

II AÑO TRIUNFAL

# **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

PUBLICACION MENSUAL,  
PROFESIONAL Y CIENTÍFICA

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
EL DOMICILIO SOCIAL DEL COLEGIO  
SANCTI-SPIRITUS, 3 - TELEFONO, 282

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
LA JUNTA PERMANENTE DEL  
COLEGIO MÉDICO

### SUMARIO

SECCIÓN CIENTÍFICA: Clasificación de la Gastritis crónica con especial referencia al método gastroscópico.—SECCIÓN DE LEGISLACIÓN: Orden creando el Comité Sindical de Industrias Químico-Farmacéuticas y Sanitarias.—La puesta en marcha de la Previsión Médica Nacional.—Disponiendo la formación de una Junta de Gobierno de Médicos en Baños.—Patronato Nacional Antituberculoso.—Secretaría de Guerra: Orden.—Gobierno General: Orden sobre nombramiento del Patronato de Huérfanos.—Consejo General del Colegio Médico.—Previsión Médica Nacional.—Disposiciones sobre colegiación.—Donativos para las víctimas de la barbarie roja.—Acta de la sesión del Colegio.—Importante para los Médicos titulares.

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

CÁCERES

—  
1937



# 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, 421

CACERES

DISPONIBLE

## GINECOLOGIA Y PARTOS

TRATAMIENTOS MEDICO-QUIRURGICOS

**Gonzalo Mingo González**

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

**Arturo García Sánchez**

Médico Tocólogo

Consultas de 11 a 1 y de 5 a 7

MORET, 4 — TELÉFONO, 131 — CÁCERES

# J. MERINO HOMPANERA

DIRECTOR DEL DISPENSARIO

ANTITUBERCULOSO CENTRAL

## PULMÓN Y CORAZÓN



Consultas de 2 a 4



Avenida de Cervantes, 44

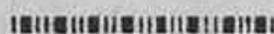
Teléfono, 472

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, 466

CACERES

II AÑO TRIUNFAL

# Clínica Extremeña

Revista científica mensual

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

## Sección Científica

TRABAJOS TRADUCIDOS

### Clasificación de las gastritis crónicas con especial referencia al método gastroscópico

UN ESTUDIO BASADO EN 1.200 CASOS

Por R. SCHINDIER y MARIE ORTAMAYER

(Universidad de Chicago). Traducido de «Archives of Internal  
Medecine», Chicago, Mayo 1936, por E. A. O'Ferrall

Nuestro propósito en este artículo es presentar nuestra clasificación de las gastritis crónicas a base del cuadro gastroscópico y el pronóstico.

El término gastritis crónica se aplica a cambios inflamatorios no específicos en la mucosa gástrica o a sus resultados finales. Se presenta inmediatamente la cuestión de si estos cambios pueden subdividirse en tipos. Nosotros opinamos, según nuestras expe-

**“CEREGUMIL” FERNANDEZ Y CANIVELL**

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO

Insustituible en las intolerancias gástricas y afecciones intestinales

**Fernández y Canivell. - Málaga**

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

riencias, que las gastritis crónicas pueden subdividirse en cuatro tipos que difieren en el cuadro gastroscópico y en el pronóstico.

*Introducción Histórica.*—Durante muchos años se negó la existencia de la gastritis crónica. Solamente algunos investigadores defendieron consistentemente su existencia, notablemente Faber y Kuttner. Hasta hoy mismo es necesario a menudo presentar pruebas de su existencia. Esto parece raro, pues en las membranas mucosas de otras partes del cuerpo, la inflamación es el mal más corriente. La pregunta surge inmediatamente: ¿Cómo puede una membrana mucosa tan extensa como la del estómago quedar libre de alteraciones inflamatorias? La posibilidad de una protección específica contra la inflamación podría surgir, pero que nosotros sepamos, ni siquiera se ha propuesto. La opinión de que la gastritis crónica no existe surgió evidentemente del hecho de dicha enfermedad es difícil de demostrar anatómicamente, tanto general como histológicamente. El estómago del cadáver siempre demuestra marcados cambios patológicos, la mayoría de los cuales, sin embargo, fueron precozmente reconocidos como alteraciones pos-mortem. No había manera de comprobar un diagnóstico de gastritis durante la vida del enfermo. Por consiguiente el concepto de esta enfermedad desapareció totalmente. La existencia de la gastritis aguda, por lo contrario, siempre ha sido admitida, pero el diagnóstico se hacía sobre bases clínicas solamente y sin confirmación morfológica.

Dentro de los últimos 20 años, la gran frecuencia de la gastritis crónica ha sido nuevamente reconocida. Dos métodos de investigación han sido los responsables por este cambio de opinión, a saber, el examen microscópico de la muestra recién reseccionada (especialmente por Faber, Stoerk y Konjetzny) y el examen gastroscópico sistemático, (por uno de nosotros y sus contemporáneos). Se ha procurado llegar al diagnóstico por el método de radiología en relieve-método de menor importancia. Todavía no se ha establecido un cuadro clínico claro.

*Método histológico y clasificación.*—La apariencia histológica normal de la mucosa del estómago humano es desconocida. El problema es difícil de acometer. Alteraciones post-mortem debidos a autolisis se presentan tan rápidamente, que es casi imposible inyectar una solución fijadora con suficiente rapidez en el estómago para permitir el estudio de la estructura de la mucosa como es verdaderamente en vida del sujeto. La muestra recién reseccionada puede fijarse inmediatamente; pero por dos razones el examen de estas muestras también queda inútil para el fin que se persigue: 1.º La resección del estómago no se hace en personas sanas sino que en enfermos que padecen alguna afección gástrica; 2.º Es difícil decidir si la resección misma no causa alte-

raciones histológicas durante el tiempo que la circulación está interrumpida por las ligaduras.

Sin embargo, han sido observados anteriormente los cambios mas marcados. Fueron descritos primeramente como representando tres formas de gastritis: gastritis parenquimatosa, gastritis intersticial y gastritis mixta (Hayem); o en dos formas principales: gastritis hipertrófica y gastritis atrófica (Kaufman). Lubarsch expresó la opinión que la gastritis crónica tiene un carácter progresivo atrófico, interrumpido por formaciones hiperplásticas.

En los años en los cuales la entidad cayó en el descuido a causa del predominio de los métodos funcionales de diagnóstico y la imposibilidad de obtener un cuadro normal, estos conceptos fueron olvidados.

Nuevos esfuerzos histológicos fueron realizados por Stork, Paschkis, Orator y muy especialmente por Konjetzny. Pero es preciso admitir francamente que los numerosos y excelentes artículos y libros escritos por estos autores, nuevamente carecían del principio fundamental, a saber, conocimientos exactos acerca de la membrana mucosa normal. Ciertos cambios en las células epiteliales y la infiltración celular del intersticio fueron considerados como patológicos. Sin embargo, no se comprobó si estos cambios existen o no en el estómago normal. El curioso resultado fué que Paschkis y Orator creían descubrir gastritis crónica en un 100 por 100 de todos los adultos, mientras que Konjetzny observó gastritis crónica en 100 por 100 de todos los casos de úlcera. Era evidente que por lo menos la primera de estas observaciones nunca podría reconciliarse con el concepto clínico de enfermedad. Esta objeción fué hecha, anteriormente por varios autores alemanes, primero por Katsch y más tarde por Kalk.

Nosotros preferimos considerar que la membrana mucosa del adulto que no tiene síntomas [es normal, aunque histológicamente la membrana mucosa en este caso difiere de la de los recién nacidos por demostrar infiltración celular del intersticio o leves diferencias microscópicas en las células epiteliales. Tales cambios de menor importancia en el apéndice del adulto ya no se clasifican como apendicitis.

Este parece ser el punto de vista de Berger, quien, en un artículo referente a las células parietales del estómago, declaró que el estómago que no muestra cambios muy rudos es normal, aunque se observe infiltración linfocítica del intersticio. Sin embargo, el material a su disposición, era muy demasiado limitado, para permitirle establecer un auténtico cuadro histológico normal del estómago humano. Así pues, aún no es posible una clasificación histológica de la gastritis crónica. Nosotros creemos que será posible más adelante y que nuestra clasificación basada

en el examen gastroscópico estará fundamentadamente en armonía con la clasificación histológica venidera.

*Método gastroscópico de Examen.*—El examen directo de la membrana mucosa es un método universal de diagnóstico cuando se sospecha la existencia de afección en otras cavidades corporales, y desde la presentación del gastroscopio flexible de Wolf-Schindler, puede visualizarse la mucosa gástrica de todo enfermo, aún los que están graves, excepto en muy contados casos donde existe contraindicación. Se pueden observar hasta las lesiones profundas ya que las capas superficiales de la mucosa son transparentes.

Porque el método gastroscópico depende del reconocimiento de los cambios morfológicos, es evidente que es preciso tener un conocimiento exacto de la mucosa gástrica normal tal como parece gastroscópicamente. Al principio de sus estudios gastroscópicos uno de nosotros hizo repetidos y numerosos exámenes gastroscópicos de los estómagos de personas normarles. El peligro está en creer que variaciones normarles son patológicas o vice-versa, pues la gastroscopia es un método subjetivo de desarrollo algo reciente. Los cambios que describiremos más adelante, sin embargo, no se encontraron en el estómago sano, y por esta razón pueden legítimamente ser llamados enfermedad. Permiten al gastroscopista llegar a la conclusión de que la gastritis se diagnostica mejor ahora por el método gastroscópico que por medios histológicos u otros. Encontramos tales cambios en un 50 por 100 del total de casos en los cuales se hizo el examen gastroscópico.

Antes de proseguir a la descripción de los característicos morfológicos de la gastritis crónica debemos comentar otra cuestión. Suponiendo que el gastroscopista observa correctivamente cambios patológicos en la membrana mucosa, fuera de las lesiones que ocurren en las enfermedades bien conocidas, como tumor, úlcera, granuloma etc., debe diagnosticarlas todas como gastritis. ¡No somos de esa opinión! A menudo pequeñas hemorragias y manchas pigmentosas se encontrarán en una mucosa que aparte de esto es normal. Uno de nosotros publicó fotografías de estas condiciones ya en 1923 y consisten estas observaciones como cambios puramente circulatorios y que deben diferenciarse marcadamente de las lesiones de la gastritis crónica. Nosotros consideramos necesario designar como gastritis los cambios en la mucosa asociados con tumefacción, exudación o atrofia. La atrofia completa no puede correctamente designarse como inflamación pero como es probablemente el resultado final, queda así clasificada. La atrofia de la mucosa en la anemia perniciosa, sin embargo, puede ser más bien de origen degenerativo que inflamatorio.

No incluimos la úlcera benigna crónica en la descripción de la gastritis crónica en contraste a la clasificación de Kojetzny, quien por la demostración microscópica de gastritis ulcerosa en el antro de todos los estómagos, en los cuales se había hecho la resección a causa de úlcera crónica convenció a muchos investigadores del origen gastrítico de la úlcera. En breve, encontramos muchas de dichas úlceras sin inflamación de ninguna clase; la gastritis del antro raramente se ve asociada con úlcera gástrica crónica, aunque ocurre asociado con úlcera duodenal con obstrucción y retención; las hemorragias y las manchas de pigmentación se ven frecuentemente en una mucosa normal, a lo largo de la curva menor, entre el ángulo y el cardia, en asociación con úlcera gástrica benigna crónica; se puede observar una pequeña erosión en el centro de uno de estos puntos hemorrágicos, y con menor frecuencia, la úlcera misma está situada dentro de una superficie hemorrágica, pero los cambios hipertróficos pueden verse corrientemente en la inmediata vecindad y muy raramente distanciadas de la úlcera. No seguiremos la discusión de este punto en el presente artículo.

*Observaciones gastroscópicas y clasificación.*—Las numerosas alteraciones inflamatorias, vistas por el gastroscopio, permiten diferentes clasificaciones. Nosotros preferimos subdividir las gastritis crónicas en tres formas: superficial, atrófica e hipertrófica porque las observaciones morfológicas se diferencian por el examen gastroscópico y porque esta clasificación es claramente útil clínicamente. Uno de nosotros ha encontrado, mediante repetidos exámenes gastroscópicos, durante un período de años enteros, en casos en los cuales se había seguido un tratamiento y otros que no habían sido tratados, que estas formas, cuando no existe complicación por agentes etiológicos específicos, tales como operaciones del estómago, parecen seguir distintos cursos; por consiguiente, cuando primero se les reconoce, ofrecen inmediatamente pronósticos diferentes.

#### CLASIFICACION A BASE DE LAS DIFERENCIAS EN EL CURSO Y EL PRONÓSTICO.—FORMAS DE GASTRITIS CRÓNICA

*Gastritis superficial.*—En la gastritis superficial el epitelio de la superficie, normalmente claro y transparente, puede ser nebuloso y suelto en sus luces altas y también puede estar manchado de rojo, en contraste al color normal rojo-anaranjado uniforme. Con menos frecuencia toda la membrana mucosa parece color morado. A veces las altas luces están exageradas si las bainas superiores de la mucosa están levemente edematosas. En tal membrana mucosa se encuentran a menudo erosiones completa-

mente superficiales, y generalmente están rodeadas por círculos hemorrágicos de color rojo oscuro. También son frecuentes pequeñas hemorragias superficiales.

Especialmente notable son las manifestaciones exudativas. Mientras que el estómago sano generalmente contiene sólo pequeñas hilachas de secreción blanca, el estómago con gastritis superficial contiene capas de una secreción viscosa, adherente de color blanco gris o gris verdoso que a veces se encuentra abundantemente entre dos pliegues. Todas estas alteraciones son mas marcadas en el cuerpo del estómago; se notan con menos frecuencia en la curva menor y generalmente, pero no siempre, están ausentes en el antro.

*Gastritis atrófica.*—En la gastritis atrófica la mucosa pierde su color rojo-naranja brillante (a pesar de igual iluminación y ausencia de sombra) y se convierte en color gris verdoso al mismo tiempo adquiriendo una apariencia delgada. Estos puntos verdes son generalmente redondos u ovalados. A menudo se observan vasos sanguíneos azules a través de la mucosa. En contraste a la anterior declaración de uno de los autores y de la presente opinión de Henning, estamos ahora convencidos que los vasos sanguíneos no se ven a través de la mucosa normal, excepto ocasionalmente en el fórnice cerca del cardia, donde una vena sola puede ser un descubrimiento normal. Esta condición generalmente queda estacionaria pero en raras ocasiones se desarrolla en un atrofia difusa general.

La atrofia total fué primeramente descrita por Henning. Desde aquel tiempo hemos observado esta condición en un gran número de casos. Toda la mucosa asume un color gris rosado, o gris verdoso. Vasos sanguíneos gruesos prominentes ramificados se ven a través de la delgada mucosa, sus ramificaciones azules ocasionalmente demuestran anastomos rojo oscuro. Estos cuadros son extraordinariamente chocantes. Pueden ocurrir pequeñas erosiones y amplias hemorragias subepiteliales. La reabsorción de estas hemorragias ocurre sin formación pigmentosa.

Hemos frecuentemente observado gastritis atrófica y superficial simultáneamente en el mismo enfermo. De acuerdo con el antiguo concepto de la gastritis crónica, la forma superficial puede desarrollarse convirtiéndose en atrófica. Gutzeit observó que este cambio puede ocurrir muy rápidamente, y nosotros lo hemos observado en gran número de casos; en las últimas fases solamente se encuentran las superficies atróficas.

*Gastritis hipertrófica.*—El principal descubrimiento gástrico en la gastritis hipertrófica es el edema de la membrana mucosa. La mucosa se pone blanda y como terciopelo. Se desarrollan pequeñas fisuras, por medio de éstas, la mucosa queda en placas poligonales. Al principio ésta es más marcadas en las

ranuras pero pueden invadir los pliegues, haciendo que estos últimos sean más anchos y de apariencia más tiesos que lo normal. Pueden ocurrir pequeños pliegues anormalmente rígidos, los cuales se distinguen especialmente en la parte anterior de la pared gástrica. Ocurren pequeñas verrugas y nódulos, los cuales son especialmente notables cuando se encuentran en la parte superior de los pliegues. Finalmente se forman nódulos gruesos y pseudo-pólipos que semejan tumores. Todos éstos están ilustrados en el atlas que uno de los autores ha publicado y también están admirablemente representados en las hermosas fotografías de Henning.

Todas estas alteraciones van frecuentemente acompañadas por hemorragias mucosas y submucosas, las cuales pueden ser extremas. Erosiones múltiples aparecen y desaparecen, estas son más profundas que las lesiones que ocurren en la gastritis superficial y sin embargo, pueden pasar inapercibidas por el observador inexperto. Pliegues radicales rodean estas úlceras (no es seguro si debido a cicatrización). En contraste a las observaciones de Henning, vimos esta formación «parecida a una estrella» persisten después de sanadas las úlceras pero desaparecen más tarde. Muchas ulceraciones parecen aftosas. Montier y más tarde Horbseh hicieron mención de la «gastritis aftosa». Todas las ulceraciones ocurren mucho más frecuentemente en el cuerpo que en el antro, pero también se observan en esta última región. La aseveración hecha por nosotros en 1923 que esta enfermedad afecta mayormente el antro no puede sostenerse ahora.

*Gastritis después de operación de estómago.*—La gastritis que sigue a las operaciones de estómago fué descrita por nosotros por primera vez en 1922 y han sido observado más tarde por todo gastroscopista. Clairmont fué el primer cirujano que estuvo de acuerdo con el diagnóstico. Esta condición se observa frecuentemente en los estómagos en los cuales la nueva abertura no demuestra una adaptación rítmica similar a la del píloro. Ocurre con tanta frecuencia en estómago después de resección como en aquellos en los cuales se ha efectuado la gastroenterostomía. Todos los autores concuerdan en decir que se ven alteraciones de toda clase: inflamaciones superficiales hipertróficas y raramente atróficas pueden observarse. Algunas veces la inflamación se encuentra restringida a la superficie que rodea la nueva abertura; en otros casos todo el estómago está inflamado. Las erosiones y las hemorragias son frecuentes.

#### CURSO Y PRONOSTICO DE LAS DIFERENTES FORMAS DE GASTRITIS CRONICA

*Gastritis superficial.*—Si se hacen frecuentes exámenes gastroscópicos en enfermos que presentan las condiciones descritas

como gastritis superficial, se nota un curso característico de la afección. Con un régimen cuidadosamente controlado y lavado y posiblemente hasta con reposo en cama, esta enfermedad sana y no vuelve a presentarse. No hemos notado curación espontánea en tales casos, aunque es preciso admitir la posibilidad de ellos. Ni tampoco permanece estacionaria esta enfermedad al quedar sin tratamiento. Como ya se ha dicho, se desarrolla una franca gastritis atrófica.

*Gastritis atrófica.*—En esta forma las manchas atróficas en una mucosa por otra parte normal y también la atrofia completa deben considerarse como las fases finales. Las manchas localizadas pueden permanecer estacionarias o pueden aumentar de tamaño y finalmente desarrollarse en grandes arcos atróficas. Este desarrollo puede arrestarse en cualquier momento con adecuado tratamiento. El enfermo padece mucho menos que un enfermo con gastritis hipertróficas. Generalmente pueden trabajar y disfrutar de la vida, si se toma el cuidado de ponerse a régimen conveniente. La mucosa, sin embargo, no vuelve a ponerse normal y la atrofia persiste. Por esta razón el pronóstico de la forma atrófica es también desfavorable.

La gastritis atrófica ha sido considerada como la precursora del carcinoma (Kanjetzny, Hurst Montier y el autor).

En la anemia perniciosa, el tratamiento por hígado parece producir alteraciones en la mucosa atrófica. Nuestras observaciones acerca de este punto no son seguras.

*Gastritis hipertrófica.*—Es solo necesario que el gastroscopista haya observado enfermos con gastritis hipertrófica durante algunos años para aprender a apreciar la gravedad de esta enfermedad, con que frecuencia recurren las hemorragias, que grave es el pronóstico de curación, y que rarísimo es el desarrollo hacia artritis atrófica.

Uno de los autores, en sus experiencias no ha podido ver jamás un enfermo a quien pudo observar durante algún tiempo que recobrase la salud completa. Persisten los descubrimientos gastroscópicos anormales. En general, los enfermos con esta forma de gastritis sufren más que los que padecen úlcera benigna crónica. En las exacerbaciones del padecimiento, descubre a menudo el examen gastroscópico, ulceraciones simples o múltiples en la mucosa hipertrófica, estas no son tan profundas como la úlcera benigna crónica, no presentan nicho y ocurren y desaparecen más rápidamente, siendo la cicatrización de estas erosiones cuestión de días y no de semanas. Hasta nosotros, que criticamos el uso de términos puramente descriptivos, tales como gastritis poliposa, gastritis verrugosa y gastritis granulosa porque tienen poca significancia clínica al presente, nos tienta la idea de usar el término «gastritis hipertrófica ulcerosa» en los

casos de exacerbación clínica de la gastritis hipertrófica por erosiones múltiples.

La gastritis hipertrófica crónica no sana con las medidas terapéuticas gástricas ordinarias, a pesar de prolongado y esmerado tratamiento. En un caso de una forma grave de esta enfermedad, en los cuales se probaron todos los tratamientos usuales y se hicieron 65 exámenes gastroscópicos, durante un período de diez años, se tuvo al fin éxito con la radioterapia de alto montaje para volver la mucosa a lo normal y eliminar las erosiones que habían estado presentes en todos los exámenes previos. Un año más tarde la mucosa se hizo atrófica, aparentemente como consecuencia tardía del uso de la radiación de rayos X.

*Gastritis después de operación de estómago.*—En la inflamación del estómago en el cual se ha efectuado alguna operación, el pronóstico es malo. Hasta las formas superficiales no sanan. Observamos recientemente un caso de úlcera yeyunal asociada a gastritis muy grave subsiguiente a una resección de estómago, en la cual las dos afecciones sanaron completamente sin tratamiento.

Hemos tratado de acentuar las razones por las cuales preferimos nuestra clasificación a una más detallada y porque no colocamos en un grupo, todas las gastritis en las cuales ocurren erosiones, o en otro grupo todas las variedades hemorrágicas. El pronóstico depende mucho más de la profundidad y el tipo de las alteraciones de la mucosa y submucosa, que son los que verdaderamente distinguen las tres variedades, más bien que de las hemorragias que pueden ocurrir en todas tres variedades o de las erosiones que sanan y vuelven a recurrir. Naturalmente, no se ha llegado a esta conclusión como resultado de una observación en cada enfermo sin que mediante meticulosa y continua observación durante años en un gran número de enfermos. Uno de los autores hizo 65 observaciones en un enfermo solamente. Que 3 o 4 observaciones en un enfermo son bastantes para basar una opinión referente a su dolencia es seguro. No hay duda que las diferencias de opinión existente entre los gastroscopistas son debidas a en gran parte a que las observaciones no se llevan a cabo con bastante frecuencia.

Es de notar, que Henning quien rehusó a adoptar la clasificación aceptó el principio anterior. Dijo Henning:

Hasta en el establecimiento de un pronóstico el triunfo del diagnóstico morfológico es evidente. No alteraciones funcionales sino el cuadro automático debe ser la base sobre la cual se establece el pronóstico. Por ejemplo, el pronóstico en casos de gastritis hipertrófica o de alteraciones superficiales será más favorablemente juzgado para la vuelta de la secreción gástrica que en

los casos de gastritis atrófica difusa, en la cual la reparación ya no es posible.

Esto es justamente lo que creíamos establecer por nuestra clasificación en 1922, excepto que deseábamos que el pronóstico dependiese, no solamente en la vuelta de la secreción pero en la capacidad del enfermo para trabajar y disfrutar de la vida, especialmente respecto a su tratamiento debería ser de duración corta o larga y finalmente en los peligros que pudiesen amenazar. Creemos, tomando como base los protocolos en 346 casos de gastritis crónica y las observaciones tomadas triple este número de casos, que tal pronóstico es posible a base de diagnóstico gastroscópico morfológico. Puede que las investigaciones lleguen a demostrar si esta clasificación puede relacionarse a un conocimiento más exacto de la etiología.

### OTRAS CLASIFICACIONES A BASE DEL CUADRO GASTROSCÓPICO

Montier propuso una clasificación a base de observaciones estrictamente anatómico-patológicas. Esto tiene la gran ventaja de necesitar observaciones e interpretaciones exactas por parte del gastroscopista. Montier planeó el siguiente esquema, derivado del estudio de 73 casos de gastritis crónica en su serie.

Es evidente que una clasificación tan detallada es más útil para la comprensión de la enfermedad, su tipo y gravedad, que el mero diagnóstico de gastritis crónica que Gutzcib prefería, pero hoy en día no nos parece ser de muy gran utilidad, pues las lesiones simples en estas condiciones se entremezclan tan marcadamente, vienen y se van repetidamente en el mismo enfermo, y tienen en los tipos superficiales y atróficos de la gastritis (por ejemplo, en el caso de erosión o hemorragia) un pronóstico tan diferente del de lesiones similares que ocurren en casos hipertróficos. Quizás en el porvenir, se pueda, con una clasificación tan detallada como la de Montier y después de observar el curso de varias formas en un gran número de casos, establecer finalmente cuadros específicos de la enfermedad, que serán tan diagnósticos como los cuadros de la estomatitis mercurial o la Augenia de Vincint.

Gutzeit, como ya hemos dicho, rechazó toda forma de subdivisión, alegando que hay presentes en cada caso una variedad de alteraciones que no pueden distinguirse por el examen gastroscópico. Henning, sin embargo, expresó la creencia de que generalmente prevalece una forma. Nosotros estamos de acuerdo con Kalk, quien afirmó que era necesario un arreglo ordenado y una subdivisión de la multitud de cuadros.

*Clasificación sintomatológica.*—Todos los autores que han hecho exámenes gastroscópicos de muchos casos de gastritis

crónico están de acuerdo en la opinión de que la sintomatología es tan vaga que es imposible hacer un diagnóstico o una clasificación sobre una base sintomatológica.

Los enfermos que padecen gastritis crónica se quejan de una diversidad de síntomas digestivos. Ocurren intensos dolores, especialmente cuando existen erosiones y se desarrollan hemorragias en la mucosa atrófica. Durante meses enteros, una pequeña falta de apetito asociado a una sensación de pesadez en el epigastrio pueden acompañar a la enfermedad, el curso de la cual está interrumpida por exacerbaciones, inhabilitando el trabajo.

Kalk creyó que la localización de las lesiones en la gastritis crónica puede tener una influencia sobre el tipo de síntomas. Preferimos discutir este punto en otro artículo. En este momento sólo deseamos observar que en nuestra opinión, al diagnóstico y la clasificación de la gastritis crónica, a base de síntomas, es imposible. Esto es una lástima, pues el médico práctico naturalmente desea hacer el diagnóstico.

## 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 HIPOFOSFIFO COMPUESTO «ESCOLAR». ESTOMACAL «ESCOLAR». YODURO DE CAFEINA «ESCOLAR». SOLUCION ESTABLE DE SALICILATO DE SOSA «ESCOLAR». SAL DE FRUTAS ESPAÑOLAS «ESCOLAR». BALSAMO DEL NIÑO «ESCOLAR». UROTROPIN «ESCOLAR». PIPERACINA «ESCOLAR». MIEL DE

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

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

# Sección de Legislación

---

## Orden creando el Comité Sindical de Industrias Químico-Farmacéuticas y Sanitarias

En el «Boletín Oficial del Estado» del 16 del actual, se inserta la siguiente orden de la Presidencia de la Junta Técnica del Estado.

«Excmo. Sr.: La necesidad de atender debidamente a la realidad constituida por las industrias Químico-Farmacéuticas y Sanitarias en general existentes en España, así como la de dotar a la Administración Pública en su ramo de Industria y Comercio, de un órgano técnico que le asesore debidamente en cuanto se relacione con exportación e importación de productos químico-farmacéuticos destinados a la industria y al comercio de acuerdo con los intereses del país, impone la creación de un Comité Sindical de las industrias químico-farmacéuticas que, abarcando todos sus aspectos intervenga en la ordenación de la actividad económica nacional de ese sector.

En su virtud y a propuesta de la Comisión de Industria, Comercio y Abastos, dispongo:

Artículo 1.º El Comité Sindical de las Industrias Químico-Farmacéuticas, constituye el Organismo que bajo la dirección del Estado y de acuerdo con las necesidades de la Economía Nacional, interviene de modo integral en la ordenación de la importación, fabricación, distribución y venta de los productos químico-farmacéuticos, especialidades farmacéuticas y de material sanitario. Ello, sin perjuicio de las facultades que la legislación atribuye al Gobierno General del Estado en materia de Sanidad.

Art. 2.º Compondrán dicho Comité Sindical mientras persistan las actuales circunstancias: un presidente designado, por la Comisión de Industria, Comercio y Abastos; un representante de los Centros Farmacéuticos; un Farmacéutico en representación de los profesionales designado por la Junta Nacional de Farmacias; un representante de los Laboratorios farmacéuticos privados; otro de los importadores nombrado por la Comisión de Industria, Comercio y Abastos y un representante de la Junta Nacional de Farmacia. El Cuerpo de Farmacia Militar y los Laboratorios Oficiales designarán cada uno, un jefe representante.

Será secretario del Comité un funcionario del Cuerpo Especial de Comercio designado por el Presidente de la Comisión.

Art. 3.º El Presidente tendrá voto suspensivo.

Art. 4.º El Comité se reunirá cada quince días previa convocatoria de la Presidencia y excepcionalmente cuando las circunstancias lo aconsejen a juicio de su Presidente.

Art. 5.º Sus funciones serán:

a) Formar las estadísticas necesarias de importación, exportación y consumo.

b) Estudiar los problemas generales planteados en las industrias químico-farmacéuticas y sanitarias, proponiendo a la Administración Pública, las medidas que deben adoptarse para resolverlo.

c) Proponer con la periodicidad que las necesidades impongan, las cantidades de productos químicos-farmacéuticos y material sanitario que deba importarse, procediendo a la distribución de las mismas entre los importadores.

d) Proponer a la Comisión de Industria, Comercio y Abastos los precios a que deben exponerse los referidos productos bien directamente al público o a entidades particulares u oficiales.

Art. 6.º El Comité Sindical, de Industrias químico-farmacéuticas quedará definitivamente constituido dentro del plazo improrrogable de treinta días desde la inserción de la presente Orden en el «Boletín Oficial del Estado».

Art. 7.º Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a la presente.

Dios guarde a V. E. muchos años.

Burgos, 14 de Diciembre de 1937.—II Año Triunfal, *Francisco G. Jordana*.

Señor Presidente de la Comisión de Industria, Comercio y Abastos».

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.

# La puesta en marcha de la Previsión Médica Nacional

En el «Boletín Oficial del Estado» se inserta la importantísima orden que tanto afecta a las clases sanitarias:

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

Este Gobierno General se ha servido disponer:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Asimismo los asociados que por proceder de zona roja o liberada, con posterioridad al 18 de Julio del 1936, hubiesen satisfecho cuotas de derrama puestas al cobro por el Consejo de Murcia de los meses de Julio y posteriores están obligados a abonar la cuota complementaria que les corresponda por la diferencia entre la pagada en la zona roja y la señalada por el Consejo de Previsión del territorio Nacional.

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

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

que señala el artículo 57 de los Estatutos, si así conviniese a los intereses de Previsión Médica Nacional.

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

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

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

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

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

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

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

e) Por la cantidad que el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos destine del importe de los saldos de los Colegios Médicos en 18 de Julio de 1936, por suministro de certificados, por el de los liberados después de esta fecha y por los que en lo sucesivo se liberen.

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

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

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

Esta reducción en ningún caso podrá exceder del importe del

50 por 100 para el Grupo I; 40 por 100 para el II; 30 por 100 para el III; y 25 por 100 para el IV del valor de la cuota de derrama correspondiente.

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

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

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

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

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

## ARTICULOS ADICIONALES

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

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

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

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

5.º La Comisión Permanente podrá resolver provisionalmente los casos concretos que en la práctica se presenten y que tasativamente no estén regulados ni previstos por el Reglamento y esta Orden, aplicando sus preceptos por analogía. Pero tanto en el supuesto expresado como en los de interpretación que por su importancia lo requieran, deberá dar cuenta dentro de los treinta días naturales siguientes a la Jefatura Superior de Sanidad del Es-

tado, quien resolverá definitivamente; entendiéndose que la Superioridad ratifica la resolución del caso sometido a su apreciación si transcurren otros treinta días naturales contados desde que oficialmente se haya puesto en su conocimiento, sin que expresamente haya mostrado su disconformidad.

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

El Gobernador General  
LUIS VALDÉS

## Disponiendo la formación de una Junta de Gobierno de Médicos de Baños

En el «Boletín Oficial del Estado», del 20 del actual, se inserta la siguiente orden del Gobierno General.

«Accediendo a lo solicitado por el Cuerpo de Médicos de Baños, que interesa la constitución de una Junta de Gobierno provisional que pueda actuar como organismo de consulta de este Gobierno General.

He tenido a bien disponer que dicha Junta quede formada como sigue:

Presidente: don Francisco Bécares Fernández.

Vocal: don Mariano Mañeru Roncal.

Idem: don Alfredo Piquer Martín-Cortés.

Idem: don Angel Abós Ferrer.

Idem: don Saturnino Mazota Vicente.

Idem: don Enrique Patoší Martínez.

Secretario: don Isaías Bobo Díez.

Valladolid, 15 de Diciembre de 1937.—II Año Triunfal.—El  
Gobernador General, *Luis Valdés*.

---

## 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.

# Patronato Nacional Antituberculoso

## Reglamento General de los S.-Enfermerías Provinciales

### CAPITULO PRIMERO

#### De la misión de los Sanatorios Enfermerías

Artículo 1.º Los S.-Enfermerías creados por el Patronato Nacional Antituberculoso, a razón de un Establecimiento por provincia, y sin sujeción a pautas estadísticas de mortalidad y morbilidad imposibles e inexactas en el momento actual, tienen por función la recogida de los excedentes de enfermos bacilares de pulmón abiertos, incrementados por la época de guerra, para separarlos del contacto familiar y social, disminuyendo de esta manera las fuentes de contagio y procurándoles de paso a los internados cuantas atenciones terapéuticas, médicas y quirúrgicas sean menester para su alivio y curación.

Art. 2.º Cada uno de estos centros sanato-hospitalarios provinciales, se constituye a base de un tipo fijo de 100 camas gratuitas, de las cuales, 25 serán destinadas a combatientes tuberculosos, y 75 se repartirán aproximadamente en la mitad de lechos para varones y la otra mitad para mujeres.

Sobre este cupo de 100 camas gratuitas, sufragadas por el Patronato Nacional Antituberculoso, con la cantidad de 10 pesetas por cama y día, será obligación de los Comités Delegados provinciales antituberculosos el montaje mínimo de otras 10 camas de pago—mitad para cada sexo—susceptibles de ser aumentadas indefinidamente a criterio de cada Comité Delegado provincial, según las disponibilidades de los mismos y las necesidades que se hagan sentir en la jurisdicción sanitaria que les compete.

Estas camas de pago serán ocupadas por pensionistas, que abonarán 10 pesetas por cama y día, comprendiéndose en esta cifra alimentación, estancia, servicios médicos, auxiliares y domésticos, pero con exclusión de las intervenciones quirúrgicas y tratamientos especiales, cuya regulación se especifica en los artículos 11, 12 y 13 de este Reglamento.

### CAPITULO II

#### De la admisión de enfermos

Art. 3.º Siendo el cometido principal de los S.-Enfermerías la reducción de la población tuberculosa, capaz de contagiar a su contorno en el medio familiar y social, los pacientes gratuitos

admitidos en estos Establecimientos tendrán forzosamente que ofrecer formas espectobacilares claras, comprobadas por el simple examen microscópico directo del esputo, y dentro de estas modalidades de lesiones pulmonares abiertas, se preferirán en orden a las siguientes condiciones:

- a) Mayor densidad del medio familiar del enfermo.
- b) Cavitaciones netamente terciarias de difícil custodia por parte de los Dispensarios.
- c) Formas bilaterales abiertas no susceptibles de tratamiento ambulatorio.
- d) Formas abiertas de más fácil vigilancia profiláctica.
- e) Índice superior de pobreza.
- f) Pequeños empleados del Estado.
- g) Pequeños empleados de Diputaciones y Ayuntamientos.
- h) Empleados particulares.

Art. 4.º Las bases económicas mínimas que tendrán que llenar los pacientes comprendidos en el artículo anterior responderán a estas normas:

- a) No podrán gozar de las ventajas señaladas aquellos que perciban sueldos o ingresos totales, fijos y mensuales de cualquier procedencia, superiores a
  - 300 pesetas, si son solteros sin familia.
  - 400 pesetas, si son casados sin hijos.
  - 500 pesetas, si poseen un hijo.
  - 600 pesetas, si poseen dos hijos.
  - 700 pesetas, si poseen tres hijos.
  - 800 pesetas, si poseen cuatro hijos, y así sucesivamente en fracciones de 100 pesetas mensuales por cada descendiente que hubiere.

En los solteros que sostienen a su familia se partirá de la misma base y fracciones que para los casados, interpretándose como equivalentes a un hijo cada familiar sin trabajo o menor de edad.

- b) Cuando no fuese preciso precisar de una manera concreta la cuantía de los ingresos a causa de la variabilidad del trabajo (percepción de tantos por ciento, labor de carácter discontinua, etc.), o por otros motivos, las casas patronales en donde colabora el interesado están en la obligación de expedirle una certificación acreditadora de las entradas habidas por el solicitante durante el año anterior, en la inteligencia que su falseamiento traerá plena responsabilidad jurídica sobre las mismas, y nunca para el enfermo, si fuere empleado.

Art. 5.º El mecanismo de entrada y los documentos probatorios de la legitimidad de las peticiones, serán:

- a) Certificación de los Ayuntamientos respectivos acerca de las tributaciones por urbana, rústica e industrial del peticionario,

si las hubiere, así como declaración por estas Autoridades de los posibles ingresos de los solicitantes.

b) Certificación de ingresos anuales expedidas por los Habilitados de Haciendas, Diputaciones, Municipios o entidades particulares, en relación con las normas límites del artículo anterior.

c) Una vez obtenidos por el solicitante los documentos expresados en los apartados anteriores a) y b) de este mismo artículo, los Médicos de asistencia directa al enfermo, fueren libres o de la Beneficencia, remitirán las supradichas certificaciones al Inspector Secretario de la Junta municipal de Sanidad correspondiente a su demarcación, acompañándolas con dos ejemplares iguales de una ficha clínicosocial del peticionario, confeccionada por el médico asistente, e instancia de ingreso firmada por el paciente o sus familiares, con indicación de su domicilio y residencia.

Contra dicha documentación recabarán recibo del Inspector Secretario de la Junta municipal de Sanidad, con fecha de la entrega de aquélla.

d) Los inspectores Secretarios de las Juntas municipales de Sanidad, están en la obligación de remitir a los Inspectores provinciales de Sanidad de su jurisdicción, las documentaciones totales de los enfermos que hayan solicitado; dentro de los plazos decenales fijos e improrrogables, con relación al día de la entrada (1, 10 y 20 de cada mes), quedándose tan sólo con el duplicado de la ficha clínicosocial para su constancia.

e) Recibidas las documentaciones por el Inspector provincial de Sanidad, notificará éste a los Dispensarios de las zonas donde los solicitantes habitan y a estos últimos, dentro de los cinco días siguientes a la recepción de cada lote de solicitudes, la orden de reconocimiento y presentación en el Centro dispensarial.

f) La presentación de los pacientes y sus exploraciones en los Dispensarios deben ser realizadas dentro de los diez días siguientes al de la recepción de las notificaciones que envía la Inspección provincial de Sanidad, en la inteligencia de que los solicitantes que no acudieren durante este lapso, serán dados como baja y tendrán que renovar el trámite que se estampa en los precedentes apartados. Pedirán asimismo al Director del Establecimiento dispensarial un acuse escrito de su concurrencia al examen.

g) El Médico Director del Dispensario remitirá de nuevo los lotes de las exploraciones hechas, con sus resultados, al Inspector provincial de Sanidad, dentro de los otros cinco días siguientes, y añadirá a la certificación razonada clínicobiológica y social de cada enfermo, una reducción radiográfica 13|18.

h) Por consiguiente, el trámite sintetizado es: Médico asistente a Inspector Secretario de la Junta municipal de Sanidad; de este último pasará a la Inspección provincial (diez días); del Inspector provincial de Sanidad al Director del Dispensario (cinco días); del Médico Director del Dispensario al Inspector provincial de Sanidad (quince días), y de aquí al S.-Enfermería.

i) Una vez en poder del Inspector provincial de Sanidad las decisiones del examen dispensarial, les serán comunicadas por dicha Inspección el primer día del último decenio de cada mes, a los enfermos solamente si fueron recusados, y a éstos y al Director del S.-Enfermería simultáneamente si hubieren sido aceptados.

j) Por lo que afecta a los enfermos ya en tratamiento en los Dispensarios Centrales o filiales, los Directores de estos Centros prepararán listas de sus propuestos hospitalizables en los S.-Enfermería, que remitirán mensualmente a las Inspecciones provinciales de Sanidad con toda la documentación que se señala en los apartados anteriores.

k) El primer día del último decenio de cada mes, los Inspectores provinciales de Sanidad trasladarán a los Directores de los S.-Enfermería, como se indica en el apartado i), los nombres de los grupos de enfermos a quienes por riguroso y legal turno correspondan los beneficios de dichos Establecimientos, y la cuantía de los envíos estará regulada por el número de plazas vacantes, cuya relación remitirán a las Inspecciones provinciales de Sanidad los Médicos Directores de los S.-Enfermería el primer día del segundo decenio de cada mes.

l) Los ingresos de enfermos de toda clase de estos Centros, se llevarán a cabo exactamente el día 1 de cada mes, y los reconocimientos a ellos ligados para juzgar sobre la procedencia patológica de su admisión, serán despachados por los Médicos Directores de los S.-Enfermería, sin otra demora dentro de los cuatro días siguientes al de su llegada, con remisión de la lista de recepciones, en donde se anotarán las observaciones y reparos particulares que surgiera cada enfermo, a las Inspecciones provinciales de Sanidad, siempre el primer día del segundo decenio de cada mes, esto es, al mismo tiempo que la relación de vacantes existentes o previstas para el envío del mes siguiente.

ll) Los pacientes que no ingresaren en dichos días primero, perderán sus derechos a la hospitalización y tendrán que renovar los trámites preceptuados, yendo a ocupar el nuevo puesto que les viniere a tocar.

m) En caso de divergencia de criterio entre los Médicos Directores de Dispensarios y Directores de S.-Enfermería, o entre aquellos y los Médicos de asistencia, se someterá el pleito en única y última instancia al Inspector provincial de Sanidad de

aquel sector, el cual comunicará a las partes, dentro de los ocho días, a contar del de la solicitud del recurrente, su decisión adversa o favorable a la admisión del enfermo.

n) No podrán pasar de ningún modo a los S.-Enfermerías los enfermos tuberculosos hospitalizados en cualesquiera otros Centros del Estado, Diputaciones, Municipios o Instituciones privadas. Los Inspectores provinciales de Sanidad vigilarán el mantenimiento numérico de las plazas para pulmonares que funcionan en todas las Entidades hospitalarias de su mandato, para que de las infracciones sean responsables los Médicos Jefes de las Salas de donde procede el internado, y en su defecto los Directores de tales Establecimientos. Para que estas medidas no puedan ser fácilmente burladas, ha de advertirse que cuantas bajas experimenten aquellos Centros por salidas de tuberculosos pulmonares, se comunicarán inmediatamente por oficio a los Inspectores provinciales de Sanidad, a manera de que consten los nombres de un fichero o lista para gobierno de las admisiones en los S.-Enfermerías.

ñ) Los enfermos que lleven menos de un año de residencia en la provincia se pospondrán a los vecinos de aquélla en las listas de propuestos para acogerse en los S. Enfermerías.

o) Las sanciones y su cuantía, si a ello hubiere lugar para los solicitantes que vulnerasen las disposiciones de ingresos, serán fijadas, de ser insolventes, por los Inspectores provinciales de Sanidad, y si fueran solventes, se pasará el tanto de culpa a los Tribunales ordinarios, caso de no avenirse los interesados a satisfacer las estancias devengadas a razón de 10 pesetas diarias y la multa que la Autoridad sanitaria acuerde, cuyo conjunto pasará a las Tesorerías de los Comités Delegados provinciales.

p) Todo enfermo que ingrese subrepticamente será como primera medida expulsado del S.-Enfermería, sin perjuicio de exigirle las responsabilidades a que hubiere lugar.

### CAPITULO III

#### De los enfermos militares

Art. 6.º La admisión de los militares, soldados y clases del Ejército para ocupar las **veinticinco** camas gratuitas a ellos destinadas, se regulará en esta forma:

a) Que se hayan tuberculizado o entrado en período de lesión activa a partir del Movimiento Nacional.

b) Que sean procesos que encuadren más o menos en las normas marcadas en el artículo 3.º de este Reglamento.

c) Que las Jefaturas de Sanidad Militar de cada provincia hagan los envíos de las listas de propuestos directamente a los Inspectores provinciales de Sanidad.

d) Que los trámites y fechas ulteriores de admisión les sean comunicados por las Inspecciones a las Jefaturas provinciales de Sanidad Militar.

e) Que en las demás disposiciones de admisión se plieguen a cuantas les afecten en los artículos 4.º y 5.º aquí estampados, pero siguiendo siempre la vía de las Inspecciones provinciales de Sanidad sin otros intermediarios, para simplificar las entradas.

## CAPITULO IV

### De los enfermos de pago

Art. 7.º Las plazas de pago existentes en los S.-Enfermerías podrán ser disfrutadas por personas de ambos sexos de cualquier categoría social, sin otra limitación que la inherente a una excesiva riqueza, pues la libre mano para tales admisiones acarrearía menoscabo patente para el pequeño y mediano propietario o contribuyente, con el consiguiente reflejo depresivo sobre la economía del Médico libre.

Así, pues, los solicitantes, cuya renta anual por todos conceptos depase las 25.000 pesetas, o cuyas contribuciones o capital movilizad en industria o comercio se traduzcan en proporciones equivalentes, no serán beneficiarios de los S.-Enfermerías, a no ser que concierten al abono de un **plus** de 5, 10 y 15 pesetas diarias, según su ingreso anual fuere hasta 40.000, 45.000 y de 50.000 pesetas en adelante y respectivamente.

Las infracciones en la veracidad de las declaraciones hechas por los solicitantes se someterán al espíritu y letra de lo estatuído en el apartado b) del artículo 4.º y apartado o) y p) del artículo 5.º.

Art. 8.º Los enfermos pensionistas podrán solicitar tan sólo plazas en los S.-Enfermerías de las provincias correspondientes a su región, salvo por cambio justificado de residencia, que les perquiera de los Establecimientos enclavados en la nueva región que tomaron como morada. También en el caso de que estuvieren cubiertas por completo las plazas de pago en los S.-Enfermerías de su región, tendrán derecho a solicitar el ingreso en cualquier otro Establecimiento similar de la península.

Art. 9.º Está terminantemente prohibido que los enfermos de toda clase cursen varias solicitudes a diferentes Centros de la región llevados del deseo de obtener pronta cabida en cualquiera de ellos. Como tal actitud es perniciosa para el buen eslabonamiento de los ingresados regionales, se corregirá, si se demuestra tal pluralidad de peticiones, con incapacidad para ser admitidos en cualquier Centro similar de España durante un período de seis meses a contar del de la fecha de la última solicitud verificada.

Cuando dichos pacientes hayan obtenido el ingreso, optarán entre su eliminación del S.-Enfermería donde se hallaren o el pago de seis mensualidades completas extra, que irán al fondo económico del Comité provincial Delegado Antituberculoso.

Art. 10. El trámite de ingreso se llevará a cabo encabezando directamente la solicitud con el informe clínico-radiobiológico del Médico asistente, y la restante documentación requerida para cumplir las bases del artículo 5.º, y con idéntico mecanismo que el de los enfermos gratuitos, tal como se define en los apartados del artículo 5.º.

Asimismo podrán hacerse las rectificaciones de diagnóstico que fueren menester, si hay discrepancia de opiniones para la admisión del enfermo. De suceder ésto, la familia del paciente puede proponer una Junta médica integrada por el Médico Director del Dispensario, el Médico Director del S.-Enfermería, el Médico asistente y un facultativo libremente nombrado por la primera, cuyos concurrentes percibirán de ella los honorarios que señale la Inspección provincial de Sanidad.

En última apelación dictaminará el Inspector provincial de Sanidad sobre la procedencia o improcedencia de la admisión, resolviendo en definitiva con ayuda de los asesoramientos que crea convenientes.

Finalmente, es la Inspección provincial de Sanidad la que informará a los pacientes a quienes corresponda entrar en el Establecimiento durante el siguiente período mensual, según lo dispuesto en el apartado i) del artículo 5.º.

Art. 11. Las condiciones clínico-radiobiológica de admisión son las mismas que se especifican en los apartados a), b), c) y d) del artículo 3.º.

Art. 12. Con el abono regular por mensualidades adelantadas de la cuota diaria, tendrán los pensionistas derecho a todos los privilegios de alojamiento, manutención, servicio doméstico y servicios médicos y auxiliares que se otorguen en el S.-Enfermería, con exclusión de los tratamientos y asistencias que se enumeran más abajo, y que por su calidad se estimarán como extraordinarios:

a) Intervenciones quirúrgicas torácicas de toda índole, con exclusión de neumotórax artificial, que será gratuito.

b) Oleotórax:

c) Secciones de adherencias.

d) Tratamientos con sales de oro.

e) Radiografías.

f) Radioterapia.

g) Tratamientos ajenos a su proceso tuberculoso que derivasen de su permanencia en el Centro, fueren médicos o quirúrgicos.

h) Tratamientos para su proceso tuberculoso pulmonar que por la naturaleza infrecuente de los mismos carezcan de consignación en el Establecimiento.

Según la categoría de las intervenciones y curas, se confeccionará, de común acuerdo entre el Inspector provincial de Sanidad, el Médico Director del Centro y un facultativo libre, especialista a ser posible, designado por los Sindicatos Médicos, una tarifa equitativa que se halle en consonancia con los precios ordinarios vigentes en la práctica profesional de aquella provincia, con objeto de no lesionar los intereses de los Médicos con ejercicio particular.

Las tarifas atrás expresadas serán sometidas a la aprobación de los Comités Delegados, y de allí al Patronato Nacional Antituberculoso para su placer o modificación definitivas.

Art. 13. Los extras referidos en el artículo 11, se abonarán por el enfermo al hacer las liquidaciones mensuales con la Administración del Centro, y su montante pasará por entero a engrosar la Tesorería de los Comités Delegados provinciales antituberculosos.

Art. 14. Todos los enfermos de esta clase pagarán en la Administración del Establecimiento y el día 1 de cada mes las cuotas correspondientes a este período.

Si pasado un plazo de cinco días no fueren saldados todos los devengos, se tomarán las providencias oportunas para obtener el cobro sin más demora o proceder como el caso requiera.

Art. 15. Los enfermos pensionistas se someterán en absoluto a las ordenanzas de régimen y disciplina interior de los S.-Enfermerías, comunes a los demás internados para el exacto mantenimiento de las normas sociales, morales y médicas expresadas a lo largo de este Reglamento.

## CAPITULO V

### Los enfermos en general

Art. 16. El cuadro de distribución de horas para guía de los internados, que redactará el Médico Director de cada S.-Enfermería, con miramiento a los servicios y necesidades globales, será conocido exactamente por los enfermos desde el día de su ingreso para ser observado sin alteraciones, salvo que se hayan dispuestos para alguno o algunos determinadas variantes rebasadas por su estado.

El incumplimiento y la indisciplina vendrán a sancionarse por el Médico Director, con penalidades variables entre la simple amonestación y la expulsación del S.-Enfermería con pérdida de

todos los derechos para ingresar en cualquier Centro del Patronato Nacional Antituberculoso previo beneplácito de la Inspección provincial de Sanidad.

Art. 17. Están prohibidos y serán castigados en los S.-Enfermerías:

- a) Toda suerte de juegos ilícitos.
- b) La promiscuidad de ambos sexos, cuya comprobación traerá la represión consiguiente, caso de ser aislada, para los empleados de guardia, y si se generalizase indicando disolución de costumbres dentro del Establecimiento, le serán exigidas responsabilidades por lenidad a los Médicos, Director y Ayudantes.
- c) Las faltas o atentados a la moralidad y a la corrección social.
- d) Ausentarse del Establecimiento bajo ningún pretexto, ni aún con el consentimiento verbal del Médico Director, como no fuere para el cumplimiento de alguna inaplazable necesidad terapéutica o familiar, que en tal caso tendría que ser avalada y justificada por escrito por dicho facultativo.
- e) Quebrantar con manifiesta mala intención las directrices de tratamiento propio o de otros.
- f) La desobediencia, faltas de respeto y consideración a los otros internados y a los empleados y religiosas.
- g) Las bebidas alcohólicas de toda clase sinó figuran dispuestas por precepciones facultativa o dentro de las listas de los menús.
- h) Cuantos fármacos se hallen fueran de las recetas de los Médicos del Centro.
- i) El aporte de comidas del exterior.
- j) Los objetos de cualquier naturaleza que juzgue peligrosos e inadecuados o molestos para los otros enfermo el Médico Director.

La puntualidad amable y espontánea, la disciplina inquietable y la posición de un recto sentido moral de actuación y convivencia, serán los principios fundamentales para el logro de la buena marcha de los Establecimientos y para la obtención de las mercedes curativas por parte de los internados.

Art. 18. Es obligación el Santo Sacrificio de la Misa cada domingo y días de solemnidad religiosa nacional o local, y la asistencia de aquellos pacientes cuyas circunstancias de salud se lo permitan.

Art. 19. Paralelamente a los deberes y prohibiciones apuntadas tendrán derecho a:

- a) Que las asistencias realizadas por el personal facultativo, auxiliar y doméstico, llenen las exigencias de afabilidad adecuadas y las técnicas y éticas impresas en este Reglamento sin distinciones de categoría o clases con respecto a los internados.

b) Que los cuadros de trabajo, guardias y servicios de todos los empleados se cumplan con exactitud invariable.

c) Que la alimentación sea abundante, bien condimentada y que se ciña a los menús establecidos.

d) Que en los casos de gravedad extrema puedan pasar todos los días los familiares a visitar al enfermo dentro de las horas que marque el Director.

e) Libre potestad para aceptar o recusar las intervenciones quirúrgicas que propongan los facultativos del Establecimiento.

f) Que los moribundos, los enfermos muy graves y los operados, se aislen en habitaciones independientes, y de no haberlas, se circuirá la cama por medio de un biombo espeso. Los afectos de enfermedades infecciosas, serán inmediatamente separados de las salas generales.

Las quejas planteadas por cualquiera de las causas que vienen de relatarse, se trasladarán al Médico Director, y si él no prestase la atención debida para subsanarlas y se repitieran sin esperanza de solución, pasarán a ser formalizadas, razonadas y firmadas por los pacientes en el libro de reclamaciones, llevado obligatoriamente por la Dirección, y en último término, alzándose en instancia a los Inspectores provinciales de Sanidad, quienes decidirán sobre las censuras que correspondieren a la comprobación de los hechos formulados o a la falsedad de las demandas.

Art. 20. La hospitalización de los enfermos será indefinida, pero sujeta en todas sus líneas y duración al juicio del Médico Director, y también al albedrío del enfermo para abandonar cuando le acomode el Establecimiento, no siendo en situaciones de extrema gravedad que hagan temer por la vida en el curso del traslado.

Ahora bien, que si la salida voluntaria se nutre de motivos caprichosos e injustificados, será causa para privar al enfermo del ingreso transitorio o definitivo en los Centros del Patronato Nacional Antituberculoso.

Cuando los internados gratuitos queden con expectoración abacilífera en repetidos exámenes directos, inoculaciones o cultivos del esputo, y estos hechos sean comprobados en el curso de un trimestre, dejarán automáticamente de ser beneficiarios de los S.-Enfermerías, para pasar a tratamiento ambulatorio en los Dispensarios que les corresponda.

Art. 21. No se hará ningún abono de días ni de fracciones aún cuando la baja voluntaria del paciente se haga a las pocas horas de su ingreso.

## CAPITULO VI

**De los Médicos**

Art. 22. La plantilla médica de los S.-Enfermerías se compondrá de dos facultativos para cada Centro: un Médico Director y un Médico Ayudante, con sueldos respectivos de 6.000 y 4.000 pesetas al año.

Estas plazas serán cubiertas ínterin duren las circunstancias de guerra y excepción en nuestro suelo, de una manera provisional, para llenarlas definitivamente en tiempo oportuno por medio de un concurso-oposición u otra forma legal de demostración de méritos y competencia, cuyas bases se darán a conocer tres meses antes de la fecha señalada para su celebración en «Boletín Oficial del Estado» y «Boletín Oficial» de cada provincia. A partir de la provisión definitiva se gestionará que todo el personal facultativo, auxiliar y administrativo, forme plantillas oficiales cuyos haberes sean satisfechos por el Estado, reconociéndoles el carácter de funcionarios públicos.

Art. 23. El Médico Director es, por derecho propio, Jefe del Establecimiento, y, por consiguiente, asume la regencia funcional y técnica, con responsabilidad completa de cuantas anomalías sucedieren, achacables a negligencia, incumplimiento, incapacidad científica, abandono e incapacidad. Únicamente se halla fuera de su gobierno el sector administrativo propiamente dicho, cuya fiscalización sólo corresponde al Patronato Nacional Antituberculoso y a sus Comités Delegados; pero intervendrá en la vigilancia y comprobación de la calidad de los abastecimientos de toda naturaleza ingresados en el Centro.

Al Médico Director afecta:

a) Dictar los cuadros de servicios de horas de todo el personal, con sujeción a las normas generales marcadas, teniendo facultades para su modificación en consonancia con las necesidades de los servicios; pero de forma que respondan a una línea de justicia sin privilegios para nadie.

b) Su visita diaria obligatoria al S.-Enfermería. Por consiguiente su residencia fija en el Centro es voluntaria.

c) Visita de todas las salas de enfermos, por lo menos tres veces por semana.

d) Practicar los reconocimientos médicos, disposiciones terapéuticas y quirúrgicas que precisen los enfermos.

e) Llevar el libro registro de entradas y salidas de pacientes en el Establecimiento, cuyo modelo, común a todos los S.-Enfermerías, será entregado por el Patronato Nacional.

f) Cuidar del libro de reclamaciones para enfermos y empleados.

g) Para cada paciente abrirá una carpeta, en la cual figurarán el diario clínico del enfermo, su historia clínica y quirúrgica, así como el detalle de cuantas intervenciones diagnósticas y curativas hayan sido puestas a contribución. Estas carpetas serán debidamente numeradas y archivadas.

h) Al compás de su archivo de carpetas individuales de los asistidos tendrán un registro radiográfico de los pacientes, también numerado y clasificado por nombres.

i) Se le exige llevar una libreta de medicamentos recetados para cada una de estas secciones: enfermos gratuitos civiles de ambos sexos, excombatientes o militares y enfermos de pago. Dichas libretas serán despachadas dentro del mismo día en que fueron preconizados los productos medicamentosos, por la monja encargada del depósito de drogas cuando se trate de especialidades farmacéuticas, y se solicitarán de la Farmacia más próxima al Establecimiento, o de aquella que acuerde el Comité Delegado provincial, cuando las indicaciones terapéuticas respondan a fórmulas magistrales.

En este último caso se pasará copia de las mencionadas recetas firmada por el Director o Médico Ayudante el Establecimiento farmacéutico suministrador.

j) Tener en curso un perfecto registro de autopsias, con sujeción a fechas, nombres y hallazgos anatomopatológicos.

k) Ordenar y conducir una «Sección de bajas» para el seguimiento de los pacientes en el medio urbano y rústico. En este sentir, toda salida dada en el S.-Enfermería será comunicada por duplicado a la Inspección provincial de Sanidad, con indicación de las condiciones de cada caso, que se sintetizarán así:

1.º **Ficha de alarma.**—Término que recoge todas las formas abiertas bacilares que, desde su baja en el Centro, van sembrando gérmenes en su contorno y requieren constante vigilancia.

2.º **Ficha de sospecha.**—Tocante a los sujetos con curaciones poco sólidas, que necesitan de custodia periódica.

3.º **Ficha de curación.**—Los practicantes restituidos a la salud, sobre quienes se impondrán reconocimientos dispensariales de seguridad cada trimestre, semestre o año, a juicio de los Directores del Dispensario.

l) Confeccionar estadísticas mensuales detalladas de los capítulos abajo expuestos, que se transmitirán en doble copia al Inspector provincial de Sanidad, a fin de que una de ellas se archive en la Inspección y la otra haga constancia en el Comité Delegado provincial:

1.º Estadísticas de entradas y salidas.

2.º Idem de curaciones y fallecimientos.

- 3.º Idem de análisis clínicos y anatomopatológicos.
- 4.º Idem de radiografías.
- 5.º Idem de radioscopias.
- 6.º Idem de exámenes clínicos.
- 7.º Idem de formas clínicas clasificadas en el Establecimiento
- 8.º Idem de neumotórax.
- 9.º Idem de intervenciones quirúrgicas.
10. Idem de tratamientos por oro con indicación completa de dosis.
11. Idem de otros tratamientos.

ll) Los reconocimientos de entrada de enfermos serán hechos el día 1 de cada mes, a la llegada del lote de ingresados, remitido por las Inspecciones provinciales de Sanidad para cubrir las vacantes del S.-Enfermería. Y los reconocimientos de salida se llevarán a efecto dentro de la primera decena de cada mes, de suerte que estén libres las plazas que resultaren el día anterior al primero del mes siguiente.

m) Al tomar posesión del S.-Enfermería el Médico Director hará juntamente con el Médico Ayudante y el Secretario-Administrador, inventario de todos los objetos médicos, quirúrgicos, mobiliarios y enseres existentes en el Establecimiento, cuya numeración precisa será firmada por los tres empleados que se mencionan y enviada al Comité Delegado provincial, quedando copia para cada uno de ellos.

Todos los meses, al enviar los estados médicos y los administrativos, será también remitida una relación de objetos y material inutilizado, autorizada por las firmas del Director y Administrador, para que el Comité Delegado provincial disponga su reposición si lo creyese justo.

Cada año, al hacer las estadísticas generales de trabajo, no será olvidado el inventario total de S.-Enfermería.

n) Para el material de curas (gasas, catgut, crines, pomadas, desinfectantes, etc.), se enviará petición escrita al Secretario-Administrador todas las veces que se agoten las existencias.

o) Aparte de la medicación flotante necesaria para los tratamientos condicionales la cual será demandada según las normas del apartado i) de este mismo artículo, el Médico Director y Ayudante poseerán un botiquín de urgencia bien dotado, bajo el amparo del reglamento de Botiquines de Urgencia (Real orden de 23 de Junio de 1915, «Gaceta» del 29 del mismo mes y año); pero haciendo observar que el Farmacéutico que lo regente y reponga carecerá de todo derecho a sueldo, haber o gratificación por este servicio, circunscribiéndose al cobro mensual, y con las debidas justificaciones, de los productos por él suministrados.

p) En el vestíbulo del S.-Enfermería existirá bien a la vista un croquis del Establecimiento con desarrollo de todas sus plan-

tas, denominación de los servicios y numeración de las camas habidas en sus locales. Al dorso de dicho cuadro o a su lado habrá una lista de los alojados con el número de la cama que les corresponde. El objeto es facilitar a los visitantes del S.-Enfermería, información inmediata para direccionarles.

q) Cada ciclo anual, y dentro de la última quincena de Diciembre presentará memoria global de los trabajos discurridos en el S.-Enfermería, con estudio personal crítico sobre deficiencias, orientaciones nuevas y cuantas sugerencias le aconseje su entusiasmo en pro de la labor antituberculosa allí verificada. Serán remitidos tres ejemplares: uno al Patronato Nacional, otro al Comité Delegado de la provincia y otro a la Inspección provincial de Sanidad.

r) A su cargo correrá la vigilancia de todos los servicios, el buen cumplimiento de ellos y la observación de este Reglamento.

Art. 24. Los quehaceres del Médico Ayudante serán:

a) La Sección de Análisis clínicos y microscópicos, de la cual remitirá cuando lo precise peticiones escritas para renovación y reposición de material al Administrador, con el previo visto bueno del Médico Director del Establecimiento.

b) Visita matinal y vespéral diaria de inspección de las salas y demás locales, para velar por el cumplimiento de los servicios de toda índole.

c) En ausencia del Médico Director, es el Jefe del Establecimiento, con todos los deberes, derechos y obligaciones que se desprenden de los apartados del artículo anterior.

d) Cuantos servicios técnicos auxiliares se deriven de la completa y correcta asistencia de los enfermos y organización interior del S.-Enfermería.

e) El Médico Ayudante tendrá su residencia en el Centro, siendo de obligación pernoctar en él, para atender las llamadas nocturnas de urgencia del personal de guardia. Si por enfermedad, licencia o baja en el servicio quedara sin cubrir la guardia de noche, se encargará de ella el Médico Director. El S.-Enfermería no puede estar nunca carente de servicio médico asídúo, y para obviar los inconvenientes que surgieran de la excesiva sujeción del Médico Ayudante habrán de concertarse éste y el Director para conllevar y repartirse las tareas que resulten demasiado pesadas individualmente.

## CAPITULO VII

### De los Practicantes

Art. 25. Los S.-Enfermerías tendrán dos Practicantes titulados, cuyas plazas serán provisionales como las de los Médicos

del Establecimiento, mientras dure el período de guerra, y dotadas cada una de ellas con el sueldo anual de 2.500 pesetas.

Su provisión definitiva se hará oportunamente por concurso-oposición u otra forma legal de demostración de méritos y competencia tal como se dijo para los Médicos en el artículo 22.

Art. 26. Abstracción hecha de los servicios propios de su gestión auxiliar que tenga por conveniente disponerle el Médico Director y el Ayudante, se advierten reglamentariamente las obligaciones que siguen:

a) Asistencia diaria de ambos, con servicio límite de cuatro horas por la mañana y cuatro por la tarde, en salas, quirófanos, curas, etcétera.

b) Alternancia de trabajo, de tal suerte que por períodos semanales se repartan la asistencia de mujeres y hombres para que no haya sectores a los que dediquen servicio exclusivo y continuado.

c) Estarán exentos de la guardia nocturna, como no fuere en casos de trabajo excesivo, por enfermedad o ausencia de uno de los Médicos. Entonces tendrán que aliviar el quehacer general, conforme ordene el Médico Director.

## CAPITULO VIII

### De las Enfermeras

Art. 27. Son cuatro Enfermeras las incluídas en la plantilla de los S.-Enfermerías, con sueldos anuales de 2.500 pesetas por individuo. Corresponden a ellas las funciones técnico-auxiliares complementarias, lo mismo para ayudas de las salas que para los restantes servicios médicos que hubiere.

Para su aceptación, aún con carácter provisional, tendrán que acreditar haberse formado en la Lucha Antituberculosa exhibiendo un título oficial del Estado o cuando menos el expedido por Establecimientos de garantía científica dedicada a la especialidad fisiológica. La provisión definitiva de sus plazas se regirá por bases idénticas a las estipuladas para Médicos y Practicantes en los artículos 22 y 25 de este Reglamento.

Se distribuirán en esta forma, dejando a merced del criterio del Médico Director la selección de sus aptitudes.

a) Una que tendrá a su cargo los servicios de Cirugía Laboratorio.

b) Otra que conducirá los archivos, libretas y libros, como auxiliar del Médico Director.

c) Dos a las que se marcará su jurisdicción en las salas y habitaciones de los internados, para llevar puntualmente las historias y diarios clínicos y terapéuticos de los enfermos.

d) La repartición de estas obligaciones no excluye de ninguna manera la mutua compenetración e intercambio en los servicios que hubiere que llenar para el perfecto orden de las asistencias.

e) Sus horas de labor mínimas son ocho cada día (cuatro durante la mañana y cuatro durante la tarde), así como la guardia nocturna del S.-Enfermería, que harán alternativamente en días sucesivos o en semanas sucesivas.

## CAPITULO IX

### De los sirvientes

Art. 28. La plantilla doméstica se compone de tres sirvientes varones, tres sirvientes femeninos y un pinche de cocina, con sueldo anual de 2.190 pesetas por empleado, amén de un cocinero, cuyo haber se eleva a pesetas 2.920 por año.

Art. 29. Las obligaciones y horas de estos servicios les serán dictadas por el Médico Director, con relación a las necesidades que hubiere, pero siguiendo estas normas:

a) A pesar de que son ocho las horas tipo de labor para todos ellos, sus plazas serán provistas con la condición inexcusable de que rendirán y darán cima a sus obligaciones diarias, aunque estos quehaceres reclamen una superior jornada de trabajo. El tiempo estará subordinario, por tanto, a la perfección y conclusión del servicio de cada día, y nunca esté limitado a aquél.

b) Les incumben, todas las operaciones de limpieza y atención doméstica inherentes al centro.

c) Es potestativo del Comité facilitarles alojamiento en la Enfermería visando particularmente la falta de espacio de los locales, que traería, de ser ocupados por estos sirvientes, la reducción del número de internados. En cada caso, según las distancias del Centro a la ciudad más próxima, la capacidad del Establecimiento y otros factores concurrentes, resolverán los Comités Delegados de las provincias.

## CAPITULO X

### De las Religiosas

Art. 30. Formarán este personal de respeto, cuidado y asistencia un número variable de cuatro a seis Monjas (según crea conveniente el Comité Delegado provincial para las exigencias del servicio) de cualquier Orden conventual, en cuyos Estatutos se toque de cerca la prestación de auxilio a personas enfermas.

Art. 31. Percibirá cada una de las Religiosas 500 pesetas al año como sueldo. Esta cantidad podrá ser aumentada con una gratificación anual variable, si el Comité delegado provincial lo juzga oportuno, en atención a los servicios prestados, y siempre que hubiere fondos sobrantes no aplicables a necesidades inmediatas del Centro. Será elevada al Patronato Nacional dicha propuesta acompañada de los razonamientos y justificantes, al término de cada año natural y dentro de la última quincena de Diciembre, para su definitiva aprobación.

Art. 32. Corresponderán a las religiosas como deberes y obligaciones:

- a) Vigilancia sobre los servicios domésticos y direccionamiento de ellos.
- b) Asistencia directa del enfermo cuando lo reclame.
- c) Atención del botiquín del Establecimiento y del almacén de ropas, víveres y reservas, bajo la dirección del Secretario-Administrador.
- d) Ayuda en los servicios de Cirugía y Laboratorio, si el volumen de cometido lo precisare.
- e) Fiscalización directa sobre los abastecimientos de toda clase.
- f) Guardia nocturna del Establecimiento en colaboración con las Enfermeras.
- g) Cuidado de la capilla y culto.

## CAPITULO XI

### Del Conserje

Art. 33. Este empleado, cuyo haber será de 2.000 pesetas anuales, tiene por obligación.

- a) Servicio de portería e introducción de visitantes.
- b) Ayuda directa al Secretario-Administrador, como auxiliar suyo, para cuantos trabajos sean de la competencia de aquél.
- c) Residencia fija en el S.-Enfermería.

## CAPITULO XII

### Del Secretario-Administrador

Art. 34. Con la asignación anual de 4.000 pesetas de sueldo el Secretario-Administrador es un empleado (escogido preferiblemente dentro de la Administración Sanitaria Central) cuya delicada misión económica establece el enlace entre el Centro y el Comité Delegado provincial y entre aquél y los artículos de aprovisionamiento. Si pertenecieren a la Administración Sanitaria

Central, renunciarán a sus cargos en este Cuerpo en cuanto la provisión de sus plazas sea definitiva en los S.-Enfermerías.

Será su incumbencia:

a) La plena administración del Establecimiento, para cuyo objeto se le inviste de absoluta autonomía pero también se le asigna amplia responsabilidad de funciones.

b) Dentro de los tres primeros días de cada mes remitirá a Comités Delegados provinciales nota detallada de las inversiones hechas durante el mes anterior y de los ingresos habido en la Administración hasta entonces, acompañándola de los justificantes y liquidación de cada partida. Asimismo, dentro aquel plazo, enviará también al Comité Delegado un avance presupuestado de las necesidades que estimen ha de exigir el S.-Enfermería en el transcurso de aquel mes.

c) Las cantidades que resultaren de la liquidación del mes anterior; una vez aprobada ésta por el Comité provincial, podrán ser cobradas por los acreedores a partir del décimo día de dicho mes en las Tesorerías de los Comités provinciales, merced al canjeamiento de facturas autorizadas, firmadas y selladas por el Secretario-Administrador del Establecimiento. Para ello, las casas suministradoras y acreedores de toda especie, remitirán facturas triplicadas al Secretario-Administrador, de las cuales un ejemplar será trasladado con las liquidaciones, otro para que sirva de documento de cobro en las Tesorerías de los Comités provinciales, previo los requisitos anteriores. Y un tercer ejemplar para constancia en la Secretaría-Administración del S.-Enfermería.

d) El Secretario-Administrador tiene facultades para la compra directa de los artículos y material de cualquier clase que fuere con destino al Centro, y por ello y para ello se entenderá con las casas o personas que hagan ofertas más favorables a la economía del Establecimiento. En esta elección será asistido, asesorado y controlado por el Médico Director y por la Superiora de las Religiosas del Servicio.

e) En la forma de pago atrás estipuladas se exceptuarán las nóminas de los empleados de los S.- Enfermerías, cuyo importe total recogerá en metálico el Secretario-Administrador en la Tesorería del Comité Delegado provincial, dentro de los tres primeros días de cada mes, para cancelar cada inmediata mensualidad vencida.

f) De los sueldos mensuales hará entrega el Secretario-Administrador a cada uno de los empleados del Establecimiento, precisamente el quinto día del mes siguiente al de su vencimiento, contra la firma y rúbrica del interesado estampada en el casillero correspondiente de las nóminas. De este dinero no percibirá derechos de habilitación.

g) Las nóminas han de ser despachas por el Secretario-Ad-

ministrador, devolviendo un ejemplar con las firmas y rúbricas de los preceptores al Comités Delegado provincial antes de transcurrir el décimo día de quel mes, y quedándose con un duplicado, también firmado y rubricado por cada funcionario en la Administración del S.-Enfermería.

h) Los gastos de desplazamiento del Secretario-Administrador correspondientes a locomoción para llenar las obligaciones de su cargo serán por cuenta del Comité Delegado provincial e incluidos en las liquidaciones mensuales con sus justificantes.

i) El Secretario-Administrador tiene derecho a ser alojado con residencia fija en el Centro, si así lo estima conveniente.

j) Las seis Religiosas del Establecimiento serán ocupadas en cada uno de los sectores de la Administración.

## CAPITULO XIII

### De las disposiciones complementarias

Art. 35. Al redactar el Médico Director los cuadros de horas de trabajo dentro de las disposiciones generales más atrás referidas, procurará darles elasticidad suficiente para conseguir que tanto el Médico Ayudante como los practicantes, Enfermeras y servicio doméstico, combienen sus obligaciones en tal forma, que puedan tener cada uno de ellos un día entero franco de servicio en la Enfermería, cada quince días, para que este descanso y condición de trato les sirva de acicate al mejor cumplimiento de sus tareas.

Art. 36. Las necropsias son obligatorias en todos los óbitos sucedidos en el Establecimiento, y en el curso de las veinticuatro horas legales que siguen a la defunción.

Art. 37. El cese de cualquier elemento personal se tramitará siempre mediante expediente, ya sea de modo directo por los Comités Delegados provinciales, ya por el Patronato Nacional Antituberculoso. Mientras el expediente se desarrolle, la persona afecta quedará suspensa de empleo y sueldo hasta la sustanciación del mismo. Las Autoridades encargadas de este trámite serán el Inspector provincial de Sanidad, si quien entiende en la materia es el Comité Delegado o el Inspector general de Servicios del Patronato Nacional, cuando los hechos se deducen de la investigación ordenada por este Alto Organismo Central.

Art. 38. Los Médicos Directores de los S.-Enfermerías pondrán en conocimiento de los Comités Delegados provinciales y del Patronato Nacional Antituberculoso al mismo tiempo, las faltas graves del personal para la formación del expediente a que haya lugar.

Art. 39. La misa semanal será pagada en el acto por el Administrador al sacerdote celebrante.

Art. 40. Todos los empleados del S.-Enfermería tienen derecho a la manutención gratuita, completa diaria en el Centro.

Art. 41. El Médico Director puede permitir, bajo su personal responsabilidad, la colaboración de médicos libres en los trabajos del S.-Enfermería.

Art. 42. Cuando los enfermos del Centro requieran la asistencia especializada de otorinolaringólogo, urólogo, dentista, etcétera, se suplicará, ya sea del Director del dispensario más próximo, dispensario Central o Centro hospitalario del Estado, el envío de profesionales que en determinados días despachen las consultas de estas materias médicas de especialización. Antes de nada se dará conocimiento a la Inspección provincial de Sanidad y obtendrá su aquiescencia.

Art. 43. En los procesos que no incumban a tuberculosis, los enfermos de pago podrán recibir en horas marcadas por el Director del Establecimiento, asistencia de médicos libremente elegidos fuera del Centro, pero siempre bajo el control de aquél.

Art. 44. De ser posible, cada S.-Enfermería, aparte de los locales exigidos para las 110 camas de internados, con arreglo a la cubicación mínima de 20 metros por lecho, y los servicios sanitarios anexos, ha de poseer siquiera los siguientes departamentos:

a) Despacho del Médico Director, Consulta, Botiquín, Rayos X, Cámara oscura, Quirófano, Laboratorio, Depósito de drogas (especialidades farmacéuticas), Capilla, Sala de visitantes, Administración, Habitación de ficheros médicos, Roperio, Almacén, Despensa, Cocinas, Sala de Secciones, Desinfección y lavado de ropas.

b) Habitaciones para el Médico Director, Médico Ayudante, Secretario-Administrador, Practicante de guardia, Enfermera de guardia, Conserje y Religiosas

Art. 45. Habrán de esmerarse, tanto el Médico Director como el Ayudante, en intensificar la cultura fisiológica de los enfermos por los medios más amenos y didácticos (conferencias, cinematógrafo, clases profilácticas, etc.)

Asimismo podrán celebrarse cursos y cursillos de especialización fisiológica, en su sentido más lato, tanto en el aspecto médico como en el social, dedicados a la enseñanza de facultativos, practicantes o enfermeras, previa aprobación de los programas correspondientes por el Patronato Nacional Antituberculoso.

Las facultades de Medicina también podrán utilizar los S.-Enfermerías como recurso docente en la disciplina fisiológica, ya sea a base de la visita de sus alumnos, ya sea a expensas de cursos o cursillos teórico-prácticos, pero de común acuerdo con el Médico Director y con la autorización de éste, de tal manera que no

se perturbe la regular marcha de los Establecimientos, ni que sufran quebranto sus bases reglamentarias. En cualquier caso será siempre el Médico Director el Jefe, organizador y responsable de todas las sesiones realizadas y lecciones profesadas.

Art. 46. Está terminantemente prohibida la consulta y asistencia de elementos extraños al S.-Enfermería dentro del Establecimiento.

Art. 47. Los Médicos, Practicantes y enfermeras de estos Establecimientos, no adquirirán de ninguna manera méritos preferentes por el desempeño de sus plazas provisionales, ni podrán computarse estas actuaciones para la propiedad ulterior de sus cargos.

Art. 48. Aunque de modo excepcional, el Patronato Nacional Antituberculoso y sus Comités Delegados tienen facultades amplias, no obstante lo preceptuado en el capítulo de admisión de enfermos de este Reglamento, para dar cabida en sus Establecimientos a solicitantes que, a su juicio, reúnan especiales condiciones de aceptación.

Art. 49. Cuando para la mejor atención de las plazas destinadas a militares estime necesario el Patronato Nacional Antituberculoso la agrupación de ellas en uno o varios Centros provinciales de esta especie, podrá dedicar todos los lechos de los S.-Enfermerías de las provincias que juzgue adecuadas, para enfermos excombatientes exclusivamente. En tal caso, los enfermos gratuitos de aquella provincia, serán dirigidos por los Inspectores provinciales de Sanidad a los S.-Enfermerías próximos que no alberguen militares, compensando así estas camas con elementos procedentes del campo civil. A los referidos pacientes gratuitos se les proporcionarán, con cargo al Ayuntamiento donde reside el peticionario, los medios de traslado desde su provincia al S.-Enfermería de las que les corresponda, para lo cual los Gobernadores civiles de la zona de procedencia, darán las órdenes precisas.

Art. 50. Los empleados técnicos de los S.-Enfermerías no podrán simultanear con otros cargos del Estado, Ayuntamientos o Diputaciones, por el espíritu de absorción que significarían tales acumulaciones al viejo estilo, en detrimento de sus tareas y en perjuicio de otros que desearan colaborar con entusiasmo en la Lucha Antituberculosa. Tendrán, sin embargo, libertad de trabajo privado.

Art. 51. Cuando el volumen de internados del S.-Enfermería depase de manera regular el número de 120 camas y se compruebe sobrecarga de trabajo, están autorizados los Comités Delegados provinciales para elevar al Patronato Nacional Antituberculosos propuestas ampliatorias del personal médico, auxiliar y doméstico de aquellos Centros.

Asimismo cuando las atenciones y actividades del S.-Enfermería se mantengan en límites bajos que demuestren exceso de empleados técnicoauxiliares y domésticos para llenar las funciones del Centro, harán exposición al Patronato Nacional Antituberculoso de las reducciones de plantilla a que hubiere lugar.

Art. 52. En el curso de la provisionalidad de las plazas de toda clase de estos Establecimientos, podrá el Patronato Nacional Antituberculoso excepcionalmente, y por motivos bien justificados, variar siempre como medida general, el importe de los haberes estipulados a cada una de ellas en este Reglamento.

Art. 53. Para el regular suministro de la medicación flotante diaria de que se hace mención en el apartado o) del artículo 23, es menester que exista un Depósito de especialidades farmacéuticas, que estará regido por una de las Religiosas del S.-Enfermería. La adquisición de dichos productos se hará según normas marcadas por cada Comité Delegado provincial, con vista al beneficio económico de compra al mayorista, y en las cantidades que señala el ritmo de trabajo del Establecimiento.

Art. 54. Serán preferidos siempre los mutilados de guerra para la provisión de cualesquiera de las plazas de estos Centros de Patronato Nacional Antituberculoso, dentro, claro está, de las bases meritorias y de las pruebas de capacitación personal que fueren dictadas para cubrirlas, y contando que las tareas de los interesados no sirvan de obstáculos para llenar plenamente sus cometidos.

Art. 55. Todos los empleados, religiosas y enfermos sin excepción alguna, se ceñirán al contenido de este Reglamento, tanto en la parte de los capítulos que les señalan expresamente como en el resto del articulado general de donde se deduzcan disposiciones a ellos aplicables.

Valladolid, 28 de Septiembre de 1937.

Examinado este Reglamento por el Pleno del Patronato Nacional Antituberculoso, en la sesión del día 16 de Octubre de 1937, fué aprobado por unanimidad.—El Presidente, *Severiano Martínez Anido*.

(«B. O. del Estado» del 19 de Diciembre de 1937).

## SECRETARÍA DE GUERRA

## Orden

## ASIMILACIONES

Por conveniencia del servicio, teniendo en cuenta lo propuesto por el Excmo. Sr. Inspector General de Sanidad Militar del Ejército, dispongo que la Orden de 28 de Junio de 1937 (B. O. número 252) se modifique en el sentido de que las normas 1.<sup>a</sup> y 2.<sup>a</sup> de la misma, queden sustituidas por la siguiente:

«Podrán ser asimilados todos los soldados médicos, cualquiera que sea el reemplazo a que pertenezcan, si a juicio de esta Secretaría son merecedores de ello y conviene al servicio».

Burgos, 30 de Noviembre de 1937.—II Año Triunfal.—El General Secretario, *Germán Gil Yuste*,

## GOBIERNO GENERAL

## ORDEN SOBRE NOMBRAMIENTO DEL PATRONATO DE HUERFANOS

Habiendo solicitado el Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos la oportuna autorización para encargarse de la recogida, asistencia y educación de los huérfanos de médicos, misión que antes estaba confiada a su patronato, pero que en la actualidad no existe por hallarse enclavado todavía fuera de la zona liberada, se hace preciso reorganizar, aun cuando sea de manera accidental el funcionamiento del mismo, por lo que he tenido a bien disponer:

1.º A partir de la fecha de la publicación de esta orden, quedan en suspenso todas las facultades que antes tenía conferidas el antiguo Patronato del Colegio de Huérfanos de Médicos.

2.º El que se crea por esta disposición para la España Nacional, hasta que las circunstancias permitan una total y definitiva reorganización, quedará integrada de manera accidental por los señores don Enrique Suñer Ordoñez, don Marcelino Gavilán Bofill y don Saturnino García Vicente, miembros de la Comisión permanente del Consejo de Colegios Oficiales de Médicos, que fué nombrado por este Gobierno General en 29 de Julio pasado (B. O. número 284).

Valladolid, 23 de Noviembre de 1937.—II Año Triunfal.—El Gobernador General, *Luis Valdés*.

## ESTABLECIENDO UN SERVICIO SANITARIO PARA NIÑOS INMIGRADOS

Llegan a la España Nacional constantemente familias procedente de la zona roja a las que acompañan niños, que el nuevo

Estado quiere hacer beneficios de la protección que en todos los órdenes se propone ejercer sobre la infancia, garantía de grandeza de la España Imperial que hoy se forja al calor de esta cruzada de Liberación.

A la familia competente la tutela del niño, más la acción de suplencia que la Sociedad y el Estado deben en todo momento procurar precisa, se intensifique en circunstancias como las presentes y en especial sobre las familias inmigradas que abandonaron su hogar por la feroz persecución de las hordas rojas.

El niño inmigrado, sea cual fuere la situación económica de sus familiares, merece la ayuda siquiera del nuevo Estado, que se propone ejercerla a través del Servicio que instituye, con el nombre de «Vigilancia Sanitaria de Niños Inmigrados», ayuda o tutela, especialmente en el orden sanitario, como garantía de salud y perfecto desarrollo, que bajo la dirección del órgano oficial de la Nacional en materia de Puericultura, los Servicios Provinciales de higiene Infantil y con la colaboración de las instituciones de asistencia, ha de extenderse por todo el territorio ocupado por nuestro Ejército, hasta que con la liberación total del país, se reintegren a sus respectivos hogares o ciudades.

A tal efecto este Gobierno ha dispuesto:

1.º Con el nombre de «Vigilancia Sanitaria de Niños Inmigrados» se establece un servicio sanitario en todo el territorio ocupado por nuestro Ejército, a favor de los niños que tengan su residencia habitual en zonas todavía no liberadas.

2.º A la entrada por cualquiera de las Fronteras, los Jefes de Servicios de Higiene Infantil de las mismas o de las provincias respectivas, procederán al reconocimiento de cuantos niños lleguen entregando a sus familiares un «carnet sanitario» con los datos del reconocimiento e instrucciones pertenecientes al caso, carnet que, acompañado del niño, habrán de presentar las familias cuando fijen su residencia al Jefe del Servicio de Higiene Infantil de la provincia si se trata de una capital, al Director del Centro Secundario o Primario de Higiene Rural, si le hubiere en la localidad, o al médico titular de la mencionada población dentro de los ocho días siguientes a su llegada.

3.º Si se trata de niños de modesta posición económica, que requieran auxilio de este orden, el Jefe del Servicio provincial de Higiene Infantil informará a las autoridades, a través de la respectiva Inspección provincial de Sanidad sobre dicha necesidad, para que el niño sea atendido por la Institución más adecuada.

4.º Todos los niños menores de 14 años que procedente de provincias no liberadas, se hallen ya en la España Nacional deberán presentarse al Dispensario de Puericultura del Instituto provincial de Higiene del Centro de Higiene rural o al médico titular de la población respectiva, en el transcurso de un mes,

a partir de la publicación de esta orden, para ser provistos del carnet sanitario para niños inmigrados.

5.º Los mencionados sanitarios prodigarán, todo cuidado de orden higiénico, consejo de Puericultura, aplicación de vacunas, antivariólica, antidiftéricas, antitífica, gratuitamente, asistiendo asimismo gratis en sus dispensarios a los débiles económicos, llamando la atención sobre los defectos o enfermedades que pudieran aquejar los de posición acomodada, a fin de que sean atendidos por facultativos particulares.

6.º Siempre que los niños acogidos a este «servicio» cambien de residencia, deberán presentarse a las autoridades sanitarias en materias de Higiene Infantil ya señaladas, hasta la terminación de la guerra, haciéndole entonces en las poblaciones de su residencia habitual o definitiva.

7.º La Jefatura Superior de Sanidad del Gobierno General del Estado, los Gobernadores civiles y las Inspecciones provinciales de Sanidad, cuidarán de que se cumplan la presente Orden, procurando a las mismas la mayor difusión para su conocimiento, facilitando su implantación y vigilando su observancia.

Valladolid, 9 de Diciembre de 1937.—II Año Triunfal.—El Gobernador General, *Luis Valdés*.

(B. O. del Estado del día 11).

---

## Consejo general de Colegios médicos

El Consejo general de Colegios Médicos, siguiendo en el cumplimiento de los mandatos oficialmente confiados por el Gobierno general del Estado, ha elevado a la aprobación de este organismo la reorganización y puesta en marcha de la Previsión Médica Nacional, entidad destinada a socorrer a las viudas y huérfanos de médicos, farmacéuticos y odontólogos y a los inválidos de estas profesiones.

También, y después de un detenido estudio, ha sometido a la aprobación del Gobierno general un proyecto de reorganización de los Colegios Médicos de España, en cuya estructura van hermanados el concepto cordial de «Colegio Médico», entidad de ancestral raigambre tradicional en España, con las normas de unidad, jerarquía y disciplina que orientan el espléndido resurgimiento del nuevo Estado.

El Consejo general de Colegios Médicos estudia con extraordinario interés la conveniencia de creación de una publicación científico-profesional que sea el portavoz del progreso médico en España.

## Previsión Médica Nacional

Reorganizada esta institución por Orden de Gobierno General del Estado, fecha 9 del actual (Boletín Oficial del Estado número 415) se pone en conocimiento de los asociados evadidos de zona no liberada y los de la nacional, cuyo Colegio radique en aquella, que en el plazo máximo de 30 días contados a partir del día 10 del corriente mes, deberán presentar en el Colegio Médico de la provincia de su actual residencia o en el más cercano, según los casos, la declaración jurada que se establece en el artículo 4.º de la mentada Orden.

Los impresos necesarios a tal fin se facilitarán en los Colegios Oficiales de Médicos.

---

### **Disposiciones sobre colegiación que constan en los Estatutos Generales de los Colegios Médicos, aprobados por decreto 29 Enero 1930**

En los Colegios Médicos deberán inscribirse todos los licenciados y doctores que ejerzan la medicina en el territorio de la provincia. Los que ejerzan la profesión o los médicos del Ejército y de la Armada que no se dediquen a la práctica civil, no están obligados a la Colegiación, pero pueden hacerlo voluntariamente (art. 1.º)

Serán perseguidos por las Autoridades sanitarias cuantos ejerzan actos propios de la profesión médica sin poseer el título que para ello les autorice, y a los que, aún teniéndolos no figuren inscritos en las listas u oficinas del Colegio oficial (art. 2.º)

Los médicos que estén ejerciendo sin colegiarse más tiempo del señalado en el art. 8.º de estos Estatutos, serán requeridos por el Presidente del Colegio, quien les señalará un breve plazo para efectuarlo. Al no ser atendido pondrá el hecho en conocimiento de las autoridades sanitarias, los que obligarán al profesional a solicitar inmediatamente su inscripción prohibiéndoles, entretantos, el ejercicio de la profesión.

El médico que no haya solicitado la colegiación en dicho plazo y no justifique más tarde cumplidamente ante la Junta de Gobierno del Colegio, los motivos fundamentales que le impidieron hacerlo, incurrirá en sanción consistente en una multa de 50 a 500 pesetas que podrá imponerle la referida Junta, y cuyo importe será exigible para hacerle entrega del título de colegiado (artículo 2.º)

Para todo médico es obligatoria la colegación después de los quince primeros días de residencia en la localidad, a la que haya ido a ejercer sus servicios profesionales (art. 8.º)

El ingreso en la Previsión Médica Nacional será voluntario para todos los actuales ejercitantes de Medicina, la Farmacia y la Odontología; pero para los nuevos titulados, desde la fecha, será preciso para inscribirse en los respectivos Colegios justificar su ingreso en el Grupo I de «Invalidez» y «Vida» de la Previsión Médica Nacional, ampliándose automáticamente la inscripción al al Grupo II a los 30 años (art. 3.º Orden Gobernación 17 Agosto 1933).

---

## Sección Oficial del Colegio

---

### Donativos para las víctimas de la barbarie roja en Málaga

Ultimamente han hecho donativos, y han adquirido el Boletín especial editado por el Colegio de Málaga, para socorrer a las viudas y huérfanos de compañeros víctimas de la dominación roja en Málaga, los siguientes Médicos:

D. Teodoro Sánchez, de Aldeanueva de la Vera.....	10 pstas.
Felipe Baños, de Garrovillas .....	10 »
Ramón Díaz Mora, de Perales del Puerto .....	10 »
Manuel Mareque, de Navaconcejo .....	10 »
Felipe Jaraiz, de Escorial .....	5 »

---

### Acta de la sesión celebrada por la Comisión Permanente del Colegio Oficial de Médicos, el día 6 de Diciembre de 1937

Con asistencia de los señores Murillo Iglesias, Roperó Fernández y Sánchez Cayetano, da comienzo la sesión a las ocho en punto de la noche, dándose lectura al Acta de la sesión anterior, que queda aprobada.

Excusan su asistencia los señores Merchán Martín y Domínguez Villagrás.

Por la Presidencia se da cuenta, de que por Orden superior han sido requisados los locales y bastante mobiliario del Colegio, para el establecimiento de la Delegación de Orden Público, que-

dando reseñado todo ello en el Acta que se copia a continuación: «En la Plaza de Cáceres a los diez días del mes de Noviembre de mil novecientos treinta y siete, reunidos en la casa que ocupa el Colegio de Médicos sita en la calle de Sancti-Spíritu número 3 el Presidente de dicho Colegio don Julián Murillo Iglesias y el Alférez de Complemento de Intendencia don Faustino Alvarez de Luna Suárez se procede a la requisa del mismo con destino a la Delegación de Orden Público y en virtud de lo dispuesto por el Excmo. Señor Coronel Gobernador Militar de la Plaza y Provincia en escrito número 12.203 de fecha 9 del actual.

Se hace constar que ha sido objeto de la requisa lo siguiente: Una habitación que tiene una mesa de escritorio, un sillón, seis sillas, un tresillo, dos armarios con cristales, un archivador, una escribanía, una carpeta, un cesto de papeles, un escupidor, un flexo, un seca firmas, dos reglas, un pisa papeles de cristal, un timbre, una alfombra de piel, un mapa de la Provincia de Cáceres y un cuadro con el retrato de S. E. el Generalísimo.

Otra habitación que tiene un sillón, nueve sillas, una mesa escritorio, un armario, dos archivadores, cuatro estanterías, una camilla, un brasero, un reloj, una mesa para máquina, y una máquina de escribir Underwood número 3858055-14.

Un vestíbulo que tiene tres sillas.

Otra habitación que tiene una mesa y cuatro sillas y

Otra habitación que tiene una mesa y tres sillas.

Y para que conste se levanta por cuadruplicado la presente acta, que firman los señores antes mencionados: Faustino A. de Luna, rubricado.—Julián Murillo Iglesias, rubricado.—Acto seguido se procede a hacer entrega de dichos locales y enseres en cumplimiento de la orden anteriormente reseñada, al señor Comandante Delegado de Orden Público. Cáceres diez de Noviembre de mil novecientos treinta y siete. Recibí, por orden del señor Delegado, Antonio Manzano Rodríguez, rubricado. Hay un sello en tinta verde que dice: «Delegación de Orden Público de la Provincia. Jefatura. Cáceres».

En consecuencia, se acuerda pase al señor Abogado asesor del Colegio el acta de referencia, para que redacte el oficio en que se dé cuenta al propietario de la Casa, de estas circunstancias, a los efectos del pago de alquileres, ya que solamente se le pagará el de Noviembre.

Se faculta al Secretario, para que de acuerdo con la Presidencia se proceda al alquiler de un piso, donde queden instaladas convenientemente las dependencias de esta Corporación Médica.

Por tener la documentación en regla, se admiten como colegiados a don Juan Molina Martínez, de Zarza de Granadilla, y don Martiniano Asensio Tejerino, de Guijo de Santa Bárbara.

Se da cuenta de la resolución de la Comisión Provincial de

Incautación de Créditos, recaída en la declaración de los saldos a favor de Previsión Médica Nacional y Consejo General de Colegios, por lo cual ha quedado completamente libre este último; se acuerda elevar todo ello al conocimiento de dicho Consejo, a los efectos que procedan.

Vista la denuncia presentada contra el compañero de Casas de don Gómez, don Marcelino Montero Gutierrez, por varios vecinos del pueblo donde ejerce, se acuerda pasarla a informe de la Junta de Partido.

Se acuerda comunicar a la Librería Internacional, de don Manuel Conde López, de San Sebastián, que en el año 1937, no interesa por ahora, recibir la revista que menciona.

Se da cuenta del Saludo recibido del Ayudante Secretario de S. E. el Jefe del Estado, referente a la Gratitude del Generalísimo con motivo de la felicitación cursada en el aniversario de exaltación a la Jefatura del Estado.

Se acuerda contribuir con 100 pesetas para la suscripción del Aguinaldo del Combatiente y con 50 pesetas para la cena de Nochebuena de los pobres de Cáceres.

Se da cuenta de las diversas circulares recibidas del Consejo General de los Colegios Médicos, dictando normas y dando instrucciones para la inminente puesta en marcha de la Previsión Médica Nacional y del Patronato para Huérfanos de Médicos, celebrando los reunidos la gran actividad que viene desplegando desde su constitución el activo Consejo, en beneficio de la clase, por lo cual su labor es de esperar sea fructífera.

Se aprueban las cuentas presentadas, firmándose los Libramientos y Cargaremes correspondientes.

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

## Importante para los Médicos Titulares

Hay un membrete que dice: Gobierno General del Estado Español. Sección, Sanidad, número 2.589.

Don Ramón Sánchez Cayetano, Médico de Asistencia Pública Domiciliaria del Excmo. Ayuntamiento de esa Capital, Teniente Médico de Complemento, con destino en esa plaza, dirige instancia a este Gobierno General solicitando la anulación del acuerdo de la expresada Corporación Municipal de fecha 18 de Agosto último, por el cual fué declarada vacante la plaza de Médico Titular del referido facultativo.

Examinados los antecedentes relacionados con la petición formulada en la instancia de referencia, resulta:

1.º Que por orden de este Gobierno General de fecha 8 de Julio último, fué autorizado el Sr. Sánchez Cayetano, previo informe de la Jefatura de Sanidad Militar de Cáceres para su traslado a Baños de Montemayor, con objeto de hacerse cargo del Balneario de «Salugral», de cuyo establecimiento había sido nombrado Director durante la temporada, pudiendo a la vez prestar sus servicios en el Hospital Militar de aquella plaza, si así era deseo del interesado, habiendo tomado posesión del expresado cargo con fecha 29 del citado mes de Julio.

Ha de tenerse en cuenta que los Médicos Titulares o de Asistencia Pública Domiciliaria dependen exclusivamente de este Gobierno General a través de las Inspecciones Provinciales de Sanidad, en armonía con las disposiciones de la Base 29 de la Ley de Coordinación Sanitaria, Reglamento para su aplicación de 29 de Septiembre de 1934, confirmados por el contenido del artículo 161 de la Ley Municipal de 31 de Octubre de 1935 y Ordenes de 15 de Diciembre de 1936 y 5 de Febrero del presente año, por lo que es evidente que carace de competencia la administración municipal para adoptar acuerdos relacionados con las plazas de los expresados facultativos y si bien pudiera acudirse que los Médicos Titulares habrían de cesar en tales cargos al tomar posesión de otros, este criterio no es de aplicar en el caso de que se trata, pues no puede admitirse tal argumentación, dado el carácter temporal de la dirección de un establecimiento balneario, cuya circunstancia hace a esta compatible con otros cargos pertenecientes igualmente al Estado (Catedráticos, médicos de Hospitales, funcionarios de la Administración, por lo que carece de valor legal y efecto el acuerdo del Ayuntamiento de Cáceres a que se refiere la presente Orden.

Por lo expuesto, este Gobierno General ha tenido a bien disponer que quede nulo y sin efecto alguno el acuerdo adoptado por el Ayuntamiento de Cáceres en 17 de Agosto del corriente año, por el que fué declarada vacante la plaza de Médico Titular de D. Ramón Sánchez Cayetano, el cual deberá continuar al frente de la misma como si no hubiera existido tal acuerdo.

Lo comunico a V. S. para su conocimiento y traslado al Médico y Ayuntamiento interesados, así como a la Junta de la Mancomunidad Sanitaria Provincial, a los efectos oportunos.

Dios salve a España y guarde a V. S. muchos años.

Valladolid 11 de Diciembre de 1937.—El Gobernador General, *Luis Valdés*, Rubricado.—Señor Inspector Provincial de Sanidad, Cáceres.—Hay un sello que dice.—Gobierno General del Estado Español.

# Aclaraciones sobre la declaración de utilidades

Durante el primer trimestre de 1938, deberá presentarse en la Administración de Rentas Públicas de esta provincia la declaración jurada de los ingresos obtenidos en el ejercicio de la profesión médica durante el tiempo que media desde 1.º de Enero a 31 de Diciembre de 1937.

El importe de dicha declaración deberá coincidir con la suma que arroje el libro registro de utilidades, en el cual, al finalizar cada año, se sumarán los ingresos obtenidos durante el mismo, comenzando en la línea siguiente los asientos del nuevo ejercicio.

Es de advertir que en el tal libro registro, con arreglo a lo preceptuado en la regla 41 de la Instrucción de 8 de Mayo de 1928, no deben anotarse las cantidades obtenidas de los Ayuntamientos (titular, quintas e Inspección municipal de Sanidad), Diputaciones, Compañías, Bancos, Sociedades, Corporaciones, etcétera, puesto que al percibir dichas utilidades se les ha debido hacer el descuento correspondiente por la cantidad que las satisfizo.

Enviamos a todos los colegiados con el presente número de CLINICA, dos impresos, para que una vez anotada en la casilla que se refiere a ingresos en la profesión libre la suma que arroje el libro registro de utilidades, y después de reintegrarlos con un timbre móvil de veinticinco céntimos, fechados y firmados, nos lo devuelvan, precisamente los dos, para presentarlos dentro del primer trimestre de 1938, en la Administración de Rentas Públicas.

Con dicha declaración, la Administración practica la liquidación tomando como base la suma total de los ingresos declarados, de la cual resta por coeficiente de deducción de gastos el 35 o el 40 por 100, según se trate de médicos en general o en médicos que tengan rayos X o labora orio clínico. Este extremo debe hacerse constar en la declaración, tachando el que no le corresponda, ya que en caso contrario aplicarían a todos el coeficiente del 35 por 100.

Una vez deducido de la utilidad declarada el coeficiente por gastos, tendremos determinada la base de imposición que se sujeta a tributación con arreglo a la siguiente escala:

MAS DE	SIN EXCEDER DE	Tanto por ciento de gravamen
1.500	2.000	2,50
2.000	3.000	3,00
3.000	4.000	3,50
4.000	5.000	4,00
5.000	6.000	4,50
6.000	7.000	5,00
7.000	8.000	5'50
8.000	9.000	6,00
9.000	11.000	7,00
11.000	13.000	8,00
13.000	15.000	9,00
15.000	20.000	10,00
20.000		11,00

Quedan exentas de gravamen las cantidades que no excedan de mil quinientas pesetas anuales.

Aplicado el tanto por ciento correspondiente a la base de imposición (esto es, a la cantidad que resulta de deducir el coeficiente de gastos, de aquella otra declarada por el contribuyente), obtendremos el gravamen, del cual se deduce la cuota del Tesoro de la contribución industrial que durante el ejercicio haya satisfecho el contribuyente, siendo la resultante la cantidad que por utilidades habrá de abonar al Tesoro.

Para mayor claridad ponemos a continuación unos cuantos ejemplos:

#### 1.—MEDICO EN GENERAL.

	PESETAS.
Ingresos declarados en la profesión libre.....	4.358 00
35 por 100 de coeficiente de deducción.....	1.525 30
Base de Imposición.....	2.832 70

#### TIPO QUE LE CORRESPONDE SEGUN LA ESCALA 3 POR CIENTO

3 por 100 de 2.832'70 pesetas.....	84 90
------------------------------------	-------

Si la cantidad que ha satisfecho por cuota del Tesoro es superior a esa cantidad no habrá de pagar nada por utilidades.

## 2.—MEDICO EN GENERAL

Ingresos declarados en la profesión libre.....	3.300 09
33 por 100 de deducción.....	<u>1.855 00</u>

Base de Imposición.... 3.445 09

TIPO QUE LE CORRESPONDE SEGUN LA ESCALA  
3'50 POR CIENTO

3'50 por 100 de 3.445'00 pesetas.....	120 57
A deducir la cuota del Tesoro que haya satis- fecho por industrial, suponiendo que ha- yan sido.....	<u>118 00</u>
Habrá que abonar por utilidades.....	2 75

## 3.—MEDICO EN GENERAL

Ingresos declarados en la profesión libre.....	8.653 00
35 por 100 de coeficiente de deducción.....	<u>3.028 55</u>

Base de Imposición.... 5.624 45

TIPO QUE LE CORRESPONDE SEGUN LA ESCALA  
4'50 POR CIENTO

4'50 por 100 de 5.624'45.....	253 10
A deducir la cuota del Tesoro que haya satis- fecho por industrial, suponiendo que ha- yan sido.....	<u>160 00</u>
Habrá que abonar por utilidades.....	93 10

4.—MEDICO QUE TENGA RAYOS X O LABORATORIO  
CLINICO

Ingresos declarados en la profesión libre.....	10.892 00
40 por 100 de coeficiente de deducción.....	<u>4.356 80</u>

Base de Imposición.... 6.535 20

TIPO QUE CORRESPONDE SEGUN LA ESCALA  
5 POR CIENTO

5 por 100 de 6.535'20 pesetas.....	326 76
A deducir la cuota del Tesoro que haya satis- fecho por industrial, suponiendo que ha- yan sido.....	<u>190 00</u>

Habrá que abonar por utilidades..... 136 76

5.—MEDICO QUE TENGA RAYOS X O LABORATORIO  
CLINICO

Ingresos declarados en la profesión libre.....	14.200 00
40 por 100 de coeficencia de deducción.....	<u>5.680 00</u>

Base de Imposición..... 8.520 00

TIPO QUE LE CORRESPONDE SEGUN LA ESCALA  
6 POR CIENTO

6 por 100 de 8.520 pesetas .....	511 20
A deducir la cuota del Tesoro que haya satis- fecho por industrial; suponiendo que hayan sido .....	205 00
	<hr/>
Habrá que abonar por utilidades..	106 00

Hemos de advertir que no olviden nuestros colegiados que dichas dos declaraciones, tienen que ser fiel reflejo de lo que tengan consignado en el libro registro de ingresos, legalizado por la Hacienda, y que antes de envi rnoslas se fijen bien, hasta tener el pleno convencimiento de que no se equivocaron en las cantidades que en ellas se anoten, para que no tengan que sufrir nunca los disgustos consiguientes a las equivocaciones, si éstas fueron por exceso, pues ni la Hacienda, ni muchos menos este Colegio, pueden en manera alguna aceptar luego responsabilidades por aquel motivo.

Con los ejemplos anteriores creemos queda debidamente aclarada la nueva tributación de los Médicos por el concepto de utilidades, y deseamos a su vez que se convenzan de que la vigente ley es sumamente favorable para los Médicos, puesto que dándose cuenta de los innumerables gastos y molestias que lleva aparejada nuestra profesión, admite la deducción de un 35 o 40 por 100 de los ingresos declarados, con el fin de indemnizarlos de aquéllos y cuya deducción no era admitida por la antigua ley. A su vez sujeta a tributación la cantidad restante con arreglo a una escala de tipos progresivos, desapareciendo de esta forma la injusticia que llevaba aparejada la antigua ley al gravar el tipo único del 5 por 100 todos los ingresos de los Médicos, haciendo caso omiso y siendo objeto de un mismo trato, aquellos favorecidos por la fortuna, que obtienen honorarios cuantiosos y los que por el contrario casi no llegan a cubrir con sus ingresos las necesidades de la vida.

---

## A V I S O

Con el presente número recibirán los señores Colegiados dos impresos, para que anoten las utilidades correspondientes al año 1937, que deberán firmar y reintegrar con un sello móvil de 0'25 pesetas, remitiéndolos a este Colegio, teniendo en cuenta que declinamos toda responsabilidad, para todos aquellos que no las envien antes del 28 de Marzo. No se dará curso a ninguna declaración que no venga reintegrada en forma.

# 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, 108

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 Mayor, 49, 3.º - CACERES



