

III AÑO TRIUNFAL

Clínica Extremeña

REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE CÁCERES

U

ESTA REVISTA SE REPARTE GRATIS
A LOS SEÑORES COLEGIADOS

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
EL DOMICILIO SOCIAL DEL COLEGIO
C. DEL BROCENSE, n.º 8 - TELEFONO, 18 5

PUBLICACION MENSUAL,
PROFESIONAL Y CIENTÍFICA

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
LA JUNTA PERMANENTE DEL
COLEGIO MÉDICO

SUMARIO

SECCIÓN CIENTÍFICA: Enfermedad del Aire.—La enfermedad de Ayerza.—Breve nota de un brote epidémico de fiebre tifoidea en Villaflores (Salamanca).—SECCIÓN DE LEGISLACIÓN: Ministerio del Interior: Inspección Provincial de Sanidad de Cáceres.—Gobierno civil: Pago haberes a personal Sanitario. SECCIÓN OFICIAL DEL COLEGIO: Consejo general de los Colegios Oficiales de Médicos de Valladolid.—Relación de las pensiones mensuales que se satisfacen por el Colegio de Cáceres, a diversos beneficiarios de Previsión Médica Nacional.—La celebración en Santander del XV Congreso de la Asociación Española para el progreso de las Ciencias.—Acta de la Sesión celebrada por la Junta Permanente del Colegio Oficial de Médicos de Cáceres, el día 24 de Septiembre de 1938.—Noticias.

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

CÁCERES

—
1938

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES LINGÜÍSTICAS Y LINGÜÍSTICAS

CONSEJO NACIONAL DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
MINISTERIO DEL PODER JUDICIAL

(1970)

Laboratorio «CASTEL»

ANÁLISIS CLÍNICO 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 del General Mola, 37 — Teléfono, 1452

CACERES

PALUDISMO

LAVERANSAN

Poderoso contra fiebres palúdicas, tónico, aperitivo y reconstituyente

COMPOSICION. Cada pildora 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

III AÑO TRIUNFAL

Clínica Extremeña

Revista científica mensual

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

Sección Científica

ENFERMEDAD DEL AIRE

«Public Health Nursing».—Noviembre 1936, n.º 11.

Traducido para CLINICA EXTREMEÑA por Arturo O'Ferrall

La enfermedad del aire es para el que viaja por avión, lo que el mareo es para los que viajan por mar. El mareo es causado, no solamente por el movimiento oscilante del barco, sino que por el confinamiento bajo cubierta a causa del mal tiempo. El aeroplano tiene una gran ventaja sobre el transatlántico, pues mientras que el último está ligado al elemento sobre el cual navega, y sólo puede escapar a la tempestad por medio de largas desviaciones en su derrota, el aeroplano, cambiando altitud, puede elevarse por encima de la zona de mal tiempo y alcanzar una región más favorable para la navegación.

Los síntomas de la enfermedad del aire, se observan con mas frecuencia en la atmósfera opresiva de los aviones comerciales cerrados, que llevan pasajeros a largas distancias; las personas con órganos digestivos delicados, sin embargo, son tan susceptibles a sus ataques en un aeroplano abierto.

A ciertas altitudes, la enfermedad del aire puede confundirse con la sensación de opresión que experimentan los alpinistas

“CEREGUMIL“ FERNANDEZ Y CANIVELL

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO

Insustituible en las intolerancias gástricas y afecciones intestinales

Fernández y Canivell. - MálagaRepresentante en Extremadura: **Francisco Cruz Quirós. - Cáceres**

cuando alcanzan altitudes en las cuales el aire está rarificado; en el caso de muchas personas, los síntomas son muy similares. Sin embargo, a las alturas que son la causa más frecuente de la enfermedad de la montaña, es muy raro encontrar alteraciones atmosféricas de tal naturaleza que lleguen a provocar la enfermedad del aire en el piloto de un avión descubierto.

Determinación de factores en la enfermedad del aire.—Cambios repentinos de altitud causados por corrientes de aire contrarias. Estas violentas caídas e igualmente violentas vueltas a la posición normal, ejercen un efecto profundamente alterativo sobre el sistema nervioso y sobre los órganos digestivos. El movimiento oscilante, que es infinitésimo y generalmente se soporta sin molestia por los que están sentados alrededor del eje longitudinal del aparato, también pueden contribuir en la causa de la enfermedad del aire. En el caso de sujetos otorrinolaringológicos, la violenta reacción en la cavidad bucal es la causa principal de la enfermedad de referencia.

El Profesor Kuix, de la Universidad de Utrecht, que ha dedicado mucho estudio a las «alteraciones aeronáuticas» que provienen de las alteraciones de las vías semi-circulares y del sistema otolítico, ha averiguado que el mareo es producido por una irritación anormalmente severa y no fisiológica del aparato otolítico. Para determinar esta condición, no es esencial que la oscilación y el vaivén del aparato sean muy acentuados; precisan ser solamente repentinos y frecuentes. Una caída de unos cuantos metros, siempre que sea suficientemente rápida, es suficiente, como lo son las ligeras y repetidas oscilaciones alrededor del eje longitudinal de un avión, para provocar una irritación otolítica intensa, y las personas sensibles pronto se encuentran incapaces de soportar estos movimientos continuos sin molestias.

Factores contribuyentes a la enfermedad del aire.—Atmósfera de la cabina. Las condiciones de ventilación, calefacción ruido y olores del motor son de tal importancia, que la mayoría de los médicos que se interesan en la aviación civil ahora consideran la enfermedad del aire como una forma de asflxia accidental más bien que como resultado de adaptación defectuosa al movimiento del aeroplano. Consideran que es evitable si los constructores toman ciertas precauciones y los pasajeros también. Se ha observado que hasta en tiempo perfectamente tranquilo y en ausencia completa de movimientos, algunos pasajeros en cabinas mal ventiladas y con exceso de calefacción se han sentido mal, mientras que las mismas personas, viajando en otro tipo de aparato, en condiciones atmosféricas similares o aún peores, no han sentido la menor molestia. El mismo fenómeno puede observarse en el caso de mareo a bordo de un barco: un pasajero que puede soportar un mar bastante agitado siempre que permanezca sobre

cubierta, probablemente sucumbiría al mareo si permaneciese encerrado en su camarote.

Vértigo óptico.—El vértigo óptico no es más que una complicación debida al movimiento oscilante sobre el eje longitudinal de ciertos tipos de avión. En ciertos aparatos, en los cuales las alas están colocadas muy altas y donde el camarote está por bajo de las mismas, el pasajero tiene una vista clara y sin obstrucciones del horizonte sin puntos de comparación para alterar su visión. Por consiguiente, existe poca o ninguna discordancia desagradable entre sus impresiones visuales y las sensaciones que recibe del movimiento oscilante del avión.

Cuando la cabina está colocada por encima de las alas, gran parte de la vista está oculta, y durante los movimientos del avión alrededor de su eje longitudinal, la impresión visual de rotación será mucho mayor que las sensaciones registradas, en vista de los numerosos puntos de comparación. Esta discordancia queda agravada aún más por los diferentes detalles de construcción del aparato que entran en el campo de visión del pasajero. Produce al principio una sensación desagradable, que pronto se hace muy molesta, llegando a menudo hasta a causar náusea y vómitos, así completando la labor ya comenzada por el movimiento del avión y la atmósfera opresiva de la cabina.

Podrá verse, por consiguiente, que el vértigo óptico es un resultado, no sólo del movimiento del aparato, sino también de su construcción.

Ventilación.—Hasta hace algunos años, la mayoría de las cabinas de aviones se ventilaban desde atrás para delante, a causa de la corriente inferior producida durante el vuelo en el puesto del piloto. Este sistema era generalmente insuficiente, además de lo cual presentaba la doble desventaja de traer dentro de la cabina los olores de los gases del tubo de escape, y del water-closet situado en la parte posterior del avión. En los últimos tipos de aparatos, la ventilación es de delante hacia atrás, y se aconseja a los viajeros que no abran las ventanas. Si se precisa más aire, puede obtenerse mediante un aparato colocado al lado de cada asiento, de tal manera, que cada pasajero puede controlar la cantidad de aire que necesita, sin causar molestias a sus vecinos. Este procedimiento representa un gran progreso y debía disminuir apreciablemente los casos de enfermedad del aire debidos a defectuosa ventilación.

Calefacción.—Otra causa frecuente de la enfermedad del aire, es la calefacción defectuosa. Los aviones equipados con motores de refrigeración por agua, no tienen esta desventaja; el agua calentada por el motor, circula por la cabina antes de regresar al radiador, y produce un calor agradable y fácilmente controlado, exento de olor. En el caso de los motores con refrigeración por

aire, sin embargo, el problema es mucho más difícil; en estos casos, el calor se dirige a la cabina por medio de una manga colocada sobre el tubo de escape y con una abertura hacia delante para permitir la entrada de aire. La única solución satisfactoria—y una que tarde o temprano tendrá que adoptarse en todos los grandes aviones de pasajeros—parece ser un dinamo auxiliar que suministrará la corriente necesaria para alumbrado, calefacción, cocina, etc.

Ruido.—Es una cuestión muy problemática si el motor tiene un papel de importancia en la producción de la enfermedad del aire. Sin embargo, no cabe la menor duda que es una causa de irritación para las personas nerviosas, y si se pudiese encontrar algún medio de silenciar los motores y hélices, indudablemente aumentaría el confort y los placeres del viaje aéreo.

El factor psíquico.—La importancia del factor psíquico, es irrefutable. El pasajero optimista que se embarca con la plena convicción que escapará a las molestias de la enfermedad del aire, tiene una gran probabilidad de hacerlo. Los pequeños recipientes que cuelgan del dorso de cada asiento, ejercen a menudo una deplorable influencia subjetiva sobre los pasajeros, al recordarles continuamente la posibilidad de padecer la enfermedad del aire. No se propone de que se eliminen del todo, pero por lo menos debían colocarse en un sitio menos conspicuo, a saber: por ejemplo, bajo el asiento.

Contagio.—No cabe duda alguna que la enfermedad del aire, como el mareo por mar, es contagioso; es suficiente que una persona se indisponga, para que su ejemplo afecte a otras, hasta en buen tiempo. En otras ocasiones, a pesar de un viaje tempestuoso, nadie es afectado.

Concentración.—Igual que en los casos de viaje por mar, el acto de fijar la atención sobre alguna cosa, alejará la enfermedad del aire. Si se entrega a los pasajeros un mapa o un guía descriptivo del viaje, que les permita seguir el itinerario del vuelo, su estudio ocupará su atención a la exclusión de las sensaciones exteriores. De este punto de vista, los aviones modernos están especialmente bien equipados; existen bares y salas de fumar, y los pasajeros pueden circular a voluntad por la cubierta de paseo, que corre desde la parte posterior del avión hasta la cabina del piloto, desde la cual pueden observar el trabajo de la tripulación y disfrutar de espléndida vista panorámica del paisaje sobre el cual vuela el avión.

Ayudas médicas.—Los diferentes remedios y panaceas prescritas para la enfermedad del aire y del mar, tienen sin duda un poderoso efecto psicológico sobre aquellos que los utilizan; de ninguna manera deseamos debilitar la fe que cura.

Sintomatología

Los síntomas de la enfermedad del aire, son muy similares a los del «Mal del mar», y pueden tomar tres formas, a saber:

Cefálica.—El ataque de enfermedad del aire va precedido por bostezos seguidos de dolor de cabeza y zumbido de los oídos, profusa salivación y náuseas; en ciertos casos, estos síntomas son reemplazados por somnolencia o una sensación de presión nerviosa.

Gástrica.—Una sensación indefinible de malestar, seguida rápidamente por náuseas y vómitos continuos. El hecho de que el estómago está vacío, hace el acto de vomitar tanto más penible.

Gastro-cefálica.—En esta forma, los síntomas característicos de las dos formas anteriores se encuentran reunidos.

La enfermedad del aire no toma siempre la misma forma en la misma persona.

Tratamiento

Preventivo.—Esta es la forma más importante de tratamiento, pues la enfermedad del aire es mucho más una cuestión de higiene que de terapéutica. Es un hecho generalmente reconocido, que el mareo por mar puede evitarse, o por lo menos mitigarse considerablemente, si se mantiene una posición yacente. Desgraciadamente, esto no es aún posible en un aeroplano, pero está en el poder del constructor de aviones eliminar el más importante de los factores contribuyentes; es decir, defectos de ventilación, calefacción, e c. Cuando esto se haya conseguido, se reducirán los casos de enfermedad del aire automáticamente a la tercera parte.

El piloto aéreo también tiene responsabilidad en relación con esto; mientras que es completamente imposible que un barco navegue eternamente sobre un mar en calma, es relativamente fácil para el avión evitar las zonas de disturbios, y el piloto debe procurar hacerlo para bienestar de sus pasajeros.

Las otras medidas preventivas incumben al pasajero mismo. Es una pregunta que frecuentemente se presenta, si el viajero debe o no, comer antes de emprender un vuelo. El consenso general de opinión, es que no debe hacerse ninguna desviación en las costumbres habituales del viajero, aunque es conveniente evitar comidas rápidas, copiosas e indigestibles en tales momentos.

Todos los remedios prescritos para el mareo han sido comprobados contra la enfermedad del aire, con resultados variables. Esta diversidad de efectos puede adscribirse al factor individual. Los sujetos nerviosos reaccionan muy favorablemente, por regla general, a la auto-sugestión, la concentración de la fuerza de voluntad, o algún remedio inofensivo en la eficacia del cual tengan

fe. La práctica de vendar el abdomen desde las caderas hasta los sobacos, a veces da buenos resultados.

Pero la mejor manera de evitar la enfermedad del aire, es interesarse en algún libro o en un guía del itinerario o, si la cabina está equipada con ventanas grandes que dominen un amplio panorama, contemplar el paisaje.

Tratamiento curativo.—Acerca de este punto, no hay nada que decir, pues las actuales condiciones de la aviación hacen imposible toda forma de tratamiento curativo durante el vuelo.

Como el mareo por mar, la enfermedad del aire cesa automáticamente, por regla general, tan pronto como el avión aterriza. Sin embargo, a veces ocurre que, si el viaje ha sido especialmente accidentado, el fenómeno persista hasta cierto punto durante el viaje por auto o tren, consecutivo al aterrizaje. En tales casos, generalmente se obtiene un resultado favorable abriendo una ventana y reclinándose hacia atrás lo más posible

PROVERBIOS ARABES

(1) *El mundo se sostiene sobre cuatro columnas: La justicia del poderoso; las oraciones del justo; la bravura del soldado y la sabiduría del médico.*

(2) *El que sabe y no sabe que sabe está dormido.—Despertadle.*

El que no sabe y sabe que no sabe es un simple.—Enseñadle.

El que no sabe y no sabe que no sabe es un tonto.—Evítadle.

El que sabe y sabe que sabe es un sabio —Seguidle.

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, 21.

La enfermedad de Ayerza

Por J. Díaz de la Cruz.

Anatomopatólogos de mediado del pasado siglo conocieron la existencia de las lesiones esclerosas de la arteria pulmonar, pero sin perfecto encauzamiento clínico. Los diagnósticos de esta afección, dice Marañón (1936), eran incluidos por maestros como Trousseau, Potain, Espina y Huertas, en insuficiencias del corazón derecho, secundarias a afecciones crónicas respiratorias y muy corrientemente como insuficiencias de la tricúspide, cuyo diagnóstico engendró serias discusiones. En los comienzos de nuestro siglo (1901), el sudamericano Ayerza, demuestra que muchos cardíacos o bronconeumopáticos crónicos y a consecuencia de estas afecciones, padecen esclerosis de la arteria pulmonar, añadiendo a su sintomatología ordinaria la propia de esta última localización (dilatación e hipertensión del arco pulmonar y cianosis) asignándoles el calificativo feliz de **CARDIACOS NEGROS** e introduciendo en clínica una nueva enfermedad. La esclerosis de la arteria pulmonar.

La literatura a revisar sobre esta enfermedad no es muy extensa, porque al impulso creador sudamericano nacido con las primicias de Ayerza, sólo han respondido con intenso eco, los países Franceses y Españoles, hasta el punto que, teniendo ante nosotros obras relativamente modernas como las de cardiología, de Brugsch (1931), la de Hoffmann y la de Leo Langstein (1926), para nada se hace en ellas referencia a la arteritis pulmonar de Ayerza. Literatura escasa asimismo, por el medio ambiguo pero suficientemente expresiva y clara, para darnos idea del confusionismo reinante que expresara el Dr. Goyena, diciendo: «En esta fecha (1926) existen tres enfermedades de Ayerza. PRIMERA. La descrita por este autor como esclerosis de la arteria pulmonar secundaria a bronconeumopatías o cardiopatías crónicas. SEGUNDA. La presentada años después por su discípulo Arrillaga (1912) como primitiva y de naturaleza sifilítica y TERCERA. La últimamente considerada por su discípulo Escudero, como primitiva y sifilítica también, pero con localización concomitante en bronquios y arteria pulmonar».

Las investigaciones de estos últimos años parece que abren claridad sobre este confusionismo. Arrillaga, Laubry, Escudero, Roger y otros, que tanto han defendido la etiología sifilítica del proceso, han encontrado la oposición de estadísticas como las de Brenner, que no proporciona en los casos examinados ni uno sólo, que por los antecedentes, examen clínico o reacciones serológicas, pueda considerarse sifilítico; las de Possel, que sólo encuentra un 7 por 100 afectados de lues entre muchos examina-

dos y por último una pléyade de casos presentados por muy distintos clínicos como de otras etiologías. Y si el argumento clínico no es favorable a la etiología sífilítica, aún menos y de mayor peso lo es el anatomopatológico. Halbron (1932), advierte que si en algún caso las lesiones son netamente sífilíticas (mesoarteritis) en la mayoría no son específicas. Igualmente López Areal y Morante (de la casa Valdecilla) (1934), auptosian un caso con lesiones de la íntima, pero con una media y adventicia normales. El argumento sentimental por el que debemos reconocer la predilección que la sífilis ha de tener por la arteria pulmonar, como la tiene por la aorta, cae de su peso tras los trabajos de Letulle y de Benda, haciendo resaltar que en las sífilis bronquio-pulmonares, las arterias pulmonares son respetadas frecuentemente de la invasión, lo que parece demostrar una cierta resistencia al germen sífilítico de las citadas arterias. Deducimos que si la sífilis puede intervenir en la producción de la enfermedad de Ayerza, no es obligada causa patogénica.

Sincrónicamente ha quedado la duda de si la afección sería secundaria (criterio de Ayerza) o primaria (sentir de Arrillaga y Escudero). En 1936, Marañón indica que la mayoría de los autores, incluyéndose, niegan la posibilidad de una localización primitiva y se basa en que en el estudio detenido de los casos presentados como tales, incluso por el mismo Arrillaga, se pueden descubrir manifestaciones pulmonares más o menos intensas. El argumento no es convincente. La arteritis pulmonar, indica López Bonilla (1936) tarda bastante en desarrollar su fenomenología característica y admitidas por todas formas latentes, conceptuamos forzoso el desarrollo anterior de fenómenos pulmonares más fácilmente objetivos y consecutivos al éxtasis de la circulación menor. Por otro lado, nada se opone a admitir que una causa (mecánica, tóxica, infecciosa o metabólica), obre de manera primitiva sobre la arteria pulmonar aunque para su explicación necesitemos admitir la hipótesis de un factor constitucional. Es más, es preciso admitir este factor también, en la patogenia de las arteritis secundarias, pues si no: ¿cómo explicarnos que una neumopatía o cardiopatía de naturaleza y extensión semejantes, produzca en unos sujetos la arteritis pulmonar y en otros no?

La enfermedad de Ayerza, es pues, la arteritis pulmonar primitiva o secundaria necesitada de un factor constitucional y nos incumbe cuales puedan ser los factores determinantes.

Nos explicamos fácilmente cómo una cardiopatía o bronconeumopatía crónica (estrechez mitral, bronquitis crónica, tuberculosis, sínfisis pleural, etc.), puede producir la esclerosis arterial pulmonar. Para Josué y Vazquez, basta la acción mecánica hipertensora del círculo menor de igual forma que la hipertensión de la gran circulación, por sí, determina lesiones arterioescleró-

tica de la aorta. Halbron (1934), concede a esta causa mecánica el papel de favorecer la localización infecciosa, siendo el aporte microbiano fácil, en los brotes evolutivos de las cardiopatías infecciosas con hemocultivos positivos e igualmente fácil, en las neumopatías por las íntimas relaciones descubiertas por Marcelo Thomas, entre las terminaciones arteriales y los alvéolos pulmonares. De igual forma la causa determinante puede ser la acción tóxica (alcohol, tabaco, plomo, gases asfixiantes etc.), obrando por sí o favorecidos por el factor mecánico hipertensivo. Pero repetimos, las causas mecánicas, infecciosas o tóxicas, necesitan la existencia de un factor constitucional.

La patogenia de las formas primitivas queda también explicada por la coexistencia de los dos factores, el constitucional y el determinante.

Con este criterio todas cuantas hipótesis se han lanzado en la etiología de la enfermedad de Ayerza, pueden aunarse y simplificar la debatida cuestión. El griego Kanatroulis (1931), considera la afección como un fenómeno de Koch, una reacción tuberculosa atenuada y fibrosa de la arteria preparada por vacunaciones anteriores a la influencia de las toxinas fímicas. Para nosotros no es más que la posibilidad de que la infección tuberculosa sea una de tantas, que pueden localizarse en la arteria pulmonar preparada constitucionalmente y produzca primitiva o secundariamente la enfermedad de Ayerza. Las hipótesis de Halbron y Jiménez Díaz de que procesos neumónicos o cardíacos agudos y las infecciones generalizadas (tifoidea, gonococias, paludismo, reumatismo, etc.), produzcan la enfermedad, sólo nos demuestra que los gérmenes más variados pueden ser factor determinantes. Igualmente encuentra su explicación la hipótesis de Kitamioura sobre la acción del alcohol y la de otros sobre el tabaco, plomo, etc. El factor higiénico invocado por Marañón, observando la frecuencia de la enfermedad en clínica hospitalaria y su rareza en la privada y debido a que la afección suele recaer en portadores de afecciones crónicas, respiratorias o cardíacas, que se dan *mal trato* descuidando los brotes de agudización, es factor explicable porque favorece la acción de las causas mecánicas, infecciosas o tóxicas determinantes.

En los casos aseptosidos, ningún autor duda de que las lesiones encontradas son de esclerosis, produciéndose en su consecuencia dilataciones y estrecheces en el trayecto arterial. En lo que no hay un acuerdo unánime es en lo referente al punto de la localización, pues en tanto que López Bonilla (1936), hace ver que Mattiolo (1921), en los 20 casos aseptosidos, las ramas pequeñas son las estrechadas u obliteradas y los gruesos troncos afectados de ectasias, Azpitarte (de la clínica de Fidel Fernández) nos presenta en 1934 una mujer de 26 años, en la que faltan

signos de disnea y cianosis, que explican por recaer las lesiones en el tronco arterial, y Bordoy y Camacho, hablan de afectación esclerosa desde el tronco dilatado hasta las finas ramificaciones obstruidas. En el concepto de la enfermedad de Ayerza, interesa sobre manera aclarar el punto de su localización. No nos parece artificioso admitir dentro de la esclerosis de la pulmonar dos síndromes o enfermedades diferentes, según que lo afectado sea el infundíbulo y la región valvular o que lo esté el resto del sistema de la pulmonar, pues las alteraciones mecánicas producidas son distintas. En el primero de los casos, la estenosis producida disminuye la cantidad de sangre que pasa al círculo menor, disminuyendo su presión sanguínea, y por el contrario, en el caso segundo, la mayor resistencia periférica circulatoria obliga al aumento de dicha presión. Por otro lado no se hace más que aplicar a la pequeña circulación lo que estamos ya haciendo con el gran círculo arterial, separando del grupo de esclerosis tronculares las arterioloesclerosis. Aunque los factores etiopatogénicos y las alteraciones anatomopatológicas sean las mismas, las manifestaciones clínicas son distintas. Nos parece que en consonancia con lo expuesto y basados en la mayoría de los casos autopsiados, coordinado con que en las exposiciones clínicas se admite por lo general, la hipertensión del círculo menor como signo característico, llegamos al concepto final que nos merece la afección que estudiamos. Arterioloesclerosis pulmonar, primitiva o secundaria, debida a un factor constitucional y revelada por causas mecánicas, infecciosas o tóxicas.

¿Qué manifestaciones clínicas llevan a la sospecha de la enfermedad de Ayerza? Signos pulmonares (disnea, hemoptisis bronquitis, asma, enfisema, etc.), y cardíacos (hipertrofias e insuficiencias del corazón derecho) primitivos y determinantes de la afección o secundarios a esta y que se acompañan de las manifestaciones consideradas como propias de la invasión de la arteria pulmonar (cianosis e hiperglobulia, dilatación del arco de la pulmonar y signos de hipertensión de la misma) que vamos a analizar.

CIANOSIS. Toda cianosis depende de la cantidad de hemoglobina reducida que existe en el capilar. Normalmente la sangre contiene un 20 por 100 de osihemoglobinas y un 1 por 100 de hemoglobina reducida; a su paso por el capilar, cede oxígeno a los tejidos de tal forma, que cuando se hace venosa, lleva un 5 por 100 de hemoglobina reducida. La cantidad de esta en el capilar, es un término medio entre la arterial y la venosa o sea un 3 por 100. Para que el capilar deje transparentar un tinte cianótico es preciso (Jiménez Díaz) que su hemoglobina reducida rebase la cifra del 6 por 100. Cantidad que puede aumentarse: 1.º Por hipoventilación pulmonar dando lugar a un aporte

insuficiente de oxígeno. Así ocurre en las cianosis de altura, en las de procesos respiratorios extensos y en las afecciones cardíacas que disminuyen la capacidad vital: 2.º Por mezcla de la sangre venosa a la arterial, como acontece en ciertas cardiopatías congénitas y en atelectasias pulmonares, cuya sangre pasa sin originarse a mezclarse con la ya oxigenada en otros territorios pulmonares: 3.º Por disminución de la velocidad sanguínea que obliga a los tejidos a suplir la cantidad de oxígeno que les debe llegar en la unidad de tiempo por una extracción superior de la hemoglobina oxidada. Patogenia que se da en las cardiopatías con éxtasis de la gran circulación y 4.º Por alteraciones propias de la hemoglobina perdiendo su poder fijador de oxígeno.

En la enfermedad de Ayerza tal y como la dejamos concebida, la causa de la cianosis es la hipoventilación por pérdida de la elasticidad pulmonar, motivada por el éxtasis circulatorio. Vázquez da valor al factor cardíaco determinante del éxtasis periférico por la insuficiencia del corazón derecho, pero comprendemos que este factor sólo será coadyuvante y transitorio.

Consecuencia de la cianosis es la hiperglobulia. La lucha del organismo contra una sangre cargada de hemoglobina reducida, obliga al sistema eritropoyético a lanzar más número de glóbulos rojos a la circulación para combatir la pobreza oxihemoglobínica de éstos. Si ese sistema no es capaz de reaccionar como acontece con los viejos, el síntoma no existe. Presenta Marañón el hecho de la existencia de policitemias desproporcionadas a las lesiones arteríticas encontradas en las auptosias, así como que aunque se logre mejorar la sintomatología cardiopulmonar del sujeto, la poliglobulia no es influenciada, siguiendo su curso de empeoramiento con una autonomía particular y explicable, por un factor constitucional despertado al estímulo cianótico. Si bien la cuantía de la respuesta a un estímulo está sujeta siempre a la constitución especial del sistema, no es posible admitir tras el estímulo la autonomía del síntoma, porque en este caso, tendríamos que enfrentarnos en clínica con sujetos poliglobúlicos permanentes a causa de una cianosis desaparecida (atelectasia pulmonar de la infancia, insuficiencias cardíacas corregidas, etcétera), lo cual no está confirmado.

No nos parece difícil separar por el síntoma cianosis-hiperglobulia el enfermo de Ayerza de otros cianóticos. Las cianosis por descompensaciones cardíacas o por afecciones respiratorias son intermitentes en relación con las agravaciones de esos estados, en tanto que la del enfermo de Ayerza es permanente. La hiperglobulia esencial de Vázquez se distingue por su esplenomegalia, la de Gaisböck por la hipertensión arterial. Donde se halla la dificultad es en las cianosis por cardiopatías congénitas,

dificultad que aumenta porque en algún caso, como luego veremos, se rodean de igual sintomatología subjetiva y objetiva.

DILATACION DE LA PULMONAR. La dilatación del tronco de la pulmonar apreciada radiológicamente por aumento de su arco, no es exclusiva de las lesiones de la pulmonar. Desde los trabajos de Kirch se sabe que las hipertrofias cardíacas son independientes y excéntricas, es decir, puede una cavidad hipertrofiarse sin que las demás le acompañen y dentro de la hipertrofia de cada cavidad, aquella comienza por el tractus de salida y le sigue la del tractus de entrada. Si el ventrículo derecho ha de hipertrofiarse, comienza por lo tanto por su tractus de salida (punta-pulmonar), aumentando el arco de la pulmonar y presentándose el corazón de forma triangular, y siguiendo después la hipertrofia del tractus de entrada (tricúspide pura) tomando la forma clásica de zueco. Se deduce que en toda afección en la que se produzca hipertrofia del ventrículo derecho, es necesaria la existencia de dilatación del arco de la pulmonar,

HIPERTENSION PULMONAR. La deducimos clínicamente por el esfuerzo del segundo tono pulmonar y radiológicamente por el refuerzo de las sombras hiliares y por la danza hiliar.

Las sombras hiliares está demostrado por las inyecciones en el cadáver, se deben principalmente a las arterias pulmonares, no participando apenas las venas que ya van muy divididas en ese punto.

La danza hiliar que se conceptuó como signo de la insuficiencia de las válvulas sigmoideas pulmonares por el reflujo diastólico, ha probado Gallino (1926) y más adelante Merlo, que es un signo de hipertensión de la pulmonar, pues al igual que en la gran circulación encontramos expansión sistólica aórtica por hipertensión, ha de haber danza sistólica hiliar en todo proceso hipertensivo del círculo menor.

Estos datos radiológicos hipertensivos existirán no sólo en arteríticos de los pequeños vasos pulmonares, sino en todo proceso hipertensivo del círculo menor (mitrales, asmáticos, enfisematosos, etc.)

En resumen, ante un caso que primitivamente o de forma secundaria a procesos cardiopulmonares encontremos disnea, cianosis e hiperglobulias permanentes, hipertrofia del corazón derecho, arco de la pulmonar dilatado, acentuación del segundo tono pulmonar (con o sin soplo sistólico) mayor densidad de las sombras hiliares con danza hiliar, estamos perfectamente autorizados para diagnosticar enfermedad de Ayerza, pero nos exponemos a cometer un error diagnóstico como vamos a demostrar con la exposición del siguiente enfermo.

El niño de 10 años, Francisco Ortega, vive en un ambiente más que de pobreza, de miseria. Le suponemos una tara heredi-

taria de labilidad cardiopulmonar, porque sus dos abuelos maternos mueren jóvenes, repentinamente y al menos uno de ellos afectado con seguridad de una lesión cardíaca, y porque otro de sus abuelos paternos debió su muerte a una neumonía aguda.

Durante el último trimestre de embarazo, la madre hubo de estar a dieta láctea a consecuencia de grandes edemas. Realizándose el parto feliz y a término.

Desde el momento de nacer, ya le observan los familiares que tiene los dedos de la manos y de los pies en forma de porretas y que acusa una coloración cianótica en el momento de tomar el pecho o de llorar. No dan importancia a estos primeros signos, porque el niño se va desarrollando normalmente.

Al cumplir los cinco años y bajo un ambiente coqueluchoideo epidémico, contrae el niño la tos ferina, acusada por su típica tos perruna y repetidas hemoptisis. A partir de este momento no ha vuelto a estar bien.

Fatigas al más pequeño esfuerzo, golpes de tos seca, dolores torácicos de poca intensidad y sin irradiación braquial, bronquitis de repetición, palpitaciones, cefalalgias, estados mareosos, susceptibilidad exagerada al frío y sobre todo (dicen los padres) ese color morado de las uñas y labios, son los signos subjetivos del enfermito.

Objetivamente es un niño con desarrollo físico e intelectual muy aproximado a su edad, de tórax longidíneo y escápulas aladas, dedos de las manos y pies en palillos de tambor, con sus uñas en forma de garra y dejando trasparentar el color ciánico, claramente visible también, en labios y lengua y acentuado y visible en cara ante cualquier esfuerzo.

El pulmón acusa sonoridad alta a la percusión y algunas sibilancias auscultatorias. El hígado rebasa dos traveses el arco costal (hepatomegalia) y el bazo es normal, ni palpable ni percutable. No hay edemas.

El corazón con un trill muy pronunciado a la palpación, nos revela por auscultación un soplo, sistólico, rudo y prolongado, más intenso en el foco de la pulmonar con irradiación hacia la clavícula perceptible en todo el pecho y en región interescapular sobre todo, dejando limpio el tono diastólico que está reforzado en el foco pulmonar (hipertensión círculo menor).

Presión arterial: máximo, 10 y mínimo, 5.

Recuentos glóbulos rojos, 6,800.000, (hiperglobulia); glóbulos blancos, 6,400; Hemoglobina, 105 por 100; valor globular, 80; velocidad de sedimentación, 45 minutos; tiempos de rezumamiento y de coagulación, normales.

Fórmula sanguínea. Pocos macros y microcitos, algún poikilocito y escasas sombras globulares. Polinucleares segmentados, 65; insegmentados, 3; eosinófilos, 1; monocitos, 2; mononucleares, 12;

linfocitos, 17. Se ha visto una célula cianófila linfocitaria. Las reacciones serológicas de la sífilis resultan positivas con un signo (Instituto provincial de Higiene).

Radiológicamente corazón en zueco por las hipertrofias del ventrículo y aurícula derecha. Arco de la pulmonar dilatada y con vivas pulsaciones. Tramitis y danza hiliar.

Poco después de estas exploraciones, el niño ha padecido un estado febril de unos ocho días de duración, llamando la atención que durante cuatro días consecutivos y a la misma hora de la mañana se quejaba de escalofríos intensos con dolores en pantorrillas, produciéndose una hemoptisis, durante unos minutos abundante, seguida de elevación febril y sudoración, repitiéndose el cuadro al siguiente día. Los exámenes de gota gruesa realizados en busca de hematozoarios, fueron negativos.

Resumamos: Niño heredero-sifilítico que, portador de una afección congénita, manifestada desde el nacimiento, se acentúa sintomáticamente por el padecimiento de una coqueluche a los cinco años, y cuya fenomenología actual es la siguiente: Síntomas respiratorios (disnea, hemoptisis, bronquitis). Síntomas cardíacos (hipertrofia del corazón derecho y ligera descompensación (hepatomegalia) y síntomas de la arteria pulmonar (cianosis e hiperglobulia, dilatación de la pulmonar e hipertensión del círculo menor).

Nos es muy fácil descartar todo el grupo de cianosis congénitas transitorias producidas en los primeros días de la vida extrauterina para desaparecer poco tiempo después sin dejar reliquias clínicas y cuyas patogenias son variadas (atelectasia pulmonar del recién nacido, etc.), y admitir una cianosis permanente.

Si nos dejáramos llevar por los datos que en libros de estudios recogemos, la solución sería fácil, pues ateniéndonos a lo manifestado por Brugsch, dos son las cardiopatías congénitas con cianosis permanente: 1.º, transposición de los grandes vasos (excluidas sin discusión y 2.º, estenosis de la arteria pulmonar. Pero ateniéndonos a lo que llevamos expuesto, hemos de aumentar el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Ayerza.

Examinando la posibilidad de que se trate de una estenosis pulmonar congénita, tal y como nos la presentan los diversos autores, es decir, como consecuencia de la afectación de la región infundibulum-valvular, ya sabemos por lo que transcrito queda, que las lesiones de estrechez en esos puntos, origina una sintomatología que difiere de la presentada por nuestro enfermo en la falta de hipertensión del círculo menor y debido a estar disminuía la cantidad de sangre que desde el ventrículo pasa por la estrechez a la arteria. Ahora bien; es criterio de todos los anatomopatólogos que los defectos congénitos cardíacos no se presentan, por lo general, aislados o puros, sino asociados osnsu

con otros; y así Brugsch indica que la estenosis pulmonar congénita suele asociarse en las 3/4 veces de casos con defectos del tabique interventricular. Nosotros desechamos que nuestro enfermo tenga una comunicación interventricular (que aislada toma el nombre de enfermedad de Roger), porque dando lugar al paso de la sangre del ventrículo izquierdo (más potente) al derecho con el consiguiente trill y soplo sistólico a nivel del 4.º cartílago costal izquierdo, produce, por lo general, una participación de aquel ventrículo y, desde luego, una disminución del ruido diastólico. El 2.º tono pulmonar estaría al igual que en la estenosis pulmonar, disminuído.

Descartamos la persistencia del agujero oval aisladamente, porque en sí esta afección no es cianótica, y su soplo suele ser presistolio (Strumpel). La asociación con la estrechez infundibulum-valvular nos explicaría la hipertensión pulmonar, puesto que la sangre de la aurícula derecha pasa a la de la izquierda, creando un éxtasis de las venas pulmonares.

De igual forma podríamos admitir la coexistencia de la estrechez que estudiamos, con el conducto de Botal, en la que por ser tres veces mayor la presión en la aorta que en la pulmonar, refluye la sangre de aquélla a esta arteria, produciendo su dilatación e hipertensión.

Razonadamente hemos llegado a poder incluir este enfermito en el grupo de las llamadas cardiopatías congénitas y caracterizada por ESTENOSIS DE LA PULMONAR CON PERSISTENCIA DEL AGUJERO OVAL O DEL CONDUCTO DE BOTAL, y seguidamente nos hacemos la siguiente pregunta: ¿Por qué se produce este defecto?

Las ideas que actualmente tienden a explicar la existencia de defectos congénitos, son: 1.ª Paros en el desarrollo cardiovascular. 2.ª Endocarditis fetal por transmisión infecciosa desde la madre; y 3.ª Infecciones o intoxicaciones (sífilis, tuberculosis, alcoholismo, etc.), propias del feto y localizadas en la parte afectada. En nuestro enfermo tenemos unos antecedentes maternos de edemas durante el embarazo, que si de causa mecánica, en nada nos interesan, y que si de causa infecciosa por glomerulonefritis, no creemos influyan gran cosa sobre el corazón fetal, puesto que el colibacilo tiene poca apetencia por el sistema circulatorio. Nos parece más probable la explicación teniendo en cuenta la positividad de las reacciones serológicas de la sífilis, de que haya habido una localización primitiva y congénita de la misma sobre la arteria pulmonar que, aumentando la presión de la sangre en la aurícula derecha por la hipertrofia de la misma y del ventrículo derecho, impidiera el cierre del agujero oval o que, interesando el conducto de Botal y haciéndole más resistente o modificando las condiciones respiratorias, diere lugar a que no se produzca la

torsión del conducto de Botal al establecerse en el nacimiento la función pulmonar.

Examinando igualmente la posibilidad de que se trate de una enfermedad de Ayerza, nos parece muy razonable el diagnóstico afirmativo, puesto que vemos todos los síntomas de esta enfermedad cumplidos en el enfermito.

Tenemos, pues, que estenosis pulmonar infundibulum-valvular asociada a persistencia de agujero oval o conducto de Botal y enfermedad de Ayerza, son afecciones de idéntica sintomatología. Tenemos también que ambas enfermedades pueden obedecer a la localización de una infección (sífilis) en la arteria pulmonar, es decir, igualdad etopatogénica.

¿Cómo resolver el diagnóstico diferencial? La mayoría de autores se atienen a la edad de presentación, considerando estenosis infundibulum-valvular pulmonar congénita, cuando aparece en el nacimiento o en los primeros meses de la vida y diagnosticando de enfermedad de Ayerza, cuando sin antecedentes en la primera infancia se presenta el síndrome pulmonar en edades adultas. Este criterio es verdaderamente absurdo en primer término, porque por todos es admitida la latencia de lesiones congénitas, que pueden descubrirse casualmente en edades avanzadas de la vida; en segundo lugar, porque la autoridad de Roger encuentra casos de enfermos de Ayerza en edades infantiles y por último, porque pudiendo ser ambos procesos de igual etiopatogenia (localización infectiva o tóxica en arteria pulmonar constitucionalmente predisuestas) creemos que nada se opone a que la localización, sea en la región infundibulum-valvular, sea en las pequeñas arterias pulmonares (única diferenciación anatómopatológica) pueda ser congénita.

Terminamos nuestro trabajo condensado en las siguientes conclusiones:

1.^a En los arteritis pulmonares debemos distinguir dos grupos: Uno por afección de la zona infundibulum-valvular. Otro por localización en el resto del sistema arterial (enfermedades de Ayerza); cuyo diagnóstico diferencial, se basa en la ausencia o existencia de hipertensión del círculo menor.

2.^a Estas arteritis obedecen a un factor constitucional y probablemente hereditario, manifestado por causas determinantes, mecánicas, infecciosas o tóxicas.

3.^a Pueden desarrollarse en la vida intrauterina.

4.^a No es posible clínicamente el diagnóstico diferencial entre vicios congénitos asociados a la arteritis infundibulum-valvular y la enfermedad de Ayerza, cualquiera que sea la edad y condiciones (primitiva o secundaria) de desarrollo.

Torremocha-Agosto-1938.—III Año Triunfal.

Breve nota de un brote epidémico de fiebre tifoidea en Villaflores (Salamanca)

(POR JULIO PÉREZ ALVAREZ)

Subinspector Provincial de Sanidad de Salamanca

«*Revista de Sanidad e Higiene Pública*».—Madrid,
Agosto de 1936.

NOTA.—Tenemos el placer de reproducir este artículo, por el ahora Inspector Provincial de esta provincia, que aparte de su interés epidemiológico, fué publicado en Madrid, como notarán nuestros lectores, después de iniciarse el Glorioso Movimiento.

Una de nuestras primeras actuaciones en esta provincia, a raíz de nuestra toma de posesión del cargo, fué una visita de inspección al pueblo de Villaflores, en Noviembre de 1934, por encargo del Inspector Provincial, D. Joaquín de Prada. Allí nos trasladamos por habernos notificado el Inspector Municipal la existencia de varios casos sospechosos de fiebre tifoidea. Confirmamos clínica y bacteriológicamente el diagnóstico de fiebre tifoidea, y una de las medidas principales que tomamos, fué proceder a la vacunación del vecindario con la vacuna antitífica del Instituto Nacional de Sanidad, comenzando la vacunación por las familias de los enfermos y vecinos más próximos, vacunando en la primera tarde, con la primera dosis de 0'5 cc., 356 personas, de los 730 habitantes que tiene este pueblo, o sea un 48'7 por 100.

Hicimos las dos siguientes dosis, de 1 cc. y 1'5 cc., en las semanas siguientes, aunque no con tanto éxito como en la primera dosis, por no prestarse a ello el vecindario, evitándose las molestias que les ocasiona la pequeña reacción febril que produce la vacunación.

Vacunados con la 1. ^a dosis 0'5 cc	356 personas	48'7 %
» » » 2. ^a » 1 »	208 »	28'4 %
» » » 3. ^a » 1'5 »	30 »	0'41 %

Nuestra sorpresa fué grande cuando, a los ocho meses aproximadamente (a finales de Julio pasado), nos vuelve a notificar el Médico de Asistencia Pública Domiciliaria la existencia de varios casos sospechosos, principalmente de fiebre tifoidea.

Nos trasladamos urgentemente a Villaflores, y pudimos comprobar la existencia de 23 casos de fiebre tifoidea, distribuidos de la siguiente forma, por grupos de edades:

De 0 a 5 años	4	casos
» 5 a 10	»	7	»
» 10 a 15	»	6	»
» 15 a 20	»	1	»
» 20 a 30	»	3	»
» 30 a 40	»	0	»
» 40 a 50	»	2	»
» 50 y más	»	0	»

TOTAL 23 casos

Clasificados por sexos: varones, 11; hembras, 12.

Hasta los quince años, 17 casos; de más de quince años, 6 casos

Defunciones: dos (uno sin vacunar y el otro vacunado con dos dosis).

De estos 23 casos comprobados de fiebre tifoidea, 9 estaban sin vacunar y 14 vacunados. De éstos, lo fueron con una dosis el año anterior, 3, y con dos dosis 11, y ninguno de los enfermos había sido vacunado con las tres dosis.

Vacunados con la 1.^a dosis de 0'5 cc. 3 enfermos

» » » 1.^a y 2.^a dosis de 0'5 y 1 cc. ... 11 »

» » » 1.^a, 2.^a y 3.^a de 0,5, 1 y 5 cc. ... 0 »

Estos datos me mueven a publicar este brote epidémico, dando al mismo tiempo algunas de las características de dicho pueblo, de tipo marcadamente rural para tratar de sacar de ellas ciertas enseñanzas prácticas.

SITUACIÓN, TOPOGRAFÍA Y DATOS GENERALES.—El pueblo de Villaflores está situado al NO. de la provincia de Salamanca, partido judicial de Peñaranda de Bracamonte, muy cerca del límite con la provincia de Valladolid. Asentado en una pequeña ladera, pasa el río Mazores por su parte baja. El terreno es suelto, pedregoso y muy permeable. Su clima seco, con abundantes y casi constantes vientos del SO. y O. De características completamente rurales; las viviendas humanas y establos se encuentran en el mismo edificio, con todos los defectos y faltas a la más indispensable higiene. Muy frecuente en estos pueblos castellanos, eminentemente agrícolas.

COMUNICACIONES.—Tiene un camino vecinal, que pasa por la parte media del pueblo, que va de Palacios Rubios a la estación de Cantalpino. La estación del ferrocarril más próxima está a siete kilómetros. Tiene también varios caminos muertos en muy malas condiciones, dándonos idea de esto, el que para ir por uno de ellos, hubimos de vadear un riachuelo.

ABASTECIMIENTO DE AGUAS.—Existe una fuente a dos y medio kilómetros del pueblo, y situada muy cerca del río. Fuente

natural sin obra de albañilería alguna, invadiéndola el río cuando sube algo de su nivel ordinario todos los inviernos; sin vigilancia alguna, pudiendo impunemente ensuciarla cualquier persona que por allí transite, cosa bastante frecuente. De esta fuente se abastecen muchos vecinos (las clases más acomodadas que tienen cabañerías para ir a buscarla), por ser el agua de mejor calidad de la comarca. En el pueblo hay unos 80 pozos. De éstos, todos, excepto dos, se encuentran en los corrales de las casas, llenos de estiércol en toda su extensión, y, por tanto, rodeando el pozo, que, dado lo que decimos anteriormente de la permeabilidad del terreno, las filtraciones son seguras y casi continuas.

Los otros pozos están situados en dos plazas públicas. Son abiertos, y, por consiguiente, expuestos a que en ellos se arrojen todas las inmundicias. De éstos se surten algunas familias para sus usos domésticos y aun para la bebida, sobre todo en el verano en que el agua escasea.

EVACUACION DE INMUNDICIAS.—No existen retretes en este pueblo, evacuando sus inmundicias directamente a los corrales y calles. Cuando los corrales están muy llenos, las sacan en carros o en cestos, depositándolas en grandes montones en los alrededores del pueblo, y muchos vecinos en las traseras de sus casas.

ABASTECIMIENTO DE LECHE.—Existe en el pueblo bastante ganado vacuno. La recogida y reparto de la leche se hace en pésimas condiciones higiénicas.

HORTALIZAS Y VERDURAS.—La mayoría del consumo de estas procede de varios huertos situados, formando un cinturón, alrededor del pueblo. Estos son regados por varias norias y pozos y abonados con estiércol, procedente de los corrales.

DATOS ESTADISTICOS.—Recogimos los siguientes datos:

Censo de población: Natalidad y mortalidad, en general, desde el 1.º de Enero de 1931, hasta el 30 de Diciembre de 1935 (el último quinquenio); mortalidad específica por tifoidea durante el último quinquenio y mortalidad por gastroenteritis, en el mismo lapso de tiempo.

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

AÑOS	Naci- dos vivos	TASAS	Fallecidos por todas causas y edades	TASAS	Falleci- dos por fiebre tifoidea	Fallecidos por gastroenteritis
1931	18	24,6	13	17,8	—	2 niños
1932	30	41,1	14	19,1	—	3 niños
1933	30	41,1	12	16,4	—	3 (2 niños)
1934	32	43,8	18	24,6	3	4 niños
1935	24	32,8	16	21,9	2	1 niño.

Los casos que quedan anotados de defunciones por gastroenteritis, muy bien pudieron ser alguno de ellos por fiebre tifoidea.

SANIDAD.—En el pueblo, en 1934, en nuestra primera visita, había un sólo Médico, muy anciano, al que a los pocos meses pudimos conseguir que el Ayuntamiento le jubilase, asignándole una retribución anual; en la actualidad hay un Médico interino, D. Antonio Quintana, ex ayudante de Patología Médica de esta Facultad de Medicina, y a quien expresamos nuestro agradecimiento por su colaboración y ayuda, sobre todo en la vacunación y confección de las historias clínicas de todos los enfermos, que son las que nos han de facilitar el poder sacar algunas conclusiones prácticas de este modesto trabajo.

ESTUDIO DE LA EPIDEMIA.—(Nota. Sigue una detallada exposición-resumen de los 23 casos clínicos clasificados por: No vacunados (9 casos), vacunados con la primera dosis, y vacunados con la primera y segunda dosis. Sentimos que las circunstancias por las cuales atravesamos, no nos permiten reproducir los gráficos que acompañan este trabajo).

ESTUDIOS DEL BROTE EPIDEMICO ACTUAL.—Estos 23 casos que reseñamos, aparecieron todos en un espacio de tiempo relativamente corto, teniendo lugar el primero el 23 de Junio de 1935 y el último el 10 de Septiembre del mismo año. Pero si observamos que en su mayoría enfermaron en los primeros días de Agosto, se apreciará claramente que aparecieron los casos en su mayoría en la misma semana y algunos en el mismo día, alejados los unos de los otros y sin guardar ninguna uniformidad en su distribución. Esto nos indica muy claramente, si además tenemos en cuenta que el agua de la fuente y de los nu-

merosos pozos que hemos analizado, los resultados de sus respectivos análisis fueron de agua contaminada, encontrando el B. coli en 1 c.c. en todas ellas, que la epidemia que reseñamos fué de origen hídrico, como la mayoría de los pequeños brotes que habitualmente se nos presentan en esta provincia de Salamanca, donde difícilmente se puede encontrar un pueblo, cuyas aguas reúnan condiciones de potabilidad. En estos últimos años, se han mejorado algo estos pequeños brotes epidémicos, debido, primeramente, a las campañas de vacunación que hemos emprendido, y también a que con las subvenciones de 5.000 pesetas que creó la Dirección General de Sanidad para Ayuntamientos menores de 2.000 habitantes, se le estimuló para que hicieran pequeñas obras de higienización; seguramente en esta provincia fué donde más se trabajó, aprobándose numerosos expedientes, gracias a la labor que en este sentido hicieron destacadas personalidades políticas, y haremos mención especial del Dr. D. Filiberto Villalobos, que como Presidente de la Caja de Previsión Social de esta provincia y con su influencia política, ha prestado todo su apoyo a la realización de estas pequeñas obras sanitarias, no olvidando que también ha contribuído mucho el que la Inspección Provincial de Sanidad, publicó un folleto dando explicaciones en la forma en que se debían de confeccionar los expedientes para solicitar estas subvenciones para obras sanitarias.

CONCLUSIONES.—Primera. Que el método de vacunación seguido, empleando tres dosis sucesivas, dió un resultado excelente en aquellos individuos vacunados con las tres dosis, no habiéndose registrado en estos ningún caso de enfermedad, aun viviendo en el mismo domicilio, no sucediendo así en aquellos vacunados incompletamente que no han adquirido la inmunidad suficiente, y así se ve por los 11 casos que contrajeron la enfermedad, aun después de ser vacunados (0'5 cc. y 1 cc.).

Segunda. Que el método ideal en casos como el de este pueblo, sería el método de Vincent en una sola dosis. Pero por sus inconvenientes (principalmente la intensa reacción febril), en provincias como ésta, en que nos vemos obligados a repetir las vacunaciones antes de que pasen dos años en que desaparece el período de inmunidad, nos encontraríamos que no se dejarían vacunar en los años siguientes.

Tercera. Que, a más de las vacunaciones en serie que estamos practicando, habría que obligar a que se hicieran en todos los pueblos obras sanitarias de abastecimiento de aguas, con fuentes que reuniesen un mínimo de condiciones para que sus aguas resultasen potables, y que en los pueblos hubiese retretes; en esta provincia un 89 por 100 no lo tienen, siendo esto la causa principal de que no podamos terminar con estos brotes epidémicos de fiebre tifoidea.

Sección de Legislación

MINISTERIO DEL INTERIOR INSPECCION PROVINCIAL DE SANIDAD CACERES

Sobre interinidades de A. P. D.

El Excmo. Sr. Jefe Nacional de Sanidad, en escrito de 29 del pasado Agosto, me comunica lo siguiente:

De orden Ministerial comunicada a esta Jefatura Nacional de Sanidad, con fecha 27 del actual, se dice lo siguiente:

«Crecen por momento las dificultades para la buena marcha y desarrollo de los servicios de carácter sanitario y de asistencia facultativa en la esfera municipal y muy especialmente en el área de los pequeños Ayuntamientos, que vienen produciéndose entre los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria por distintas causas y muy principalmente con motivo de hallarse afectos gran número de éstos a la jurisdicción de Guerra. Y con el fin de contrarrestar en lo que sea posible los inconvenientes derivados de tal estado de cosas, adoptando como norma inflexible la más perfecta ejecución de los servicios en general y más aún como ocurre en el presente caso, afectan a los intereses de la salud pública, si bien por otra parte, las presentes circunstancias aconsejan e imponen que todos los servicios en absoluto han de hallarse supeditados a las necesidades derivadas de la Guerra. Este Ministerio, aceptando la propuesta formulada por la Jefatura Nacional de Sanidad, ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º Los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, que tengan a su cargo una plaza de propiedad y soliciten prestar servicios en otra plaza distinta, quedarán en situación de «disponible» a las órdenes inmediatas de la Inspección Provincial de Sanidad respectiva, cuyo Centro acordará en cada caso el nombramiento correspondiente, con carácter interino, que tendrá lugar con arreglo a las disposiciones vigentes; conservando los interesados en el aspecto administrativo todos los derechos inherentes a su plaza primitiva, a la que deberán incorporarse nuevamente cuando así lo determine la Inspección Provincial de Sanidad.

2.º En cuanto a la percepción de haberes por los Médicos que presten sus servicios con carácter interino, previo pase a la

situación de «disponible» señalada en el número anterior, les serán reconocidos en cada caso, por la Mancomunidad Sanitaria Provincial de Municipios, los correspondientes a la plaza en que con el expresado carácter de interino desarrollen sus funciones.

3.º En el caso que no haya ningún Médico que solicite con carácter interino plazas de Titular en una provincia y las necesidades del Servicio exijan la permanencia de un facultativo en una plaza determinada, a juicio de la Inspección Provincial de Sanidad, este Centro solicitará de este Ministerio la oportuna autorización para destinar con carácter interino a la plaza de que se trate a un Médico con plaza de propiedad en la misma provincia, el cual conservará en el orden administrativo todos los derechos inherentes a su primitiva plaza, percibiendo los haberes correspondientes a la de más alta categoría entre la suya primitiva y la que desempeña interinamente, durante el tiempo que permanezca encargado de esta última».

Lo que se hace público en este periódico oficial, para general conocimiento.

Cáceres a 13 de Septiembre de 1938.—III Año Triunfal.—El Inspector Provincial de Sanidad, *Julio Pérez Alvarez*.

Previsión Médica Nacional

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

GOBIERNO CIVIL

Pago haberes a personal Sanitario

CIRCULAR

Por oficio circular de este Gobierno del día 9 de Julio último, se ordenó a los Ayuntamientos de esta provincia procedieran a satisfacer las cantidades que adeudaran a los funcionarios Sanitarios hasta el día 30 de Junio próximo pasado, por tratarse de atenciones preferentes de los Municipios, con arreglo a las disposiciones vigentes. Como hasta la fecha algunas Corporaciones Locales, no han dado cumplimiento a lo ordenado y con objeto de resolver lo más procedente, los Ayuntamientos remitirán en el plazo de diez días, un estado en el que hagan constar las cantidades que adeudan a los Sanitarios hasta el día 30 de Agosto pasado, ajustándose al siguiente modelo:

Ayuntamiento de

Estado de las cantidades que adeuda este Ayuntamiento a los funcionarios Sanitarios hasta el día 30 de Agosto último.

FUNCIONARIOS

Cantidades
—
Ptas. Cts.

Médicos
Practicantes
Comadronas
Farmacéuticos (haberes).....
Farmacéutico (suministro de medicamentos)

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

Cáceres, 13 de Septiembre de 1938.—III Año Triunfal.—El Gobernador civil, *Francisco Sáenz de Tejada*.

(B. O. Página día 16)

A YUDAD A LA INDUSTRIA QUÍMICA NACIONAL RECETAD PRODUCTOS ESPAÑOLES

EL LABORATORIO QUÍMICO-FARMACÉUTICO de G. ESCOLAR, Sucesor de J. G. Espinar, aca-

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

UVAS VITAMINADAS «ESCOLAR». Jarabes, Vinos Medicinales, Granulados, Inyectables de todas clases y AGUA OXIGENADA NEUTRA y MEDICINAL a DIEZ VOLÚMENES =

Calle Sánchez Perrier, núm. 3.—Apartado de Correos, 46. — **SEVILLA.**

Sección Oficial del Colegio

Consejo general de los Colegios Oficiales de Médicos

VALLADOLID

Con esta fecha, el Ilmo. Sr. Jefe del Servicio Nacional de Sanidad, me comunica lo siguiente:

«Por orden de este Ministerio, comunicada al Ilmo. Sr. Delegado de Hacienda-Presidente de la Mancomunidad Sanitaria de Municipios, de esa provincia, con fecha 10 del actual, se ha dispuesto lo siguiente:

«D. Antonio Salamanca Rodríguez, Médico de Asistencia Pública Domiciliaria del Ayuntamiento de VILLAVERDE DE MEDINA, de esa provincia, dirige instancia reclamando haberes atrasados, devengados en el ejercicio de su cargo y que ascienden actualmente a la cifra de DIEZ MIL SEISCIENTAS SESENTA Y DOS PESETAS CON CINCUENTA CENTIMOS (10.662'50).

«Es de tener en cuenta que tal situación, en extremo incompatible con la austeridad que requiere la buena marcha de la Administración en todas sus esferas, no puede en manera alguna ser tolerada, por la razón fundamental, de hallarse en abierta oposición con las normas que deben regir en todos los órdenes, en el Nuevo Estado que renace gloriosamente bajo los auspicios de la decidida y valerosa iniciativa, así como de la inteligencia y sabia dirección, del Caudillo Ilustre Redentor de la Civilización y por tanto, Salvador de España. La actitud que tan persistentemente viene observando el Ayuntamiento de que se trata, no representa sino una transgresión, que por su continuidad y persistencia, parecería más bien, constituir norma de la expresada Corporación Municipal en cuanto al cumplimiento de las disposiciones de la Ley de Coordinación Sanitaria y preceptos complementarios, entre otros, la Orden del Gobierno General de Estado de 15 de Diciembre de 1936, por la que fueron declarados vigentes los preceptos de la mencionada LEY, cuyo estado de cosas es a todo trance necesario corregir.

A este fin, procurando al propio tiempo, dar al citado Ayuntamiento las necesarias facilidades para llegar a la total liquidación de la deuda, y que inexorablemente habrá de tener lugar en los términos que por la presente Orden se determinan,

Este Ministerio, en armonía con lo que antecede, ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º Que por la Delegación de Hacienda de la provincia de Valladolid, se cumplimenten en todas sus partes los preceptos

contenidos en el artículo 63 del Reglamento Económico-Administrativo de Mancomunidades Sanitarias Provinciales de Municipios, de 14 de Junio de 1935 y disposiciones concordantes, al efecto de abonar en su totalidad la cantidad que por el Ayuntamiento de VILLAVERDE DE MEDINA, se adeuda al Médico Titular D. Antonio Salamanca Rodríguez.

2.º En caso de que no existiera en arcas municipales cantidad suficiente para liquidación total de la deuda o al menos de la tercera parte de la misma, el día 31 del mes actual, se obligará a la expresada Corporación Municipal a la realización de la consiguiente operación crediticia, al objeto de que el día 10 del próximo mes de Septiembre, le haya sido abonada al Sr. Salamanca Rodríguez, la tercera parte cuando menos, de la totalidad de la deuda, garantizándose con los bienes de todos aquellos vecinos que han formado parte de la Corporación Municipal, desde la fecha en que se inicia la deuda de que se trata, la operación de crédito de que queda hecha referencia, si fuese preciso verificar tal operación a los efectos indicados.

3.º El resto de la deuda deberá ser abonado en dos plazos improrrogables de tres meses cada uno, a contar de la fecha de 31 del corriente mes, empleándose igual procedimiento en cuanto a la adquisición de fondos por la Corporación Municipal, si fuese preciso, en las mismas condiciones que se determinan en el número anterior.

Una vez realizada cada una de las entregas parciales al Médico Titular de VILLAVERDE DE MEDINA, Sr. Salamanca Rodríguez, se dará cuenta de haberlo verificado, por esa Delegación de Hacienda de su digna Presidencia a este Ministerio.

Lo comunico a V. S. para su conocimiento y efectos oportunos. Dios guarde a V. S. muchos años.—El Subsecretario, *José Lorente*.

Lo comunico a V. S. para su conocimiento y efectos oportunos. Dios guarde V. S. muchos años.

Burgos, 25 de Agosto de 1938.—III Año Triunfal.—El Jefe Nacional de Sanidad, *José Alberto Palanca*».

Lo que traslado a usted para su conocimiento y publicación en el «Boletín Oficial del Colegio»

Dios guarde a usted muchos años.

Valladolid, 26 de Agosto de 1938.—El Secretario, *S. García Vicente*.

Sr. Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Cáceres.

Relación de las pensiones mensuales que se satisfacen por el Colegio de Cáceres, a diversos beneficiarios de Previsión Médica Nacional

Pesetas Cts.

DE MEDICOS

A D. ^a Teresa Sánchez Moreno, beneficiaria del asociado D. Daniel Román Sánchez.....	500	
Id. id. Vicenta Llopis, id. id. D. Luis Arce.....	83	33
Id. id. Josefa Luengo Santos, id. id. D. Perfecto Cabanas.....	125	
Id. id. Florencia Moreno, id. id. D. Felipe Moreno...	83	33
Id. id. Mercedes Alonso, id. id. D. José Rodríguez..	125	
Id. id. Victoria Osuna, id. id. D. Alfredo Lain.....	83	33
Id. id. Macaria Jarillo, id. id. Francisco Arroyo.....	125	
Id. id. Asunción Santibáñez, id. id. D. Alfonso Arroyo.	208	33
Id. id. Ventura Durán Ortiz, id. id. D. Teófilo Bazago.	208	33
Id. id. Marcelina Barbero, id. id. D. Amando Barbosa.	125	
Id. id. Francisca de Fez, id. id. D. Angel López Valenzuela.....	208	33
Id. id. Mauricia Gutiérrez, id. id. D. Teodosio Montero.....	83	33
Id. id. Catalina Núñez, id. id. D. Miguel Giménez...	208	33
Id. id. María Moreno, id. id. D. Joaquín Hernández..	150	
Id. id. Eloisa Montero, id. id. D. Eleuterio Martín...	150	
Id. id. Demetria Hernández, id. id. Felipe M. Macías.	150	
Al socio inválido D. Juan Arroyo Guerrero.....	250	
Id. id. D. Vicente Elías Núñez.....	100	
A D. José Gutiérrez, beneficiario del asociado D. José G. Avila.....	83	33
TOTAL MÉDICOS.....	3.049	97

DE FARMACEUTICOS

A D. ^a Pilar García, beneficiaria del asociado D. Manuel Montero.....	208	33
Id. id. Dolores García, id. id. D. Emeterio Gómez...	125	
Id. id. Domitila Valverde, id. id. D. Pedro Plaza....	83	33
A D. Pedro Bayán, id. id. D. Pedro Bayán Gordo....	83	33
A D. ^a Aurelia Zambrano, id. id. D. Eladio P. Solís ..	83	33
TOTAL FARMACÉUTICOS.....	583	29

TOTAL GENERAL PESETAS..... 3.633 20

La celebración en Santander del XV Congreso de la Asociación Española para el progreso de las Ciencias

Durante los días 19 al 25 del mes de Agosto último, se ha celebrado en la capital santanderina el XV Congreso de la Asociación Española para el Progreso de las Ciencias.

La organización y dirección del citado Congreso, corrió a cargo del Comité provisional de la indicada Asociación, integrado por los cargos y personalidades siguientes:

Vicepresidente, don José Gascón y Marín.

Vocales, don Francisco Navarro Borrás, Catedrático de la Universidad de Madrid; don Rafael Estrada Arnáiz, Capitán de Navío; don Antonio de Gregorio Rocasolano, Catedrático de la Universidad de Zaragoza; don Eduardo Hernández Pacheco, de la de Valladolid; don Severino Aznar y Embid, de la de Madrid; don Miguel Artigas y Ferrando, Director de la Biblioteca Nacional de Madrid; don Antonio García Tapia, Catedrático de la Universidad de Madrid; y don José Luis Escario, Subsecretario de la Organización y Acción Sindical, y

Secretario, don José María Torroja Miret, Subsecretario de Obras Públicas.

El Congreso ha contado, con más de quinientas inscripciones de elementos intelectuales que cultivan las disciplinas diversas de las Ciencias y de las Letras, y entre los cuales, se encuentran los más destacados representantes del Instituto de España, Reales Academias, Centros docentes de los tres grados, así como de la Enseñanza técnica, dependientes todos ellos del Ministerio de Educación Nacional.

La celebración del Congreso, fué autorizada por Orden del Ministerio de Educación Nacional del 13 de Agosto pasado, y en él se han tratado temas de gran importancia y transcendencia, siendo el primero de los de su clase registrado en la España Nacional.

Las diversas Secciones en que se hallaba dividido trabajaron intensamente, mereciendo especial mención la de Medicina, interviniendo en ella muy distinguidos compañeros, entre ellos el Dr. Suñer, Presidente del Consejo General de Colegios Médicos de España.

Acta de la sesión celebrada por la Junta Permanente del Colegio Oficial de Médicos de Cáceres, el día 24 de Septiembre de 1938

Con asistencia de los señores Murillo Iglesias, Sánchez Cayetano y Roperó Fernández, da comienzo la sesión, a las ocho en punto de la noche.

Excusan su asistencia, don David Domínguez Villagrás y don Telesforo Merchán.

Se da lectura al acta de la sesión anterior, que queda aprobada.

Se da lectura a las cuentas de Tesorería, que son aprobadas, firmándose los Cargarémes y Libramientos correspondientes.

Se acuerda tomar medidas radicales para activar la recaudación de los recibos pendientes, aplicándose, si fuera preciso para ello, las disposiciones reglamentarias, en lo que a este asunto se refiere.

Se acuerda retirar de la cuenta corriente de Casa de los Señores Hijos de Clemente Sánchez, la cantidad de 20.000 pesetas, para enviar a Previsión Médica, a cuenta de los recibos cobrados de dicha Entidad.

Se da lectura a carta de don Fernando Ladero, familiar del compañero de Carrascalejo, don Arturo Alvarez Vizcaíno, prisionero en la zona roja, acordándose elevar todo ello a Previsión Médica Nacional, por si pueden tomarse medidas en favor de la esposa e hijos de citado compañero.

Se acuerda anticipar una mensualidad de la pensión de Previsión Médica, a doña Francisca de Fez, beneficiaria de don Angel López de Valenzuela, vistas las circunstancias que concurren.

Se da cuenta del comunicado recibido de la Asociación Provincial Veterinaria sobre realización de gestiones iniciadas por este Colegio para el pago de los atrasos a las clases sanitarias.

Se da cuenta de la proposición hecha por don Baldomero Sánchez Gutiérrez, de Valverde del Fresno, acordándose manifestarle la imposibilidad de esta Corporación para efectuar el cobro de las igualas que ofrecería al Movimiento Nacional, y que se le reitera lo ya manifestado de que lo efectúe él directamente para después entregarlo a la suscripción nacional, como él desea.

Se da cuenta de varias circulares recibidas del Consejo General de Colegios y Previsión Médica Nacional.

Por tener la documentación en regla, se admite como Colegiados, a don Antonio Lázaro Gil, de Torrejoncillo; don Antonio Sabater Sanz, de Plasencia, y don Remigio Orgaz Rodríguez, de Hervás.

Se designa a los compañeros don Juan Romero Gómez y don Antonio Sabater Sanz, de Plasencia, para emitir informe sobre

enfermedad mental del asociado a Previsión Médica, don Agustín Paniagua Rosado, de Aldeanueva del Camino.

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

NOTICIAS

Por Decreto del Ministerio del Interior del 27 de Agosto de 1938 (B. O. del Estado del día 30), ha sido nombrado Jefe del Servicio Nacional de Sanidad del expresado Ministerio, el distinguido compañero don José Alberto Palanca y Martínez Fortún, que ya en diferentes ocasiones, ha desempeñado importantes cometidos, con el mayor acierto.

Al enviarle nuestra sincera felicitación, esperamos que su labor sea beneficiosa para la clase médica y de España.

Al ser liberado el pueblo de Alía para la causa de España, se ha reintegrado al desempeño de la titular médica, nuestro distinguido compañero don Camilo Pérez García, que logró evadirse de dicha localidad al ser invadida por la horda marxista.

Enhorabuena al querido amigo.

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 ENCARTES

PRECIOS CONVENCIONALES

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

Número de colegiado, 440

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.

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

DISPONIBLE

DISPONIBLE

DISPONIBLE

BENEDICTO MALAGA
APARATO DIGESTIVO Y NUTRICION
RAYOS X METABOLISMO BASAL

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

