógico pensar que la ergotamina aliviaba la cefalea de la migraña al poner fin al espasmo vascular, y si así es, las modificaciones de la tensión arterial y de la tensión céfalo-raquídea deben observarse. Recordaremos brevemente en este respecto las interesantes investigaciones de Pool, con Storch y Lennox.

Estos autores han encontrado, en el curso de la crisis de la migraña en 9 enfermos, una tensión céfalo-raquídea que variaba entre 41 y 180 milímetros, o sea un término medio de 113. En los individuos normales la media era de 130 milímetros. Se ha constatado, en la mayoría de los individuos, un aumento de la tensión céfalo-raquídea, un ascenso brusco debido primeramente al dolor, seguido por un ascenso lento debido a la ergotamina. Este aumento era de 15 a 40 milímetros, o sea un 11 por 100. En tres individuos la tensión no aumentó.

En los individuos de control el aumento ha sido mayor: 24 por 100.

La elevación máxima es más rápida en los individuos no migranosos (siete minutos), que en los que padecían migrañas (16 minutos).

La presión arterial después de una inyección de ergotamina monta en la mayoría de los casos, sea en 18 entre 21, baja en 1 caso, y no se modifica en 2 casos.

Las variaciones del pulso son variables según los individuos. Pool, von Storch y Lennox creen que ni las modificaciones de la tensión céfalo-raquídea, ni las variaciones de la tensión arterial pueden explicar el alivio de la cefalalgia migranosa, y por diversas razones.

Estas variaciones de tensión son bastante mínimas. Aparecen rápidamente, mucho antes de desaparecer la cefalea. Son del mismo orden, y a veces más amplias en los migranosos, cuyas cefalalgias no están influidas por la ergotamina, o aún más en los individuos normales.

Estos autores preguntan si la cefalea no podría explicarse por un estado de anoxemia y una falta de nutrición del tejido nervioso unido al espasmo vascular.

Esta opinión es discutible, pues en realidad las alteraciones vasculares que condicionan la cefalea de la migraña no tienen asiento en el cerebro, sino que en las meninges, en la duramadre y en los vasos craneanos. Como lo han demostrado las investigaciones experimentales de los fisiólogos, la circulación cerebral es ante todo una circulación pasiva y el régimen circulatorio de los vasos cerebrales es muy diferente del de los otros vasos del organismo. La inyección de ergotamina no determina modificación apreciable de los vasos encefálicos, aunque provoca una vaso-constricción intensa de los vasos de la duramadre y de los vasos cutáneos.

3.º *El tartrato de ergotamina vaso-constrictor.*—La cefalea de la jaqueca tiene por lugar de origen los vasos de la duramadre y los vasos craneanos y es debida, en realidad, no a una vaso-constricción, sino a una vaso-dilatación. Tales son los hechos que han sido sostenidos con argumentos dignos de ser tenidos en cuenta.

Ya en 1908, Cushing escribía: «Tengo la impresión que la mayoría de las cefaleas, las de la migraña tanto como las demás, son principalmente de origen dural».

Dickerson opera 7 enfermos de cefaleas (migrañosas, traumáticas, etc., y liga la arteria meníngea menor. Resulta la desaparición de las cefaleas del costado operado.

Pickering, pensando que las cefaleas consecutivas a la inyección de histamina eran de origen dural, hizo una ablación del ganglio de Gasser que determinó la anestesia de la duramadre. De este lado las cefaleas post-histamínicas desaparecieron.

Penfield curó dos enfermos que padecían hemicranias por la sección de los hilos oftálmicos de la raíz de Gasser.

Pool y Nasón, haciendo inyecciones intravenenosas de tartrato de ergotamina a gatos, constataron que: 1.º los efectos sobre el calibre de los vasos de la pia-madre eran muy inconstantes; 2.º se observa una vaso-constricción de las arterias durales cuya disminución de calibre es de 25 por 100 aproximadamente; 3.º la vaso-constricción de las arterias de la piel es de un término medio de 39 por 100; 4.º se observa una elevación de la tensión arterial, y modificaciones variables de la tensión céfalo-raquídea.

Graham y Wolff han emprendido el estudio de la acción de la ergotamina sobre la cefalea de la migraña y han obtenido resultados comparables a los de Pool y Nasón. Las modificaciones de la cefalea de la jaqueca están estrechamente relacionadas con las modificaciones en la amplitud de las pulsaciones de ciertas ramas de la carótida externa. Los factores que disminuyen la amplitud de estas pulsaciones disminuyen la intensidad de la cefalea; los que las aumentan, exageran la cefalea.

Es así que la compresión de la carótida primitiva en veinticuatro casos de jaqueca determinó una atenuación de la cefalea, y en algunos casos, hasta su supresión; la compresión de la temporal hace desaparecer la cefalea en la parte anterior de la cabeza, y la compresión de la occipital en la mitad posterior.

La inyección de cocaína alrededor de la arteria temporal, o su ligatura, calman también la cefalea en la región temporal. Por el contrario, la inyección de suero fisiológico bajo tensión en la arteria temporal, determina dolor en la región correspondiente.

La inyección intravenosa de tartrato de ergotamina en la migraña, determina la desaparición de la cefalea, y una reducción de la amplitud de las pulsaciones de las arterias temporal y occipital, con una variación de 18 por 100 a 84 por 100, o sea un término medio de 50 por 100; existe un paralelismo notable

entre las variaciones de la cefalea y la amplitud de las pulsaciones arteriales. En el curso de una trepanación, el examen demostró una disminución de amplitud de 20 por 100 de las pulsaciones de la meninges media después de inyección de ergotamina. Podemos recordar que en 34 individuos de control, Graham y Wolff encontraron reacciones arteriales idénticas bajo la acción de la ergotamina.

Por el contrario, la acción del medicamento sobre las arterias cerebrales, ramas de la carótida interna, es muy irregular, tanto si se trata de individuos que padecen crisis de migraña, como individuos normales de control, y no existe relación alguna aparente entre las variaciones de la cefalea y la amplitud de las pulsaciones.

Las investigaciones de Graham y Wolff, en cuanto a la acción de la ergotamina sobre la tensión arterial, la tensión céfalo-raquídea y el pulso, confirman los trabajos anteriores de Von Storch, Pool y Lenne.

La acción de la histamina es interesante. En tres individuos que padecían migraña y cuyas cefaleas habían sido aliviadas por la ergotamina, una inyección intravenosa de histamina hizo reaparecer la cefalea y provocó un aumento en la amplitud de las oscilaciones. Cuando estas volvieron a ser normales la cefalea desapareció.

En 13 individuos de control, la histamina destruyó la acción de la ergotamina de la misma manera, y el aumento en las de la amplitud de las pulsaciones fué acompañada por cefaleas. En 11 de ellos se observó paralelamente un aumento de la amplitud de las oscilaciones del líquido céfalo-raquídeo.

Un hecho observado por Graham y Wolff es especialmente curioso. Un individuo que padecía hemicránea del costado izquierdo ve desaparecer sus dolores calmados por la ergotamina. Poco después se le inyecta una dosis de histamina igual a la mitad de la usada generalmente para provocar la cefalea. La cefalea aparece, pero solo en el lado izquierdo, y la amplitud de las oscilaciones de la temporal izquierda solo aumenta.

El resultado de las investigaciones de Pool y Nasón, de Graham y Wolff es indiscutiblemente impresionante. La alteración vaso-motor que acompaña la crisis de jaqueca y sin duda la condición pasa al terreno de las ramas de la carótida externa y no a las de la carótida interna, y solamente sobre las primeras tiene la ergotamina una acción fácil de explicar.

Es poco probable que la migraña sea causada por un espasmo vascular y que la ergotamina actúe paralizando el simpático. Desde hace mucho tiempo ya, las investigaciones de Dale han demostrado que si bien las altas dosis de ergotamina paralizan el simpático, las dosis pequeñas lo excitan. Por otra parte, es fácil comprobar que las dosis de ergotamina que alivian las cefaleas de la migraña no paralizan las vías simpáticas, dejando persistir la dilatación pupilar por una excitación cutánea dolorosa, por ejemplo. Es muy probable, por otra parte, que el paralelismo observado por Graham y Wolff entre el estado de

los vasos craneanos y la intensidad de las cefaleas, no sea una coincidencia fortuita. Es lógico pensar que la cefalea, debida a la distensión dolorosa de las arterias craneanas, es aliviada por la acción vaso-constrictora del tartrato de ergotamina.

Conclusiones.—El tartrato de ergotamina en inyección es un medicamento notable para el alivio de la cefalea de la migraña, ya que la hace desaparecer en un 90 por 100 de los casos aproximadamente. La dosis mínima necesaria del medicamento varía entre 1/4 y 1/2 milígramo en la mayoría de los casos. La ergotamina no tiene acción apreciable sobre las demás cefaleas.

El modo de acción de la ergotamina sobre la cefalalgia de la migraña, es aún incierto, complejo sin duda, como el mecanismo fisiopatológico de la crisis de migraña misma.

Si la ergotamina tiene una acción analgésica, su papel es probablemente accesorio. Las ramas terminales de la carótida externa, dura y craneanas son, en el curso de la crisis de migraña, el asiento de las alteraciones vaso-motoras que irritan su vaina simpática y determinan la cefalea. La ergotamina actúa modificando este desorden vaso-motor, aparentemente por acción vaso-constrictora.

N O T I C I A S

Terminada la guerra con el triunfo total de España contra la invasión comunista, de la que ha sido artífice máximo el invicto Caudillo Franco, este Colegio dirigió al Jefe del Estado telegrama expresivo de la alegría de hecho tan significativo en la Historia Patria. El Secretario General de S. E. contestó con el siguiente: «*Su Excelencia Generalísimo al agradecer amable felicitación con motivo victoria final nuestras armas sobre enemigos de la Patria le envia su saludo extensivo a componentes ese Colegio*».

—Al liberarse Murcia, el ilustre fundador de la Previsión Médica Nacional Dr. D. José Pérez Mateos, dirigió a esta Corporación el siguiente telegrama: «*Providencialmente vivo aunque martirizado por salvar íntegramente capital Previsión Médica Nacional, hágame cargo provisionalmente por orden superior estas Oficinas, enviándoles saludos cordialísimos ¡Arriba España! Viva Franco*», el que fué contestado seguidamente, felicitándole efusivamente en nombre del Colegio.

—Liberado Madrid, y terminada triunfalmente la campaña de redención dirigida por nuestro Generalísimo, el Colegio Oficial de Médicos de la Capital de España, en cumplimiento de órdenes recibidas del Excmo. Sr. Jefe del Servicio Nacional de Sanidad, ha quedado constituido por una Comisión gestora presidida por el Dr. D. José Fernández de la Portilla, auxiliado por los Drs. D. Guillermo Núñez y D. Julián Regueiro.

Al felicitar a tan ilustres compañeros, les agradecemos el cordial ofrecimiento que nos hacen, y les deseamos los mayores aciertos en su importante cometido.

YODOTERAPIA SIN YODISMO

POR EL

YODOPEPTION "CID"

Yodo orgánico de amplio margen de tolerancia con un contenido de 5 por 100 de yodo terapéuticamente activo.

Cada XX gotas contienen 0'05 gramos de yodo. ARTERIOESCLEROSIS, ARTRITISMO, OBESIDAD, LINFATISMO, ETC.

HIPOSULFIN PEPTOMAGNESIADO GRANULADO

ESTIMULANTE DE LAS FUNCIONES HEPATICAS
DESENSIBILIZANTE DEL ORGANISMO
DRENAJE BILIAR

Hiposulfito de sosa, sulfato de magnesia, peptonas de carne, pescado, leche, huevo y vegetal.

Dosis: De media a una cucharada en ayunas y por la noche. Niños, cucharaditas.

LABORATORIO CANTABRO

Apartado, 222

SANTANDER

PRODERMA

Pastas y pomadas para dermatología

PRODERMA PASTA DE ZINC. — Anticongestiva.

PRODERMA NAFTALAN. — Eczemas sub-agudos de regiones con piel fina.

PRODERMA TUMENOL. — Prurigos y pruritos, eczemas sub-agudos y crónicos.

PRODERMA AL ALQUITRAN. — Eczemas sub-agudos y crónicos, dermatitis, profesionales, etc.

PRODERMA BREA PIROGALICA. — Eczemas seborreicos, psoriasis, afecciones psoriásiformes, etcétera.

PRODERMA OXIDO AMA^PILLO. — Piodermatitis, afecciones piógenas o infectadas, etc.

PRODERMA ICTIOMERCURICA. — Impétigo y eczematizaciones secundarias.

PRODERMA AZUFRE NO GRASO. — Acné Juvenil polimorfo, etc.

PRODERMA AL MINIO. — Lesiones cutáneas originadas por los gérmenes de la supuración.

PRODERMA ROJO ESCARLATA. — Con ac. h. bacalao. Cicatrizante energético, úlceras inveteradas, quemaduras, etc.

PRODERMA CLORAMINA. — Bactericida energético.

Muestras a disposición de los señores Médicos

:: LABORATORIO CANTABRO. — SANTANDER ::

Sección de Legislación

GOBIERNO DE LA NACION

Ministerio de la Gobernación

ORDEN de 1.º de Abril de 1939 dando normas para aplicación de la Ley de 10 de Febrero de 1939 sobre depuración de funcionarios públicos al personal sanitario.

La Ley de 10 de febrero de 1939, sobre depuración de funcionarios públicos, ordena una investigación de la conducta de todos los que aparezcan en territorios liberados, en relación con el Movimiento Nacional. Y en su artículo octavo dispone que los funcionarios sujetos a investigación quedarán suspensos de sus cargos hasta que se apruebe su readmisión, o hasta que termine el expediente.

La Orden de este Ministerio de 12 de marzo último (BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO del 14), dispone, en su artículo quince, que los funcionarios sanitarios que, conforme a la legislación de Coordinación, son funcionarios del Estado, quedan sujetos a las normas de la Ley de 10 de febrero aunque corresponda a las Corporaciones su nombramiento o retribución.

La liberación simultánea de todo el territorio pendiente de ella plantea el problema del automático cese de un considerable número de funcionarios sanitarios, a las resultas de las informaciones que se les han de instruir. Si se aplicasen literalmente las normas indicadas quedarían desatendidos los servicios sanitarios, con el consiguiente perjuicio a los intereses públicos. Con el fin de evitar tales consecuencias, este Ministerio, dispone:

Artículo primero.—La suspensión en sus cargos de los funcionarios públicos sujetos a investigación, prevenida en el artículo octavo de la Ley de 10 de febrero de 1939, no se aplicará, por lo general, a los titulados sanitarios y personal auxiliar, los cuales, mientras individualmente no se disponga lo contrario, permanecerán en sus puestos desempeñando las funciones técnicas que les estuvieran encomendadas, con subordinación a las Autoridades Nacionales.

Artículo segundo.—El Ministerio de la Gobernación, la Jefatura del Servicio de Sanidad, los Gobernadores Civiles y los Inspectores Provinciales de Sanidad de las provincias recién liberadas, podrán acordar excepciones al principio general del artículo anterior ordenando la suspensión inmediata en sus cargos de aquellos funcionarios en los casos en que se estime conveniente la adopción de dicha medida.

Burgos, 1 de Abril de 1939.—III Año Triunfal.—*Serrano Suñer.*

(B. O. del Estado día 2.

ORDEN de 22 de Abril de 1939 sobre vigilancia de las Sociedades de asistencia médico-farmacéuticas en la liberación total del territorio nacional.

La liberación total del territorio nacional, suscita en términos urgentes la cuestión de la vigilancia de las sociedades de asistencia médico-farmacéuticas. Sin perjuicio de que, en momento oportuno, se regule esta materia en la nueva legislación sanitaria que se prepara, de momento se considera necesario dictar normas, adaptando las disposiciones vigentes en 18 de julio de 1936 las circunstancias actuales. En su virtud, este Ministerio se ha servido disponer:

Artículo primero.—Las funciones de la antigua Comisaría Sanitaria creada por R. O. de 31 de marzo de 1925 quedarán adscritas a la Sección de Medicina Social, del Servicio Nacional de Sanidad.

Artículo segundo.—Todas las atribuciones conferidas a la antigua Comisaría Sanitaria, por su Reglamento de 10 de febrero de 1926 y disposiciones posteriores—a excepción de aquellas que se modifiquen en la actual disposición—pasarán al Servicio Nacional de Sanidad, que las ejercerá por intermedio de la Sección de Medicina Social y su Jefe.

En sustitución de lo prevenido en el artículo quinto y base tercera del Reglamento de 10 de febrero de 1926, la Sección de Medicina Social contará con asesores pertenecientes a las siguientes entidades: Colegio de Médicos; Colegio de Farmacéuticos; Colegio de Odontólogos; Instituto Nacional de Previsión y Servicio Nacional de Beneficencia

Artículo tercero.—Además de las funciones atribuidas a la antigua Comisaría Sanitaria, la Sección de Medicina Social del Servicio Nacional de Sanidad, tendrá como misión especialísima, el estudio de la asistencia dispensada por el Estado, la provincia y los municipios, los Patronatos y el sistema llamado de «igualada» y las prestaciones sanitarias de los Seguros Sociales, para proponer la debida coordinación entre ellos, evitando gastos inútiles y servicios innecesarios.

Artículo cuarto.—En lo sucesivo no se permitirá la creación de nuevas sociedades dedicadas a la prestación de servicios sanitarios de tipo mercantil.

Artículo quinto.—La Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad dispondrá la puesta en marcha de las antiguas Comisarías Sanitarias provinciales, que funcionarán como una Sección más de las Jefaturas provinciales de Sanidad y con una constitución análoga, en cuanto a asesoramientos, que la Central, de la que dependerán.

Artículo sexto.—A la mayor brevedad se procederá por el

Servicio Nacional de Sanidad, a la elevación al Ministerio de la Gobernación de los proyectos de Reglamentos en desarrollo de la presente Orden Ministerial (en los que consten de una manera terminante las nuevas orientaciones que se confieren a esta Sección de Medicina Social.)

Artículo séptimo.—La Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, por intermedio de la Sección de Medicina Social, procederá en los territorios recién liberados, al nombramiento de Comisiones Gestoras, encargadas de dirigir y administrar las sociedades de asistencia médico-farmacéuticas que queden abandonadas o sin dirección, en tanto quede regularizado su funcionamiento.

Burgos, 22 de Abril de 1939.—Año de la Victoria.—*Serrano Suñer.*

(B. O. del Estado día 25.

ORDEN de 29 de Abril de 1939 creando el Instituto Superior de Enseñanza e Investigaciones Sanitarias.

Desde la iniciación del Glorioso Movimiento Nacional viene siendo la Sanidad preocupación del nuevo Estado, como lo demuestra la creación de la Fiscalía de la Vivienda, y del Patronato Nacional Antituberculoso, las declaraciones contenidas en el Furo del Trabajo, el establecimiento del Instituto Nacional de la Vivienda, la intensificación de los Servicios de Sanidad y Beneficencia, cumpliendo así la promesa hecha al constituirse el Gobierno Nacional al decir que: «Precisa acometer la empresa de saneamiento moral y material de todo el pueblo español, necesitando hasta el máximo de una auténtica política cultural y sanitaria, que por medio de los médicos y maestros borre cuantos gérmenes enfermaron la mente y la salud de un magnífico, probablemente único, material humano y siendo la inspiración del Caudillo contenida en sus palabras al iniciarse el Año de la Victoria, prometiendo: «La paz, la Sanidad, la satisfacción del trabajo y la productividad elevada al grado máximo, la cultura, la seguridad de la vida familiar».

Terminada victoriosamente la guerra, llega el momento de orientar una seria política sanitaria, que disminuyendo la mortalidad general, y especialmente la infantil, coadyuve a la resolución del problema demográfico español.

Para ello, aparte de mejorar la organización de los Servicios centrales de Sanidad y sus órganos periféricos y de conseguir la colaboración de cuantas instituciones en España a través de Sanidad y Beneficencia municipal, provincial y nacional tienden al mismo fin, se requiere coordinar las instituciones centrales donde se lleven a cabo los trabajos de investigación de índole sanitaria y la preparación técnica del personal que haya de desarrollar el

programa sanitario del nuevo Estado, instituciones existentes en la actualidad, pero dispersas e inconexas.

Habiendo sido destruidos establecimientos como el Instituto Nacional de Sanidad, el del Cáncer y la Escuela de Puericultura y aconsejando la economía la fusión de estos Centros con otros que por fortuna se hallan en Madrid en buen estado de conservación, urge acometer esta empresa, que tendrá como consecuencia una mayor eficiencia y una reducción de gastos, dotándoles de servicios auxiliares y de administración comunes a todos.

En tal sentido este Ministerio ha tenido a bien disponer:

Art. 1.º Se establece en Madrid, en los terrenos que este Ministerio actualmente posee en Chamartín de la Rosa, el Instituto Superior de Enseñanza e Investigaciones Sanitarias (I. S. E. I. S.) que estará integrado por los siguiente servicios:

- a) El Hospital Nacional de Infecciosos.
- b) La Escuela Nacional de Sanidad.
- c) La Escuela Nacional de Puericultura.
- d) La Escuela Nacional de Tisiología.
- e) Escuela Nacional de Enfermeras e Instructoras Sanitarias.
- f) El Instituto Nacional de Higiene.
- g) El Centro de Lucha contra el Cáncer.
- h) El Parque de Sanidad,

a los cuales podrán añadirse en lo sucesivo los servicios que la experiencia enseñe que deben aumentarse.

Art. 2.º Por la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad se tomarán las oportunas disposiciones para convertir la actual enfermería Victoria Eugenia en Centro de lucha contra el Cáncer en sustitución del antiguo Instituto Nacional del Cáncer, totalmente destruido por la guerra.

Art. 3.º Por la misma Jefatura se procederá en el plazo máximo de un mes a elevar a este Ministerio un plan de necesidades para construir un nuevo edificio en los mismos terrenos de Chamartín con destino a Instituto Nacional de Sanidad, Escuela de Puericultura y Parque Sanitario en sustitución de los que han sido totalmente destruidos en los terrenos de la Moncloa y de la calle Ferraz. Con este plan de necesidades, este Ministerio procederá a anunciar el oportuno concurso entre arquitectos con arreglo a las disposiciones reglamentarias.

Art. 4.º El Servicio Nacional de Sanidad propondrá a este Ministerio la reglamentación a la que ha de ajustarse la institución que hoy se crea y cuyo funcionamiento ha de iniciarse con la celeridad que las circunstancias actuales requieren.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Burgos, 29 de Abril de 1939.—Año de la Victoria.—*Serrano Suñer*.

Sr. Jefe del Servicio Nacional de Sanidad.

(B. O. día 30).

FISCALIA SUPERIOR

CIRCULAR

Ilmo. Señor:

Relacionado con varias consultas hechas a esta Fiscalía Superior por más de una Delegación, tengo el honor de manifestar a V. I. lo siguiente:

El Estatuto Municipal y el Reglamento de Sanidad, establecen que es función de los Inspectores Médicos Municipales, el registro Sanitario de viviendas. La Orden número 1.171, dictada por el Excmo. Sr. Gobernador General del Estado («B. O.» del Estado) sobre normas para organización y funcionamiento de las Fiscalías, establece en la norma 2.º del modo de efectuar la Inspección Sanitaria de viviendas los Médicos de Asistencia Pública y recomienda y obliga al cumplimiento de las Circulares de la Fiscalía Superior de la Vivienda, número 1, 2, 3, 4 y 5 del 27 de Febrero del 1937 que hace referencia a los servicios implantados por este Organismo y entre ellos la obligación, confección de las fichas, consecuencia derivada de la Inspección.

Ultimamente por el Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, se dictó con fecha 24 de Marzo del 1938, («B. O.» del Estado número 520) una Orden recordando lo pertinente del caso.

Si el deber de llevar a cabo el servicio está claramente expresado, el modo de efectuarlo no ha ofrecido dificultades de ninguna de las Provincias en que vienen haciéndose. La claridad de los datos que aparecen en las Fichas, no obliga para contestar a ello a un trabajo de orden específico, ni suele necesitarse el concurso de un Técnico de la construcción para fijar una vulgar medida lineal o realizar una sencilla operación aritmética. La reconocida cultura de los Sres. Inspectores Médicos Municipales, les viene relevando de ayuda que ellos mismos han rechazado por innecesaria. Si en algún caso particular este concurso es necesario y así lo solicitan; puede V. I. ordenar que el Asesor Arquitecto colabore, o bien el Sr. Aparejador que algunas Fiscalías tienen para ayudar a sus trabajos, ya facilitado por el Ayuntamiento o incorporado a la plantilla del personal en función del Inspector de viviendas. Generalmente la confección de Fichas, obligada consecuencia del Registro Sanitario de Viviendas, los señores Inspectores Médicos son los que vienen haciéndola.

En la seguridad de que dichos funcionarios al igual que en otras provincias, realicen estos trabajos, con el interés patriótico a que se está vinculando no solo por el obligado deber, sino también por el honor que representa colaborar a las órdenes de

nuestro Glorioso Caudillo, en el magno problema de la vivienda, puede V. I. circular a todos este escrito, que no tiene el carácter de estímulo que por este no lo considero necesario, sino de aclaración a la consulta formulada, esperando que la respuesta será todo provechosa y útil que el caso requiere.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Valladolid, 27 de Abril de 1939.—Año de la Victoria.—El Fiscal Superior de la Vivienda, *Blas Sierra*.—Firmado y rubricado.—Hay un sello en tinta que dice, Ministerio de la Gobernación, Fiscalía Superior de la Vivienda.—Ilmo. Sr. Fiscal Delegado de la Vivienda de Cáceres.

ORDEN nombrando el Consejo General de Colegios Oficiales Médicos.

En el «Boletín Oficial del Estado», del 16 del actual, se inserta la siguiente Orden del Ministerio de la Gobernación:

«Ilmo. Sr.: Haciendo uso de las facultades que me están conferidas, y teniendo en cuenta lo que dispone el apartado séptimo de la Orden de Gobierno General de 18 de Enero de 1938, he tenido a bien designar para los cargos directivos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos a los señores siguientes:

Presidente: D. Enrique Suñer Ordoñez.

Viccpresidente: D. Juan José Rivas Bosch.

Secretario: D. Saturnino García Vicente.

Vocal: D. Lorenzo García Tornell.

Idem D. José Luis Durán Sousa.

Idem D. Benigno Oreja Elósegui.

Idem D. José Fernández de la Portilla.

Idem D. Jesús Muro.

Idem D. Mariano Gómez Ulla.

Idem D. Dámaso Gutiérrez Arreses.

Idem D. Guillermo Núñez.

Idem D. Antonio Osorio.

Idem D. Tomás López Mata.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Burgos, 15 de Abril de 1939.—Año de la Victoria.—*Serrano*

Suñer

Ilmo. Sr. Jefe del Servicio Nacional de Sanidad».

Aviso para los asociados a Previsión Médica que se hallaban en zona roja

Hemos recibido del Consejo de Administración de Previsión Médica Nacional el siguiente comunicado:

«Rogamos a Vd., que con la máxima urgencia, se sirva indagar el paradero de los asociados a Previsión Médica Nacional, residentes en esa Provincia y que hasta fines del pasado mes se hallaban en zona roja, a los que entregará el impreso necesario para formular la declaración jurada prevenida en la Orden del Gobierno General del Estado de fecha 9 de Diciembre del año 1937, publicada en el «Boletín Oficial» del Estado del día 11».

Lo que hacemos público para general conocimiento, esperando que los Médicos que se encuentren en tales circunstancias se apresuren a interesar les sea facilitado por este Colegio el impreso correspondiente.

Para mayor claridad reproducimos a continuación el contenido de la Orden del Gobierno General de 9 de Diciembre de 1937, que dice lo siguiente:

«Con el fin de conseguir una rápida normalización en el cometido de la Asociación de Socorros Mutuos, denominada «Previsión Médica Nacional», cuyo Reglamento fué aprobado por R. O. de 9 de Mayo de 1930, y para que pueda seguir cumpliendo sus importantes fines sociales, en orden a la protección de inválidos y sostenimiento de viudas y huérfanos de médicos, farmacéuticos y odontólogos; vista la propuesta del Consejo General de Colegios Médicos y el informe de la Jefatura Superior de Sanidad.

Este Gobierno General se ha servido disponer:

1.º En el plazo máximo de noventa días se pondrá en funcionamiento la Previsión Médica Nacional con sujeción al Reglamento de 9 de Mayo de 1930 Orden de 17 de Agosto de 1933, y a los preceptos de la presente.

2.º La dirección provisional de Previsión Médica Nacional será ejercida por el Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos, nombrado en 29 de Julio del corriente año, actuando de Comité ejecutivo el que lo sea del Consejo y teniendo ambos todas las atribuciones y deberes que en el Reglamento se confieren al Consejo de Administración y Comité Ejecutivo, respectivamente.

3.º Las funciones inherentes al Consejo de Inspección serán ejercidas por la Jefatura Superior de Sanidad del Estado Español.

4.º Los asociados a Previsión Médica Nacional procedentes de zonas no liberadas y los de la nacional, cuyos Colegios radiquen en aquellas, presentarán en el plazo de treinta días ante el Colegio de Médicos provincial de su residencia, o ante el más cercano, según los casos, una declaración jurada en la que se hará constar:

- a) grupos en que estén inscritos.
- b) fecha y cuantía del último recibo satisfecho.
- e) si la admisión en Previsión Médica fué condicional y por qué causa.

Igualmente los asociados que en lo sucesivo hagan su presentación en la zona Nacional, vendrán obligados, también en el plazo de treinta días, a formular una declaración jurada concebida en los términos a que se hace referencia en el párrafo anterior, ampliada con la fecha de entrada en el territorio Nacional y autoridad ante quien hizo la correspondiente presentación.

Los asociados que con posterioridad a esta disposición sean liberados sin haberlo sido el Colegio Médico Provincial a que pertenezcan, quedan obligados a presentar en el mismo plazo la declaración jurada de que se hace mención ante el Colegio Médico Provincial más cercano a su residencia.

5.º El no cumplimiento de lo dispuesto en el artículo anterior, dejará automáticamente en suspenso todos los derechos como asociado a Previsión Médica Nacional, sin perjuicio de que previa petición de parte, el Consejo acuerde concederle la prórroga que señala el artículo 57 de los Estatutos.

6.º La designación de beneficiarios hechas por los asociados con anterioridad al alzamiento Nacional, quedan anuladas, y en su virtud por los asociados, se procederá a hacer nueva designación con arreglo al Reglamento.

El Consejo de Administración hará la designación de beneficiarios condicionales de acuerdo con el artículo 24 del Reglamento en los casos de defunción posterior al 18 de Julio de 1936, y en aquellos otros en que no se haya hecho nueva designación de beneficiarios por los asociados.

7.º Todos los asociados a Previsión Médica Nacional que figuren inscritos en 18 de Julio de 1936 están obligados a satisfacer las cuotas mensuales de derrama que le corresponda por los grupos suscritos a partir de 1 de Julio de referido año de 1936.

Los asociados que tuvieran la cuota satisfecha del mes de Julio del pasado año, por haber remitido el Consejo de Previsión Médica los recibos de dicho mes al Consejo Provincial respectivo, quedan obligados a satisfacer la cuota complementaria que le corresponda.

Asimismo los asociados que por proceder de zona roja o liberada, con posterioridad al 18 de Julio de 1936, hubiesen satisfe-

cho cuotas de derrama puestas al cobro por el Consejo de Murcia de los meses de Julio y posteriores están obligados a abonar la cuota complementaria que les corresponda por la diferencia entre la pagada en la zona roja y la señalada por el Consejo de Previsión del territorio Nacional.

8.º Las cuotas de derrama a partir de 1 de Julio de 1936, serán satisfechas por los asociados en los plazos que señale el Consejo de Administración, independientemente de las que le corresponda por la mensualidad corriente y desde el mes en que comience a funcionar de nuevo la Previsión Médica Nacional.

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

10. Cuando fallezca algún asociado sin haber satisfecho en su localidad las cuotas de derrama y que estuviesen dentro de los beneficios otorgados por el Consejo de Administración, será descontado su importe del subsidio que corresponda a sus beneficiarios.

11. El cobro de Subsidio de Vida correspondiente a expedientes no resueltos, se hará en lo sucesivo en forma de pensión mensual, partiendo la indemnización mínima de 5.000, 15.000, 30.000 y 50.000 pesetas, en plazos mesuales durante 5, 10, 15 y 20 años, como máximo, según que el asociado pertenezca a los grupos I, II, III y IV.

12. Para el pago de las pensiones anteriores al Alzamiento Nacional se constituirá un fondo que será integrado como sigue:

a) Por los saldos que tuvieran los Colegios del territorio nacional a favor de Previsión Médica Nacional en 18 de Julio de 1936, así como el que arroje el de los Colegios posteriormente liberados o que se liberen en lo sucesivo.

b) Por las cuotas de entrada de los nuevos asociados a Previsión Médica Nacional.

c) Por la cantidad que el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos destine a este fin del importe de los certificados vendidos en territorio nacional, a partir de 1 de Septiembre de 1936 y de los que en lo sucesivo se vendan. Dicha cantidad nunca podrá ser inferior al 25 por 100 del importe total de los certificados.

d) Por los recargos señalados en el apartado b) del artículo 61 del Reglamento.

e) Por la cantidad que el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos destine del importe de los saldos de los Cole-

gios Médicos en 18 de Julio de 1936, por suministro de certificados, por el de los liberados después de esta fecha y por los que en lo sucesivo se liberen.

f) Por las subvenciones oficiales que puedan obtenerse a este fin.

13. Una vez cubierto el fondo a que se refiere el artículo anterior se constituirá el fondo auxiliar del apartado 2.º del artículo 61 del Reglamento.

De este fondo auxiliar se abonará al fondo de pensiones concedidas durante el Movimiento Nacional, las cantidades que el Consejo de Administración acuerde con destino a la reducción de las cuotas de derrama de la Sección de Vida, teniendo en cuenta el extraordinario número de defunciones habidas y las que en lo sucesivo se produzcan.

Esta reducción en ningún caso podrá exceder del importe del 50 por 100 para el Grupo I; 40 por 100 para el II; 30 por 100 para el III; y 25 por 100 para el IV del valor de la cuota de derrama correspondiente.

Los fondos que se destinen a la reducción de cuotas de derrama y que procedan de los apartados c) y e) solamente tendrán aplicación para los asociados de la profesión de médicos.

14. Las cantidades que se destinen al fondo auxiliar serán reintegradas a éste con las cantidades que puedan ser recuperadas del capital social actualmente en territorio no liberado.

15. Tan pronto como sea liberada Murcia, el Comité Ejecutivo irá a hacerse cargo ante el Notario de los fondos y documentación que puedan entregarse y para lo cual se solicitará del Gobierno General cuantas autorizaciones sean precisas.

16. Por el Consejo de Administración de Previsión Médica Nacional se redactará el Reglamento provisional del régimen interior, que someterá a la aprobación del Gobierno General del Estado.

17. El domicilio provisional de Previsión Médica Nacional quedará establecido en Valladolid.

ARTICULOS ADICIONALES

1.º Los preceptos contenidos en este Reglamento tienen carácter provisional o transitorio. En su consecuencia a su completa vigencia volverá el Reglamento de Previsión Médica Nacional, cuyos preceptos regirán en tanto en cuanto no se opongan a la presente Orden cuando la Superioridad lo disponga.

2.º Los derechos señalados a los beneficiarios quedarán en suspenso o se privará a estos definitivamente de su disfrute cuando dichos beneficiarios sean sancionados por resolución firme dictada por la Autoridad competente por actos contrarios al Glorioso Movimiento Nacional.

3.º Los que actualmente ostenten el carácter de asociados de Previsión Médica Nacional no podrán darse de baja en ella sin dejar de ejercer la profesión.

4.º Podrán inscribirse en los Grupos I y II de ambas secciones de la Previsión Médica Nacional, todos los empleados de los Colegios Oficiales de Médicos con más de dos años de servicio y en las mismas condiciones que señala el artículo segundo adicional de esta orden.

5.º La Comisión Permanente podrá resolver provisionalmente los casos concretos que en la práctica se presenten y que tasativamente no estén regulados ni previstos por el Reglamento y esta Orden, aplicando sus preceptos por analogía. Pero tanto en el supuesto expresado como en los de interpretación que por su importancia lo requieran, deberá dar cuenta dentro de los treinta días naturales siguientes a la Jefatura Superior de Sanidad del Estado, quien resolverá definitivamente; entendiéndose que la Superioridad ratifica la resolución del caso sometido a su apreciación si transcurren otros treinta días naturales contados desde que oficialmente se haya puesto en su conocimiento, sin que expresamente haya mostrado su disconformidad.

Valladolid, 9 de Diciembre de 1937.—Segundo Año Triunfal.

El Gobernador General,
LUIS VALDÉS

AYUDAD A LA INDUSTRIA QUÍMICA NACIONAL RECETAD PRODUCTOS ESPAÑOLES

EL LABORATORIO
QUÍMICO-FARMA-
CÉUTICO de G. ES-
COLAR, Sucesor de
J. G. Espinar, aca-

ba de poner a la disposición de la respetable clase médica, las nuevas preparaciones marca «ESPAÑA» JARABE DE HIPOFOSFITO COMPUESTO «ESCOLAR». ESTOMACAL «ESCOLAR». YODURO DE CAFEINA «ESCOLAR». SOLUCION ESTABLE DE SALICILATO DE SOSA «ESCOLAR». SAL DE FRUTAS ESPAÑOLAS «ESCOLAR». BALSAMO DEL NIÑO «ESCOLAR». UROTROPIN «ESCOLAR». PIPERACINA «ESCOLAR». MIEL DE

UVAS VITAMINADAS «ESCOLAR».
Jarabes, Vinos Medicinales, Granula-
dos, Inyectables de todas clases y
AGUA OXIGENADA NEUTRA y ME-
= D CINAL a DIEZ VOLÚMENES =

Calle Sánchez Perrier, núm. 3.—Apar-
tado de Correos, 46. — **SEVILLA.**

El IV Congreso Internacional de Patología Comparada

Durante los días 15 al 20 de Mayo, se celebrará en Roma el IV Congreso Internacional de Patología Comparada. Ante la imposibilidad de enviar una representación, por este Colegio se ha enviado al Sr. Presidente del mismo, el siguiente mensaje de adhesión:

«Excmo. Sr. Prof. Dr. Pietro Rondoni, Presidente del IV Congreso Internacional de Patología Comparada.»

Roma.

EL COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS DE LA PROVINCIA DE CACERES, en cuya entidad se encuentran representados los profesionales titulados que ejercen la Medicina en la misma, en número de CUATROCIENTOS colegiados, en nombre de todos, la Junta de Gobierno de esta Corporación Médica, tiene el alto honor de dirigirse a V. E. como Presidente del IV Congreso Internacional de Patología Comparada, para expresarle la adhesión más sincera y entusiasta con sus fervientes votos de que se alcancen en el mismo positivos resultados que vengan a enriquecer nuestra Ciencia, honrando nuestra profesión.

Si la guerra que nuestra Patria ha sostenido con la ayuda de Dios y la sabia dirección del Caudillo Franco no retuviera a los Médicos en Hospitales, Equipos Quirúrgicos, Laboratorios y Unidades Combatientes, podría tener V. E. la seguridad de contar con nuestra modesta colaboración personal, que contrariando nuestros deseos no nos es posible prestar en las circunstancias presentes.

Y ya que ello nos impide hacer patente en el Congreso nuestro reconocimiento a los compañeros de todo el mundo, y en especial a los de esa Italia Imperial, tan unida a nosotros en la Cruzada que culminó en la Victoria, a la que tanto contribuyó vuestro País, su Rey Emperador y el Duce, le rogamos encarecidamente haga presente a todos nuestra eterna gratitud, que especialmente ganó nuestros corazones hacia vuestro hoy Emperador, vuestro Duce y vuestro Pueblo, al que tenemos y consideramos como hermano.

Cáceres, 18 de Abril de 1939.—Año de la Victoria.
Saludo a Franco: ¡Arriba España!

LA JUNTA DE GOBIERNO»

PEDRO R. DE LEDESMA

**Médico Tocólogo excedente de la B. M. de Madrid;
del Hospital Provincial y del
Instituto Provincial de Higiene, de Cáceres**

Cirugía general-Obstetricia y Ginecología

Avenida de la Virgen de la Montaña - Teléfono, 1310

CÁCERES

DISPONIBLE

Los enfermos del
**ESTÓMAGO e
INTESTINOS**

dolor de estómago, dispepsia, acedías y vómitos, inapetencia, diarrea, úlcera 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.



DISPONIBLE

BENEDICTO MALAGA
APARATO DIGESTIVO Y NUTRICION
RAYOS X METABOLISMO BASAL

CONSULTA: DE 11 A 1 Y DE 4 A 6
Avenida de España, núm. 13.—Teléfono, 1762
CACERES

Cuatro productos de máxima eficacia

Señor Doctor:

Cuando quisiera utilizar la QUINOTERAPIA en las enfermedades de las vías respiratorias inferiores, en la neumonía, bronconeumonía postoperatoria, bronquitis aguda, crónica, estasis bronquial gripal y sus secuelas, y en todos los estados infecciosos, nada encontraría mejor que el producto español

PULMOTON

...UN AUXILIAR EFICAZ de comprobada acción antitóxica y antiséptica en los casos de gripe y sus secuelas, en las bronquitis y bronconeumonías y siempre que precise modificar o disminuir las secreciones bronquiales, haciendo una verdadera antisepsia de las vías respiratorias, lo encontrará en el producto español

PULMOTON

...UN MEDICAMENTO DIGITALICO de acción constante y segura, sin los inconvenientes de las digitalinas, puede utilizar el compuesto de Purino-Guocidos A. B. y C. preparación original, no igualada hasta hoy, lo encontrará en el producto español

TONDIUR

..Cuando necesite utilizar un narcótico, un anélgico, un antiséptico en insomnio, neuralgias, asma, dispepsia dolorosa, diarrea, flatulencia, estreñimiento, obstrucción intestinal, cólicos hepáticos y biliar, apendicitis, cólico saturnino, dolores de tumores malignos, etc., tendrá con toda seguridad la indicación utiliza de

ANESTON

que es la totalidad de los alcaloides del OPIO al estado de sales solubles y neutras, perfectamente depuradas; todas las ventajas del OPIO sin ninguno de sus inconvenientes; mejor que la morfina y sus sales.

Señor Doctor:

Por economía de la patria, y la particular del enfermo, hoy más que nunca, recete productos españoles.

Laboratorio del Doctor Vicente - MADRID

Provisiónal: Llanquizada, 12. SAN SEBASTIAN

Cuatro productos de máxima eficacia

Señor Doctor:

Cuando quiera utilizar la QUINOTERAPIA en las enfermedades de las vías respiratorias inferiores, en la *neumonía, bronconeumonía post-operatoria, bronquitis aguda, crónica, ectasia bronquial gripe y sus secuelas*, y en todos los estados infecciosos, nada encontrará mejor que el producto español

PULMOTOXIN

...UN AUXILIAR EFICAZ de comprobada acción antitóxica y antibacteriana en los casos de gripe y sus secuelas, en las bronquitis y bronconeumonías y siempre que precise modificar o disminuir las secreciones bronquiales, haciendo una verdadera antisepsia de las vías respiratorias, lo encontrará en el producto español

PULMOTON

...UN MEDICAMENTO DIGITALICO de acción constante y segura, sin los inconvenientes de las digitalinas, puede utilizar el compuesto de Purpúreo-Glucocidos A. B. y C., preparación original, no igualada hasta hoy, lo encontrará en el producto español

TONDIUR

...Cuando necesite utilizar un narcótico, un analgésico, un antiespasmódico en insomnio, neuralgias, asma, dispepsia dolorosa, diarrea, hernia estrangulada, obstrucción intestinal, cólicos hepático y nefrítico, apendicitis, cólico saturnino, dolores de tumores malignos, etc., llenará con toda seguridad la indicación utilizando

ANESTON

que es la totalidad de los alcaloides del OPIO al estado de sales solubles y neutras, perfectamente depuradas; todas las ventajas del OPIO sin ninguno de sus inconvenientes; mejor que la morfina y sus sales.

Señor Doctor:

Por economía de la Patria, y la particular del enfermo, hoy más que nunca, **recete productos españoles.**

Laboratorio del Doctor Vicente. - MADRID

Provisional: Uzandizada, 12. SAN SEBASTIAN