

AÑO DE LA VICTORIA

Clínica Extremeña

REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

DE LA

PROVINCIA DE CÁCERES

ESTA REVISTA SE REPARTE GRATIS
A LOS SEÑORES COLEGIADOS

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

PUBLICACION MENSUAL,
PROFESIONAL Y CIENTÍFICA

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
LA JUNTA PERMANENTE DEL
COLEGIO MÉDICO

SUMARIO

SECCIÓN CIENTÍFICA: Algunos rasgos de lo que debe ser la Lucha Antituberculosa en el Nuevo Estado Nacional Sindicalista.— El momento sanitario actual.—SECCIÓN DE LEGISLACIÓN: Ordenes.—Inspección Provincial de Sanidad.—Noticias.—Previsión Médica Nacional.—Sobre recuperación de material sanitario.

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

—
1939

Adultos

Optobalsan

(OPTOQUINA Y BALSAMICOS)

tratamiento de las afecciones bronquio-
pulmonares en general.

FÓRMULA	Optoquina.	0'30 Gr.
	Hidrastina	0'002 Gr.
	Alcanfor	0'20 Gr.
	Guayacol	0'10 Gr.
	Gomenol	0'20 Gr.
	Colesterina	0'05 Gr.
	Aceite de olivas lavado, c. s. para 3 c. c.	

FORMULA NIÑOS - Ampollas de 1'5 c. c.

Laboratorio Vda. de Salvador S Ortiz

BAZA - GRANADA

Laboratorio J. N. BOACIÑA
CACERES

NEUMOL

ANTICATARRAL INFALIBLE



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



Cicatrizada lesiones y repara tejidos

VENTA EN FARMACIAS

Laboratorio «CASTEL»

ANALISIS CLINICO BACTERIOLOGICO Y SEROLOGICO

Sangre y Líquido Cefalorraquídeo.



Orina, Esperma, Esputos.

Contenido gástrico.

Líquido duodenal.

Heces, Líquidos retirados por punción.

Exudados. Leche de mujer.



Pruebas funcionales renales.

» » hepáticas.

» » del aparato digestivo.

» » de la nutrición.



Análisis químico y biológico de alimentos (incluyendo vitaminas).

Análisis de Agua.

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

“GADOL” CASTEL

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

Muestras gratis a los señores Médicos que la soliciten

Plaza del General Mola, 37 — Teléfono, 1452

CACERES

PALUDISMO

LAVERANSAN

Poderoso contra fiebres palúdicas, tónico, aperitivo y reconstituyente

COMPOSICION. Cada 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)

LUIS INFANTE

Médico especialista en

GARGANTA, NARIZ Y OIDOS

Consulta de 10 a 1 y de 5 a 6

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

AÑO DE LA VICTORIA

Clínica Extremeña

Revista científica mensual

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

Sección Científica

ALGUNOS RASGOS DE LO QUE DEBE SER LA LUCHA ANTITUBERCULOSA EN EL NUEVO ESTADO NACIONAL SINDICALISTA

Por JOSÉ MERINO HOMPANERA,
Director, por oposición, del Dispensario
Antituberculoso Central y del Sanatorio
Antituberculoso de Cáceres.

(Entregado a petición de la Delegación Nacional de Sanidad
de Falange Española Tradicionalista y de las J. O. N. S.)

**Las bases científicas que justifican e im-
ponen las modernas orientaciones de la
Lucha Antituberculosa.**

Cuando se pretende revisar retrospectivamente los rasgos
iniciales y las orientaciones primitivas de la Obra Antituberculo-
sa en los países que primeramente iniciaron la prevención de la
tuberculosis como plaga social, se es presa de gran confusión,
pero se llega al convencimiento de que la serie de desaciertos y
errores, que tanto tiempo y gastos supérfluos originaron, no
pudieron ser motivados más que por el desconocimiento cientí-
fico del problema con el que había que enfrentarse; ciertamente,
dichos errores tienen su descargo en el buen deseo que guió a
los que propusieron tales métodos, los cuales, no tardando, hu-
bieron de ser abandonados o, por lo menos, sometidos a impor-

tantes rectificaciones. Así es, en efecto, y puede verse a través de la historia de la Lucha Antituberculosa—corta, es verdad, pero con grandes frutos científicos y benéficos en su haber— que los diferentes sistemas adoptados en un principio se han ido modificando al compás de las adquisiciones, cada vez más importantes, en el terreno de la epidemiología y clínica de la tuberculosis, hasta convenir en un método fundamentalmente único, pudiendo decirse que, en la hora actual, lo esencial, las directrices generales de la Obra Antituberculosa de todas las Naciones son equiparables, existiendo solamente leves diferencias impuestas, en parte, por las modalidades geográficas, sociales, económicas, etc., constitutivas del sello distintivo de cada país, y, sobre todo, por las características de la endemo-epidemiología de la tuberculosis en cada uno de ellos.

La epidemiología es la base fundamental de toda actividad antituberculosa. Nadie que conozca la esencia de las cuestiones sobre que vamos a tratar puede dejar de considerar esta afirmación como un axioma. En otro sentido, conviene también llamar la atención aquí acerca de que los conocimientos actuales sobre esta rama de la Medicina se han logrado, en gran parte, gracias a la labor realizada por las Organizaciones Antituberculosas.

Pero, la epidemiología de la tuberculosis presenta una complejidad mucho más acentuada que la correspondiente a las demás enfermedades infecciosas; prescindiendo de otras características bástenos considerar, solamente, las siguientes facetas:

a) El ser humano aparece, ante la investigación con relación a dicha enfermedad, en situaciones o momentos notablemente distintos: indemne o no alcanzado por la infección bacilar, es decir, biológicamente sano en este aspecto; infectado o tuberculoso biológico, sin fenómenos clínicos y respondiendo a esta situación solamente con ligeras manifestaciones reaccionales; con signos de enfermedad o clínicamente tuberculoso. Nótese que, en casi todas las demás infecciones no conocemos, apenas, más que el hecho patológico y, si acaso, los fenómenos inmunitarios consecutivos.

b) En tuberculosis, el momento de la infección con relación a la edad puede ser decisivo; en los primeros tiempos de la vida

Ceregumil

FERNANDEZ

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

FERNANDEZ Y CANIVELL . — M A L A G A

Representante general en Extremadura:

Francisco Cruz Quirós ● CACERES

es fatal y el acontecimiento infección no sólo es igual al de morbilidad, sino que equivale al de mortalidad. Pasados los primeros meses, esta equivalencia se desproporciona de modo vertiginoso, no revistiendo tal importancia dicho episodio; pero, por una parte, está comprobado que, a mayor intensidad de los primeros fenómenos patológicos, aún inaparentes en el aspecto clínico o aunque aparentes desapercibidos, existe una mayor probabilidad para ser víctima de una explosión patológica en las edades posteriores; por otra, el estado de infección transcurre, a menudo, durante períodos de tiempo enormes, en las márgenes de la enfermedad, aún después de haber tenido, al parecer, buena consolidación al efecto primitivo.

c) Las diferentes manifestaciones patomorfológicas que la tuberculosis produce a través de la vida humana, ofrecen, no solamente un gran poliformismo, cuya diferenciación y calificación está reservada únicamente a la sagacidad del clínico, sino que, cada una de ellas tiene una representación y una trascendencia diferente para el individuo por lo que al orden de la clínica se refiere y para la sociedad por lo que cada una de estas formas patológicas supone como fuente de contagio.

Estos hechos, aun así escuetos, significan por sí solos, para el que comprenda su alcance, no solo lo que venimos diciendo sobre la complejidad de la epidemiología sino su extraordinaria compenetración con la clínica y, mejor, su relación de dependencia con la misma, mucho más acentuada que en las demás enfermedades infecciosas, hasta el punto de resultar inadmisibile un conocimiento epidemiológico profundo sin contar de antemano con el dominio clínico.

La epidemiología con su auxiliar la estadística nos proporciona las características y las medidas del problema de la tuberculosis en un país, en una región; es, pues, totalmente imprescindible el construir sobre ellas tomándolas como base de orientación la obra de defensa, si queremos que los medios que se utilicen sean exactamente apropiados a la consecución del fin que se pretende y que ellos tengan la utilidad y la eficacia exigibles; no hay más procedimiento que éste si queremos soslayar las pérdidas en efectividad y economía que los trabajos a ciegas traen por anticientíficos consigo.

El Nuevo Estado Español que surge de la bancarrota de un país con la pujanza y el vigor que le proporcionan la juventud y el entusiasmo, nace, además, con un caudal de experiencia de gran valía; esta experiencia le proporciona la consideración de los errores que condujeron a tan ruidoso fracaso a los viejos métodos. La seriedad de este Nuevo Estado le obligará a enfrentarse inmediatamente con la disyuntiva de si una Nación de más de veinte millones de habitantes puede seguir o no viviendo

como hasta aquí sin una obra de defensa social contra la tuberculosis; ante la negativa rotunda, no solamente ha de acometer la empresa con toda energía, sino que exigirá a sus hombres que dicha obra asiente, como garantía primordial, sobre la sólida base de la realidad científica, y la realidad científica en este caso la constituye la epidemiología de la tuberculosis. Si así procede, España podrá contar, no obstante las desventajas que supone el haber tenido a su población tuberculosa totalmente desatendida—¡el único país en Europa!—con la ventaja de poder organizar en breve tiempo una Lucha Antituberculosa modelo, porque le es factible organizarla desde su base, de acuerdo con las necesidades de la Nación y, además, dispone de la experiencia universal, actualmente considerable y llena de enseñanzas.

Y ¿cuáles son estas necesidades? ¿Poseemos un conocimiento profundo, exacto del problema en España? Hemos de confesar que no. Pero tenemos, sin embargo, algunos datos que basándonos en las orientaciones epidemiológicas generales y estableciendo comparaciones con la situación mejor conocida de otros países nos es posible enjuiciar nuestra situación y obtener conclusiones útiles para nuestro fin.

Sin pretender entrar de lleno en el campo de la epidemiología, vamos a poner de manifiesto algunas cuestiones que creemos de necesidad para poder continuar este escrito.

No se conocen los caracteres de la tuberculosis en las sociedades antiguas, aunque se tiene noticia cierta de su existencia en épocas muy remotas. Puede decirse que, hasta mediados del siglo pasado, no hay datos relativamente precisos sobre la mortalidad, revelados en estadísticas locales; pero, posteriormente, los datos estadísticos se han ido generalizando y completando de tal modo que han permitido conocer la marcha de la tuberculosis a través de las generaciones.

La tuberculosis no representa un fenómeno infeccioso mundial de carácter endémico, como se había venido creyendo, sino que se desenvuelve originando una marcha cíclica en forma de brotes agudos, los cuales pueden representarse, en general, como los pertenecientes a las demás epidemias, por una curva en la que, después de una fase de depresión, se produce un ascenso que va seguido de un acmé y continuado después por un descenso, para marcar nuevamente la fase de depresión siguiente. Es esto lo que Hofbauer-Flatzack ha denominado «*Kommen und Gehen der Tuberkulose*». Un detalle de estos ciclos lo constituye su extraordinaria longitud en el tiempo; pero, a pesar del lapso considerable que se se invierte en cada uno de ellos, la estadística, que es de época reciente, nos revela ya en algunas localidades este fenómeno: así, por ejemplo, por lo que se refiere a Londres, existen cifras tan demostrativas como las siguien-

tes en lo referente a mortalidad por tuberculosis: 1680—70 %, 1740—75,7 %, 1749—87 %, 1793—60,8 %; valores igualmente demostrativos se encuentran en Edimburgo, Helsingfors, Estocolmo y Breslau.

Es, pues, evidente el carácter epidémico, pero conviene tener presente que las ondas epidémicas no poseen la capacidad de violencia y amplitud suficientes para invadir simultáneamente, o poco menos, todas las zonas del planeta; bien al contrario, esa simultaneidad no tiene lugar en los diferentes continentes ni aun siquiera en las diferentes regiones y ciudades de una misma nación; cada región tiene una curva con fases de intensidad y duración peculiares, por lo que los ciclos epidémicos aislados ofrecen características distintas en grado muy elevado. El autor citado expresa estos hechos de un modo gráfico diciendo que la tuberculosis no gravita sobre el mundo simplemente como una cubierta con zonas de diferente grosor; no debe ser considerada así sino que se representa mejor como una capa sometida a un complicado movimiento ondulatorio cuyas ondas manifiestan una gran variedad.

Dejemos a un lado las teorías emitidas con el fin de explicar las causas de la curva secular de la tuberculosis y tengamos solamente en cuenta los siguientes hechos: cada país, cada región, presenta durante un espacio de tiempo variable una cifra baja y estabilizada, de mortalidad, lo que constituye la cifra básica; consecutivamente esta cifra aumenta de un modo progresivo y más o menos rápido hasta alcanzar las cifras más altas correspondientes al estado de tuberculización de la población en gran escala y las cuales se sostienen durante cierto número de años, dando origen a la fase epidémica o de impregnación o tuberculización masiva; durante la fase siguiente la cifra inicia un descenso continuado, período de destuberculización. hasta alcanzar, por fin, la fase endémica.

Si consideramos la curva secular de los últimos años en los países de Europa y América podemos ver que, en general, se encuentra en franco descenso en muchos de ellos, en otros ha alcanzado ya hace años el período de estabilización o de endemia. Pero, de acuerdo con lo dicho anteriormente, hay que advertir que dicho descenso ha comenzado en momentos diferentes y así, por ejemplo, vemos que en Inglaterra se ha iniciado en 1830, en Suecia en 1840, en Nueva Zelanda y Suiza en 1880 y en Irlanda en 1900.

Cumple ahora saber qué es lo que ocurre en España, cuál es la situación y la intensidad de la endemo-epidemiología tuberculosa en nuestro país.

Para adquirir una orientación sobre las características particulares del problema de la tuberculosis en España hemos de re-

currir, casi exclusivamente, a las cifras de mortalidad que nos proporciona la estadística, pues las investigaciones epidemiológicas en otros órdenes son hasta ahora tan limitadas y circunscritas que no permiten aplicaciones generales. Debemos tener presente, además, el enorme margen de error que encierran las cifras de mortalidad, siempre por defecto; pero las utilizaremos sin pretender establecer correcciones y ello dará más fuerza a las conclusiones que puedan proporcionarnos.

Desde luego, la revisión de la cifra de mortalidad correspondiente a los últimos quinquenios demuestra que, en general, existe una tendencia manifiesta al descenso; sin embargo, comparando las cifras de cada una de las diferentes provincias se observa que, mientras en muchas existe una estabilización evidente, en algunas, en cambio, aparece una tendencia a la agudización. Esto revela ya una variabilidad notoria en la fase de tuberculización de las diferentes regiones de nuestra Patria, que se acentúa más cuando se establece una comparación entre las capitales de provincia y el medio rural. Así, por lo que a la tuberculosis pulmonar se refiere, en las ciudades nos encontramos con cifras que oscilan entre 35'5 por 10.000, como Gerona y 9'4 10.000, como Albacete, que corresponden a cifras de epidemia y endemia, respectivamente. Sin embargo, casi todas las capitales dan cifras por arriba de 15'5 por 10.000; encontrándose varias con cantidades superiores a 30 por 10.000; las que, comparadas con las correspondientes a dos o tres quinquenios anteriores, permiten afirmar que dichas poblaciones se encuentran en fase de tuberculización masiva.

En las provincias llama la atención lo contrario; casi todas dan cantidades muy bajas, como Zaragoza, con 5'7 por 10.000; Soria, 5'5; Cuenca, 5'4; Guadalajara, 4'6 y Teruel, 4'4. Como se sabe, en las provincias españolas tiene un predominio casi absoluto la vida rural, absorbiendo la ganadería y la agricultura especialmente casi todas las actividades de sus habitantes y, justamente, en donde aparecen cifras de mortalidad más altas es en aquellas zonas en las cuales tienen algún predominio las actividades industriales o en aquellas otras en que por su situación la vida de relación y el intercambio social son más intensos; así ocurre en Santander, Asturias y Cádiz, en las que la migración presta su influjo.

La tuberculosis no pulmonar va presentando, salvo leves diferencias, no poco demostrativas, por cierto, la misma distribución, siendo, en general, escasa en el medio rural, pero llega a alcanzar cifras de importancia en las capitales y regiones tributarias de la tuberculización masiva.

La cifra de mortalidad anual por todas las tuberculosis, asciende a 28.000, según la estadística correspondiente al quinquen-

nio 1926-30. Ahora bien, apliquemos a esta cifra, aun adoptándola a sabiendas de quedar muy baja, el coeficiente de 10-12 enfermos por muerto al año y tendremos que la morbilidad alcanza a más de 300.000 individuos, de los cuales unos 120.000 presentan lesiones, llamémoslas abiertas, y son indiscutiblemente grandes focos de contagio.

En resumen, pues, de esta revisión somera podemos sacar las siguientes consecuencias:

La mayor parte de las capitales de provincia y algunas zonas rurales localizadas en la periferia costera de España se encuentran en fase de impregnación o tuberculización masiva.

Casi todo el medio rural del interior se halla en fase francamente endémica, observándose en algunas regiones una actividad algo mayor, con cifras que corresponden a un estado de pretuberculización.

De todo esto se deduce que una gran masa de la población española se encuentra amenazada del peligro de la tuberculización masiva. Pero, en la fecha actual, es fácil prever que dicho peligro, revelado de un modo patente en los datos aludidos, correspondientes a los quinquenios que precedieron a la Revolución Nacional y que son sobre los que está basado este escrito, ha de tomar caracteres en extremo alarmantes en cuanto empiecen a hacerse efectivas las consecuencias de la tragedia que estamos viviendo, ya que en ella se han dado como en ninguna otra catástrofe social la hipoalimentación, el sobretrabajo físico, la depresión moral, la promiscuidad y el hacinamiento y el constante trasiego público con la consiguiente movilidad de los focos de contagio, todos ellos factores óptimos para la explosión violenta de un brote epidémico de tuberculosis.

Para contrarrestar el estrago terrible que se avecina, para establecer en España una Lucha Antituberculosa que comience por tener los caracteres de obra científica, es preciso orientarla en el sentido de que, dadas las circunstancias por que atraviesa el país, proporcione el más rápido y eficaz rendimiento, no existiendo para ello orientación más apropiada que la que desarrolle preferentemente una gran obra de profilaxis; y la obra profiláctica es, fundamentalmente, la obra de los Dispensarios.

La primera labor que se plantea es el establecimiento de una densa red de Dispensarios que se extienda por las ciudades y el campo de la nación española que lleve a cabo la vacunación en masa de la población infantil; que descubra al enfermo y vigile a los que por su profesión o situación en la vida puedan ser peligrosos para los demás, así como a la masa de individuos que por su edad, actividades, medio ambiente, etc., sean sujetos en peligro; que divulgue los conocimientos sobre tuberculosis y su profilaxis y que enseñe, especialmente, la profilaxis intrafamiliar

en el ambiente del contagiante; que incite a la mejora del ambiente higiénico en todos sus aspectos, contribuyendo, de este modo, a la modificación favorable de los llamados factores indirectos, tan influyentes en la lucha contra la tuberculosis, y, al mismo tiempo, que realice un estudio profundo y completo del problema y de sus rasgos característicos para la aplicación constante de las normas y métodos de más efectivo rendimiento.

Necesidad de establecer un complejo armónico en la Lucha: unificación anti-tuberculosa

Si es así como hay que orientar la Lucha Antituberculosa en el Nuevo Estado para que su desenvolvimiento constituya una función social digna del mismo, no es menos cierto que, como segunda condición, tan importante como la precedente, se requiere que aquella tenga los caracteres de verdadera organización. Pretender obtener resultados útiles a base de un conjunto de establecimientos desprovistos de una gran conexión y sujetos a un funcionamiento individual y arbitrario, sería caer en defectos que hace tiempo otras naciones han corregido. Supone esto que la Lucha Antituberculosa ha de responder en su labor a un plan que trace previamente las normas de trabajo, basado en las orientaciones modernas y en las características de la Nación; que todos los organismos que directamente intervengan en la profilaxis de la tuberculosis sean incorporados a ella, al menos en el orden técnico, y que sus actividades, dirigidas por personal competente especializado, sean desarrolladas con arreglo a las disposiciones oficiales que de aquél plan emanen.

Esto no representa de ningún modo que la Lucha Antituberculosa constituya una entidad completamente independiente y desligada de todas las demás funciones de prevención y profilaxis, y sobre este asunto hemos de volver más adelante; pero no queremos dejar pasar este momento, teniendo en cuenta lo anteriormente dicho; sin aludir a una opinión que en ocasiones hemos oído sostener, según la cual es preciso diferenciar y separar netamente dos cuestiones en tuberculosis social: la profiláctica, que constituye una función puramente sanitaria y la terapéutica, que pertenece de lleno a la beneficencia. Es cierto que esta idea ha sido tema de repetidas discusiones en otras épocas, pero ha acabado por ser desechada del tapete de congresos, asambleas y reuniones del mundo entero, terminando por aceptarse definitivamente el criterio de que actuación tan profiláctica resulta el vacunar o evitar el contagio al predispuesto como esterilizar por medios terapéuticos una fuente de infección. La Lucha Antituberculosa tiene una finalidad única, que se cifra en yugular la propagación de la tuberculosis, para lo cual emplea

diferentes métodos y ha de ser esencialmente ella quien, por intercambio de sus organismos, ha de llevarlos a la práctica.

Pero pretender obtener resultados útiles con un grupo más o menos numeroso de centros o establecimientos bien provistos e instalados, pero faltos de conexión y sujetos a un funcionamiento individual y caprichoso, es contribuir a que la futura Lucha Antituberculosa española nazca inutilizada por los mismos defectos que en las diferentes organizaciones antituberculosas de los demás países han costado tan penosa reparación. Creemos necesario, ineludible, dar a la Obra Antituberculosa, desde el primer momento, todos los caracteres de una verdadera organización. Es preciso trazar previamente el método de trabajo determinado, la modalidad fundamental que ha de adoptar la nueva Lucha; señalando el mecanismo de funcionamiento en general, así como la función específica de cada tipo de organismos y sus relaciones entre ellos; dictaminando las disposiciones legales oportunas, las que han de prestar el apoyo y vigor necesarios a la puesta en práctica de las múltiples funciones. Consecutivamente debe irse a la instalación de organismos antituberculosos en número y calidad adecuados a las pretensiones de la Obra Antituberculosa. Pretender, repetimos, hablar de organización como no cuente o le falte alguno de los tres elementos fundamentales, métodos, medios y resultados o finalidad, aspirar a que la Lucha Antituberculosa tenga vitalidad y eficacia sin esa unidad que representa trabajo, flexibilidad y economía; es desconocer lo que la palabra organización significa, así como los problemas concernientes a la tuberculosis como enfermedad social y su profilaxis.

La Lucha Antituberculosa, el Estado y la Sanidad Nacional

La mayor parte de las organizaciones antituberculosas se iniciaron fuera de toda relación con los Estados respectivos, ya que casi todas fueron establecidas o impulsadas por entidades locales o particulares; pero, poco a poco y por motivos justificados, aquéllos han venido haciéndose cargo de dichas organizaciones, estableciendo una intervención cada vez más directa en su funcionamiento.

Por circunstancias múltiples hemos creído y sostenido siempre que la Lucha Antituberculosa, como fenómeno de orden sanitario, es una función de competencia estatal, por lo menos en lo referente a organización, normas de funcionamiento y nombramiento de personal especializado.

En las circunstancias actuales, ante la realidad del Nacional-Sindicalismo español, es obvio insistir sobre este asunto. A la

verdad, éste ha sido también el criterio que ha dominado en España durante los últimos años.

Pero las mayores discusiones y pugnas han surgido cuando se ha pretendido fijar la posición de la Lucha Antituberculosa en relación con la Sanidad Nacional. Haciendo caso omiso en este momento de las causas de esta situación, hemos de señalar que, debido a la preocupación que siempre hemos sentido por la desaparición de disensiones o dificultades, tan nocivas, nos ha llevado a repetidas conversaciones con diversos colegas provistos de una sólida preparación sanitaria y, casi siempre, en perfecta coincidencia, hemos llegado a conclusiones que corresponden a las ideas que a continuación exponemos.

Para nosotros, el susodicho pugilato no se basa sobre ningún problema real; pero, por si así fuera, creemos no tiene más enjuiciamiento que el siguiente: La Obra Antituberculosa, sean cualesquiera los procedimientos que utilice, los medios que ponga en juego, tiene una finalidad inmediata: la profilaxis, la evitación social de la tuberculosis. Ello representa una función sanitaria innegable, función que encaja de lleno, que pertenece, sin duda, a la labor sanitaria del Estado y, por lo tanto, a la Sanidad Nacional.

Pero, dada la envergadura de la labor que se precisa realizar en relación con el problema sanitario que la tuberculosis como plaga social plantea; admitiendo con toda su realidad la existencia en la actualidad científica de una serie de conocimientos sobre las diferentes facetas de la tuberculosis: epidemiología, patología, tratamiento, que requieren una capacitación especial dentro de la Medicina; admitiendo, también, la utilidad de la profilaxis en la misma, y teniendo presente que las normas de referida profilaxis han de venir en estrecha concordancia con las características de la epidemia tuberculosa y con las del país donde hayan de implantarse, pueden presentarse con el carácter de indiscutibles las siguientes afirmaciones:

La lucha contra la tuberculosis constituye una rama de la Sanidad Nacional a quien es necesario conceder toda la importancia que merece, y ésta no ha de ser ni más ni menos, por lo pronto, que lo que la tuberculosis como enfermedad social representa en relación con los demás problemas sanitarios.

El estado actual de la medicina y profilaxis de la tuberculosis exige que la Lucha Antituberculosa disponga de un personal técnico competentemente especializado, siendo éste el único criterio adoptado en todas las naciones.

La Lucha Antituberculosa no debe constituir una entidad sanitaria con la máxima autonomía, con la más absoluta independencia; ciertamente, no, y al aislarla dentro o fuera de la Sanidad Nacional, lo que supondría desligarla de la misma, se la

haría perder impulso y eficacia, padecerían y se desvirtuarían los mutuos influjos, la compenetración necesaria entre ambas, lo que, con seguridad habría de resultar más pernicioso para la Lucha misma que para la Sanidad general.

Pero si la Obra Antituberculosa ha de funcionar con la unificación anteriormente aludida, como sistema complejo de organismos de función distinta pero obedeciendo a un programa armónico previamente establecido, necesita, a todas luces, más que otra rama cualquiera de la Sanidad, cierta independencia, cierta autonomía que impida toda mediatización innecesaria que estorbe su funcionamiento, si, como es lógico, ha de exigírsele la responsabilidad de la misión que tiene que cumplir. La Sociedad no puede tolerar un momento más que a los estragos que la tuberculosis diariamente produce se conteste con medios de defensa nominales, como hasta aquí ha venido sucediendo. La Lucha Antituberculosa exige, pues, una realidad, una vida caracterizada y propia dentro de la Sanidad Nacional. La implantación de establecimientos antituberculosos de cometido diverso, desperdigados en el vasto campo de la Sanidad, sin relación inmediata y directa entre sí, sin una coordinación íntima y relacionados de un modo vago o dependientes directamente de otros organismos que, por tener un carácter más amplio y general, no les prestan la atención debida, lleva consigo el que su actividad se pierda en la malla burocrática y que dichos establecimientos merezcan ser considerados como individuos inválidos y en absoluto desechables por no rendir ni el trabajo correspondiente al miserable presupuesto que corrientemente disfrutan.

A quien se atreva a considerar esta aseveración como una fantasía podemos argumentarle con cuantos ejemplos prácticos desee, ya que la mayor parte de los Establecimientos de Lucha Antituberculosa que han funcionado hasta la fecha, han sido poco menos que inefectivos por estas causas.

La atención que hemos dedicado desde hace años a pensar en la solución de estos problemas, la consideración de las dificultades que han seguido a los diversos intentos de organización de la Obra Antituberculosa en nuestro país, nos ha permitido ver con bastante claridad cómo debe llevarse a la práctica el engranaje entre la Sanidad y la Lucha Antituberculosa. La fórmula es bien sencilla y consiste, en suma, en la creación de un Consejo o Comité Nacional de lucha contra la tuberculosis y otro equivalente en cada una de las provincias, pero con las condiciones y características que a continuación vamos a indicar.

El Consejo Nacional de Lucha Antituberculosa.—Huimos y somos enemigos decididos de aquellos Consejos o Comités al estilo de los de la época pasada, de cuya existencia, puede decir-

se, no queda más que el recuerdo de sus fracasos. Puesto que el Estado tiene sus médicos, nadie más que ellos está en el deber, y a la par en el derecho, de encauzar la Medicina y la Sanidad de la Nación y sólo a ellos puede y debe exigírseles y hacérseles responsables de su obra; son, en consecuencia, los sanitarios y especializados reconocidos oficialmente los legítimos y obligados organizadores de la Obra Antituberculosa. En vista de esto, el Consejo Nacional de Lucha Antituberculosa habrá de constituirse por sanitarios y especializados oficiales en número y proporción adecuados, recayendo la Presidencia en el Jefe o Director General de Sanidad, y la Secretaría en la persona que ostente la Jefatura Nacional de Lucha Antituberculosa, una de las Secciones de la referida Dirección General. La misión de dicho Consejo consistirá en el establecimiento de las normas y disposiciones a que tendrá que ajustarse el desarrollo de la Lucha así como la garantía ejecutiva de las mismas. Por intermedio de la Presidencia quedan establecidas las debidas relaciones, no sólo con las demás ramas sanitarias sino con todas las otras organizaciones estatales; la Secretaría velará por la realización y puesta en práctica de la campaña sanitaria contra la tuberculosis.

El Consejo Provincial de Lucha Antituberculosa

De modo idéntico a como indicamos la constitución del Consejo Nacional debe establecerse en cada provincia un Consejo de Lucha Antituberculosa, organismo directivo imprescindible para la vida de la Unidad Antituberculosa de que luego hablaremos. El Inspector Provincial de Sanidad habrá de ser su Presidente; los Sanitarios correspondientes a la organización sanitaria de la provincia y los Jefes de los Establecimientos de Lucha Antituberculosa, sus Vocales, y el Secretario o Jefe Provincial de la Lucha, el Director del Dispensario Central.

Dicho Consejo, de acuerdo con las disposiciones dictadas por el Nacional, llevará a cabo la organización de la Obra Antituberculosa de la provincia respectiva por intermedio del Jefe Provincial de la misma; hará un estudio de las necesidades de su territorio, sugiriendo a la Superioridad datos o modificaciones dignas de tener en cuenta, dadas las peculiaridades de cada región, y establecerá por intermedio del Presidente o Inspector Provincial de Sanidad el control y la debida conexión con las demás funciones sanitarias provinciales.

Estamos plenamente convencidos de que con este sistema y todos, sanitarios y especializados, dispuestos de buena fe y con ahinco a realizar una obra de profilaxis antituberculosa digna de la Nueva España, además de evitarse todos los obstáculos se logra el engranaje más efectivo, la compenetración más completa

y útil entre la Sanidad y la Lucha Antituberculosa y, a la par, se individualiza a esta última en la medida necesaria, lo que equivale a dotarla del impulso y vigor máximos.

Ciertamente, esto no obsta para que, al lado del Consejo Nacional y de los provinciales, existan Asociaciones Antituberculosas con cuantos miembros se quiera, pero no tendrán otra intervención que el apoyo moral y material a los referidos organismos.

ADVERTENCIAS

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

Toda la correspondencia, manuscritos, libros, revistas, cambio de prensa, etc., deben dirigirse al Colegio Médico, Cáceres. Apartado, 12.

EL MOMENTO SANITARIO ACTUAL

Por JOSÉ A. PALANCA, miembro del Instituto de España y Jefe de los Servicios de Sanidad del Estado.

¿Qué hacer ahora en materia de Sanidad?, se preguntan muchos. Mi opinión es que lo primero es tener un poco de paciencia. Jamás se ha exigido a un país en plena guerra que reorganice su sistema sanitario con prisas y menos si no tenemos ningún problema epidemiológico que justifique la premura. Ante todo y sobre todo nuestros esfuerzos tienen que dirigirse a ayudar a los combatientes. Nuestra misión es que en la población civil no haya epidemias que puedan transmitirse al Ejército. Mantener, por tanto, los servicios de epidemiología, de bacteriología y de fabricación de sueros y vacunas. Poniendo a disposición tanto del Ejército como de la población civil, los servicios de despiojamiento. Y mientras tanto conservar el material y distribuir el personal de manera tal, que por una parte se favorezca la prestación de los servicios y por otra se ayude a los sanitarios que han venido a refugiarse desde la zona roja en forma tal que puedan vivir y desenvolverse en nuestra España. Finalmente hay que tener estudiados los problemas a la luz de las nuevas situaciones que nos ha creado la guerra para, en momento conveniente, de una manera rápida y sin vacilaciones, ir a la modificación total de nuestro sistema sanitario.

Ni es este el momento oportuno ni quizás sería discreto comenzar ahora a discutir las nuevas directrices que deben seguirse en esta cuestión. Sólo quiero recordar algo de lo que tantas veces se ha dicho, pero que como jamás se ha hecho, sigue teniendo la misma actualidad que otras veces. Y lo primero es un texto único, una Ley sola o un Código sanitario, como se quiera llamar. Nadie duda que en materia legislativa sanitaria estamos en un verdadero caos en que es muy difícil discernir cuáles son las obligaciones de cada ciudadano y de cada funcionario. Recordemos una vez más que nuestra Ley va camino de los cien años y que la hizo nada menos que ¡Isabel II! Recordemos también que a primero de siglo, un Médico ilustre, el Dr. Cortezo, la remozó y la puso en consonancia con los avances científicos-higiénicos, dando vida legal a aquella famosa Instrucción general de Sanidad que durante tantos años nos sirvió de norte y guía a los sanitarios, y finalmente, que Murillo en tiempos de la dictadura dictó un código sanitario municipal y otro provin-

cial, desarrollando en nuestro terreno los Estatutos de Calvo Sotelo para la provincia y el Municipio. Del conjunto de estas tres disposiciones: Ley, Instrucción y Reglamento, surgió el cuerpo de doctrina sanitario, nada fácil ciertamente de interpretar, pero la cosa se vino a complicar de una manera considerable al aprobarse la llamada Ley de Coordinación Sanitaria en 1934, obra del Dr. Pérez Mateos, que como se había previsto no ha garantizado los haberes de los Médicos titulares, pero en cambio ha traído una verdadera complicación en nuestra legislación, de la cual es ya muy difícil salir por medios ordinarios.

¿Debemos olvidar todas estas disposiciones y comenzar a calentarnos los sesos para discurrir nueva organización sanitaria? No, a mi juicio; ya habrá que calentarlos para recoger lo que de bueno tiene cada una de las tres, para adicionarles lo que el tiempo y las circunstancias no exijan como novedades y para poner todos estos principios de acuerdo entre sí. Porque es evidente que en todas ellas hay cosas buenas, pero también cosas muy malas. Lo difícil es seleccionarlas, armonizarlas, darles homogeneidad y ponerlas de acuerdo con la organización de nuestro Estado. Y a mi juicio esto es lo que hay que hacer. De esta manera, cuando surja una duda entre nosotros, no será necesario hablar del R. D. de tal fecha, ni de la Orden de tal, ni de la sentencia de cual, sino acudir a este texto único, en el que debemos aspirar a tener solución para todos los problemas que puedan presentarse.

Sería interminable e inútil citar aquí todos los extremos que deba comprender una nueva Ley de Sanidad. Yo no voy a hacer más que enunciar alguno de los más importantes, y entre ellos ocupará el primer lugar la tan debatida cuestión del Seguro de enfermedad. No hay discusión en una cuestión de principio; que el Estado tiene que proporcionar una asistencia sanitaria eficiente y decorosa a las clases humildes. Nosotros no podemos pasar por la vergüenza de que los enfermos pobres no tengan sanatorios donde curarse de su tuberculosis, ni clínicas en donde operarse. Y esto lo tiene, no diré que resolver, pero sí que plantear una moderna Ley de Sanidad que tendrá que ocuparse quizás, en relación con el problema anterior, de la cuestión de los Médicos titulares que siguen sin cobrar, ya lo he dicho antes, a pesar de la Ley de Coordinación Sanitaria, lo que no puede chocar a nadie que recuerde lo que por entonces advirtió una y otra vez «El Siglo Médico», que ciertamente actuó de profeta.

Aunque el problema es difícil, lo es menos ahora que antes, y la razón es sencillísima por cuestión de números. Antes teníamos una plétora profesional que nos impedía movernos sin temor de perjudicar seriamente a la clase. Ahora la plétora ha desaparecido porque son ya tres los cursos en que la Universidad está

cerrada y porque la guerra ha causado la muerte prematura de muchos médicos. Hay quien calcula que el número de profesionales disminuirá en cinco mil al restablecerse la paz, y esta reducción puede permitir afrontar con tranquilidad el problema de transformar mejorando la asistencia sanitaria rural quizás en combinación con el seguro si se estableciera. Y puede hacerse ahora con ventaja para los Municipios y para los profesionales, mientras que antes esto era absolutamente imposible.

Creo que la Sanidad oficial tiene que atender más a la asistencia que antes, no sólo porque sigo creyendo que es muy difícil limitar con exactitud en dónde acaba la presión y en dónde empieza la asistencia, sino porque además el mejor medio de propagar la Higiene es la asistencia médica, y sería una tontería privarnos del mejor de nuestros medios de propaganda y del que nos pone en contacto con el sector de población que precisamente nos interesa más.

Una nueva Ley tendría que resolver muchas cuestiones de competencia que hoy día nos asaltan por todas partes. Porque se da el caso de que hay muchos que hablan mal de los servicios sanitarios—y de los sanitarios— que meno precian a la Sanidad —y a los sanitarios—, pero en la práctica hay que acudir constantemente a rechazar a todos los muchísimos que fraudulentamente se quieren embarcar en la nave profiláctica o al menos llevarse una astilla del navío. Veterinaria, puericultura, colegios profesionales, medicamentos, análisis... médicos libres, ¡cuántos frentes tenemos que cubrir de las invasiones de los que fingen desconocernos! Debemos rechazarlos, desde luego, pero dando a lo veterinaria lo que en derecho le corresponde, modernizando los servicios farmacéuticos, ampliando los de puericultura, despertando de su modorra a la industria balnearia, fabricando nuestros sueros y vacunas, pagándole a los titulares, haciendo útiles a nuestros institutos y centros secundarios y dejando sentir una autoridad en el triple sentido gubernativo, técnico y moral sobre los Ayuntamientos.

Todo esto naufragará si simultáneamente no hay una modificación en el sistema de enseñanza que permita que la Nación tenga el número de Médicos que necesita y nada más. Pero que este número esté perfectamente capacitado para las necesidades que el país siente. Si esto no se realiza, nuestros esfuerzos serán totalmente inútiles y volveremos a los antiguos sistemas que tan justamente se han criticado, pero que no sería lógico cargar sólo a cuenta de la Sanidad porque el mal venía de más abajo.

(Fragmento de un interesante artículo publicado en «Semana Médica Española»).

Sección de Legislación

Restableciendo la concesión de excedencias a los Médicos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria, según el artículo 15 del Reglamento Orgánico de 29 de Septiembre de 1934

Habiendo desaparecido las causas que motivaron la Orden Ministerial de 30 de Noviembre de 1938, en virtud de la cual quedó limitada la concesión de excedencia voluntaria a los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria en aquellos casos en que la solicitud de la misma fuera promovida como consecuencia de enfermedad.

Este Ministerio ha tenido a bien disponer que la concesión de excedencias voluntarias a los Médicos del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria quede restablecida con arreglo a las disposiciones del artículo 15 del Reglamento Orgánico de 29 de Septiembre de 1934.

Lo que comunico a V. E. para su conocimiento y efectos.

Dios guarde a V. E. muchos años.

Burgos, 20 de Junio de 1939.—Año de la Victoria.—El Subsecretario, *J. Lorente*.

Excmo. Sr. Jefe del Servicio Nacional de Sanidad. Burgos.

Resolviendo las oposiciones para ingreso en el Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria y provisión de plazas en propiedad, cuya convocatoria fué anunciada por Orden de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia, de 26 de Octubre de 1935

En virtud de Orden de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia, de 26 de Octubre de 1935, fué anunciada una convocatoria de oposiciones para ingreso en el Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria y provisión de plazas en propiedad con arreglo a las disposiciones del Reglamento orgánico de 29 de Septiembre de 1934, cuyas vacantes fueron anunciadas por Ordenes de la fecha indicada, 26 Octubre 1935, 19 de Febrero 1936 y 4 de Julio del mismo año («Gaceta de Madrid» de 4 de Noviembre de 1935, 26 de Febrero de 1936 y 6 de Julio siguiente).

Terminados todos los actos de las expresadas oposiciones, fueron aprobados 229 aspirantes, elevándose por el Tribunal designado al efecto la consiguiente propuesta de nombramiento de los opositores aprobados para cada una de las plazas, previamente elegidas por los interesados en forma reglamentaria, según los datos auténticos contenidos en escrito del referido Tribunal, de

fecha 15 de Junio de 1936, que han sido recuperados por el Servicio Nacional de Sanidad y que obran en este Departamento.

Y no habiendo tenido lugar el nombramiento de los Médicos de quienes se trata, para su plaza respectiva, y con el fin de proceder a la oportuna resolución de las repetidas oposiciones, mediante los nombramientos consiguientes,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer:

1.º Que sean aprobadas las oposiciones para ingreso en el Cuerpo de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria y provisión de plazas en propiedad, cuya convocatoria fué anunciada por Orden de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia de 26 de Octubre de 1935.

2.º Adjudicar las plazas de referencia, aceptando la propuesta formulada por el Tribunal correspondiente, quedando nombrados al efecto, para cada una de ellas, los aspirantes aprobados por orden de la lista general, según relación que a continuación se cita:

Número 1.—D. Modesto Martínez Piñeiro, Vicálvaro, distrito tercero (Madrid).

2.—D. Francisco José Herráiz Pablo, Vicálvaro, distrito 4.º (Madrid).

3.—D. Mariano Bartolomé de Pablo, Vicálvaro, distrito 5.º (Madrid).

4.—D. Manuel Fuentes Gómez, Mérida, distrito 4.º (Badajoz).

5.—D. Camilo Sánchez Cabello, Carabanchel Bajo, distrito 4.º (Madrid).

6.—D. José Díaz de la Cruz Reglado, Carabanchel Bajo, distrito 5.º (Madrid).

7.—D. Luis Pedraza Carrasco, Gurrea de Gállego (Huesca).

8.—D. Eulogio Oscáriz Zabalza, Villanueva de Gállego (Zaragoza).

9.—D. Antonio García Valcárcel, Orense, distrito 5.º

10.—D. Joaquín Martínez Guerrero, Puente Genil (Córdoba).

11.—D. Carlos Pérez del Camino, Ronda, distrito 8.º (Málaga).

12.—D. Raniero L. González Borrego. Zamora, distrito 2.º

13.—D. Jerónimo Sánchez López, Vicálvaro, distrito 6.º Madrid.

14.—D. Jesús García Ojeda, Palencia.

15.—D. Fernando Antonio García Carrasco, Vigo (Pontevedra).

16.—D. Jesús Gimeno García, Aranjuez (Madrid).

17.—D. José Luis del Valle González, La Algaba, distrito 1.º (Sevilla).

18.—D. Eustaquio Vercher Mor, Villena, distrito 5.º (Alicante).

19.—D. José de la Fuente Gómez, Orihuela (Alicante).

- 20.—D. José María Itza Amosátegui, Vega de Infanzones (León).
- 21.—D. Alfonso Tocino Rodríguez, Hervás, distrito Abajo, (Cáceres).
- 22.—D. Vicente Portales Marcos, Liria, distrito 1.º (Valencia).
- 23.—D. Dionisio Andrés Zamora Daimiel, distrito 4.º (Ciudad Real).
- 24.—D. Gerardo Sáinz Buendía, Tomelloso distrito 4.º (Ciudad Real).
- 25.—D. José María Romojaro Sánchez, Algeciras, distrito 3.º (Cádiz).
- 26.—D. Lorenzo Roberto Marco Ahuir, Algemés, distrito 1.º (Valencia).
- 27.—D. José Ramón Mozota Sagardía, Soria.
- 28.—D. Antonio Maíz Viñals, Marbella, (distrito 2.º (Málaga).
- 29.—D. Perfecto Moll Pérez Pego, distrito 2.º (Alicante).
- 30.—D. Teodomiro Martín Lorón, Algemés, distrito 4.º (Valencia).
- 31.—D. Ricardo Rodríguez Rivas, Marchena, distrito 5.º (Sevilla).
- 32.—D. Escolástico Valero Vega, Santiago (Coruña).
- 33.—D. Angel Marcos Rodríguez, Almería, región 18 Cabo de Gata.
- 34.—D. Rafael Pérez Rodríguez, Beas de Segura (Jaén).
- 35.—D. Emilio Granada Gómez, Campo de Criptana, distrito 3.º (Ciudad Real).
- 36.—D. Antonio Rodríguez Astruga, Villanueva de la Serena (Badajoz).
- 37.—D. Antonio Ríaza Morales, Azuaga, distrito 4.º (Badajoz).
- 38.—D. Antonio Molero Marcos-Lezana, Yébenes, distrito 2.º (Toledo).
- 39.—D. Francisco Orengo Díaz del Castillo, Vélez-Málaga, distrito 7.º (Málaga).
- 40.—D. Felipe Torres Grueso, Guadix (Granada).
- 41.—D. José Antonio García Galarza, Godella (Valencia).
- 42.—D. Rafael Magallón Montaña, Villalmanzo y Torrecilla del Monte (Burgos).
- 43.—D. Juan Miguel Poyato González, Fernán Núñez distrito 3.º (Córdoba).
- 44.—D. Jesús Flores González, Vélez-Málaga, distrito 3.º (Málaga).
- 45.—D. Leonardo Pastor Zurita, Denia (Alicante).
- 46.—D. Gregorio Escribano Ortiz, Arganda (Madrid).
- 47.—D. Vicente Barberá Argüelles, Manises, distrito 2.º (Valencia).

- 48.—D. Carlos López Blanco, Comil, distrito 2.º La Victoria (Cádiz).
- 49.—D. José Caldentey Carrió, Sóller (Baleares).
- 50.—D. Alfredo Juan Requena, Villanueva del Arzobispo (Jaén).
- 51.—D. Francisco de P. Cabo Moltó, Crevillente (Alicante).
- 52.—D. Alejo Argente Cantero, Chinchilla del Monte Aragón distrito Villar de Chinchilla (Albacete).
- 53.—D. Fernando Naranjo Carranza, Jabugo, distrito 2.º (Huelva).
- 54.—D. José Martínez Becerra, Medina Sidonia, distrito Casas Viejas (Cádiz).
- 55.—D. Julián Santamaría Pulido, Arroyo del Puerco, distrito 1.º (Caceres).
- 56.—D. Francisco Tarruella Rico, Benagalbón (Málaga).
- 57.—D. José Monleón Bosch Ocaña, distrito 2.º (Toledo).
- 58.—D. Manuel Sancho Lobo, Posadas (Córdoba).
- 59.—D. Manuel de la Rosa Carretas, Montellano, distrito 2.º (Sevilla).
- 60.—D. Juan María Molina Fernández, Albuñol, distrito 1.º (Granada).
- 61.—D. Crescencio Fernández Cañamares, Aravaca (Madrid).
- 62.—D. Félix García Palacios, Mos (Pontevedra).
- 63.—D. José Lucas Gallego, Villarejo de Salvanes, distrito 1.º (Madrid).
- 64.—D. Manuel Morales Romero Girón, Beteta y anejos (Cuenca).
- 65.—D. Fernando González Díez, Carballedo, distrito 2.º (Lugo).
- 66.—D. Ramón Luelmo Luelmo, La Guardia (Pontevedra).
- 67.—D. Lorenzo Trujillo Santos Casares, distrito 1.º (Málaga).
- 68.—D. Benigno Reyes Fernández, Benetúser (Valencia).
- 69.—D. José Molsalve Serrano, Villarramiel, distrito 2.º (Palencia).
- 70.—D. Mariano Pargada Sánchez, Casares, distrito 2.º (Málaga).
- 71.—D. Dionisio Sinova Andrés, Dueñas, distrito 2.º (Palencia).
- 72.—D. José Hermida Rouco, Palas del Rey, distrito 1.º (Lugo).
- 73.—D. Víctor López Barrantes, Villanueva de las Algaidas, distrito 2.º (Málaga).
- 74.—D. Manuel Leria de la Rosa, Calahorra, distrito 4.º (Logroño).
- 75.—D. Manuel García Olivares, Santa Cruz de la Zarza, distrito 2.º (Toledo).
- 76.—D. Joaquín Rojas Muro, Pedrajas de San Esteban (Valladolid).

77.—D. Fernando Aguiló Subiza, Villar del Arzobispo, distrito 2.º (Valencia).

78.—D. Fortunato Escribano de la Torre, Castrelo de Miño, distrito 1.º (Orense).

79.—D. Adolfo Araujo Alvarez, Alaejos, distrito 2.º (Valladolid).

80.—D. José María García Atance, Híjar, distrito 2.º (Teruel).

81.—D. Angel Moreno Galvache, Zújar, distrito 1.º (Granada).

82.—D. Gabriel Fernández González, Dos Torres (Córdoba).

83.—D. Juan Ruíz Buendía, Archena (Murcia).

84.—D. Antonio Alvarez Dardet, La Rinconada (Sevilla).

85.—D. Julio Carabias Calonge, Piedrabuena, distrito 2.º (Ciudad Real).

86.—D. José Alzaga Paradas Fuentesauco, distrito 2.º (Zamora).

87.—D. Antonio Ruiz Lara, Benicasim (Castellón).

88.—D. José Espinosa Infanzón, Villaquilambre (León).

89.—D. Domingo González Vicente, Zalamea la Real (Huelva).

90.—D. José García Sánchez, San Juan del Puerto, distrito 1.º (Huelva).

91.—D. Víctor Zozaya Mirecki, Jóver (Lugo).

92.—D. Alfonso Albarelos Cereijo, San Ciprián de Viñas (Orense).

93.—D. José Benito Froufe Carlos, La Luisiana, distrito Cañada del Rosal (Sevilla).

94.—D. Juan Salván Martí Camarena, distrito 1.º (Toledo).

95.—D. Domingo C. Conde Rodríguez, Coca (Segovia).

96.—D. José Hernández Juan, Humilladero (Málaga).

97.—D. Juan Ciria Butler, Borja (Zaragoza).

98.—D. José Palencia Valverde, Morales de Toro (Zamora).

99.—D. Alberto Recarte Casanova, Campos del Puerto (Balears).

100.—D. Ricardo Lenzano de la Lastra, Istán (Málaga).

101.—D. Francisco Palenzuela Sáinz, Pastrana y la Hueva (Guadalajara).

102.—D. José Braza Cochuzelo, Berlanga de Duero, Andaluz y Paones (Soria).

103.—D. Luis Cardona Mateo, Arenas de San Juan (Ciudad Real).

104.—D. Luis Resel Naceira, Guarromán (Jaén).

105.—D. Felipe Altozano Guadalix, Morata de Jalón y Chodes, distrito 2.º (Zaragoza).

106.—D. José Hernández Mansilla, Sos del Rey Católico (Zaragoza).

107.—D. Eduardo Rodríguez Arévalo, Berlanga, distrito 3.º (Badajoz).

- 109.—D. Apolinar Muriel Gallo, Osma y Alcubilla del Marqués distrito 1.º (Soria).
- 110.—D. José Gutiérrez Gracia, Sorihuela de Guadalimar (Jaén).
- 111.—D. Rafael Ballesteros Sierra, Rivamontán al Monte (Santander).
- 112.—D. Eduardo Alvarez Macedo, Bienvenida, distrito 2.º (Badajoz).
- 113.—D. Justo Martínez Gómez, Parada del Sil (Orense).
- 114.—D. Manuel García Nieto, Monterroso, distrito 2.º (Lugo).
- 115.—D. Carlos Santos Luengo (Mequinenza (Zaragoza).
- 116.—D. Manuel Romero Abréu, Caudete, distrito 2.º (Albacete).
- 117.—D. Antonio Fernández Fernández, Minglanilla Villalparido distrito 2.º (Cuenca).
- 118.—D. Ramón Ortega Palacios, Yeste, distrito 1.º (Albacete).
- 119.—D. Bernardo Pinilla Carnero, Mocejón, distrito 2.º (Toledo).
- 120.—D. Angel de las Heras Aguilar, Cantalpino, distrito Hospital (Salamanca).
- 121.—D. Francisco Collantes Jiménez, Villanueva del Rey, distrito 2.º (Córdoba).
- 122.—D. Dionisio Muñoz Toledano, Muchamiel (Alicante).
- 123.—D. José Luis Ortíz Aguilar, Cala, distrito 2.º (Huelva).
- 124.—D. Francisco Ruíz Valverde, Roa y Cueva de Roa (Burgos).
- 125.—D. Francisco F. Sarmiento de la Rocha, Villanueva de la Reina (Jaén).
- 126.—D. Antonio Cerdá Bartolomé, Olvega y Cueva de Agreda (Soria).
- 127.—D. Miguel Olmedo Jerez, Castalla (Alicante).
- 128.—D. Gonzalo Carruaga Tomás, Zorita del Maestrazgo, Palanques y Ortells (Castellón).
- 129.—D. Miguel Justo Gutiérrez, Campo Lameiro (Pontevedra).
- 130.—D. José Antonio Conejo Ortega, Noalejo (Jaén).
- 131.—D. Fermín Camacho Medina, Benadalid y Benalauria (Málaga).
- 132.—D. Julio García Hidalgo, Ariza, distrito 2.º (Zaragoza).
- 133.—D. Luis Jiménez Perriño, Extremera de Tajo (Madrid).
- 134.—D. Antonio Alvarez Barcenilla, El Toboso (Toledo).
- 135.—D. Aurelio de la Fuente Almodóvar, Pedrezuela (Madrid).
- 136.—D. Manuel Heras Gómez, Alhambra (Ciudad Real).
- 137.—D. José Serrano Vicent, Ojos Negros (Teruel).

- 138.—D. Pablo Salinas García, Palacios de Sanabria (Zamora).
- 139.—D. José Alfredo Carrasco, Pardal, Alcañices y aldeas de Arcillera y Mellanes del Ayuntamiento de Ceadea (Zamora).
- 140.—D. Joaquín Sanjurjo San Millán, Cantalejo, distrito 2.º (Segovia).
- 141.—D. Andomaro Gobernado Morante, Cañizal (Zamora).
- 142.—D. Joaquín Huertas Aguado, Higuera, distrito 1.º (Albacete).
- 143.—D. José Valls Pallarés, La Jana (Castellón).
- 144.—D. Alfredo Badía Mir, Poblete (Ciudad Real).
- 145.—D. Nilo Crespo Cedrún, San Asensio, distrito 2.º (Logroño).
- 146.—D. José María Arribas Burgoa, Villafranca Montes de Oca (Burgos).
- 147.—D. Luis Jareño Larraga, Boquiñeni (Zaragoza).
- 148.—D. Aureliano Villaverde Rodríguez, Casillas de Flores (Salamanca).
- 149.—D. Manuel Rosado Ojalvo, Aldeanueva de la Vera, distrito Norte (Cáceres).
- 150.—D. Martín E. Fernández Carvajal, Moraleja—distrito Sur—(Cáceres).
- 151.—D. Basilio Mangas Casanova, Villarquemado (Teruel).
- 152.—D. José Carrillo Rodado, Seseña (Toledo).
- 153.—D. Serafín Ballester de Quevedo, Rasines (Santander).
- 154.—D. Pedro Sáiz Alonso, Chilches y La Llosa (Castellón).
- 155.—D. José Gómez López, Murias de Paredes (León).
- 156.—D. Amando E. García de León, Santa María de los Caballeros (Ávila).
- 157.—D. Juan Vélez Ruiz, Magallón y Alberite de San Juan, distrito 2.º (Zaragoza).
- 158.—D. Serapio Pajares García, Valdilecha (Madrid).
- 159.—D. José Rivas Mateo, Puebla de Lillo (León).
- 160.—D. Severino Ramos Sabugo, Toral de los Guzmanes (León).
- 161.—D. José Bragado Toranzo, Albaladejo (Ciudad Real).
- 162.—D. Román Ruíz Ruíz, Bédar (Almería).
- 163.—D. Antonio Ramos Ramos, Borobia, Beratón y Pomer (Soria).
- 164.—D. Luis Alvarez Rodríguez, Fresno de Caracena, Carrascosa de Abajo, Villanueva, Gozmaz y Vindé (Soria).
- 165.—D. José Gómez de la Higuera, Torremejía (Badajoz).
- 166.—D. Pedro Jiménez Jiménez, Auñón (Guadalajara).
- 167.—D. Eduardo Navas Concas, Alcalalí y Lliber (Alicante).
- 168.—D. José Martino Casamayor, San Lorenzo de la Parrilla y Belmontejo (Cuenca).
- 169.—D. Fernando Más Robles, Trabazos (Zamora).

- 170.—D. Eladio Duque Duque, Esparragosa de Lares (Badajoz).
- 171.—D. Vicente Domingo Aparicio, Dos Aguas (Valencia).
- 173.—D. Antonio González Garzón, Juarros de Voltoya (Segovia).
- 174.—D. Pedro Sancho Prieto, Narros de Matalayegua (Salamanca).
- 175.—D. Pedro Serrano Piqueras, Luceni (Zaragoza).
- 176.—D. Alfonso Argüelles Eguilaz, Merindad de Valdivielso (Burgos).
- 177.—D. Daniel Almazán Casaseca, Nava del Barco y Torrellas (Ávila).
- 178.—D. Pedro Casado Nanclares, Marchamalo (Guadalajara).
- 179.—D. Graciliano Risueño Santos, Villamorante y Villarrabé (Palencia).
- 180.—D. José Aguiló Ibáñez, Somontín (Almería).
- 181.—D. Luis Tejerina del Valle, Horche-Yebes y Valderechas (Guadalajara).
- 182.—D. Gabriel Alonso Ayart, Fuentelmonje y Torluenga (Soria).
- 183.—D. Manuel Sayans Mañoso, Santervas de la Vega (Palencia).
- 184.—D. José María Prida Piniella, Villalengua de la Vega (Palencia).
- 185.—D. Angel E. Nogales Boix, Confrides (Alicante).
- 186.—D. José María González Echévarri, Tudelilla (Logroño).
- 187.—D. Alfonso Sánchez Montero, Coomonte Villaferreña (Zamora).
- 188.—D. Francisco Peña Broncano, Rábano de Aliste (Zamora).
- 189.—D. Alfonso Martínez Sánchez, Boniches (Cuenca).
- 190.—D. Francisco Morilla Ruiz, Puebla de Obando (Badajoz).
- 191.—D. Cándido Asensio García, Samir de los Caños y agregados (Zamora).
- 192.—D. José Hernández Gil, Alfajorín (Zaragoza).
- 193.—D. Ramón Bienes Gómez, Benales Torrecuadrada de Valles y otros (Guadalajara).
- 194.—D. Ricardo Chamorro Rodríguez Salinas, Estriégana Bujarrabal, Sauca y aldea Jofra del Pinar (Guadalajara).
- 195.—D. Ricardo Santos García, Puebla de Valverde y Santa María de Valverde (Zamora).
- 196.—D. Gregorio Hernández Muñoz, Alcuneza y anejos (Guadalajara).
- 197.—D. Agustín Galiana Criado, Vegacervera (León).
- 198.—D. José Medina Flores, Alameda del Valle y agregados (Madrid).

- 199.—D. Federico Cuadrado Llorente, Pedrosillo de Alba (Salamanca).
- 200.—D. José Varela Hyde, San Román (Logroño).
- 201.—D. Junier Prado Almodóvar, Albarreal de Tajo (Toledo).
- 202.—D. José Luis Isca Alonso, Cortes de Peleas (Badajoz).
- 203.—D. Antonio Soto Sáez, Moros (Zaragoza).
- 204.—D. Raimundo Goberná Martínez, Pozo-Lorente (Albacete).
- 205.—D. Damián Bennase Vanrell, Pancrudo y anejos (Teruel).
- 206.—D. Jesús López Alonso, Velesique y anejos (Almería).
- 207.—D. Manuel Juez Andrino, Hinojosa del Valle (Badajoz).
- 208.—D. Cándido López-Chaves Lamamié de Clairac, Villasalas, Fuenteguelmes, Pinilla del Olmo y Jodra de Cardos (Soria).
- 209.—D. Tomás Bringas Repila, Mahide (Zamora).
- 210.—D. Alejandro Cano Sánchez, Palomas (Badajoz).
- 211.—D. Santiago Hernández Zorzano, Plasencia de Jalón (Zaragoza).
- 212.—D. Bernardo Murillo Herrera, Malcocinado (Badajoz).
- 213.—D. José Valentín Gil Pérez, Quintanilla del Agua (Burgos).
- 214.—D. José María Vicente Mangas, Frieira de Valverde (Zamora).
- 215.—D. Carlos Quereda de la Bárcena, Mirabueno, Algorta y Almadrones (Guadalajara).
- 216.—D. Jerónimo García Garrido, Corduente y anejos (Guadalajara).
- 217.—D. Antonio Duarte Serrano, Cadrete (Zaragoza).
- 218.—D. Javier Fontán Maquieira, Porto (Zamora).
- 219.—D. Vicente González Sanmartí, Urreade Jalón (Zaragoza).
- 220.—D. Francisco Hernández Hernández, Escarabajosa (Ávila).
- 221.—D. Félix Aparicio Fernández, Puebla del Prior (Badajoz).
- 222.—D. Bartolomé Llabrés Piris, Castejón de Monegrós (Huesca).
- 223.—D. Hilario Ojeda Ojeda, Santo Tomé del Puerto (Segovia).
- 224.—D. Antonio Luis Ciézar Guerrero, Reneda y Hontova (Guadalajara).
- 225.—D. Pedro Cano Díaz, Cuatretondeta (Alicante).
- 226.—D. Marcial Gómez Gil, Mazuecos (Guadalajara).
- 227.—D. Fernando Torrijos Balseira, Las Inviernas y agregados (Guadalajara).
- 228.—D. Antonio Ochoa Polo, Garciez (Jaén).
- 229.—D. Luis Díaz Álvarez, Villet de Mesa y agregados (Guadalajara).

Quedan sin nombramiento don Faustino Barrera Izquierdo, número 108, y don José Paredes Campillo, número 172, los cua-

les no figuran en la propuesta formulada por el Tribunal, por no haber elegido plaza.

3.º Los interesados tomarán posesión de sus plazas con arreglo a las disposiciones del artículo 11 del Reglamento Orgánico de 29 de Septiembre de 1934 y Ordenes Ministeriales de 30 de Agosto de 1935 y 8 de Mayo de 1936, debiendo acreditar al efecto, los que hayan prestado sus servicios en el glorioso Ejército Nacional, esta circunstancia, con la oportuna certificación.

Los que no se encuentren en el caso anterior serán objeto de la siguiente depuración, si no hubiere tenido lugar, con arreglo a los preceptos de la Ley de 10 de Febrero último, y tomarán posesión de sus plazas en las condiciones señaladas en el apartado anterior y en el plazo aludido en el mismo, que empezará a contarse desde la fecha de su notificación a los interesados de la resolución de su depuración.

4.º Por la Mancomunidad sanitaria provincial respectiva les serán reconocidos y abonados sus haberes a los Médicos interesados, con arreglo a la categoría de sus plazas, en armonía con la clasificación vigente y disposiciones de la Base XVIII de la ley de Coordinación Sanitaria y preceptos complementarios.

5.º Por la Sección de Médicos de Asistencia pública Domiciliaria de la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, se procederá oportunamente a la inclusión en el Escalafón del Cuerpo, de aquellos Médicos que hayan tomado posesión de sus plazas, cuya inclusión tendrá lugar al verificarse la necesaria rectificación del Escalafón aludido, impuesta por las circunstancias actuales, en armonía con lo dispuesto en el Reglamento citado de 29 de Septiembre de 1934.

Lo comunico a V. E. para su conocimiento y oportunos efectos.

Dios guarde a V. E. muchos años.

Burgos, 30 de Junio de 1939.—Año de la Victoria.—El Subsecretario, *José Lorente*.

Ilmo. Sr. Jefe del Servicio Nacional de Sanidad.

(B. O. del Estado de 14 de Julio).

Dictando normas para provisión, con carácter interino, de plazas de Médicos de Asistencia pública Domiciliaria

Con el fin de que la provisión de plazas de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, con carácter interino, tenga lugar con arreglo a un espíritu de equidad y de justicia en armonía con las circunstancias especiales que atraviesa la Nación, de conformidad con las disposiciones de la Orden Ministerial de 24 de Enero de 1936 y Ordenes del Gobierno General del Estado de 22 de Agosto y 20 de Noviembre de 1937,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º En el Colegio Médico de cada provincia, se abrirá una bolsa de trabajo, para aquéllos Médicos que, encontrándose sin plaza alguna se hallen dispuestos a prestar sus servicios con carácter interino en plazas de Asistencia Pública Domiciliaria, cuya relación nominal habrá de servir de base para la propuesta que, en cada caso, ha de elevar el Colegio Médico respectivo a la Inspección Provincial de Sanidad para la provisión de las referidas plazas con el carácter expresado, dándose preferencia a estos efectos, a aquéllos Médicos que hayan prestado servicio en las filas del Ejército Nacional, precisamente en el frente, por tiempo superior a tres meses.

2.º En aquellos casos en que haya sido nombrado más de un Médico titular con carácter interino para una misma plaza, como consecuencia de haberse incorporado al Ejército Nacional el nombrado en primer lugar, tendrá derecho a la plaza de que se trate, con el carácter indicado, aquel que durante un espacio mayor de tiempo haya prestado sus servicios en el frente, debiendo cesar en la plaza el que la desempeñe con el referido carácter, al reincorporarse a la misma, el Médico a quien corresponda según lo expuesto anteriormente.

3.º Tanto en los casos de nombramiento, como en aquellos en que tenga lugar la reincorporación a la plaza del Médico interino a quien corresponda, según lo expuesto en el apartado anterior, deberá ser comunicada a la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, por la Inspección Provincial de Sanidad respectiva.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Burgos, 12 de Julio de 1939.—Año de la Victoria.—El Subsecretario, *José Lorente*.

Sr. Jefe del Servicio Nacional de Sanidad.

(B. O. del Estado del 13.)

AYUDAD A LA INDUSTRIA QUÍMICA NACIONAL
RECETAD PRODUCTOS ESPAÑOLES

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

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

UVAS VITAMINADAS «ESCOLAR».
Jarabes, Vi os Medicinales, Granula-
dos, In ectables de todas clases y
AGUA OXIGENADA NEUTRA y ME-
= DICINAL a DIEZ VOLÚMENES =

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

Inspección Provincial de Sanidad

Circular

SANIDAD

En cumplimiento de Orden de la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, todos los Ayuntamientos y Juntas de Mancomunidad inter-municipales, deberán comunicar a esta Inspección Provincial de Sanidad, en el plazo más breve posible, las vacantes de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, Practicantes y Matronas, que se produzcan en lo sucesivo en ellos, al objeto de que por esta Inspección sean comunicados a la mencionada Jefatura, para la buena marcha de los servicios relacionados con los mismos.

Lo que se hace público en este periódico oficial, para general conocimiento y más exacto cumplimiento.

Cáceres, 4 de Julio de 1939.—Año de la Victoria.—El Inspector Provincial de Sanidad, *Ernesto Juárez*.

(B. O. de la provincia del día 6).

NOTICIAS

Han quedado instaladas definitivamente en Madrid, calle de Velázquez, número 10, las Oficinas de las Instituciones «CONSEJO GENERAL DE LOS COLEGIOS OFICIALES DE MEDICOS», «PREVISION MEDICA NACIONAL» y «PATRONATO DEL COLEGIO DE HUERFANOS DE MEDICOS», con todas las dependencias y servicios de que los mismos constan.

Se vende Termocauterio «Paquelín», nuevo, razón en el Colegio.

Previsión Médica Nacional

GRUPOS DE SEGURO DE INVALIDEZ Y VIDA

Coste aproximado de sus combinaciones

Notas entresacadas del Reglamento de la Previsión Médica Nacional

El I Grupo de Invalidez asegura una pensión mensual vitalicia de	100 ptas.
» II id., id., id., id., id.	150 »
» III » » » » »	200 »
» IV » » » » »	250 »
El I Grupo de Vida asegura una cantidad total de.	5.000 »
» II id., id., id., id., id.	10.000 »
» III » » » » »	15.000 »
» IV » » » » »	20.000 »

Cuota de ingreso: *Regulada por el siguiente cuadro y basada en la edad del socio*

Hasta los 25 años.....	0 pesetas.
De 26 a 30	5 »
» 31 » 35	20 »
» 36 » 40	50 »
» 41 » 45	80 »
» 46 » 50	125 »
» 51 » 55	200 »
» 56 » 60	300 »
» 61 en adelante discrecional.	

Cuota de garantía: *También ha de abonarse la entrada y varía según los grupos que se suscriban*

I Grupo de Invalidez y I Grupo de Vida	30 pesetas.
II » » » » II » » »	60 »
III » » » » III » » »	90 »
IV » » » » IV » » »	120 »
I y II de Invalidez, y I y II de Vida	90 »
I, II, III » » I, II, III »	180 »
I, II, III, IV » » I, II, III, IV »	300 »

Estas cuotas son reintegrables cuando el asociado causa baja en la P. M. N. aun cuando sea voluntaria.

Cuota de derrama: *Variable según el número de compañeros inválidos y fallecidos*

Grupo	I Invalidez	0'10 ptas.	mensuales por cada so. ^o inválido.			
»	II »	0'15 »	»	»	»	»
»	III »	0'20 »	»	»	»	»
»	IV »	0'25 »	»	»	»	»
Grupo	I Vida	5'—	pesetas por cada defunción que se registre.			
»	II »	10'—	»	»	»	»
»	III »	15'—	»	»	»	»
»	IV »	20'—	»	»	»	»

Cuota de administración: *Fija, satisfaciéndose mensualmente por grupo suscrito*

Grupo	I Invalidez	0'50 pts. mes.	Grupo	I Vida	0'50 pts. mes.
»	II »	0'75 »	»	II »	0'75 »
»	III »	1'00 »	»	III »	1'00 »
»	IV »	1'25 »	»	IV »	1'25 »

Grupos que pueden solicitarse atendiendo al factor edad

Grupo	I de Invalidez y	I grupo de Vida.	} Los menores de 45 años.	
»	II »	» II »		
»	III »	» III »		} Los id., id. de 40.
»	IV »	» IV »		} Los id., id. de 35.

Para todo solicitante comprendido entre los 35 y 45 años de edad es obligatoria la inscripción en los grupos I y II de Invalidez y I y II de Vida, como *mínimum*, salvo excepciones reglamentarias.

Coste aproximado de los diversos grupos de Invalidez y Vida, calculado a base de una mortalidad anual del 15 por 1.000 y de una invalidez mensual del 10 por 1.000

Grupo	I Invalidez y	I Vida	12'—	pesetas.
»	II »	» II »	18'80	»
»	III »	» III »	24'40	»
»	IV »	» IV »	30'—	»
Invalidez	75.	Vida,	12.	Admón. Total: 99'—
»	150.	»	18.	» 186'80
»	225.	»	24.	» 273'—
»	300.	»	30.	» 360'—

R E S U M E N

Los riesgos de los grupos I de Vida y I de Invalidez, se cubren con 99'00 ptas. al año; los de los grupos I y II de Vida y I y II de Invalidez, con 285'80 al id; los de los grupos I, II y III de Vida y I, II y III de Invalidez, con 559'20 al id; los de los grupos I, II, III y IV de Vida y I, II, III y IV de Invalidez, con 919'20 al id.

Para asegurar 100 ptas. mensuales de Invalidez y 5.000 de Vida, 99'00 ptas. al año; para 250 id. de Invalidez y 15.000 de Vida, 285'80 al id; para 450 id. de Invalidez y 30.000 de Vida, 559'20 al id.; para 700 id. de Invalidez y 50.000 de Vida, 919'20 al id.

S O B R E R E C U P E R A C I O N D E M A T E R I A L S A N I T A R I O

Hemos recibido del Consejo de Colegios la siguiente comunicación:

«La Jefatura del Servicio de Recuperación de Sanidad Militar comunica a este Consejo General lo siguiente:

«Dispuesto por la Superioridad la entrega del material sanitario propiedad de particulares o entidades, existente en este parque de Recuperación, tengo el gusto de remitir a V. en pliego separado las instrucciones a que habrán de ajustarse los solicitantes, rogándole la mayor publicidad de las mismas para que llegue a general conocimiento, en beneficio de los interesados.

Se exige que las relaciones juradas lleven el sello del Colegio de Médicos con el fin de garantizar la personalidad del solicitante, ya que esta Jefatura desconoce o puede ignorar en muchos casos tal extremo y el aval de un Jefe u Oficial del Ejército para garantizar su adhesión a nuestra causa.

No obstante el aval, la falta del sello, será motivo suficiente para dejar en suspenso la entrega, con lo cual el Colegio tiene un medio de acción sobre aquellos profesionales que a juicio del mismo no sea digno de la restitución del material.

Ruego a V. S. la máxima urgencia en hacer llegar a conocimiento de los Colegios de Médicos las adjuntas instrucciones, a fin de abreviar todo lo posible los trámites previos.»

«Dispuesta por la Superioridad la entrega de Material Sanitario, propiedad de Particulares, existente en este Parque de Recuperación de Madrid a sus legítimos propietarios, las personas o entidades a quienes les fué incautado, se atenderán a las siguientes disposiciones:

Primera. Presentarán una relación jurada avalada por un Je-

fe u Oficial del Ejército, en la que haga constar, bajo palabra de honor, el material que poseían el 18 de Julio de 1936, y en relación aparte, pero unida a la anterior, el que posean en la actualidad.

Segunda. Las relaciones juradas llevarán forzosamente el sello del Colegio de Médicos de la Provincia donde el solicitante residía antes de la citada fecha, o en caso de imposibilidad, el del Colegio de Médicos de Madrid.

Tercera. El plazo para la presentación de las relaciones juradas, comenzará a partir de la publicación de estas instrucciones y los reconocimientos del material existente en el Parque de Recuperación, diez días después.

Cuarta. Las relaciones de Material propiedad de Médicos Militares o Militarizados ausentes de Madrid, podrán ser presentadas y firmadas por familiares o representantes autorizados, no necesitando de aval, sino tan sólo el número del carnet militar.

Quinta. Las entregas de Material, tendrán carácter provisional, por lo cual los interesados harán constar en el recibo correspondiente el punto donde el material haya de ser trasladado.

Sexa. Se procederá en primer lugar a la entrega de los aparatos Electro-Médicos, continuando con el mobiliario quirúrgico, material de esterilización, instrumental de exploración, por este mismo orden con el resto del Material.

Séptima. Para el Material de Laboratorio se dirigirán los interesados al Instituto de Higiene Militar.

Octava. El Colegio de Médicos de Madrid, además del servicio de recuperación de material sanitario, informará a los interesados de cuantas instrucciones complementarias se dicten por dicho servicio.

Novena. El Parque de Recuperación de Material Sanitario se encuentra establecido en Mártires de Alcalá, núm. 8. (Edificio de Areneros.)

Décima. A las relaciones juradas habrán de acompañar cuantos datos puedan contribuir al reconocimiento del material citado y justificar la propiedad del mismo: Numeración de los aparatos e instrumentos, actas de incautación, situación del material en el momento de la entrada de las Tropas Nacionales en la localidad correspondiente, etc.

Lo que traslado a V. para su conocimiento y exacto cumplimiento, acompañándole como modelo un ejemplar de la declaración jurada extendida para uso del Colegio de Madrid.

Dios guarde a V. muchos años.—Madrid, 5 de Julio de 1939.
—Año de la Victoria.—*El Secretario.*

PEDRO R. DE LEDESMA

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

Cirugía general-Obstetricia y Ginecología.

Avenida de la Virgen de la Montaña - Teléfono, 1310

CACERES

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECCIO-
NES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.YNa.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento
Científico y Radical de las

VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías
de los vasos por las

GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

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

Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO -

MADRID

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.

YODURO BERN CAFEINADO

en grajeas, glutinizadas, inalterables, conteniendo cada una
0 grs. 15 de yoduro potásico químicamente puro
0 grs. 0'5 de Cafeína 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 (Ciudad Lineal). — CHAMARTIN MADRID

BENEDICTO MALAGA

APARATO DIGESTIVO Y NUTRICION
RAYOS X METABOLISMO BASAL

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

CUARTO DE ORO DE LA INDUSTRIA

El producto es el resultado de un proceso de selección y refinamiento de los mejores componentes de la industria farmacéutica, que garantiza su alta calidad y eficacia.

PULMOTON

Este medicamento es especialmente indicado para el tratamiento de las enfermedades respiratorias, gracias a su acción directa sobre el sistema bronquial.

PULMOTON

El medicamento PULMOTON está formulado con los principios activos más modernos y eficaces, lo que asegura un rápido y eficaz alivio de los síntomas.

TONDUR

Este medicamento es ideal para el tratamiento de las enfermedades digestivas, ya que ayuda a mejorar la motilidad gástrica y aliviar los síntomas de acidez y flatulencia.

ANESTON

Este medicamento es un anestésico local de acción rápida y corta duración, ideal para procedimientos quirúrgicos menores.

Señor Doctor,

Por favor, envíeme información sobre los productos que he mencionado y sus precios.

Laboratorio del Doctor Sebastián - S.A.

Provincia de Córdoba, 12 SAN SEBASTIÁN

Cuatro productos de máxima eficacia

Señor Doctor:

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

PULMOTOXIN

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

PULMOTON

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

TONDIUR

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

ANESTON

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

Señor Doctor:

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

Laboratorio del Doctor Vicente. - MADRID

Provisional: Uzandizada, 12. SAN SEBASTIAN