

Clinica 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
SANCTI-SPIRITUS, 3 - TELEFONO, 282

PUBLICACION MENSUAL,
PROFESIONAL Y CIENTÍFICA

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
LA JUNTA PERMANENTE DEL
COLEGIO MÉDICO

SUMARIO

SECCIÓN CIENTÍFICA.—La fatiga, el cansancio y la acción recuperadora del sueño.—La diarrea del lactante.—Nuestros actuales conocimientos acerca de la Hormona masculina.—La cirugía del Carbúnculo.—La tos ferina: el significado diagnóstico del recuento sanguíneo.—El dolor como síntoma neurológico y su tratamiento.—La tolerancia individual.—SECCIÓN DE LEGISLACIÓN.—Normas para la sustitución de Médicos que tengan que jubilarse por edad avanzada e imposibilidad física.—Tribunales para las oposiciones a plazas de médicos de Asistencia Pública Domiciliaria.—Plaza Gratuita en el Instituto Psiquiátrico-Pedagógico.—Aviso.—SECCIÓN OFICIAL DEL COLEGIO.—Actas de las sesiones celebradas los días 6 de Octubre, 22 de Noviembre y 4, 11 y 27 de Diciembre.

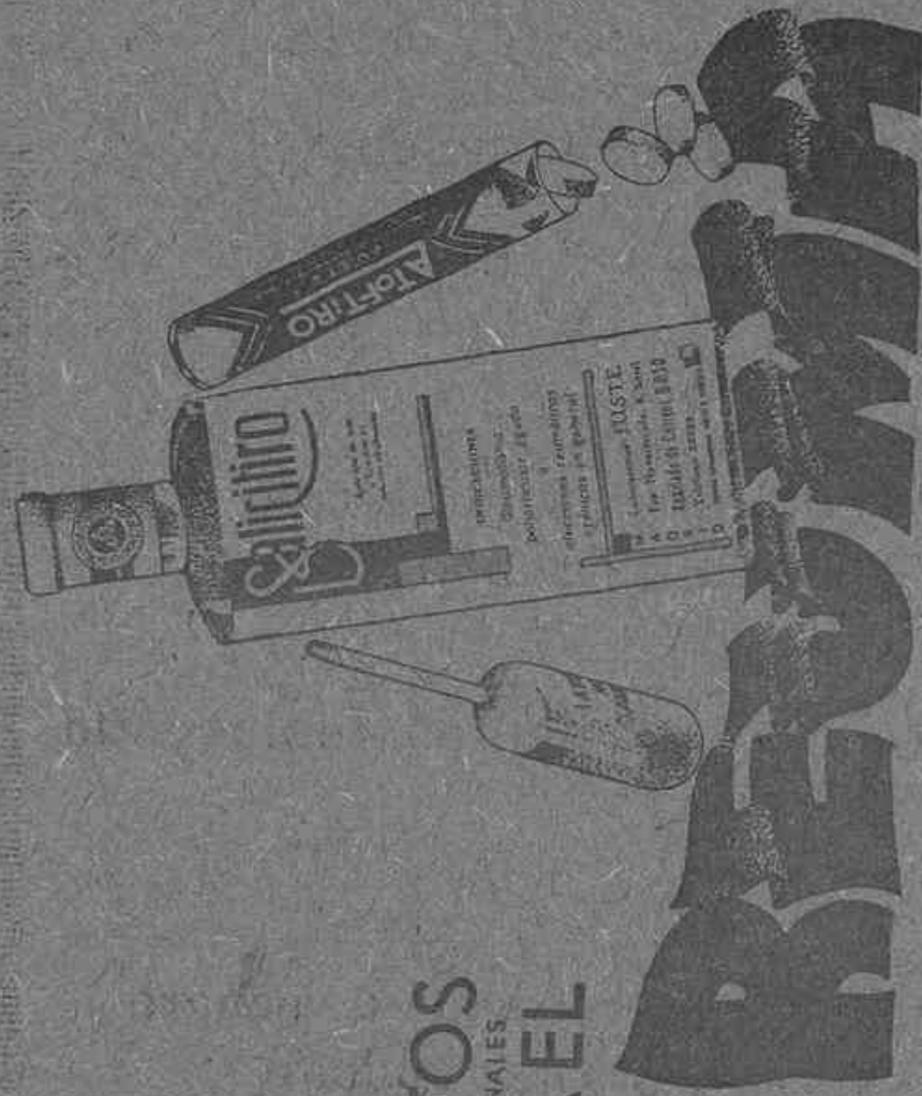
CÁCERES

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

1935

3

PRODUCTOS
NETAMENTE NACIONALES
CONTRA EL



SALIVENAL
AMPOLLAS

SALICILATO DE SODA AL 10% EN SOLUCION GLUCOSADA. ISOHIDROGENIONICA PARA INYECCION INTRAVENOSA. AMPOLLAS DESTRO CC. CAMAS DE 5 AMP.

Salicilato
SOLUCION

SALICILATO DE SODA Y TIROBINA EN SOLUCION FUERTEMENTE ALCALINIZADA. FRASCOS DE 250 GR.

2 GRS. DE SALICILATO DE SODA POR CUCHARADA SOPEA

Atoftiro

COMPRIMIDOS

ACIDO-FENIL-QUINOLIN-CARBONICO Y TIROBINA. TUBOS DE 20 COMPRIMIDOS

TRES FORMAS ANTIRREUMATICAS TOLERABLES



«CASTEL»

LABORATORIO «CASTEL»

S.1
12411

Laboratorio «CASTEL»

ANALISIS CLINICO BACTERIOLOGICO Y SEROLOGICO

Sangre y Líquido Cefalorraquídeo.



Orina, Esperma, Espustos.

Contenido gástrico.

Líquido duodenal.

Heces, Líquidos retirados por punción.

Exudados. Leche de mujer.



Pruebas funcionales renales.

» » hepáticas.

» » del aparato digestivo.

» » de la nutrición.



Análisis químico y biológico de alimentos (incluyendo vitaminas).

Análisis de Agua.

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

“GADOL” CASTEL

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

Muestras gratis a los señores Médicos que la soliciten

PLAZA MAYOR, 37 — TELÉFONO, 108

CACERES

JOSE ROPERO

Médico Oftalmólogo del Hospital de Cáceres



Plaza Mayor, 4 y 6

Teléfono, 37

CÁCERES

LUIS INFANTE

Médico especialista en

GARGANTA, NARIZ Y OIDOS

Consulta de 10 a 1 y de 5 a 6

Plaza Mayor, 49, 3.º - CÁCERES

BOROLUWYL

FORMULA: TARTRATO BORICO POTÁSICO, FENIL-ETIL-MA-LONILUREA, CAFEINA, BELLADONA ETC.

INDICACIONES

EPILEPSIA
VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPسيا, COREEA
HISTERISMO Y OTRAS AFEC-
CIONES DEL SISTEMA NERVIOSO.

GRAJEAS DE

YODURO BERN-K.YNA.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento

Científico y Radical de las

VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonias
de los vasos por las
GRAJEAS DE

VARIPREBOT

FORMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CI-
TRATO SODICO, TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC.

Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: Laboratorio BENEYTO

MADRID

Clínica Extremeña

Revista científica mensual

Sección Científica

(TRABAJOS TRADUCIDOS)

La fatiga, el cansancio y la acción recuperadora del sueño

Por L. R. MÜLLER.

"Deutsche Medizinische Wochenschrift", 19 de Abril, 1935.

Extractado y traducido por E. A. O'FERRALL.

La fatiga física o mental produce el cansancio. Pero aun cuando las actividades cotidianas son limitadas o se pasa el día entero sin hacer nada, al fin de la jornada se siente cansancio y debilidad.

La fatiga física o bien la de los músculos no es otra cosa que un excesivo consumo de fuerza muscular. Queda siempre sin solución la cuestión de si la sensación de cansancio y todos los fenómenos que la acompañan, son debidos a un agotamiento efectivo de la energía muscular, y de los respectivos elementos citológicos o bien dependen de la acumulación de sustancias producidas por la fatiga (Kenotosina) y de su acción sobre el cerebro.

"CEREGUMIL" FERNANDEZ Y CANIVELL

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO

Insustituible en las intolerancias gástricas y afecciones intestinales

Fernández y Canivell. - Málaga

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

Para dar una explicación plausible de los efectos de la fatiga, conviene tener presente el cuadro sintomatológico del cansancio grave. El individuo en estado de gran cansancio se presenta encorvado, abatido y no siempre consigue tener las rodillas derechas; La cabeza se inclina hacia adelante, los ojos están semi abiertos, la boca está también semi abierta por la caída de la mandíbula. Los movimientos son poco vivos, lentos, inseguros sin coordinación. El individuo cansado generalmente no habla espontáneamente, sus respuestas son poco vivaces, se interrumpe con frecuencia. El hablar es lento, arrastrado, flojo. Correspondientemente resultan debilitadas las facultades psíquicas, sobre todo la memoria y el cálculo: De todos modos el sujeto tiene conocimiento de su estado, está cansado y lo sabe, advierte la necesidad de las condiciones precisas para reparar su estado, el reposo y el sueño.

Por cierto que pueden soportarse grados no acentuados de fatiga sin advertir excesivo cansancio. Con respecto a esto se ha notado que las condiciones psíquicas tienen una notable influencia en esta sensación. Si la fatiga está asociada a una sensación agradable, o si es provocada por una ocupación que interesa mucho, la sensación de cansancio puede que no alcance a llegar al umbral de la conciencia o llegar a él solamente cuando el agotamiento de las energías ha alcanzado un grado muy elevado.

La fatiga suele producir una sensación de cansancio general o local. Cuando se efectúa una labor en la cual intervienen una gran parte de los músculos del cuerpo, entonces la sensación de cansancio afecta a todo el organismo, cuando por lo contrario se trabaja con un solo miembro existe una sensación localizada, una sensación que es también menos vaga, más definible.

El trabajo estático es aun más fatigoso. Si por ejemplo, es preciso tener levantado delante de uno, con los brazos estirados, un objeto pesado, se sentirá a los pocos minutos una sensación dolorosa de cansancio en los brazos, que puede atribuirse al obstáculo que se pone a la circulación determinada de los músculos contraídos, y también a la distensión de los tendones y las cápsulas articulares.

También en el trabajo dinámico la sensación dolorosa puede atribuirse a las alteraciones de los tendones y de los tejidos articulares y periarticulares, pero en este caso se trata de lesiones verídicas y propias (hiperemia, inflamaciones, exudaciones, necrosis) que excitan las fibras doloríficas.

Pero la sensación general de cansancio no es causada por la excitación de las vías nerviosas que transmiten la sensibilidad muscular. Es preciso admitir que la actividad muscular y nerviosa pone en libertad particulares substancias las cuales puestas en circulación van a influir los centros nerviosos, provocando la sen-

sación de cansancio. Y son estas substancias que incitan al reposo y al sueño.

Es la comparticipación directa de los centros nerviosos, que transforma el fenómeno de neurológico en psicológico. Nos sentimos mentalmente cansados, cuando tenemos la consciencia que nuestra capacidad de atención y de concentración se debilita, que nuestra inteligencia y nuestra memoria se hacen deficientes, que nuestra actividad se pone escasa y que nuestra capacidad de expresión y nuestro lenguaje encuentran dificultades. Del punto de vista somático nosotros nos «sabemos» cansados, cuando los movimientos se hacen menos ágiles y menos rápidos nuestras fuerzas se han debilitado, nuestro andar se hace lento y damos pasos cortos y nuestras capacidades corporales menguan. Sentimos que todo se hace difícil, tenerse en pie o mantener la cabeza erecta. Sentimos, ante todo, una necesidad instintiva de reposo y de sueño, y también esta sensación no es localizable.

Naturalmente en los casos avanzados de cansancio también la consciencia permanece ofuscada cuando éste es el resultado de todas las energías espirituales. Con el agotamiento de todos los recursos enérgicos se debilitan todas las capacidades de iniciativa, los instintos fijos de la vida, la efectividad, la crítica se debilitan, los pensamientos se vuelven vagos y ya no tienen un curso lógico; se padece en suma de una confusión de toda la consciencia, el pensamiento se convierte en una fantasía que se esfuma en una especie de sueño desordenado que se hace rápidamente un sueño profundo que no es interrumpido por cualquier excitación de los sentidos.

Al sobrevenir el sueño se compromete la continuidad no sólo de las vías de sensibilidad, pero también de las centrífugas, o de las netamente motores o de las de corteza, siguen las vías piramidales, como también de las que regularizan el tono muscular y que partiendo de los núcleos de la base siguen vías extrapiramidales. Con el sueño profundo ya no se advierten las excitaciones sensorias, pero no se puede seguir movimientos voluntarios coordinados mientras toda la musculatura está atónica.

Los más recientes experimentos tienden a demostrar la existencia de un centro en la región retroinfundibular, cuya excitación mediante alguna substancia, en el caso del cansancio el calcio, provoca el sueño.

De todos modos conviene notar que el sueño no es solo un fenómeno de parálisis o de arresto, sino también de excitación y de actividad. En el sueño hay restricción de la pupila y aumento del tono de los esfínteres vesicales así como aumento del tono del parasimpático y reducción del simpático. Sin embargo la

actividad de los órganos internos sigue sin modificación. El tono del parasimpático y la reducción de la asimilación y la desasimilación en su parenquima siguen con el mismo ritmo despierto o dormido.

El sueño no es solamente una consecuencia o el efecto de una fatiga excesiva y una rebaja de las energías potenciales. Como la actividad motora y secretoria del estómago se excita al apercibir algún manjar apetitoso, como el simple deseo o una fantasía erótica determina una erección, de la misma manera hechos puramente psíquicos como el aburrimiento, una conversación monótona, rumor monótono, el bostezo de un vecino, pueden hacer sentir la necesidad del sueño o provocarlo directamente con el mecacismo de los reflejos condicionales.

Ya que los estímulos sensorios no pueden conciliar el sueño, si se quiere provocar el sueño con un reflejo condicional cualquiera, procede estabilizar la «condición», o sea eliminar todos los elementos perturbadores, buscar un ambiente tranquilo, oscuro, en el cual el cuerpo, en un completo relajamiento muscular, puede encontrar una posición de reposo cómoda. De esta manera se tiene la posibilidad de colocar el sistema nervioso en estado de favorecer el sueño, como, recíprocamente, existe así la posibilidad de combatir el cansancio y las ganas de dormir.

Fisiológicamente dura el sueño hasta que las ganas de dormir se han agotado, hasta cuando ha cesado el cansancio. Y estas ya no se sienten cuando las modificaciones físico-químicas del organismo, que han sido provocadas por la actividad del sistema nervioso central y del aparato nervio-muscular y que provocan el sueño, han sido anuladas precisamente por otras influencias físico-químicas determinadas justamente por la acción reparadora del sueño. Cuando éste ha durado lo suficiente para absolver su función reparadora, al despertar ya no se tiene sensación alguna de cansancio y se siente uno más fuerte, más activo, más energético y serenua la energía de la voluntad y de la iniciativa. Si por el contrario el sueño es interrumpido inoportunamente o por otras razones es de breve duración, la aptitud para cualquier forma de trabajo resulta reducida para todo el día, el cansancio sobreviene antes y el rendimiento es en todo caso menor.

Solamente el sueño tiene esta acción reparadora totalitaria, que ni el descanso ni la alimentación pueden suministrar por sí solos.

El sueño representa un verdadero proceso activo de carga de energía, a través de un mecanismo obscuro, el sueño acumula en el organismo todas las energías vitales que puedan ser consumidas durante el tiempo que se está despierto, del mismo modo que la corriente eléctrica carga el recipiente de plomo de un

acumulador con una energía que puede ser usada después de diversos modos.

Durante el sueño hay allí procesos vegetativos, como la digestión, el recambio material, la circulación y la respiración, los cuales continúan funcionando sin pararse, como tampoco se paran algunas actividades nerviosas como las que dominan la musculatura intestinal, vesical y vasal, así como los centros vitales en la pared del tercer ventrículo y la base del cuarto ventrículo. Estos continúan funcionando sin modificación en el cansancio y en el sueño. Puede paralizarse como consecuencia de esfuerzos o por la acción de venenos, pero no por el efecto del sueño.

El complejo de los fenómenos que constituyen en cansancio en condiciones patológicas pueden verificarse fuera de todo trabajo físico y mental. Todos los procesos febriles, las enfermedades amenizantes, las afecciones del recambio que determinan un estado de cansancio con un mecanismo patogenético no claro a base tóxica, los cuales agotan, la capacidad vital del organismo sin que el sueño pueda desarrollar su acción recuperadora, o que ésta sea insuficiente a causa de la enfermedad, o porque las causas perturbadoras continúan su actuación durante el sueño mismo.

En los individuos asténicos o psicoténicos existe una tendencia a cansarse fácilmente, cuyo cansancio es difícilmente reparado por el sueño. Es notorio que muchos de estos enfermos se levantan más cansados que cuando se acostaron. Es difícil decir si en estos casos el hecho es solo subjetivo o bien en relación con una alteración de la percepción cenestésica o a un defecto del mecanismo restaurador del sueño. La medicina ha probado prestar medios terapéuticos para sustituir o colaborar con la acción del sueño en la lucha contra el cansancio.

En el café, en el te, en la kola se encuentran sustancias que vencen o amortiguan el sueño, sea combatiendo la sensación de cansancio, o atenuando los efectos, digamos narcóticos, del mismo cansancio. En efecto el café y el te dan una sensación de vigor y vivacidad aclaran las ideas y aceleran su curso. Pero la acción de estas drogas es de efecto transitorio, nunca tan completa, jamás tan profundamente reparadora como la del sueño.

Los preparados de fósforo y de calcio dan siempre efectos más perdurables y más eficaces en cuanto recalcan la acción del sueño sin sustituirle.

En el insomnio, el cual siempre tiene repercusiones importantes en el estado general y en el rendimiento individual, procede recurrir a todos los medios para eliminar todas las causas perturbadoras del sueño, por medios medicamentosos, quirúrgicos, fisio-y-psicoterapéuticos, y administrando oportunamente donde y cuando proceda, productos farmacéuticos hipnóticos de los cuales la terapia tiene gran número a su disposición.

La diarrea del lactante

Por P. GIRAUD. «Marseille Medicale», 5 de Abril 1935.

Extracto publicado por «Il Policlinico». N.º 30, 29 de Julio 1935.

Traducido directamente del Italiano por E. A. O'FERRALL.

Las diarreas del lactante se dividen en graves y corrientes.

Las diarreas corrientes están relacionadas con el modo de alimentación del lactante (errores de régimen, intolerancia hacia un alimento dado). Entre estas se encuentran:

A.—Diarrea del lactante al seno. Son diarreas prandiales (durante o seguidamente después de la tetada), de color verde, ácidas al tornasol; frecuentemente con eritema en las nalgas, con estado general poco comprometido, duran a veces algunos meses y pueden sanar espontáneamente. Indican una intolerancia cólica con heces demasiado ácidas, por lo cual el colon emite prematuramente, y con dolores, heces de pigmentación biliar que no han experimentado la transformación en estercolina y toman un color verde al aire.

Lo que no se debe hacer: Poner el lactante a régimen hídrico o suministrar purgantes o fermentos lácticos.

Lo que se debe hacer: Regular la alimentación del lactante en el número y la cantidad de las tetadas; dar una pequeña cantidad de leche de vaca (sustituyendo una tetada), prescribir algún alcalino (agua de cal), en pequeñas cantidades; si con estas medidas no se consigue el efecto deseado, prescribir bismuto, tanato de gelatina, Salicilato de alumina.

B.—Diarreas comunes de los lactantes alimentados artificialmente.

Debido a dispepsia por la leche de vaca a causa de mala absorción de la grasa y digestión imperfecta de la caseína. Sigue generalmente a un estado de estreñimiento con deposiciones «pastosas». El lactante alimentado artificialmente está generalmente estreñido mientras que el niño de pecho está un poco «suelto de vientre».

Defecaciones de color variable, pero nunca absolutamente verdes; fétidas y alcalinas al tornasol; eritema de las nalgas púpulo-erosivas. Enfermedad de larga duración que no comienza en los primeros meses; estado generalmente poco afectado. La línea de conducta será la siguiente:

1.—Regular la alimentación en frecuencia y cantidad.

2.—Sustituir parte de la leche con farináceas, (primeros 6 meses harina malteada después cereales variados), o con leche descremada en polvo.

3.—Régimen hídrico en el momento de los ataques diarreícos, (hasta los 6 meses, 12 horas; de los 6 a los 12 meses, 24 horas); volver a la alimentación regular con harina malteada y después con leche en polvo.

4.—Prescribir fermentos lácticos. En estos niños se comenzará más pronto a administrar papillas.

C.—Diarrea de las farináceas. Se trata generalmente de niños de más de 6 meses a quienes se da una alimentación abundante de farináceas y deficiente en leche. Defecaciones infrecuentes, pastosas y llenas de gas, no son fétidas; emisiones frecuentes de gas por el ano. Estado general que permanece bueno por largo tiempo y además aparentemente gordo por retención hídrica.

Para evitar estas complicaciones es preciso tener presente que el niño de menos de 6 meses no digiere las harinas no malteadas y que además estas constituyen una alimentación falta de equilibrio. Además las harinas comerciales no tienen vitaminas y se constituye un estado de deficiencia vitamínica.

En presencia de esta dispepsia:

1.—No dar más que harina malteada.

2.—Sustituir una buena parte de ésta con leches modificadas, (condensadas con azúcar, en polvo), y si hay intolerancia a la leche, productos animales (hígado de ternera, carne cruda raspada), o vegetales (soja, semilla de girasol).

3.—Suministrar fuertes dosis de vitaminas (aceite de hígado de bacalao o carotina; (a) levadura de cerveza; (b) jugo de fruta fresca; (c) aceite de hígado de bacalao o ergosterina irradiada).

4.—Prescribir fermentos amiloidíticos (malta, amilodiastasis).

Las diarreas graves.

A.—Diarrea coloriforme. Cólera infantil se manifiesta generalmente durante el período de los fuertes calores en los lactantes alimentados artificialmente. Se inicia bruscamente con vómitos (frecuentes, precoces, obstinados), diarrea (líquida, muy frecuente, serosa, de poco olor) e hipertermia (39°-40°). Estado general, rápidamente grave, el niño está muy decaído, dá gritos y lamentos, lengua seca, piel flácida. Muerte muy frecuente, especialmente entre las primeras 24-48 horas.

Para evitar tales incidentes:

1.—Favorecer la alimentación al pecho.

2.—Sustraer al niño cuanto sea posible de los grandes calores, desechar la leche de vaca en los tres meses estivales suministrando en su lugar leche condensada azucarada o leche en polvo.

Prescribir inmediatamente la dieta hídrica (agua pura sin azúcar) por un período de 1 a 3 días, los niños pequeños la so-

portan menos. Ser muy prudente en volver a la alimentación, comenzando con harina malteada muy diluída, pasando después a la leche en polvo, que se añade a la papilla aumentándose progresivamente la cantidad y pasando a la leche condensada. La leche de vaca se da solamente después de varias semanas de restablecimiento evidente. Hipodérmicas de 10-20 cmc por día con suero salino hipertónico.

Inyecciones de aceite alcanforado (1-2 cc al día), de adrenalina si hay colapso; baños calientes a 38°. Los fermentos lácticos pueden utilizarse en el segundo período si las heces se vuelven fétidas, pero se puede esperar poco de ellos; jamás prescribir astringentes o antidiarréicos; hacia el fin, bismuto, tanato de gelatina, salicilato de alúmina.

D.—Colitis disenteriforme. Comienzo brusco con temperatura elevada, 39°-40°, frecuentemente con presencia de anginas; acompañadas después por los síntomas cardiales, evacuaciones frecuentes, muco sanguinolentas, con cólicos y pujos; el niño quisiera estar siempre en el W. C.; en los casos graves no se mueve de la cama.

Por la regla general sigue la curación, pero con frecuencia en muy lenta y el niño tiene una susceptibilidad cólica que dura mucho tiempo. Evítese confundir este síndrome con el de la invaginación intestinal, en el cual también se presentan heces sanguinolentas, pero con prevalencia de fenómenos de oclusión. El tratamiento comprende:

1.—Dietética. Dieta hídrica durante 24-48 horas, también con decocciones de cereales; en seguida papillas malteadas durante 2 o 3 días, pasando después a las sopillas ligeras (tapioca, semulina, pastas delgadas, o al caldo o agua de legumbres); no dar leche en polvo antes del 5.º o 6.º día a lo más temprano. En la convalecencia, evitar los purés, la fruta fresca cruda (salvo las manzanas ralladas) y las verduras con mucha celulosa. Insistir en los fideos finos, arroz, carne a la parrilla, pescado cocido, galletas secas, mermeladas. Son útiles los caldos de vegetales con una ligera adición de cacao.

A veces el suero antidesintérico puede ser de utilidad suministrado en clísteres. También son buenos los clísteres de Hipecr (60 gramos en 300 de agua), hirviendo hasta reducir a 150, pasar por una tela; los de agua oxigenada o los de decocción de malva.

Son útiles después de desaparecer la fiebre, los calmantes del peristaltismo intestinal (carbonato de bismuto, tanato de gelatina, salicilato de alúmina). En el período de convalecencia, el storvasol; para un niño de un año, 6 comprimidos de un centígramo, repartidos en tres dosis al principio de las comidas, cuatro días a la semana durante un mes.

Nuestros actuales conocimientos acerca de la Hormona masculina

Por GUY LAROCHE.

Extracto de una comunicación a la Sociedad de Terapéutica de París. 9-X-1935.

Traducido de «La Presse Medicale» por E. A. O'FERRALL.

Señala el autor el hecho de que, hasta estos últimos años, cuando nuestros conocimientos fisiológicos y clínicos acerca de la foliculina habían adelantado bastante, sabíamos bien poco referente a la hormona masculina.

Los retrasos en el estudio de la secreción interna de los testículos, se explica sin duda, por la tasa poco elevada de las hormonas que allí se encontraban, y por la ausencia de toda prueba precisa. El estudio de las pruebas fisiológicas debía pues preceder al estudio de las secreciones internas de los testículos. Solamente estas pruebas pueden permitir el reconocimiento en el producto estudiado de los característicos específicos de esta secreción. Son estas pruebas, las del crecimiento de la cresta en el capón, las pruebas de modificaciones histológicas de la prostata y de las vesículas seminales, la prueba de la movilidad de los espermatozoides, la prueba de la eyaculación eléctrica de la cobaya, las pruebas de la glándula de Cooper y del vaso «deferens», la prueba del adorno nupcial de la «bouvrière». (N. del T. Un pájaro que acompaña al ganado vacuno, alimentándose de los parásitos que lo infestan, y que adquiere plumaje especial en la época del emparejamiento; aquí el autor se refiere al macho castrado).

Estas diferentes pruebas tienen valor desigual. Se considera la prueba de la cresta del capón como la más estable y específica. Las primeras tentativas de la extracción de sustancias activas fueron efectuadas usando el testículo del toro por Mac Gee, Laqueur, Fratini y Marino. Se abandonaron estos experimentos cuando Butenandt, en 1931, aisló el androesteron de la orina, el cual fué considerado como la verdadera hormona masculina. La fórmula es $C^{19} H^{30} O^2$, correspondiente a una oxiketona tetracíclica. Su actividad es de 150 a 200 y por una unidad-gallo.

Ulteriormente aisló Butenandt, de la orina, otra hormona que existe en cantidades más o menos iguales al androesteron, pero de más débil actividad, el dehidroesteron ($C^{19} H^{20} O^2$).

La síntesis de estas hormonas fué practicada por Ruzicka a partir del Cholesterol en 1934.

Tal era el estado de la cuestión en 1935. El problema ha sido complicado por el descubrimiento de Laqueur, de una nueva hormona retirada esta vez del testículo: la testosterona, de 7 a 10 veces más activa que la androsterona, la síntesis de la cual acaba de ser efectuada por Butenandt y Ruzicka, partiendo del cholesterol. Su fórmula es igual a la del androsterona, pero no es saturada y la agrupación de O y OH es distinta.

¿Conocemos ahora todas las sustancias activas del testículo? Es poco probable y será preciso esperar nuevas sorpresas, pues Laqueur y sus colaboradores describen sustancias que activan la hormona y que aún no han sido aisladas.

La eliminación de la folicula en la orina del macho, en particular en la del potro estal, que Zondek ha observado que si las investigaciones acerca de la foliculina hubiesen sido hechas desde un principio en el caballo, se hubieran encontrado tales cantidades en la orina y los testículos, que se la hubiera considerado como la hormona masculina.

Todos estos descubrimientos, aun no explotados por los fisiólogos y los médicos, hacen el estudio fisiológico de la glándula masculina muy difícil de publicar. La androsterona actúa sólo sobre ciertos caracteres sexuales y sobre los órganos accesorios de la reproducción, y no sobre las células espermáticas. Pero ignoramos todavía lo que dará de sí la testosterona.

Se sabe que, según la especie, la secreción hormonal es continua o intermitente, y que es controlada por la hipófisis.

El autor discute enseguida la ley de «todo o nada» de Pezard que no parece tener el carácter absoluto que algunos han querido darle, y la ley de los principios diferenciales y de los terrenos receptores.

En fin, al lado de la acción excitante del testículo, existe una acción «calona» con referencia a ciertos caracteres sexuales bien descritos por Champy.

El autor, termina e informa invocando la esperanza que siempre se ha tenido en los efectos terapéuticos de la hormona masculina, pero que será necesaria mucha prudencia para juzgarlos.

La dificultad del estudio clínico de las hormonas genitales en el hombre, permanecerá siempre grande, a causa de la importancia de los factores psíquicos. También será necesario hacer uso de pruebas que han de ser lo más objetivas posibles.

Es solamente por la investigación de las pruebas psicológicas y fisiológicas, precisas e independientes del factor sugestivo, que se llegará a la convicción del valor de tal o cual producto hormonal en lo que a su efecto sobre el organismo se refiere.

La cirugía del Carbúnculo

Artículo Editorial

«The Lancet», Londres, Mayo 11, 1935. N.º 5.828.

Traducido directamente del Inglés por E. A. O'FERRALL.

El punto de vista quirúrgico general ha sufrido un cambio sutil pero marcado en los últimos 15 a 20 años. Las ideas anatómicas, mecánicas, que habían regido la cirugía durante tanto tiempo han gradualmente dado lugar a un concepto mucho más amplio y racional de la misma. El cirujano moderno reconoce que procesos vitales están continuamente obrando y que sus intervenciones no hacen más que dirigir o desviar los procesos naturales por vías que conducen a la ascendencia de la actividad reparadora. Con este nuevo concepto mental de la cirugía han tenido lugar muchos cambios, mayormente dirigidos hacia la restricción de las medidas operatorias. La cirugía está limitando su esfera de acción. El diagnóstico de lesiones tuberculosas de las glándulas linfáticas o las articulaciones ya no implica una excisión quirúrgica, el de un riñón movable no trae consigo una fijación inevitable, ni el de un severo estreñimiento a un corto-circuito.

En ninguna rama de la cirugía ha sido tan pronunciado este espíritu crítico moderno que en el tratamiento de las infecciones sépticas. Hemos visto el tratamiento retrasado de la apendicitis, la abertura retardada del empiema, la limitación de las operaciones de osteomielitis y celulitis, el tratamiento no operatorio del carbúnculo y el tratamiento oclusivo de fracturas compuestas sépticas. En un artículo publicado en «The Lancet» del 13 de Abril de este año (publicado en extracto en CLINICA EXTREMEÑA) por el Dr. J. T. Ingram, que trata de ciertas infecciones sépticas de la piel, el autor va aun más lejos. Hablando de panadizos, declara que el calor seco es siempre mejor que el calor húmedo, macerante; afirma que la paroniquia séptica no debe jamás ser tratada quirúrgicamente, y aboga fervientemente por el tratamiento conservador de forúnculos y carbúnculos, creyendo firmemente que estas lesiones no deben ser nunca sometidas al trauma operatorio. Similarmente el Dr. P. H. Mitchiner, basándose en el estudio de las estadísticas del Hospital de San Tomás de Londres, ha llegado a la conclusión, que comparten muchos otros cirujanos tanto ingleses como continentales, que las intervenciones en los carbúnculos faciales ayudan a elevar el coeficiente de mortalidad.

Es una máxima de la terapia quirúrgica, que data de la antigüedad y que está basada en innumerables observaciones de generaciones humanas, que la evacuación de pus es un acto definitivamente curativo. Miles de experimentos han comprobado, sin género de duda, la verdad esencial de este principio. Por lo consiguiente la afirmación de que un forúnculo, sea cual sea su tamaño debe ser tratado por un apósito oclusivo no será fácilmente aceptado por cirujanos al menos que esté apoyada por evidencia contundente.

Al mismo tiempo la atención crítica que este tema ha ocasionado es útil aunque no haga más que dar énfasis a lo poco deseable que son las intervenciones quirúrgicas en la mayoría de las infecciones sépticas. Uno de los buenos resultados del estudio más profundo de estas lesiones y la reconsideración de la práctica quirúrgica ha sido una mayor apreciación del papel predominante de los tejidos. Sea un forúnculo, un carbúnculo o una osteomielitis aguda, la limitación de la enfermedad tendrá que hacerse finalmente por una combinación de reacciones generales y locales del organismo. Dado nuestros presentes conocimientos en la materia, es imposible decir cual de estos es el más importante, pero es una observación interesante y significativa que la celulitis puede desaparecer en una región del cuerpo, mientras que en otra puede estar progresando hasta llegar a una terminación fatal, lo que la insistencia acerca de la abstención de incisión quirúrgica acentúa, es que no debe hacerse nada que pueda en modo alguno, estorbar las reacciones locales naturales indispensables de los tejidos celulares.

Es perfectamente verídico decir, que bajo ciertas circunstancias, la incisión de un forúnculo, un carbúnculo, una celulitis, o un panadizo es una acción innecesaria y perjudicial, y que hasta puede traer consecuencias fatales, pero sería robar a la cirugía una de sus armas terapéuticas más poderosas, prohibir tales incisiones bajo todas condiciones. En verdad, la mayoría de los cirujanos afirmarían que su experiencia personal demuestra, que después que unas ciertas respuestas locales de las células del tejido, han ocurrido alrededor de un carbúnculo, una incisión razonable no sólo evita dolor sino que parece acelerar el proceso curativo.

La raspadura, a causa del trauma consiguiente, siempre parece ser perjudicial, pero es difícil no creer que la incisión sencilla que disminuye la tensión y apacigua el dolor no tenga también un efecto directamente curativo al permitir el acceso de plasma inmuna fresca a los espacios de los tejidos antes tan distendidos; es la selección del momento exacto para tales incisiones que es tan importante y en esto justamente radica el arte de la cirugía, pues hasta ahora no tenemos reglas, no tenemos reaccio-

nes o fenómenos mensurables que nos indiquen justamente cuando ha tenido lugar la respuesta necesaria de los tejidos.

Esta decisión precisa un cuidado especial cuando se trata de operar forúnculos y carbúnculos faciales, particularmente los que se encuentran en el labio superior y cerca de al nariz; pues en esos casos no es rara la diseminación por las venas al seno de caverna. Ciertos arreglos anatómicos sin duda toman el papel principal en este funesto resultado. La cara, diferente a las otras regiones del cuerpo, no tiene fascia profunda que pueda limitar la infección al tejido subcutáneo, y por lo consiguiente el proceso infectante tiene libre acceso a los músculos, con sus vías venosas abundantes, y al cercano tronco facial. Los movimientos involuntarios de la expresión facial, que no pueden del todo arrestarse, sin duda ayudan también a su desiminación. En las cifras de las estadísticas del Hospital de San Tomás, de Londres, que cita el Dr. Mitchiner, dos de entre diez pacientes con carbúnculo facial, los cuales fueron tratados por inficción, murieron; mientras que de 73 tratados por método conservador solamente fallecieron 5. Es verdad que esta serie de casos no es muy grande, pero existen otras series de diferentes clinicas que demuestran los mismos resultados, y aunque la evidencia al favor del tratamiento conservador del carbúnculo facial no puede ser considerada como conclusiva, no deja de indicar claramente que este asunto necesita reflexión.

Si se hace, la exición debe ser ancha para ser efectiva y los resultados más eficaces obtenidos por exición en lugar de incisión pueden ser debidos al hecho que fueron solamente las lesiones menores donde se efectuó tal exición. Por cierto que la mayoría de los cirujanos que han practicado ambos procedimientos, estarían de acuerdo de que la completa curación es muy retardada después de excisión. Aunque se trate un carbúnculo por método conservador o por incisión, es sorprendente la cantidad de criterio que parece escaparse de la destrucción por el proceso séptico y que sobrevive para formar núcleos de regeneración; pero estas ventajas se pierden cuando se efectúa la incisión.

La incisión por medio del bisturí diatérmico, también tiene sus partidarios, aunque es difícil ver cómo ésta puede ser mejor que la incisión con bisturí corriente y cómo puede ser beneficiosa. El objeto de una incisión es hacer una salida para los humores patológicos y permitir que la plasma inmuna pueda acudir libremente, ambos objetos son frustrados por el bisturí diatérmico, el cual cierra a medida que corta. Es verdaderamente curioso que poco se sabe acerca del efecto de diferentes métodos de tratamiento en lesiones tan corrientes. La coiección de una gran cantidad de observaciones bien controladas y su correlación, se precisa urgentemente y es esencial que podamos saber cómo se

comparan los resultados de la más satisfactoria técnica operatoria con el resultado obtenido por la terapia de ondas cortas y rayos X, que tanto se recomienda ahora. Este sería uno de los fines más útiles de la investigación quirúrgica.



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

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

Laboratorios del Norte de España, s. a.
c/ Especialidades Quím., Maenon, Barcelona. 3 3

La tos ferina: el significado diagnóstico del recuento sanguíneo

Por NORMAN D. BEGG y MARGARET F. COVENEY.

De «*The Lancet*», Londres, N.º 5.855; 16 de Noviembre de 1935

Traducido directamente del Inglés para CLINICA EXTREMEÑA
por E. A. O'FERRALL

Se usan generalmente dos métodos de laboratorio en el diagnóstico precoz de la tos ferina (coqueluche). El primero consiste en el aislamiento del bacilo de Bordet y Gengou sobre placas sanguíneas especialmente preparadas, este parece ser de valor establecido en el primer período de la enfermedad. El segundo depende de los cambios en el número o tipo de los leucocitos circulantes, y la atención ha sido dirigida solamente hacia este método en la investigación que seguidamente describimos.

Hace más de un cuarto de siglo que el recuento sanguíneo ha sido empleado en el diagnóstico de la tos ferina. Desde que Fröhlich hizo la observación fundamental en 1897, se ha considerado la leucocitosis como característica de la enfermedad. Se han registrado cifras extremas en casos de neumonía «pertussis». Mitchell y Friedman informaron acerca de un caso donde había presente 233.600 leucocitos y la evidencia clínica no sugería la idea de leucemia. Cifras de esta magnitud no se alcanzan jamás en casos sin complicación en verdad una verídica valoración del grado de leucocitosis sólo puede obtenerse cuando las cifras se comparan con los recuentos sanguíneos normales de la infancia. Es ocasionalmente difícil, por el escrutinio de resultados contrbuídos, decidir si se hizo tal comparación.

Además, un aumento absoluto en el número de leucocitos, un aumento relativo en los linfocitos, ha sido desde mucho tiempo reconocido. En 1906, Churchill encontró que la linfocitosis se encontraba presente en 85 por 100 de los casos de los cuales se daba cuenta. El opinó que este cambio era más corriente en el estado precoz o catarral de la enfermedad. Más recientemente Sauer y Hambrecht, mientras que confirmaban la presencia general de linfocitosis en la tos ferina, encontraron que el cambio era mayor en el punto culminante del estado de paroxismo; al principio y al fin de la enfermedad había a menudo leucopenia. También encontraron una disminución terminal en el recuento linfocítico.

La presente investigación describe el resultado de los recuentos sanguíneos en 65 casos de tos ferina. La mayoría de estos se encontraban en el período tardío de paroxismo o en el período precoz del sonido característico de la enfermedad y las edades eran entre 3 meses y nueve años. Para la conveniencia de su estudio se ha hecho un estado dividido en grupos de edad para la comparación con la tabla de recuentos sanguíneos normales en la niñez de Still. (N. del T). (Esta tabla numerada con el número I se encontrará al final de esta traducción.)

Los recuentos sanguíneos que consistían de un recuento leucocítico total y diferencial, se hicieron en dos etapas de la enfermedad, al ser admitidos y en la convalecencia temprana. Las cifras obtenidas se compararon entonces con la tabla de Still y los resultados se expresaron como plus o menos normal para el grupo de edad especial. Al procurar obtener uniformidad de resultados, todas las recuentas se hicieron por uno de nosotros.

Para clasificar los resultados, se ha hecho uso de una sobresaliente anomalía, el aumento en el porcentaje de los linfocitos, como el mejor criterio de variación. Se obtuvieron 4 grupos, como sigue:

Grupo 1	} Aumento en el porcentaje de linfocitos	} 25 por 100 o más 10 a 25 por 100 2 a 10 por 100
» 2		
» 3		
» 4		

Resultados de la investigación.—Un aumento absoluto en el número de leucocitos se encontraba presente en todos los casos; aumentos que alcanzaban hasta por encima de 30.000 se obtuvieron ocasionalmente. Como término medio general, se demostró que cada caso tenía 10.064 más leucocitos que lo que era normal a su edad. Es preciso acentuar el hecho que estábamos tratando, casi exclusivamente, con casos de tos ferina sin complicación, en los períodos paroxismal tardío o período de declinación precoz.

La linfocitosis era menos constante. Los resultados en los varios grupos de edades se dan en la tabla número 2. (Al fin de este artículo). Se verá que la linfocitosis caracterizaba un 77 por 100 de los casos, y que en un 35 por 100 este cambio era muy marcado. Por otra parte, un 23 por 100, no demostraba aumento alguno. Hay un segundo punto merecedor de atención. En el grupo de edad de menos de 6 meses solo un 17 por 100 de los niños demostraron un aumento marcado de linfocitosis y no menos de 33 por 100 no demostró ningún aumento. No se encontró ninguna diferencia de importancia en los varios grupos de edad, fuera de estos.

Recuento de leucocitos en la convalecencia temprana.—La siguiente parte de la investigación fué procurar obtener alguna información acerca del tiempo que tardaban los recuentos sanguíneos en volver a lo normal. Con este fin, en 36 enfermos, que habían demostrado anormalidades en los recuentos tempranos, se repitió este examen 14 días más tarde. En consecuencia se encontró que en cada caso, al día 14 del período de declinación, había vuelto el recuento leucocitario a los límites fisiológicos. Esto era también cierto, cuando la linfocitosis había sido marcada, moderada o leve.

Discusión.—Deben tomarse en cuenta ciertas consideraciones para la aceptación general de los recuentos sanguíneos en el diagnóstico de la tos ferina. Aunque parece ser que es constante una leucocitosis general, esto no es en sí mismo de gran valor, ya que casi toda infección respiratoria de la niñez es acompañada por un aumento en los leucocitos circulantes. Una combinación de tos, leucocitosis y linfocitosis es muy sugestiva, pero queda demostrado que una linfocitosis relativa está ausente en un 23 por 100 de los casos; un margen de error considerable para una ayuda de laboratorio al diagnóstico. Este margen, desgraciadamente, aparece acentuado en la extrema infancia justamente cuando es más probable que ocurran dificultades en el diagnóstico. A pesar de estas objeciones, un recuento sanguíneo tiene que seguir siendo un método accesorio de gran valor para el diagnóstico de la tos ferina. Cambios característicos leucocitarios están presentes en un gran número de casos y están en su punto culminante antes que el ruido característico de que la tos aparezca.

Resumen. (1).—La leucocitosis está continuamente presente en la tos ferina. La linfocitosis es menos constante y ésto es especialmente cierto en los niños de menos de seis meses de edad.

(2).—Los cambios sanguíneos están en su máximo punto temprano en el curso de la enfermedad y bajan rápidamente después que el sonido característico de la enfermedad se ha establecido.

TABLA I
Recuentos sanguíneos normales de la infancia según Still

	Al nacer	Siete días	Seis meses	Dos años	Cinco años	Diez años
Glóbulos rojos Total.	5-10 mill.	3-6 mill.	5 mill.	5 mill.	5 mill.	5 mill.
Hemoglobina.	132-138 %	112-138 %	70 %	75 %	80 %	85 %
Total leucocitos.	24,000 62,000	14-15,000	15,000	13,000	11,000	9,000
Polimorfonuclear.	78-80	28-35	35	40	55	60
Linfocitos.	20-22	52-58	57	52	37	32
Eosinófilos.	—	0.4-2.4	1.5	1.5	1.5	1.5
Grandes monos: transit y basófilos.	—	5.6-17.6	6.5	6.5	6.5	6.5

TABLA II

Distribución porcentual de los niños según el aumento linfocítico en varios grupos de edades

Grupo de edad (años)	N.º de casos	25 % o más	10-25 %	2-10 %	Aumento insignificante
0-1/2	6	17	50	0	33
1/2-2	21	38	48	0	14
2-5	30	37	33	6	23
5-10	8	37	25	0	38
	65	36	38	3	23

ADVERTENCIAS

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

Toda la correspondencia, manuscritos, libros, revistas, cambio de prensa, etc., debn dirigirse al Colegio Médico, Cáceres. Apartado, 21.

El dolor como síntoma neurológico y su tratamiento

Extracto de una conferencia pronunciada por H. A. DUNLOP.

"The Lancet", Londres, 19 de Octubre de 1935. N.º 5.851

Traducido y extractado directamente del Inglés para CLINICA EXTREMEÑA por E. A. O'FERRALL

Se presta especial atención a la posición y el carácter del dolor y su relación a los actos corporales, tales como el movimiento y la tos. El dolor puede ser debido a la estimulación de cualquier parte del camino, que, comenzando en el periférico y entrelazándose en la vecindad del cordón central, es reunida en el tracto espino-talamico y así transmitida al tálamo. Se cree que el tálamo actúa no sólo como estación de transmisión para la corteza cerebral, sino también en virtud de sus núcleos mesiales y anteriores—el llamado órgano esencial del tálamo—permite que la sensación protopática, incluyendo el dolor, entre en la consciencia. El aislamiento del tálamo puede causar dolor por la liberación de la influencia atenuante de la corteza. Tenemos, sin embargo que tener cuidado de los conceptos geográficos de la consciencia. El dolor también puede ser psicogénico; el mecanismo de esta variedad siendo oscuro pero está relacionado con la memoria y la represión. El dolor psicogénico se diagnostica por distribución poco usual, y tiene tendencia a ser exagerado, no se ve acompañado de enfermedad orgánica, una conversación con el enfermo a menudo revelará los discordios y los temores de su mente.

A parte del dolor psicogénico, existen los siguientes grupos clínicos:

1.º.—*Las neuralgias.* A).—Neuralgia trigeminal se diagnostica por el tipo y la distribución del dolor que envuelve el territorio de una o más divisiones del nervio trigémino, generalmente la mandibular. La variedad varía enormemente desde la trivialidad hasta agonía. El dolor es doble, sordo y continuo; agudo y penetrante. Los puntos dolorosos de Valleix se encuentran sobre los puntos donde las ramificaciones de los nervios se hacen superficiales. Si la tercera división se encuentra afectada, existe saburra unilateral de la lengua. El reflejo corneal es normal. La piel queda sensible después de un paroxismo, durante el

cual reflejo, pueden ocurrir lagrimeo, salivación y espasmos faciales (tic doloroso). Es preciso excluir dolor referente a las muelas, pero no es necesario sacrificar dientes sanos. Se prescriben analgésicos como aspirina y fenacetina. Gelsemium es útil. Debe tenerse en cuenta que con el uso de la amidopirina se corre el riesgo de producir agranulocitosis y por consiguiente este medicamento debe reservarse solo para casos muy graves de neuralgia trigeminal.

Inyección del ganglio Gasseriano usualmente trae alivio durante uno o dos años. En algunos casos es necesario considerar la probabilidad de una operación.

B).—Neuralgia postherpética, puede ser muy severas en personas de edad avanzada. Se encuentran las cicatrices de herpes zoster. Se probarán los analgésicos usuales. El masaje agrava el dolor. Irradiación por rayos X es beneficiosa en algunos casos. En un caso de mucha edad, la prescripción del opio está justificada. El dolor del herpes antes de la erupción puede ser causa de gran dificultad en el diagnóstico y debe ser tenido en cuenta en casos de dolor sin evidente explicación.

2.º—*Neuritis*.—No diré nada acerca de polineuritis pero confirmaré mis observaciones a la neuritis intersticial como ejemplarizada por la ciática legítima. En esta condición hay una leve emaciación general de la extremidad, puede también haber fibrilación de los músculos de la pantorrilla. El reflejo del tobillo disminuye o desaparece, pero el reflejo de la rodilla es activo. Se encuentra presente el signo de Laségue. El tronco del nervio está sensible porque la inflamación incluye «nervi nervorum». El dolor se extiende de la cadera hasta el talón, y por regla general hay antecedentes de lumbago. Se hará siempre un examen rectal en los casos de ciática y se examinarán la espina dorsal y la articulación de la cadera, radiológicamente cuando sea necesario. Se examinarán los pechos por si existe cáncer.

En el tratamiento, además de la contra-irritación, reposo y analgésicos, mencionaremos inyecciones subcutáneas de oxígeno esto es muy útil y generalmente sin peligro, aunque creo que han ocurrido accidentes a causa de embolismo de aire. En una ciática troncular, la inyección salina fisiológica en la región del tronco nervioso es beneficiosa; mientras que en un caso de radiculitis epidural la inyección de salina con novocaina y la manipulación de la espina dorsal puede ayudar.

3.º.—*Dolores radiculares*, se refieren a un área cutánea segmental. Se agravan al toser o estornudar, que elevan la presión del fluido cerebro-raquídeo. Un enfermo que recientemente tenía un dolor radicular en la región del segundo segmento lumbar (parte superior del frente del muslo) dijo que la pierna «se le volvía loca» con el dolor. Los dolores radiculares se reconocen

por lo siguiente: a)—puede haber entorpecimiento de sensibilidad en su distribución (anestesia dolorosa); b)—pueden ocurrir parálisis radicales, por ejemplo atrofia muscular del espacio intercostal, o atrofia de un grupo de músculos de la pierna; c)—puede haber signos de compresión de los tractos sensitivos y motores del cordón y alteraciones en los reflejos. Buscamos evidencia de caries, abscesos, aneurisma, lues. El líquido cerebro raquídeo puede mostrar un aumento en albúmina. En las mujeres se examinarán los pechos, en los hombres la prostata por signos de cáncer. Crecimientos primarios pueden ser operados. Depósitos secundarios son mejor tratados por radioterapia profunda; la morfina no debe usarse durante demasiado tiempo pero se suplementará con aspirina etc. En algunos casos queda justificada la cordotomía: se puede dividir el enlace sensitivo inferior a lo largo de algunos de sus segmentos o se puede seccionar el tracto espino-talámico. Es preciso recordar que la espondilitis deformante puede causar síntomas radicales.

4.º.—*Dolores fulgurantes*, varían grandemente en intensidad. Ocurren en tandas, pueden sobrevenir en espasmos individuales o seguirse como fuego de ametralladora. El acceso puede durar hasta algunos días o aun semanas. El sitio del dolor varía de día en día y hasta de momento en momento. Los casos que padecen de dolores fulgurantes también pueden tener dolores fijos como zonestesia o dolores de cinturón. Los dolores fulgurantes ocurren en tabes dorsalis y en la degeneración subaguda combinada de la médula dorsal. En la última afección son a menudo más molestas la paraestesia que los dolores. En tabes se administrará mercurio y ioduro de potasio y más tarde un curso de neoarsenamina. (N. A. B.); se tendrá en cuenta que esta última agravará los dolores durante algún tiempo. El suero salvarsanizado también agrava los dolores. Se probarán los anelgésicos usuales, pero generalmente no es recomendable el uso de morfina, a causa de la formación de hábito. En la degeneración subaguda combinada, es de valor el tratamiento hepático intensivo.

5.º.—*Dolores centrales*, están mejor ejemplarizados por el síndrome talámico de Dejerine y Roussy. En éste existen movimientos espontáneos del costado contralateral a la lesión, variando de tipo, temblor, corea o atetosis; hemianestesia disociada; a veces dolor constante. Estímulos desagradables pueden causar intenso malestar; con menos frecuencia, estímulos agradables pueden causar intensidad de placer. En la práctica el dolor de la hemiplegia dolorosa de este tipo es extremadamente refractaria, mientras que los dolores artríticos de las articulaciones de hemiplégicos responden a los medicamentos corrientes. Los dolores centrales, la fuente de los cuales es la médula dorsal, ocurren en algunos casos de siringomielia.

6.º.—*Dolores de cabeza.*—Todo lo que diré acerca de éstos es, que si hacemos siempre uso del oftalmoscopio en todos los casos de dolores de cabeza, nos ahorraremos muchas humillaciones diagnósticas.

7.º.—*Dolores de espalda,* ocurren en ciertos casos de meningitis; los nervios de sensibilidad recurrente suministran la teca. En algunos casos de poliomiелitis anterior aguda en la fase paralítica la flexión de la columna vertebral es insoportable. Esto puede ser debido al estado doloroso de los músculos lumbares y dorsales o de la meninges. Puede ocurrir intenso dolor muscular en el vientre en esta enfermedad, imitando la apendicitis, o en las extremidades simulando la osteomielitis.

8.º.—Finalmente, *dolores en las extremidades,* ocurren en casos de rigidez muscular, notablemente en parálisis agitans.

La intolerancia individual

La palabra, el hecho, y la idea

Por ARNAULT TZANCK.

“La Presse Medicale”, París, 6 de Noviembre de 1935

Traducido directamente del Francés para CLINICA EXTREMEÑA
por E. A. O'FERRALL

El término «intolerancia» es de los más antiguos; la idea que evoca es de las más sencillas y no contiene nada de nuevo. Si se la analiza minuciosamente, aclara muchos de los problemas de la patología. Inversamente, si se la emplea sin definición precisa, tiende a aumentar la confusión que reina en los espíritus acerca de una cantidad de términos, como alergia, anafilaxis, shok, etc., con los cuales tiene numerosos e íntimos puntos de contacto.

Para escapar de este peligro, vamos a precisar lo que nosotros entendemos y hasta sobreentendemos por el término intolerancia.

El mejor medio de evitar toda ambigüedad será estudiar separadamente la palabra, el hecho y la idea principal; con demasiada frecuencia, en efecto, los autores no establecen correlación entre estos tres elementos, lo que causa malentendidos y discusiones acerca de palabras, que perturban el estudio de cualquier de los actuales problemas biológicos.

LA INTOLERANCIA.—A.—*El término “intolerancia”*.—Desde siempre, se ha llamado «intolerancia» al estado de ciertos individuos que no pueden soportar una substancia que otros sujetos toleran. Actualmente se aplican igualmente otros sinónimos a este estado. Entre los que se han empleado mencionaremos los siguientes términos: Shock, anafilaxis, idiosincrasia, reacción, hipersensibilidad, sensibilización, alergia, coloidoclasia, etc.

Es muy probable que cada uno de estos términos se aplique más particularmente a uno de los aspectos o a uno de las modalidades del mismo fenómeno.

Resulta pues, que parece más razonable escoger para el conjunto del fenómeno el término más general, y reservar lo demás para las particularidades del proceso.

Poner en orden estos términos, es asignar a cada uno de ellos un sentido preciso y que le pertenece en propiedad.

No hay que decir que para poder llegar a esta meta, es preciso, ante todo, analizar los hechos, es decir las nociones objetivas a las cuales corresponde cada uno de dichos términos.

B.—El hecho "intolerancia".—Queriendo, en el orden de los hechos, evitar el apoyarnos sobre esta o aquella autoridad, haremos lo posible para limitarnos sencillamente a las constataciones diarias que cada uno puede hacer para sí mismo. Cuatro constataciones son de este orden y hacen legítima la autonomía del grupo que aquí estudiamos.

Primera constatación. Los estados mórbidos a los cuales pueden dar lugar las causas nocivas más diversas son de dos órdenes:

a.—Unos, por una misma causa, son iguales en todos los individuos (ejemplo: intoxicación por óxido de carbono, éter, estriknina etc.). Estos accidentes son proporcionales a las dosis; con una dosis dada, son inevitables.

Digamos para no prejuzgar nada, que se trata aquí de accidentes comunes a todos individuos.

b.—Los otros por lo contrario sobrevienen sólo en los individuos predispuestos. Tales son los accidentes de la quimioterapia (arsénico, oro, bismuto, mercurio, etc.). Estos accidentes pueden ser los mismos por estas diversas substancias y por una misma substancia, diferentes según los sujetos. Un accidente dado, la urticaria, por ejemplo, no puede ser producida sobre seguro, sea cual sea la dosis del producto nocivo.

Digamos por el momento que se trata de accidentes personales.

Segunda constatación. Todo tóxico puede dar lugar a estos dos géneros de hechos.

En grandes dosis determinará en todos, accidentes comunes. En dosis pequeñas (que son precisamente las que se usan como medicamentos), podrá dar lugar a accidentes personales en los individuos predispuestos.

Tercera constatación. Se podría creer al principio, que los accidentes personales a causa de dosis mínimas son clínicamente los mismos que los accidentes comunes; pero que sobrevienen sencillamente a causa de dosis menores. Se trataría entonces de una sencilla disminución de la sensibilidad contra la substancia tóxica. En realidad no lo es. La mayor parte de las veces, las dosis muy pequeñas producen accidentes de orden personal, tales como la urticaria, las artralgias, etc.; ahora, las dosis fuertes de los mismos productos no dan jamás lugar a tales accidentes, al menos que el individuo esté especialmente predispuesto.

Solos, los accidentes comunes llevan el signo de la causa. Los accidentes personales llevan el signo del individuo. Por ejemplo, la quinina en dosis muy grandes da constantemente

zumbidos en los oídos (accidente común); en dosis infra-tóxica y en el caso de algunos individuos por cierto muy raros, puede producir urticaria (accidente personal).

Cuarta constatación. No son solamente las sustancias tóxicas que en dosis pequeñas pueden dar lugar a accidentes personales. Las mismas manifestaciones pueden ser igualmente provocadas por alimentos (que no son tóxicos en ninguna dosis) y hasta por agentes físicos, el frío, el calor, la luz, etc.

Así se encuentra identificado en la patología, un vasto dominio correspondiente a los accidentes personales. Es este que proveen los múltiples sinónimos que ya hemos enumerado.

Este dominio comprende un gran número de hechos distintos que procuraremos clasificar. Pero antes de proceder a este análisis, es importante separar la idea dominante que evoca este capítulo de manifestaciones personales.

C.—La idea "intolerancia". La noción fundamental que se atribuye a la clase de reacciones personales, sea cual sea el nombre por el cual se les designa, es la de su diferencia con los efectos de la intoxicación.

Esta idea se ha cristalizado poco a poco.

Carlos Richet relacionó los fenómenos de la anafilaxis a una intoxicación producida secundariamente en el organismo, bajo el efecto de un tóxico suscitado por el antígeno.

La fórmula es conocida:

ANTIGENO más Toxogenina = Apotoxina

Desde 1907 Besredka ha buscado en vano identificar la sustancia tóxica de la anafilaxis, y no pudiendo llegar a ponerla en evidencia, ha reconocido que la asimilación de la anafilaxis con una intoxicación no tenía justificación.

Racaut y Weissenbach, en 1911, adoptaron la misma posición referente a los accidentes inmediatos de la arsenoterapia que han relacionado a la anafilaxis.

Pero no es suficiente distinguir la intolerancia de la intoxicación; lo esencial es saber en qué consiste la diferencia.

La mayoría de los autores consideran que se trata de un fenómeno coloidal de orden físico, y no de una reacción química como es el caso en la intoxicación.

Para algunos, el desequilibrio físico radica en los humores del organismo. Son manifestaciones de shock humoral. Por lo contrario, las manifestaciones tisulares permanecen del dominio de la intoxicación. Ravaut, notablemente, a pesar de su asimilación del shock arsénico con la anafilaxis, ve en «la constatación de otros síntomas de intoxicación (prurito, eritema, eritrodermia, urticaria, polinefritis, etc), la prueba de la naturaleza tóxica de ciertas ictericias.»

Kopaczewski y Lumiere dan un paso más adelante y relacionan estos shocks humorales con floculaciones coloidales intravasculares.

Widal, por contrario, que desde luego se había dado perfecta cuenta de la importancia y toda la extensión de este capítulo de la patología, se ha siempre negado a subordinar los hechos que estudió, a meras floculaciones humorales.

En realidad, la oposición de la intolerancia a la intoxicación no podría ser explicada por estas consideraciones.

Una distinción tan absoluta entre lo que es físico y químico no es de ninguna manera admisible en nuestra época.

Basar la diferencia sobre una oposición entre lo que es humoral y lo que es tisular tampoco es admisible, pues existen intolerancias tisulares que han sido demostradas por Bruno Bloch. El fenómeno humoral no es el mismo más que un caso especial de reacciones de intolerancia, y de ninguna manera las explica todas.

Según nuestro modo de pensar, la diferencia entre intolerancia e intoxicación es de un orden muy distinto: no es solamente físico-química; es ante todo de orden biológica.

La intoxicación depende de la causa: es padecida por el organismo.

La intolerancia representa una manifestación eminentemente activa de la célula o de los tejidos. Es una propiedad biológica que permite al organismo responder de manera idéntica a requerimientos diversos y de manera distinta a un mismo requerimiento.

Es el lado biológico del fenómeno que nosotros hemos querido hacer resaltar con el nombre de intolerancia, ya que los términos sensibilidad o hipersensibilidad pueden aplicarse tan correctamente a los fenómenos físico-químicos.

Hablar de intolerancia, es pues admitir, para un ser animado, un tejido viviente y hasta, para una célula, la posibilidad de traducir su personalidad vital, su selección, su revuelta. Que esta selección esté elaborada por este tejido viviente él mismo, o que haya sido la consecuencia de una adquisición anterior, manifiesta una propiedad esencialmente biológica. Es esto que evoca, para nosotros al menos, de una vez el término, la noción y la idea de la intolerancia. Vemos en él un proceso infinitamente general del cual consideraremos ahora las múltiples modalidades.

II.—LAS MODALIDADES DE LA INTOLERANCIA.

A.—Diversidad de las intolerancias según los tejidos. La intolerancia puede interesar los aparatos reguladores del organismo. Puede manifestarse por exaltación o, por lo contrario, por

la inhibición de estos tejidos. La fiebre, el shock, una inhibición funcional de los mecanismos de la nutrición, son hechos pertenecientes a este orden. Esto permite describir un cierto número de tipos clínicos (crisis nitritoides, grippe medicamentosa, colapso, etc.).

En los casos de este orden, se incrimina a veces a los humores mismos, a veces a las glándulas endocrinas. Estas son manifestaciones de conjunto, el mejor ejemplo de cuales lo suministran los accidentes séricos.

A veces, la participación humoral puede ser demostrada (prueba de la anafilaxis pasiva, prueba de Prausnitz-Küstner); en otros casos estas pruebas son negativas.

Es a esta clase que muchos autores reservan los nombres «shock» y «manifestación humoral».

Estas diversas manifestaciones pueden tener un cierto número de signos comunes (dosis mínima, reacción fluxionaria, identidad clínica para sustancias diferentes), pero pueden igualmente presentar los caracteres verdaderamente pertenecientes a los órganos o a los tejidos interesados (benignidad de las intolerancias cutáneas, gravedad posible de las intolerancias renales, etc.).

Pueden igualmente distinguirse dos grupos de hechos:

A veces la manifestación orgánica manifiesta ella misma una perturbación general (urticaria, zampullido cutáneo, hemoglobi-nuria), a veces la reacción es estrictamente tisular (eritrodermia, nefritis de intolerancia). Las pruebas humorales podrán ser positivas en el primer caso; son constantemente negativas en el segundo.

B.—Intolerancias innatas y adquiridas. Ciertos estados de intolerancia existen desde un principio sin preparación; estas intolerancias congénitas habitualmente se denominan idiosincrasias.

La noción de la idiosincrasia evoca la idea de una extravagancia biológica. Es por esta razón que nosotros preferimos darles el nombre de intolerancia cuyo campo es mucho más vasto y que se aplica igualmente a las «idiosincrasias adquiridas» o sensibilizaciones, que son mucho más comunes.

C.—Intolerancias específicas, múltiples, a-específicas. Del punto de vista etiológico, la noción de intolerancia merece un reajuste.

Por una parte, sería injustificado pretender que cualquier reactógeno puede dar lugar a cualquier accidente.

El estudio de los accidentes de la quimioterapia (que nos ha permitido en cierta manera un exceso experimental de este dominio, ya que veíamos los accidentes desarrollarse bajo la influencia de nuestros medicamentos) nos ha rápidamente demostrado que la sustancia en causa no podría ser considerada como indiferente.

Con el novar, las ictericias son frecuentes, también los rash, las eritrodermias, las crisis nitritoides; por lo contrario la urticaria, las nefritis, los reumatismos son raros.

Con el bismuto, las nefritis son más frecuentes, la ictericia es rarísima.

Con los halogenos, son las complicaciones precedentes que se hacen excepcionales; por contrario, las erupciones bulosas o vegetantes son muy comunes.

Con las albúminas, son los accidentes de reacciones séricas que se observan y sobre todo las urticarias y las artralgias.

Esta enumeración comprueba que la naturaleza del reactógeno en causa no podría ser desestimada.

Por otra parte, siempre del punto de vista etiológico, se impone una segunda constatación.

Algunas veces la intolerancia se manifiesta para un cierto individuo solo por una causa. Es en especial el caso en las intolerancias congénitas. Es raro que estos individuos se senbilen como consecuencia de otro agente, pero es posible. La intolerancia es específica.

Otras veces la intolerancia es menos selectiva. Se puede manifestar en contra de varias sustancias. Se adjunta aquí la noción de las poli-intolerancias de Geugerot. La especificidad es incomparablemente menos estricta. A veces hay polisensibilización y se observan casos de la transformación de una intolerancia específica en reacciones por causas múltiples. Este es el caso de la eczema de las lavanderas que se han sensibilizado al agua de Javel primero, más tarde a otras sustancias y hasta al agua pura.

En fin, en ciertos casos, las manifestaciones aparecen independientemente de todo requerimiento exterior.

Aquí, el individuo parece crear de todas cosas el estado mórbido. Los casos de este orden son a menudo declarados «esenciales», por oposición a las acciones que se le consideran sintomatológicas y que son sin embargo comparables de todo punto de vista.

Sin llevar más adelante el análisis de estos tres tipos clínicos que se nos presentan diariamente (tanto por las reacciones cutáneas como por el asma, lascolitis, etc.), notemos sin embargo que el papel del terreno no parece absolutamente idéntico en estos diversos grupos de hechos.

D.—Intolerancias puras e intolerancias complejas. La necesidad de un análisis de la noción de intolerancia es más evidente en los casos de intolerancias complejas.

En efecto, la noción de reacción no excluye ni la de lesión sobreimpuesta, ni la de distrofia evolutiva. Todo lo contrario, estos distintos procesos se combinan a menudo.

La distrofia, es decir la constitución del suelo sobre el cual

se desarrolla el proceso mórbido, puede tomar el papel de la espina irritativa, la causa de excitación, fijando la reacción.

Además, el agente nocivo externo puede lesionar los tejidos independientemente de toda reacción, y tanto más, cuanto más tóxica es la substancia y si acciona a dosis más fuertes. Aquí encontramos la noción clásica en anatomía patológica, según la cual es muy difícil trazar la línea de demarcación entre la lesión y la reacción.

Inversamente, cuando se trata de substancias no tóxicas, alimentos por ejemplo, o de dosis ínfimas, la intolerancia puede presentarse en estado puro; el conocimiento de las reacciones de este orden autoriza la sospecha de su intervención en las lesiones complejas.

E.—Intolerancias espontáneas e intolerancias experimentales. Widal acostumbraba decir: «No se anafilactiza el que quiere». Esta fórmula no es exactamente exacta para la anafilaxis verdadera que puede obtenerse casi con seguridad aplicando las condiciones precisas, como lo comprueba la experimentación. La idiosincrasia no se obtiene a voluntad.

Hay pues una diferencia fundamental entre la anafilaxia verdadera y la intolerancia espontánea.

Numerosos caracteres los aparentan uno al otro. Se pueden sin embargo resumir en pocas palabras los criterios de la anafilaxis experimental o anafilaxia.

La anafilaxia experimental comprende:

1.—La calidad del reactógeno, que debe ser una substancia albuminoide.

2.—La necesidad de una refracción que hace penetrar esta substancia en el medio interior. Se sabe, en efecto, que un animal sensibilizado, que necesariamente sucumbiría bajo el efecto de la inyección de suero de caballo, puede sin embargo ingerir sin inconveniente alguno, grandes cantidades del mismo.

3.—La cronología especial de los diversos tiempos: inyección preparadora, inyección desencadenante. La anafilaxia es en efecto una intolerancia adquirida.

4.—La necesidad de un período de incubación, que parece corresponder a la fase de sensibilización propiamente dicha.

5.—La identidad de los accidentes sobre todos los individuos de una misma especie, por una vía de introducción dada, del reactógeno, y esto a pesar de la diversidad de los mismos.

En fin, en lo que a los accidentes de la gran anafilaxis se refiere, es decir al «shock anafiláctico» se puede aun añadir los tres caracteres siguientes:

6.—La posibilidad de evitar los accidentes de la inyección desencadenante: por la inyección previa de dosis fraccionadas del reactógeno, o esqueptofilaxia.

7.—La realización, después del shock, de un durable estado refractable. Este carácter es quizá uno de los más particulares de los shocks anafilácticos.

8.—La posibilidad de poner en evidencia el nuevo estado del individuo por una prueba de sensibilidad transmitida, notablemente por la anafilaxia pasiva.

F.—Las intolerancias individuales y las intolerancias colectivas. Hasta ahora hemos tenido presente solo los accidentes personales. Pero hemos reconocido que las intolerancias poseen un cierto número de caracteres que les son propios. En particular, la substancia nociva que da lugar a ellos, interviene como reactógeno y de ninguna manera como tóxico. Este carácter es aún más importante que el hecho, por una reacción personal. Todos los individuos de una misma especie pueden en efecto, presentar una misma reacción, que conserva todos los atributos de las intolerancias. Es, en alguna manera, todavía creada por el organismo y no padecida por el mismo. La manifestación es común a todos, pero el agente nocivo actúa sin embargo en ello tanto como el reactógeno. Estas son las intolerancias colectivas. Existe allí primeramente una contradicción, ya que la entidad mórbida no es de ninguna manera «personal». En realidad, es la individualidad de toda la especie, no solamente la del sujeto, que está en juego.

Después de haber observado en su conjunto el dominio de la intolerancia individual, podemos ahora dedicarnos tranquilamente a reconocer los diversos casos especiales a los cuales se aplican más particularmente ciertos términos considerados como sinónimos.

La idiosincrasia o intolerancia innata es con más frecuencia estrictamente específica y presenta más favorablemente la forma de las intolerancias orgánicas.

El shock es el conjunto de los fenómenos que revelan las manifestaciones reaccionarias de los aparatos reguladores; así puede comprenderse fácilmente su habitual severidad.

La anafilaxia es la intolerancia provocada, realizada experimentalmente por la penetración con efracción de substancias albuminoides. Comprende un cierto número de caracteres precisos que le pertenecen propiamente. Interesa igualmente los automatismos reguladores; es por esto, en el lenguaje vulgar, que se les identifica tan frecuentemente con los fenómenos del shock.

Como ya hemos dicho, las razones doctrinales que nos han obligado a rechazar los términos de coloidoclasia y de floculación, que sobreentienden manifestaciones esencialmente físicas.

III.—DEDUCCIONES TEORICAS Y PRACTICAS.

Una idea solo tiene valor para el horizonte que la rodea, el agrupamiento de los hechos que permite, la acción que dirige, en una palabra, por las sanciones que ella trae consigo.

No dejaremos de tomar nota que es el vasto dominio de la intoxicación que se encuentra, en alguna manera, desplazado; y hasta se podría llegar a pensar al primer momento, que todo se resume en un sencillo cambio de palabras.

No es así. Fuera de los hechos precisos donde la manifestación mórbida es estrictamente gobernada por la presencia del tóxico, la vaga noción de intoxicación se ha demostrado infecunda.

Por lo contrario, la idea de la intolerancia aclara un gran número de problemas de la patología, y ésto tiene tantos puntos de vista que los vamos a pasar en revista.

1.º—*Punto de vista etiológico.* No se podría identificar, por una parte, un factor etiológico tal como un tóxico, cuyos efectos son idénticos en todos los individuos y cuyas lesiones están subordinadas a su acción; y, por otra parte, un actógeno que solo actúa sobre individuos predispuestos y ocasionando diferentes estados mórbidos según los individuos.

En el primer caso, el conocimiento de la causa es fundamental, es la que rige la enfermedad; en el segundo caso, esta causa no es más que un factor desencadenante y su descubrimiento representa, a lo más, sólo una etapa en el diagnóstico.

2.º—*Punto de vista anatómico.* Los modernos estudios anatómicos, del más alto interés, han permitido identificar (en circunstancias que son precisamente aquellas que dan lugar a los estados de intolerancia) aspectos histológicos distintos de aquellos de la infección y de la intoxicación. Estos hechos, descritos bajo nombres diferentes, corresponden a una misma noción. (Klinghe, Chini, Duvoir Pichón y la Sta. de Cursay a propósito del reumatismo; Garcin y sus colaboradores a propósito de manifestaciones cerebrales de anafilaxis). Señalemos la importante serie de trabajos de Civatte sobre la «vesícula primordial» de la eczema. Fácilmente podremos entrever los hechos del mismo orden en otros dominios de la patología.

3.º—*Punto de vista clínico.* La variedad de los tipos clínicos revestidos por la intolerancia es muy grande.

Contrariamente a las manifestaciones cutáneas donde el examen de un elemento como la urticaria permite llegar a la conclusión de una intolerancia, los estados mórbidos de la patología interna se manifiestan por alteraciones funcionales y generales. (N. del T. Falta una línea en el original).... por una intolerancia o

por una distrofia. Será preciso, desde allí en adelante, para establecer el diagnóstico, arreglar sobre todo los «signos indirectos» (circunstancias individuales en las cuales se ha desarrollado el estado mórbido, otras manifestaciones importantes de dosis si ha habido ingestión de materia nociva, fecha, de presentación, evolución, predisposición mórbida, efectos del tratamiento etc.).

4.º—*Punto de vista evolutivo.* Con más frecuencia, la intolerancia es fluxionaria y espontáneamente resolutive.

Sin embargo, esto no es verdad en todos los casos.

Un desorden benigno puede traer por sí solo consigo consecuencias graves, si suspende las funciones indispensables a la vida. El edema de Quincke, por ejemplo, cuando radica en la glotis, puede ser fatal. De la misma manera, una alteración benigna, pero repetida, puede (en casos de intolerancia renal) dar lugar a una nefritis de evolución progresiva.

5.º—*Punto de vista experimental.* En materia de intoxicación, pueden reproducirse los mismos efectos sobre un animal; en materia de infección, se puede igualmente inocular el germen a un organismo escogido.

Por contrario, en casos de intolerancia individual, la reproducción del estado mórbido sobre otro sujeto es imposible, ya que por definición, los otros individuos soportan la substancia que no es nociva sino a favor de un estado de predisposición.

El punto de vista experimental consistiría aquí pues en poner al descubierto la predisposición.

Esto es precisamente el objetivo de los diversos métodos como la determinación de los tests cutáneos, la anafilaxis pasiva, la prueba de Prausnitz-Kustner. Estos procedimientos representan una verdadera orientación nueva de la medicina experimental.

6.º—*Punto de vista terapéutico.* Para combatir una intoxicación, es preciso suprimir o neutralizar el tóxico. En el caso de una intolerancia es sobre el individuo que hay que actuar para desensibilizarle. Las directivas son completamente diferentes y los métodos terapéuticos son otros. Nada demuestra mejor la profunda oposición entre las dos nociones de intoxicación y de intolerancia.

7.º—*Punto de vista doctrinal.* No volveremos a este punto, puesto que ha sido desarrollado en todo lo largo de este artículo. Que nos baste recordar los profundos removimientos que la noción de la intolerancia ha traído a los capítulos más diferentes de la patología.

Por encima de todo, la noción de intolerancia da al problema del terreno su verdadero sentido. No es en el sencillo medio nutritivo en el cual un germen microbiano encuentra su sustento, pero un elemento vital capaz de intervenir activamente en la de-

terminación del estado morbido como también en el de la curación. Este elemento no se presta, desde luego, como se había creído, a variaciones de sensibilidad humoral y tisular. Pues una placa fotográfica puede ser hipersensible, pero un tejido viviente es intolerante.

Tales son las razones de nuestra preferencia, no por un término, sino por una noción precisa, pues la intolerancia individual representa a la vez un hecho verificable y una idea fecunda.

Sección de Legislación

Normas para la sustitución de Médicos que tengan que jubilarse por edad avanzada e imposibilidad física

La «Gaceta» del 20 del actual, publica la siguiente Orden del Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad:

«Ilmo. Sr.: Existiendo muchos Ayuntamientos que, o no tienen confeccionados sus Reglamentos de empleados municipales, o no reconocen en ellos derecho de jubilación en favor de los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, es imprescindible dictar disposiciones que, con carácter transitorio hasta que el problema se resuelva de modo general, ofrezcan a aquellos facultativos medios legales que les permitan subvenir a sus más elementales necesidades cuando los achaques de una edad avanzada o la desgracia de una inutilidad física les haga difícil o imposible el cumplimiento de su misión.

Siendo la finalidad perseguida suplir la ausencia de preceptos que ordenen la jubilación, parece lo más acertado tomar inspiración en los casos en que ésta se considera procedente respecto de otros funcionarios, para referir también a aquéllos los preceptos de la presente Orden.

Por todo lo expuesto, este Ministerio ha tenido por conveniente disponer:

1.º La Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia podrá autorizar a los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, que sirvan plazas en propiedad en Municipios donde no tengan reconocido el derecho a jubilación, un sustituto que les reemplace por tiempo indefinido en todas las funciones propias de su cargo en los casos siguientes:

a) Cuando el Médico solicitante tuviese más de sesenta y siete años de edad y cuente al menos veinte de servicios en una misma plaza o en varias.

b) Cuando, cualquiera que sea su edad, cuente con más de cuarenta años de servicios efectivos.

c) Cuando padezca imposibilidad física y notoria para el ejercicio de su cargo.

2.º La concesión del sustituto, habrá de ajustarse a las normas siguientes:

Que lo solicite el Médico que ha de ser sustituido de la Sub-

secretaría de Sanidad y Beneficencia, por conducto de la Jefatura provincial de Sanidad respectiva, acompañando escrito del Médico que ha de encargarse de la sustitución, en el que ha de expresar su conformidad, y remitiendo los documentos probatorios de las circunstancias alegadas para pedir la sustitución. El expediente ha de ser informado por el Jefe provincial de Sanidad.

La condiciones económicas de la sustitución quedan al libre convenio del sustituto y del sustituido, quienes harán constar estar de acuerdo en este punto al incoar el expediente.

Cuando la sustitución se funde en imposibilidad física, será necesario que ésta se acredite mediante dictámen de dos Facultativos, que harán constar hallarse el solicitante imposibilitado para el ejercicio del cargo.

3.º En todo caso, el médico que haya de encargarse de la sustitución habrá de pertenecer al Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, y los servicios que preste como sustituto le serán computados para los efectos de antigüedad en el Escalafón.

4.º La sustitución puede terminar a voluntad de cualquiera de los dos Médicos interesados; pero el que adopte esta resolución habrá de comunicarlo al otro compañero y a la Jefatura provincial de Sanidad con treinta días de antelación, durante los cuales el sustituto tiene la obligación de desempeñar todas las funciones propias de su cargo. Al sustituto que sin anuencia de la Jefatura provincial de Sanidad se negase a prestar los servicios profesionales durante el plazo expresado le serían aplicables—si hubiera lugar—los preceptos de los artículos 16 y 17 del Reglamento de 29 de Septiembre de 1925.

En tales casos y en todos los demás no previstos en la presente disposición el Jefe provincial de Sanidad acordará lo que estime más oportuno para que el servicio quede atendido mientras se tramita nuevo expediente de sustitución o se reintegra de nuevo el sustituido al desempeño de sus funciones.

5.º Los preceptos contenidos en la presente Orden tienen el carácter de supletorios y estarán en vigor desde la fecha de su publicación en la «Gaceta de Madrid» hasta que se publiquen las disposiciones pertinentes reglamentando las jubilaciones de los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria.

Lo que digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Madrid, 11 de Diciembre de 1935.—P. D., M. BERMEJILLO

Señor Subsecretario de Sanidad y Beneficencia».

Tribunales para las oposiciones a plazas de médicos de asistencia pública domiciliaria

La «Gaceta» del 29 publica la siguiente Orden:

«Excmo. Sr: Establecida la Orden ministerial de fecha 5 del presente mes, publicada en la «Gaceta de Madrid» del día 15, respecto a las normas que habían de regir las oposiciones anunciadas para ingreso en el Cuerpo de Médicos de Asistencia pública domiciliaria y provisión en propiedad de las plazas anunciadas en el expresado órgano oficial de 4 de Noviembre último (a excepción de las de Jaén (capital), la del distrito cuarto de Daimiel (Ciudad Real), del distrito segundo de Orce (Granada) y la de Horcajo de la Ribera (Avila), cuyo anuncio ha sido anulado en virtud de Orden de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia de fecha 26 del citado mes de Noviembre), que los Tribunales que habían de constituirse con motivo de las mencionadas oposiciones serían cuatro, a fin de juzgar cada uno de éstos uno de los cuatro ejercicios que constituyen la oposición, debiendo formarse, además, un Tribunal especial para la provisión de las plazas que radican en las islas Canarias, y que entre los opositores aprobados y clasificados por orden de puntuación serían distribuidas las plazas anunciadas que han de ser provistas, así como las que se encontraran vacantes el día del comienzo de las referidas oposiciones, a cuyo objeto ha sido publicada posteriormente, por Orden de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia de fecha 16 del mismo mes, («Gaceta» del 20), relación nominal de los señores que habían de constituir los Tribunales de referencia, a excepción de los facultativos que por pertenecer al Cuerpo de Médicos de asistencia pública domiciliaria habían de figurar en los mismos.

En armonía con la expresada Orden ministerial ha sido publicada otra, de fecha 18 del propio mes («Gaceta» del 19), por la cual se establecía que las plazas de Médicos de Asistencia pública domiciliaria vacantes, y comunicadas por las Jefaturas provinciales de Sanidad a la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia antes de finalizar el mes actual, serían anunciadas en la «Gaceta de Madrid» del día 1.º del mes de Enero próximo, para su provisión por partes iguales en cada categoría mediante concurso de antigüedad en el Escalafón del Cuerpo, y de oposición,

verificándose éstos con arreglo a las Ordenes ministeriales citadas:

Considerando: 1.º Que organizadas las oposiciones de referencia en la forma expuesta, a base de cuatro Tribunales, en relación con las plazas de la Península, para juzgar aisladamente cada uno de los ejercicios de que consta la oposición, entrañaría múltiples inconvenientes, que, principalmente, habrían de recaer sobre los propios aspirantes a las plazas, por no proporcionar tal sistema los elementos de juicio necesarios para que los miembros de cada Tribunal lleguen a adquirir el conocimiento completo de cada opositor, indispensable para hacer una calificación justa y equitativa, y, como consecuencia, la adjudicación de las plazas que han de ser provistas por este procedimiento.

2.º Que la relación de plazas anunciadas ha determinado una numerosa concurrencia a las oposiciones de que queda hecha mención, lo que, como consecuencia natural y lógica, habría de ocasionar una prolongada actuación del Tribunal, siendo único, con perjuicio de los servicios inherentes a las plazas que han de ser provistas, en primer término, y asimismo, en cuanto a los opositores y miembros del Tribunal, en segundo lugar, que les obligaría a una larga permanencia fuera de su residencia habitual; inconvenientes y dificultades que habrían de recaer principalmente sobre los opositores que aspiran a las plazas radicantes en el archipiélago canario, con su traslado obligado a la capital de la República.

Este Ministerio, haciendo uso de la facultad conferida por Decreto de 14 de junio último, ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º Que para la provisión de las plazas de la Península, de Médicos de Asistencia pública domiciliaria, mediante oposición libre, anunciada en la «Gaceta de Madrid» de 4 de Noviembre último, con excepción de las comprendidas en la Orden de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficiencia de fecha 26 del propio mes, se constituirán tres Tribunales, y uno especial, que actuará en Santa Cruz de Tenerife para la provisión de las que radican en las islas Canarias, pudiendo ser sustituido el Vocal Catedrático de Cirugía por un Auxiliar por oposición de la misma disciplina en los Tribunales de las plazas de la Península; quedando, desde luego, sustituido en el de las islas Canarias por un miembro de la Academia de Medicina, a propuesta de la Corporación.

2.º Los ejercicios de oposición darán comienzo el día 10 del mes de Febrero próximo, a cuyo fin los Tribunales designarán oportunamente el local donde han de verificarse aquéllos, distribuyéndose por grupos iguales en número, o con la mayor aproximación posible, el de aspirantes admitidos, y dispondrán

lo conveniente para la buena marcha de las oposiciones, examinando cada uno de los Tribunales, de todos los ejercicios, a todos los aspirantes del grupo correspondiente, teniendo en cuenta que el número de plazas que han de ser provistas, haciéndose al efecto, por el Tribunal del primer grupo, la oportuna propuesta a la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia, para cada plaza, con sujeción a los preceptos de la norma novena del artículo 13 del Reglamento de 29 de Septiembre de 1934.

3.º Oportunamente tendrá lugar la publicación en la «Gaceta de Madrid» de aquellas plazas que han de ser provistas en la convocatoria a que la presente Orden se refiere, previa clasificación en conjunto por cada categoría, en cuanto a la forma de provisión y en la proporcionalidad que determina el artículo 23 del Reglamento citado de 29 de Septiembre de 1934, clasificación que será hecha por la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia, y cuyo anuncio se publicará en el expresado órgano oficial con la antelación necesaria para la provisión de las mismas; quedando nulas y sin aplicación ni efecto alguno las disposiciones de las Ordenes ministeriales de 5 y 18 del corriente mes que se opongan al cumplimiento de la presente Orden complementaria de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia de 16 del mismo.

4.º Los miembros de los citados Tribunales devengarán dietas durante su actuación, con cargo a los derechos de oposición, distribuyéndose la cantidad correspondiente, en forma proporcional, según el número de aspirantes que actúe con cada uno de ellos, y por cada Tribunal con arreglo al porcentaje reglamentario.

Lo que de Orden ministerial comunico a V. I. para su conocimiento y efectos oportunos. Madrid, 28 de Diciembre de 1935.—P. D., ALVAREZ VILLAMIL.

Señor Subsecretario de Sanidad y Beneficencia.

031VA

... en este ...
... para ...
... a cargo del ...
... en ...
... en la ...
... y de ...
... de ...
... en ...
... en la ...

PLAZA GRATUITA

EN EL

Instituto Psiquiátrico-Pedagógica

El «**Instituto Psiquiátrico-Pedagógico** para niños, niñas y jóvenes retrasados mentales, psicopáticos o difíciles» abre concurso para la concesión de una plaza gratuita de tratamiento, en internado, durante un año, prorrogable éste si ello se considera conveniente en el momento oportuno.

Las peticiones serán dirigidas a dicho Instituto, carretera del Hipódromo a Chamartín, 58 (Madrid), durante todo el mes de diciembre presente.

La plaza de ser solicitada para niña (*precisamente niña*) anormal mental, cuya anormalidad no sea tan excesivamente acentuada que prive de finalidad al tratamiento, que tenga de edad más de cinco años y no pase de diez y que pertenezca a familia que esté, económicamente, en situación de verdadera pobreza.

Las solicitudes serán acompañadas de partida de nacimiento, de certificación mental del médico de la localidad y de certificación de la Alcaldía respecto del estado económico de la familia de la niña de que se trate.

La dirección del **Instituto Psiquiátrico-Pedagógico** se reserva el derecho de solicitar o de hacer, sobre cualquiera de los extremos apuntados, la información complementaria que considere oportuna y el de resolver el concurso como en conciencia lo estime más conveniente.

AVISO

Se recuerda a los Señores Colegiados que continúan en este Colegio las clases de idiomas para Colegiados y sus familiares a cargo del Profesor Sr. O'Ferrall. Los nuevos cursos de Inglés, Francés, Alemán e Italiano comenzarán en Enero próximo y en ellos se especializa en la preparación de Sres. Médicos en conversación y traducción científica y de sus familiares en la preparación para los exámenes del Bachillerato, Escuelas de Comercio y el ingreso Universitario, en las asignaturas de idiomas modernos. La matrícula está abierta en la Secretaría de este Colegio.

Sección Oficial del Colegio

Acta de la sesión celebrada por la Comisión Permanente del Colegio, el día 6 de Octubre de 1935

Con asistencia de los señores Murillo Iglesias, Merchán Martín, Pita Gandarias, Domínguez Villagrás y Sánchez Cayetano, dá comienzo la sesión a las ocho de la noche, dándose lectura al acta de la sesión anterior que es aprobada.

Se dió lectura a la carta circular, fecha 30 del pasado mes de Septiembre, de la Federación de Colegios y del cuestionario para el Seguro de Enfermedad.

También se dá lectura a las ponencias sobre el Seguro de Enfermedad de los señores Bardají, Díaz Jurado, y de la unificación del Seguro del Instituto Nacional de Previsión, y se acordó contestar al señor Pérez Mateos lo siguiente:

1.º Que este Colegio ve con sentimiento la tardanza en dar a conocer a todos los Colegios el resultado de los estudios realizados por los comisionados, que han ido a las distintas naciones a estudiar el Seguro de enfermedad, establecido en los mismos.

2.º Que esta Comisión Permanente estima que ha llegado el momento oportuno de celebrar la Asamblea extraordinaria de Colegios Médicos a que hace referencia en su carta, que reiteradamente le tenía pedido este Colegio y que prometió a la representación del mismo, recobrando este Colegio su libertad de acción, si los hechos estimamos corresponden a dar nueva larga al asunto y

3.º Que siendo asunto de tanta importancia los puntos del cuestionario sobre el Seguro de enfermedad, deben ser objeto de deliberación, con su obligado contraste de opiniones por todos los Colegios, para que la resolución que adopte la Asamblea, sea la resultante de la opinión de la clase médica, y la que defenderá ésta.

Se acuerda dirigirse al Colegio de Badajoz dándole cuenta de los acuerdos tomados.

Y no habiendo más asuntos de que tratar, y siendo las diez de la noche, se levantó la sesión de que yo el Secretario certifico.—RAMON SANCHEZ CAYETANO.—V.º B.º: El Presidente, J. MURILLO.

Acta de la sesión celebrada por la Comisión Permanente del Colegio Oficial de Médicos, el día 22 de Noviembre de 1935

Con asistencia de los señores Murillo Iglesias, Merchán Martín, Sánchez Cayetano, Roperó Fernández y Domínguez Villagrás, dá comienzo la sesión a las ocho y quince de la noche dándose lectura al acta de la sesión anterior, que queda aprobada.

Teniendo la documentación en regla son admitidos como colegiados los señores don Vicente Feroso Gutiérrez, de Coria; don Rafael Baeza González, de Navatrasierra; y don Telesforo Aparicio Pavón, de Jaraíz de la Vera.

Dada lectura a carta recibida del Colegio Médico de Badajoz, sobre contribución para constituir una dote a la hija del compañero asesinado en Cantalejo, señor Para Santaengracia, se acuerda contribuir con la suma de 100 pesetas.

Vista la comunicación del médico don Carlos Borrella Redondo de Arroyomolinos de Montánchez, en la que pide se informe ciertos honorarios, se acuerda manifestarle, que el Colegio no puede entrar en la cuestión, y por tanto prejuzgar, hasta tanto no se le pida el informe correspondiente.

Se aprueba factura de don Alejandro Molano, sobre gastos reparaciones chimeneas francesas del Colegio.

Por estar conformes con la tarifa oficial se aprueban los contratos que presentan los compañeros don Alfonso Valares Flores, don Teodoro Porta Gárate, don Telesforo Pulido y don Isidro Cumbreño.

Se acuerda citar a Junta Permanente el día 19 del actual, a las doce horas, a la que concurrirán los médicos de Guijo de Santa Bárbara, don Ramón Díaz y don Manuel Padilla al objeto de solucionar la cuestión planteada por el primero.

Y no habiendo más asuntos de que tratar y siendo las diez de la noche se levantó la sesión de que yo el Secretario certifico.—RAMON SANCHEZ CAYETANO. V.º B.º El Presidente, JULIAN MURILLO.

Acta de la sesión celebrada por la Comisión Permanente del día 4 de Diciembre de 1935

Con asistencia de los señores Murillo Iglesias, Merchán Martín, Domínguez Villagrás, Sánchez Cayetano y Roperó Fernández, bajo la presidencia del primero de los señores citados, dá comienzo la sesión a las siete y treinta de la tarde, dándose lectura al acta de la sesión anterior, que queda aprobada.

Se despachan varios asuntos, referentes a la Mancomunidad

Sanitaria, y se aprueba el criterio a seguir por los representantes del Colegio, en el seno de dicha entidad.

Se acuerda contestar a Previsión Médica, acerca del informe que solicita del hijo de doña Concepción Crespo Michel, la que solicita un socorro extraordinario de dicha entidad, que las condiciones económicas del hijo son escasas.

Se acuerda adherirse con todo entusiasmo al homenaje que se proyecta en honor del Dr. Gómez Ulla.

Dada cuenta de la carta recibida del Consejo de Colegios, se acuerda enviarle a la brevedad posible el saldo a favor del mismo.

El señor Merchán hace una exposición de las dietas que perciben los médicos a las consultas que le hace la Administración de Justicia, en su calidad de técnico, en los asuntos de su competencia, donde existen muchas anomalías, que van en desdoro de las clases sanitarias. La Junta vé complaciente las manifestaciones que hace el Sr. Merchán en el sentido de que sean corregidas las deficiencias hoy existentes, y promete en una próxima Junta traer una propuesta concreta.

Se nombra una Comisión compuesta por el contador y depositario para regular las dietas de viajes de los miembros del Colegio.

Se dá lectura a la carta de don Perfecto Cábanas sobre ofrecimiento de honorarios en una reclamación a entablar, y se acuerda contestarle en sentido negativo.

Y no habiendo más asuntos de que tratar, y siendo las diez de la noche, se levantó la sesión de que yo el Secretario, certifico.—Ramón S. Cayetano.—V.º B.º El Presidente, J. MURILLO.

Acta de la sesión celebrada por la Junta Permanente del Colegio Oficial de Médicos el día 11 de Diciembre de 1935.

Con asistencia de los señores Murillo Iglesias, Merchán Martín, Sánchez Cayetano, Roperó Fernández y Domínguez Villagrás, dá comienzo la sesión a las ocho en punto de la noche, dándose lectura al acta de la sesión anterior, que es aprobada. Se dá cuenta de la carta recibida del vocal Sr. Merino Hompanera, en la que excusa su asistencia a la Junta.

El Presidente Sr. Murillo, dá cuenta de la entrevista celebrada con el Presidente del Colegio de Badajoz, sobre asunto del Consejo de Colegios, acordándose por unanimidad, insistir cerca de dicho organismo, sobre los puntos expuestos en carta anterior, referente al mismo tema.

Vista la solicitud de don Antonio González de la Calle, se readmite como colegiado a dicho señor.

Dada cuenta de la carta recibida del Colegiado don José Pe-

ña Rubio, de Gargantilla, denunciando algunas anomalías que le ocurren en su distrito médico, se acuerda, que dadas las circunstancias especiales del caso, y el haber intervenido la Subsecretaría de Sanidad, no intervenir en el asunto, lo cual se le comunicará al interesado, en visita que tiene anunciada.

Se dá cuenta del oficio recibido de la Asociación Nacional de Toco-Ginecólogos de España, en la que participan su constitución, agradeciendo el ofrecimiento que hacen.

Igualmente se dá cuenta de una carta del Sr. hijo de don Buenaventura Gil Toresano (q. e. p. d.), en la que dá las gracias al Colegio por haberle prestado la colaboración y apoyo en el feliz resultado que ha tenido todo ello, con la consecución de lo reclamado en el recurso interpuesto contra acuerdo del Ayuntamiento de Arroyo del Puerco.

Se acuerda escribir a la Casa Bayer, para la confección gratuita de las Listas de colegiados.

Y no habiendo más asuntos que tratar, y siendo las diez de la noche, se levantó la sesión, de que yo el Secretario certifico.— R. Sánchez Cayetano.—V.º B.º, J. MURILLO.

Acta de la sesión celebrada por la Junta Permanente de este Colegio el día 27 de Diciembre de 1935

Con asistencia de los señores Murillo Iglesias, Merchán Martín; Dominguez Villagrás, Ropero Fernández y Sánchez Cayetano, previa citación, siendo las ocho de la noche dá comienzo la sesión dándose lectura del acta de la sesión anterior que es aprobada.

Por el señor Secretario se dá cuenta de la comunicación recibida del Gobierno civil de haberse hecho cargo de la provincia el nuevo Gobernador, señor Becerra, acordándose se le visite y ponerse a su disposición para todo cuanto redunde en beneficio de la clase.

Se dá lectura de la carta de don Pedro García Casillas, sobre el asunto de Carabineros, acordándose citar a dicho señor para el próximo lunes, para que en unión de los documentos que él aporte, se vea el modo de solucionar el conflicto que él manifiesta, y dirigirse al señor Inspector provincial y Delegado de Hacienda para resolverlo, como igualmente exponer estos hechos al señor Gobernador.

Dada lectura del escrito que remite el médico de Madrigal de la Vera, don Antonio García Prieto, la Junta acuerda citar para una Permanente a dicho señor y al compañero de dicha localidad don Leopoldo Rodríguez Peláez.

Se acuerda remitir al señor Inspector provincial la denuncia del señor Neyra, de Cabezabellosa, referente al caso de intruismo en Plasencia.

La Comisión Permanente se dá por enterada del proyecto de presupuesto de este Colegio para el próximo año de 1936.

Se acuerda liquidar dada la fecha de fin de año, con Federación Médica y Previsión.

Y no habiendo más asuntos de que tratar y siendo las nueve y media de la noche se levantó la sesión de que yo el Secretario certifico.—RAMON S. CAYETANO. V. B.º.: El Presidente, J. MURILLO.

Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cáceres

Concurso-Certamen 1935

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tantas menciones honoríficas como el Jurado acuerde.

4.^a El plazo de admisión de los trabajos será hasta el día 15 de Diciembre de 1935.

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

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

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

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

9.^a El reparto de premios se hará en la Junta general que celebre el Colegio en Enero de 1936.

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

Cáceres y Enero 1935. —LA JUNTA PERMANENTE.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TARIFA DE ANUNCIOS

Cubiertas interiores

Plana entera.....	200 Ptas.
Media plana.....	110 »
Cuarto de plana.....	60 »

CUBIERTA EXTERIOR, EL 20 POR 100 DE AUMENTO

Páginas interiores

Plana entera.....	160 Ptas.
Media plana.....	85 »
Cuarto de plana.....	50 »

ANUNCIOS ENTRE EL TEXTO O EN OTRAS PARTES DE LA REVISTA Y ENCARTÉS
-PRECIOS CONVENCIONALES

(ESTOS PRECIOS SE ENTIENDEN PARA UN AÑO, O SEAN DOCE INSERCIONES)

Número de colegiado, 440

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

Plaza de la Concepción - Teléfono, 421
CACERES

YODURO BERN CAFEINADO

en grajeas, glutinizadas, inalterables conteniendo cada una

0 grs. 15 de yoduro potásico químicamente puro

0 grs. 05 de Cafeina » pura

asimilables en el intestino. Sin yodismo.

INDICACIONES: Asma: Enfisema: Bronquitis: Arterioesclerosis:
Enfermedades del corazón: Angina de pecho, etc.

DOSIS: De 3 a 8 grajeas al día antes de las comidas.

Dirigirse para muestras y literatura al autor D. I. BENEYTO.—Laboratorio farmacéutico. Calle Gómez Hemas (C. Lineal).—CHAMARTIN-MADRID

GINECOLOGIA Y PARTOS

TRATAMIENTOS MEDICO-QUIRURGICOS

Gonzalo Mingo González

Tocólogo Ginecólogo titulado en
el Instituto Rubio, Maternidades de
Madrid y Casa de Salud Valdecilla

Arturo García Sánchez

Médico Tocólogo

Consultas de 11 a 1 y de 5 a 7

MORET, 4 — TELÉFONO, 131 — CÁCERES

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

Director: D. Bernardo Morales

BURJASOT (VALENCIA)
(ESPAÑA)

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

Agentes exclusivos, J. ORIACH Y C.^a S. A.-Barcelona

Tetradinamo (ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol (INYECTABLE)

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

Eusistolina (SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán (INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese Estación de ferrocarril

PALUDISMO

LAVERANSAN

Poderoso contra fiebres palúdicas, tónico, aperitivo y reconstituyente

COMPOSICION. Cada pílora Laveransan contiene:

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

Caja de 40 pildoras, pesetas 6'50

Muestras a disposición de los señores Médicos

LABORATORIO BAZO

RIBERA DEL FRESNO (BADAJOZ)

DOCTOR: Si necesita un buen recalificante, antirra-
quitico, antianemizante, etc.

No vacile: emplee CALCITOSE

(sello y polvo)

Dosis por sello	Fosfato de cal	0'25 gramos
	Carbonato de cal	0'25 »
	Latacto de cal	0'25 »
	Latacto de hierro	0'15 »
	Fluoruro de calcio	0'05 »
	Glándula suparrenal desecada	0'05 »

TOTAL 1'00 »

Dosis por cucha-
rada 1'40 grms. } Las mismas cantidades que el sello, más
0'40 gramos de Magnesia calcinada.

Producto del Laboratorio «Tanis», Granátula (Ciudad Real)

Venta en todas las Farmacias

J. MERINO HOMPANERA

DIRECTOR DEL DISPENSARIO
ANTITUBERCULOSO CENTRAL

PULMÓN Y CORAZÓN



Consultas de 2 a 4



Avenida de Cervantes, 44

Teléfono, 472

BENEDICTO MALAGA

APARATO DIGESTIVO Y NUTRICION



RAYOS X METABOLISMO BASAL



Consulta: De 11 a 1 y de 4 a 6

Avenida de la República, núm. 13

Teléfono 466

CACERES

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.



ACIDONA

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

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

DIGESTÓNICO

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

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

ARTRITINA

El mayor disolvente de **ÁCIDO ÚRICO**
Dr. F. VICENTE.—Cartagena, 16.—MADRID

SANATORIO QUIRÚRGICO

DE

Andrés Martín Merás

CIRUGÍA GENERAL

Plaza Marrón, 8

Teléfono, 408