

AÑO DE LA VICTORIA

Clinica Extremeña

REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE CÁCERES

ESTA REVISTA SE REPARTE GRATIS
A DOS SEÑORES COLEGIADOS

PUBLICACION MENSUAL,
PROFESIONAL Y CIENTÍFICA

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
EN EL DOMICILIO SOCIAL DEL COLEGIO
C. DEL BURGENSE, N.º 9 - TELÉFONO 1835

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
LA JUNTA PERMANENTE DEL
COLEGIO MÉDICO

SUMARIO

SECCIÓN CIENTÍFICA: Algunos rasgos de lo que debe ser la Lucha Antituberculosa en el Nuevo Estado Nacional Sindicalista.—Epidemiología: Antigua y Moderna.—SECCIÓN DE LEGISLACIÓN: Ordenes. Ley de Bases del Patronato Nacional Antituberculoso.—Jefatura Provincial de Sanidad.—Del ejercicio de la Profesión.—Fiscalía de la Vivienda.—SECCIÓN OFICIAL DEL COLEGIO: Acta de la sesión celebrada el día 3 de Agosto de 1939.

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

Adultos

Optobalsan

(OPTOQUINA Y BALSAMICOS)

tratamiento de las afecciones bronquio-
pulmonares en general.

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

FORMULA NIÑOS - Ampollas de 1'5 c. c.

Laboratorio Vda. de Salvador S. Ortiz
BAZA - GRANADA

Laboratorio J. N. BOACIÑA
CACERES

NEUMOL

ANTICATARRAL INFALIBLE

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

Cicatrizo lesiones y repara tejidos

VENTA EN FARMACIAS

Laboratorio «CASTEL»

ANÁLISIS CLÍNICO BACTERIOLOGICO Y SEROLOGICO

Sangre y Líquido Cefalorraquídeo.



Orina, Esperma, Espustos.

Contenido gástrico.

Líquido duodenal.

Heces, Líquidos retirados por punción.

Exudados. Leche de mujer.



Pruebas funcionales renales.

- » » hepáticas.
- » » del aparato digestivo.
- » » de la nutrición.



Análisis químico y biológico de alimentos (incluyendo vitaminas).

Análisis de Agua.

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

“GADOL” CASTEL

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

Muestras gratis a los señores Médicos que la soliciten

Plaza del General Mola, 37 — Teléfono, 1452

C A C H E R E S

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 FRENO (BADAJOZ)

LUIS INFANTE

Médico especialista en

GARGANTA, NARIZ Y OIDOS

Consulta de 10 a 1 y de 5 a 6

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

AÑO DE LA VICTORIA

Clínica Extremeña

Revista científica mensual

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

Sección Científica

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

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

(CONTINUACIÓN)

Los Establecimientos u Organismos de la Lucha Antituberculosa.

No pretendemos exponer qué es lo que se entiende por dispensario, sanatorio, obras de preservación de la infancia, etcétera; todo el mundo tiene alguna idea, aun los menos versados, de lo que cada uno de ellos es y significa así como de la finalidad profiláctica preferente de unos, como los dispensarios, sanatorios-escuelas, y la de aislamiento y tratamiento de los hospitales, sanatorios, enfermerías, aunque indirectamente verifique una labor de profilaxis. Pretendemos referirnos exclusivamente, teniendo en cuenta entre otras cosas lo expuesto en anteriores páginas, a lo que cada uno de ellos debe ser en nuestro país, es decir, a las modalidades que habrá que imprimirles para que encuadren mejor con las características de España; porque no hay que olvidar que, dentro de las normas generales sobre que se basa el funcionamiento del mismo orden de organismos en

los diferentes países, existen variedades impuestas por las propiedades de la región o localidad donde radican, así, por ejemplo, hay notables diferencias entre como funciona un dispensario antituberculoso alemán y uno francés y mucho mayores entre ambos y uno norteamericano.

Los Dispensarios.—Obligado es al hablar de los mismos conceder beligerancia, exclusivamente por lo dañosa, a una idea ya poco corriente, pero que aún existe en algunos medios, la cual no reconoce al Dispensario como el elemento básico de la Lucha Antituberculosa. Es asunto este que por tan universalmente admitido elude toda discusión.

Lo cierto y lo que aquí especialmente nos interesa, es que en España se necesitan fundamentalmente dos clases de dispensarios por lo que al tipo y alcance de su funcionamiento se refiere y que convienen y son adaptables lo mismo al medio rural, que es el que cuenta con más población, que al industrial y al urbano; estos son, el Dispensario Central y el Auxiliar o de distrito.

El Dispensario Central.—Esta clase de Dispensario es el propio de las capitales de provincia, el que ha de constituir el centro, la base de toda la armadura antituberculosa de cada una de ellas, de la Unidad Antituberculosa. Constituirá pues, el dispensario modelo de la Lucha Antituberculosa del Estado al que habrá que dotarle del personal y medios necesarios para cumplir tan importante papel, debiendo ser objeto de principal atención. La experiencia de varios años al frente de uno de estos organismos nos ha llevado al convencimiento de que, con ellos de este modo dispuestos, no solamente haremos una obra profiláctica de gran importancia sino que dotaremos a la Nación de una Lucha Antituberculosa modelo en eficiencia y economía. Investigación, clasificación y colocación de enfermos en organismos complementarios y vigilancia de los mismos; enseñanza y divulgación de la tuberculosis y ayuda al enfermo necesitado y a sus familiares; profilaxis y tratamiento de la tuberculosis; he ahí las funciones fundamentales y propias de todo dispensario en su zona de acción. Pero no son éstas, precisamente, las que caracterizan su apelativo: Dispensario Central quiere decir, además, estudio profundo del problema de la tuberculosis a base de los resultados de la labor propia y de la de los demás dispensarios y organismos de la provincia, catastro de la población afectada, peligrosa o en peligro, estudio de la provincia en los múltiples aspectos, geográfico, económico, higiénico, y cooperación y ayuda a la Inspección Provincial de Sanidad, dado su inmediato contacto con la misma, proporcionando a ésta la visión general del problema, nuevas orientaciones, medidas de orden general, con lo que, el Inspector Provincial de Sanidad, en su papel de

ordenador, de todas las actividades sanitarias, pueda orientar la salud pública con el mayor éxito.

Dispensarios de Distrito.—Pero el Dispensario Central establecido en la respectiva Capital es del todo insuficiente para llenar, por lo que a su labor netamente dispensarial se refiere, las necesidades de la mayor parte de nuestras provincias; son, a todas luces, excesivas la población y la extensión territorial para que puedan comprenderse dentro de la zona de acción de un dispensario. En una publicación hemos señalado con anterioridad entre otras estas dificultades, las cuales obligan a descentralizar parcialmente la labor de los Dispensarios Centrales e ir a la creación de los Dispensarios de Distrito, diseminándolos en el medio rural en calidad y proporción convenientes.

Estos dispensarios deben ser instalados en los Centros Comarcales en los lugares donde estos existan y ello reportará gran ahorro; pero hay que mejorar en lo preciso la dotación de las Secciones de Tuberculosis de dichos Centros proporcionándoles el personal y medios necesarios para que puedan atender debidamente la zona de su demarcación.

De todos modos, a pesar de estas medidas, quedarán seguramente zonas que permanezcan desatendidas y fuera del alcance activo de la red de dispensarios y para cubrir las necesidades que esto implica se harán imprescindibles los equipos móviles, que además siempre serán muy útiles en las investigaciones radiológicas de grandes grupos, por ejemplo, de obreros, niños, y hasta masas enteras en el ambiente rural, que sin este medio no sería posible someter a observación.

Quedan, después de esto, señalados los dos tipos fundamentales de dispensario con que debe contar la Lucha Antituberculosa española del porvenir y; aunque nos hemos referido directamente a la distribución en el medio rural, se desprende qué es lo que se impone en las grandes capitales cuya población sea superior a la que normalmente debe ser atendida por un dispensario. La instalación de dispensarios auxiliares en lugares estratégicos de las mismas, soluciona el problema.

Dado el carácter de orientación general que preside a este escrito, no parece oportuno entrar en el detalle de cualquiera de las cuestiones expuestas; sin embargo, nos interesa, a manera de inciso, fijar nuestra posición acerca de un punto que, también, como otros muchos, ha sido tema de grandes discusiones y que, todavía, entre nosotros, cuenta con algunos prosélitos. Se refiere al tratamiento del tuberculoso en el dispensario, y sin recurrir a los razonamientos que han hecho inclinar el debate por el lado afirmativo y para salir al paso de aquellos que sostienen la teoría de que entre las funciones del dispensario no cabe la terapéutica, vamos a hacer algunas consideraciones que rebaten de modo

contundente la negativa de esta importante función de dicho centro.

Es evidente que, los enfermos tuberculosos desde el punto de vista de la asistencia terapéutica, pertenecen a clases diferentes, según merezcan aislamiento, tratamiento sanatorial u hospitalario, tratamiento ambulatorio o simplemente vigilancia. El tratamiento ambulatorio es, pues, una realidad innegable en materia de tuberculosis; por lo tanto, aunque tuviésemos la fortuna de poseer un número de camas ilimitado, de ningún modo debería recluirse a muchos de estos enfermos en los Establecimientos de cura, porque además de no proporcionarles ventajas positivas en lo referente al progreso favorable de sus lesiones, les privaríamos de ejercer una profesión o trabajo útil o indispensable para ellos o sus familias y, en fin de cuentas, para la sociedad. ¿Quién, pues, si no el Dispensario va a encargarse del tratamiento de los mismos, en lo que no puede hacer el respectivo médico práctico? ¿Qué razones hay en contra, aunque no existiese en su favor la profilaxis de tratamiento, pues profilaxis es esterilizar la fuente de contagio o evitar la producción de una nueva con un tratamiento oportuno? Nadie ha pensado todavía en negar a los dispensarios antipalúdicos la administración de quinina, y de ningún modo admitimos que el tratamiento del palúdico encierre más secretos que el del tuberculoso.

Pero analicemos en otro sentido la cuestión, no refiriéndonos de modo exclusivo al enfermo merecedor de tratamiento ambulatorio, y conformémonos con considerar la estadística de los últimos años, que señala una cifra anual que sobrepasa los 28.000 muertos por tuberculosis; a dicha cifra corresponden unos 300.000 enfermos, pudiendo asegurarse que de éstos, más de 120.000 padecen lesiones contagiantes; es decir, se trata de individuos en fase de manifiesto peligro para la sociedad. Por desgracia nos encontramos actualmente en España muy lejos de poder cubrir por la asistencia hospitalaria la cifra de mortalidad, cifra que es sobrepasada por muy pocos países. ¿Qué hacer con los restantes enfermos? De no prestarles ayuda terapéutica en los dispensarios, sería lo mismo que dejarlos en el mayor abandono y conformarnos con asistir impasibles al progreso de sus lesiones.

Pero tanto han cambiado los conceptos durante los últimos años en materia de acción terapéutica de los dispensarios que no se conciben los motivos en que se apoyan los impugnadores del tratamiento en los mismos, ya que, inclusive, se esté tratando en algunos sitios de proveerlos de secciones dedicadas exclusivamente a tratamiento, en donde se dispone de un pequeño número de camas para alojar a los enfermos durante un tiempo mínimo, mientras se les instaura una terapéutica que puede pasar

rápidamente a ser ambulatoria; o, en otros casos, se les conecta estrechamente con pequeños sanatorios con el mismo fin.

El que tenga una idea clara sobre el funcionamiento del dispensario sabe muy bien la labor utilísima que estos organismos pueden verificar en el sentido terapéutico y el extraordinario ahorro que ello supone. Pero no hay que olvidar que el trabajo que ésta y las anteriores consideraciones llevan consigo no es posible desarrollarlo con el escaso personal y material que hasta la fecha presente han venido disfrutando los dispensarios españoles, los cuales respondían exactamente a la miseria nacional dominante en todos los aspectos de la vida del país.

Esta revisión somera sobre algunos de los aspectos de lo que debe ser esta entidad antituberculosa en el nuevo Estado, revela claramente, no sólo que el dispensario es el organismo básico, sino además, el elemento inicial para la organización y constitución de la Lucha Antituberculosa. Por lo tanto, ante esta preferencia exigida por la realidad, ante la necesidad de orientar la Lucha Antituberculosa de España, como anteriormente expusimos, especialmente en el sentido de la profilaxis, la cual pesa de modo directo sobre los dispensarios, se desprende como corolario que la primera medida, el primer paso en la organización de aquella no tiene que ser otro, si no queremos caer de lleno en la imperfección y en el gasto inútil, que la creación y robustecimiento de estas instituciones, para que puedan desarrollar el trabajo que se refleja en las anteriores líneas.

Los Centros de aislamiento y tratamiento.—En el orden que debe seguirse en España al organizar la Obra contra la tuberculosis, corresponde a los organismos de aislamiento y tratamiento el segundo lugar—téngase en cuenta que no nos referimos a un orden cronológico estricto—, pues es lógico que se pretenda atender cuanto antes a la asistencia del enfermo tuberculoso, puesto que el aislamiento y la esterilización de la fuente de contagio representan una obra de gran importancia profiláctica en el orden social y que, además de tratarse de Establecimientos de disposición y funcionamiento no complicados, contamos ya con una obra hecha de verdadera importancia si sabemos utilizarla de modo acertado.

La cifra de mortalidad anual por tuberculosis debe constituir el objetivo de la asistencia clínica al tuberculoso, lo cual quiere decir que debemos disponernos para que, no tardando, existan en España más de 25.000 camas preparadas para la atención de estos enfermos.

Muchas veces hemos escuchado y leído publicaciones en las que se sostenía que, aprovechando con acierto las disponibilidades actuales, para lo cual bastaría exigir el cumplimiento de lo legislado sobre la materia, podría contarse con un número de

camas mucho mayor del que hasta la fecha ha venido dedicándose al tuberculoso; afirmación que consideramos del todo veraz. No se puede decir de momento a cuánto ascendería el número de camas de este modo disponibles y creemos no sería fácil el hacerlo, mucho menos en este momento en el que habría que descontar los estragos producidos por la guerra; pero resultaría convenientísimo, antes de acometer la empresa de construcción de edificios e instalación de los mismos, verificar un recuento detenido así como una clasificación de lo ya existente, pues, a buen seguro, con algunas modificaciones o mejoras, podrían utilizarse un buen número de camas hoy perdidas en salas de hospitales y de otras organizaciones; si no para convertirlas en medios óptimos de cura, sí, al menos, para ser utilizadas como medio de aislamiento del tuberculoso grave. Todo lo que no sea estudiar previamente las posibilidades de rendimiento de lo que tenemos, o sea, valorar su real utilización, así como dedicarse a construir de un modo caprichoso, también sin tener en cuenta qué tipo de Establecimiento de cura debe adoptarse, nos parece muy peligroso en el sentido económico.

Pero, como a todas luces, todo lo que pueda deducirse de este inventario es insuficiente, debe emprenderse la construcción de los establecimientos sanatoriales necesarios hasta lograr alcanzar la capacidad antes indicada y, ante la magnitud de la obra, es obvio señalar que la primera condición es que sea lo más económica posible, porque casi todas las demás que requiere dichos centros tienen fácil logro en nuestro suelo. Para cumplir aquella condición es preciso recurrir a la construcción de establecimientos sanatoriales de gran capacidad, un mínimo de 300 camas, lo que representa que, además de ser por su volumen organismos perfectamente manejables con un personal no muy numeroso, el promedio de coste por estancia se reduce considerablemente. La instalación de estos sanatorios debe hacerse en lugares cuidadosamente escogidos, los más próximos posible a las poblaciones y centros de comunicación, garantizándose de este modo el fácil acceso así como el aprovisionamiento, circunstancias estas de fácil solución en nuestro país; deben distribuirse de modo proporcionado a la población por lo que, según ésta tendrán el carácter de provinciales o interprovinciales, teniendo en cuenta las grandes diferencias de habitantes en las diferentes provincias.

Otra condición muy importante que se requiere para obtener el máximo rendimiento de los sanatorios es que su funcionamiento tenga una relación estrecha con el de los dispensarios, lo mismo que debe ocurrir con todos los demás organismos complementarios de la Lucha Antituberculosa.

El ingreso de los enfermos no puede quedar al libre albedrío

de quien indebidamente pudiera hacerlo; han de ser los dispensarios quienes seleccionen a los mismos; bajo las características marcadas en las disposiciones oficiales, debiendo prohibirse absolutamente la entrada directa en los sanatorios sin haber cumplido previamente el trámite del paso por los dispensarios. Como la clasificación de los enfermos ha de disponerse con arreglo a los conocimientos de la terapéutica moderna, es de esperar que los establecimientos de que tratamos—a los sanatorios de cura nos referimos especialmente—dispongan de los medios y condiciones que se requieren para llevar a cabo una terapéutica de la mayor actividad en el más amplio sentido, queriendo con ello referirnos a la práctica de los procedimientos colapsoterápicos actualmente en boga, con los cuales se consiguen los máximos efectos curativos y a la vez se limita considerablemente el tiempo de estancia de cada enfermo, resultando, en consecuencia, mucho mayor el número de beneficiarios por unidad de tiempo. Hay que huir, a todo trance, de convertir a los sanatorios de cura en asilos, como prácticamente han venido siendo, en donde los enfermos, unos por imposibilidad de intervención médica, mal seleccionados la mayor parte, o por no disponerse de condiciones para aplicar a otros los tratamientos antes indicados, solían eternizarse meses y años, obtenían ligeras mejorías en el caso más favorable. Por los procedimientos que proponemos, la curación o por lo menos la esterilización de los enfermos es, en la mayoría de los casos, notablemente rápida y las condiciones en que se coloca a los mismos suficientes para soportar un tratamiento ambulatorio, siendo entonces los dispensarios quienes deben tomarles a su cargo y dejando así plazas libres para otros necesitados. No es igual para la economía y eficacia de la Lucha Antituberculosa, que un sanatorio de 100 camas atienda durante un año a 100 enfermos a que por cada cama pasen dos o tres durante el mismo tiempo.

Esto es lo que ocurre, por ejemplo, con muchos de los enfermos sometidos al neumotórax artificial a los que no se puede conceder una estancia en el sanatorio durante los múltiples años en que se les practica este tratamiento, ya que en un buen régimen ambulatorio le soportan sin que se altere el éxito de la cura y sin que sea incompatible con diversas actividades y ocupaciones. Y aquí tenemos otra razón más en apoyo de la realización de tratamiento en los dispensarios, pues cuando pasen unos años de actividad sanatorial, aún contando sólo con los que en estos momentos empiezan a funcionar, se verán los cientos de neumotorizados que poco después de iniciado el colapso pulmonar revierten a los lugares de origen, y entonces ¿quién se va a encargar de la continuación del neumotórax? De no ser los dispensarios existentes tendremos que ver, y será muy cu-

rioso, por duplicado los dispensarios, ficheros, personal, material, etc.

Hasta el momento en que en España no se haya conseguido establecer una importante red de dispensarios y un número suficiente de sanatorios que permita contar con un total de camas de consideración para las atenciones de aislamiento y tratamiento del tuberculoso, lo que nos parece puede lograrse en un lapso de tiempo relativamente corto, no debe, a nuestro juicio, acometerse la implantación de otra clase de centros antituberculosos. Creemos que, con los elementos expuestos, que son los que necesitan una aplicación inmediata, se resuelven ya la mayor parte de las necesidades que cumple atender a la Obra Antituberculosa. Hay que tener en cuenta que todos los demás organismos que la integran ofrecen dificultades de creación y funcionamiento mucho mayores que estos a que nos hemos referido y que necesitan un estudio cuidadoso, un medio ambiente preparado y un personal técnico capacitado, condiciones todas ellas de que no se dispone por el momento; así pues, todo lo referente a la creación de obras de preservación de la infancia en sus diferentes edades y, sobre todo, las correspondientes a la asistencia postsanatorial, talleres, escuelas de reeducación, colonias, villas para tuberculosos, etc., deben aplazarse para cuando la Lucha Antituberculosa haya adquirido cierta madurez. Sin embargo, pueden ir empezando a organizarse, en relación con la Enseñanza, las escuelas al aire libre, las colonias de verano, porque además de las ventajas múltiples que proporcionan al niño originan pocas molestias de instalación y su coste es extraordinariamente reducido.

La Unidad Antituberculosa.—Poco queda que exponer a este respecto ya que, de todo lo que llevamos dicho, se desprende que la Unidad Antituberculosa han de constituirlos todos los establecimientos de profilaxis y tratamiento que, agrupados en torno del Dispensario Central, se organicen en cada una de las provincias. La Unidad Antituberculosa constituye, pues, el ámbito de movimiento y de intervención del Consejo Provincial de Lucha Antituberculosa. En casi todas o en todas las provincias españolas existe una realidad demográfica, económica y social de amplitud considerable que justifica la organización de la Unidad Antituberculosa; claro que habrá que cuidar de que ésta, en su extensión y capacidad de rendimiento, sea justamente proporcionada a aquellas condiciones, pues en otro caso se originarían grandes diferencias, especialmente en perjuicio de las provincias de mayor población y extensión territorial.

Las ventajas de orden técnico y administrativo que la constitución de las unidades antituberculosas ha de producir se prevee que han de ser grandes; el desplazamiento y trasiego de los

enfermos con las consiguientes molestias y trastornos económicos quedará muy limitado y a su vez constituirán un buen paso para el descargo presupuestario del Estado, así como un estímulo para el público, quien habrá de encariñarse con los elementos de su región, de su provincia, como con cosa propia y se prestará mejor a la contribución económica para el fomento e impulso de la Lucha Antituberculosa.

Ciertamente, en la Unidad Antituberculosa no caben todos los organismos de la Lucha, porque hay ciertos tipos de ellos que no pueden generalizarse de modo que exista uno por provincia; pero esto no supone dificultad alguna, ya que éstos, donde quiera que asienten, pueden depender directamente del Consejo Nacional lo que no es obstáculo para que el usufructo se conceda a todas las unidades antituberculosas en sentido proporcionado a sus necesidades.

El Presupuesto

Una de las curiosidades más llamativas que pueden anotarse en la historia de España de la época precursora al Glorioso Movimiento Nacional, fué el pretender establecer una Sanidad Nacional exenta de dispendios, dándose, además, el caso peregrino de que en una ocasión en que hubo de lograrse de los Altos Poderes un aumento importante en el presupuesto para atenciones sanitarias, fué preciso devolver a la Hacienda una buena cantidad por no haber sido empleada; además, cuando en la Asamblea de tuberculosis del Congreso de Sanidad, celebrado en el año 34, se expuso por alguien la necesidad de elevar de modo importante el presupuesto de Lucha Antituberculosa, se produjeron fuertes protestas por parte de numerosos colegas, algunos de los cuales cultivaban la especialidad de tuberculosis y tenían cargos del Estado en este aspecto. ¡Qué desconocimiento de lo que en el mundo ocurre así como de las posibilidades de nuestra Patria!

Pero yendo a los hechos hay que empezar por convenir que la profilaxis de la tuberculosis es una cuestión sumamente costosa y, a pesar de ello, las naciones acometen la empresa porque los beneficios económicos que reporta son considerablemente mayores que los gastos, aunque la experiencia de pocos años no permita fijarles con cifras verosímilmente exactas.

Los estudios de algunos autores sobre los estragos que la tuberculosis produce en algunos países, teniendo en cuenta exclusivamente el valor-trabajo destruído, alcanza sumas asombrosas. Así, por ejemplo, para Francia se calcula en dieciseis mil millones anuales de pérdida; para Alemania, alrededor de siete mil millones de marcos oro, según cifras coincidentes de varios autores. Estableciendo la comparación debida, dichas pérdidas

supondrían en España unos ocho mil millones de pesetas. Se comprende que, aunque la efectividad de la Lucha Antituberculosa no fuera más que la suficiente para rebajar, después de una docena de años de acción, aquellas pérdidas en una cuarta parte, aún queda un amplio margen económico para que el Estado emprenda tan magnífico negocio con el mayor entusiasmo y sin ningún recelo. Y consideramos este asunto exclusivamente por el lado económico-social prescindiendo de la faceta del sentimiento personal.

Para que nos sirva de guión acerca de lo que deben ser nuestros esfuerzos, hagamos una revisión rápida del estado del algunos presupuestos pertenecientes a naciones europeas, advirtiéndolo que las cifras que vamos a exponer corresponden a los años 1928-33, siendo muy posible que posteriormente dichas cifras hayan sufrido aumentos de consideración.

Naciones o territorios	Cantidad en pesetas que en proporción co- rrespondería a España	Por habitante y año en pesetas
Dinamarca.....	284.400.000	11'85
Noruega.....	254.400.000	10'60
Suiza.....	240.000.000	10'00
Suecia.....	190.000.000	7'95
Turingia.....	184.000.000	7'67
Inglaterra.....	132.000.000	5'50
Italia.....	110.400.000	4'60
Francia.....	85.200.000	3'55
Holanda.....	81.600.000	3'40

Estas cantidades son, a nuestro juicio, bastante expresivas y reflejan el esfuerzo que las diferentes naciones emplean en la defensa contra la tuberculosis, debiendo servirnos de orientación en el aspecto económico si pretendemos realizar una labor de alguna utilidad. Hemos de señalar, también, que las cantidades que integran los presupuestos apuntados tienen diferente procedencia; parcialmente son proporcionados por los mismos Estados, pero las aportaciones más importantes las realizan las regiones mismas, las cajas de seguros en donde existen y, también las Asociaciones tanto nacionales como provinciales o locales.

No creemos, sin embargo, que en España sea necesario realizar tan considerables dispendios para lograr una obra de verdadera eficacia, si ésta se orienta en el sentido que dejamos indicado en este escrito, sin que sea posible en este momento

prefijar cantidades. Pero en diferentes ocasiones se ha querido resolver en nuestro país el procedimiento de nutrir el presupuesto para atenciones sanitarias en general y, por lo tanto, para las correspondientes a la profilaxis contra la tuberculosis. Si aún viviésemos los tiempos pasados habría necesidad de pensar en múltiples fórmulas o de aconsejar complicadas soluciones; pero hoy ha pasado ya la época de pararse ante las dificultades y es necesario acostumbrarse a pensar que el país que está liquidando victoriosamente convulsión social tan tremenda, tendrá un mañana que será solamente de preocupación sobre las necesidades que la Nación sienta, para rápidamente atenderlas.

El Personal

Fundamentalmente el personal adscrito a la Lucha Antituberculosa ha de ser técnico y auxiliar.

Los Médicos que formen el personal técnico, deben constituir el Cuerpo de Médicos de la Lucha Antituberculosa y, como bien claramente se manifiesta repetidas veces en este escrito, es imprescindible que reúnan las condiciones de la especialización.

Para el reconocimiento oficial de los mismos pueden adoptarse varios procedimientos, pero el mejor, por su mayor garantía, es el concurso-oposición, aunque también con un buen margen de defectos. La condición que primeramente se ha de llenar para el concurso previo a la oposición debe ser la asistencia asidua durante un período no menor a dos años en uno o varios centros antituberculosos, garantizada por el jefe o jefes correspondientes. Verificado el ingreso, las plazas se irán cubriendo por el orden del mismo, lo cual supone que para ganar en categoría, es decir, para pasar de ayudante a jefe o director, no es preciso realizar ninguna prueba más de suficiencia, sino esperar el turno correspondiente.

Consideramos, también, necesario exigir a este personal un mínimo de conocimientos sobre cuestiones sanitarias, los cuales son imprescindibles para completar la capacitación del Médico que haya de intervenir en la profilaxis contra la tuberculosis.

Por períodos de tiempo de varios años debe hacerse la revisión adecuada sobre la actuación de dicho personal con el fin de fijar su labor, llegando, inclusive, en caso desfavorable, hasta la expulsión del mismo.

El personal auxiliar, constituido especialmente por las enfermeras hospitalarias y las instructoras de sanidad, debe adquirir su aprendizaje en una Escuela especial en donde se las provea de una preparación sólida y un conocimiento perfecto de su misión en todos los sentidos del trabajo sanitario que las compete.

Cáceres, Febrero de 1939.—III Año Triunfal.

A V I S O



Tenemos el placer de anunciar a los Señores Colegiados, que en nuestro próximo número publicaremos un trabajo por el Dr. D. Pedro R. de Ledesma, titulado

“Problemas diagnósticos en los Quistes de Mesenterio”



Ceregumil

FERNNADEZ

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

FERNANDEZ Y CANIVELL. — MALAGA

Representante general en Extremadura:

Francisco Cruz Quirós ● CACERES

EPIDEMIOLOGIA: ANTIGUA Y MODERNA

Por SIR WILLIAM HAMER.

Traducido para CLINICA EXTREMEÑA, por Arturo O'Ferrall.

(CONTINUACIÓN)

CAPITULO I

Las recientes influencias (Gripes).

La razón de ser de este capítulo no es, naturalmente, el abogar por una cruzada para promover la substitución de lo antiguo por lo moderno. Por lo contrario, cree el autor que son necesarios todos los rayos de todos los reflectores de la historia epidemiológica para navegar felizmente a lo largo de un trozo de costa sumamente difícil; la luz especial, a la cual desea llamar particular atención, es la de Sydenham, que alumbra estos problemas desde el medio del siglo XVII; pues como se verá más adelante ilumina con una vital importancia el rumbo de los navegantes de hoy día por los mares de la epidemiología. Mientras que reclama el derecho de extenderse por todo el dominio de la Patología geográfica e histórica y sintiéndose intranquilo al estar limitado dentro de las cuatro murallas del «aquí y ahora», admite el autor de que sólo podemos tratar de interpretar el pasado en términos de la experiencia adquirida en nuestro pequeño e inmediato alrededor, por consiguiente, nos volvemos de manera natural primeramente hacia los sucesos del período 1915-1925, que de un amplio punto de vista todavía puede considerarse como parte del «presente». Se permitirá quizá y de vez en cuando referencia a los fines del siglo pasado, un período que para muchos de nosotros aún está fresco en la memoria. La historia de las prevalencias de 1915-1925 pueden considerarse bajo tres encabezamientos; las precursoras de las grandes Gripes de 1918-1920; estas Gripes mismas, y los brotes subsiguientes a las mismas. Discutiremos más detalladamente las series primera y tercera, pues nos parece supérfluo hacer referencia detallada de las Gripes de 1918-1919; además es más bien su «cuadro» que nos interesa aquí y no las prevalencias pandémicas en sí mismas.

Se observará desde un principio, que el escenario, para utilizar una descripción, las gráficas, estaba cuidadosamente preparado para los sucesos de los años 1915-1925 precisamente en el momento en que el drama estaba por empezar. Del punto de vista epidemiológico había existido durante muchos años un creciente reconocimiento del error de aclamar como «nuevas enfer-

medades», a las extensas prevalencias epidémicas desarrolladas concurrentemente en varias partes del mundo; de dar enorme importancia en un país a su carácter sudorífico, en otros a su tendencia a atacar el cerebro y la médula espinal, o los pulmones, o el tracto gastro-intestinal; más excepcionalmente (y notablemente en los países tropicales) a las manifestaciones en forma de erupciones cutáneas, etc., etc.; pues la misma simultaneidad de estas manifestaciones anormales sugería la probabilidad que las variadamente descritas «nuevas enfermedades» estuviesen estrechamente relacionadas unas con otras.

Asimismo, del punto de vista bacteriológico, se había visto claramente, ya a principios de esta centuria, que se había insistido en demasía, acerca de «semilla» como opuesto a «suelo». Las grandes batallas de fin del siglo pasado entre los Kochs y los Pettenkofers — los «contagionistas» y los «localistas» — habían resultado en el triunfo de los primeros, pero pronto se hizo aparente, que era algo así como una victoria Pírrica. Las dificultades administrativas relacionadas con los métodos de «exterminio» siguiendo líneas «contagionistas», tratándose de difteria y fiebre tifoidea, se hicieron notables tan luego como se llegó a reconocer los verdaderos números de «portadores sanos». Además, como había indicado Sir Douglas Powell, en relación con otros aspectos, que «el control de la tuberculosis suponía algo más que la lucha contra un bacilo»; y los trabajos de Carlos Pearson y otros, acentuaron la preponderante importancia del terreno y del ambiente en general; mientras se reconoció que muchos errores con referencia a la mortalidad por tuberculosis tenían su origen en no haber tenido en cuenta debidamente la influencia de la migración, de una parte del mundo a otro, de personas que eran tuberculosos efectivos o potenciales. También, como ya hemos anotado, el descubrimiento del hecho de que el bacilo del cólera porcino era sólo un invasor secundario, estimuló mucho el estudio de los virus ultravisibles y hasta tendió indirectamente a conseguir una colaboración más estrecha entre el administrador práctico y el bacteriólogo investigador.

Este problema que ahora se ve asumir gran importancia quedó bastante aclarado por el estudio de las dificultades que surgieron en relación con la gripe. Se había reconocido que las prevalencias «subsiguientes» de la última decena del siglo pasado eran Gripes (con o sin bacilo de Pfeiffer) y posteriores brotes remacharon esta verdad. Brorström elaboró la conexión entre Gripe y Poliomiélitis en las prevalencias de 1905-1907 en Suecia; el brote «que se parecía a la Gripe» en los condados ingleses con sus tipos cerebrales, pulmonares y gastro-intestinales y con sus erupciones cutáneas fueron estudiadas y descritas por Dunn y Gordon. Varias otras prevalencias en Europa fueron estudiadas y

muy especial brotes de fiebre cerebro-cspinal, cuyas relaciones con la Gripe se sospecharon y estos eran los signos que anunciaban la tormenta que se aproximaba.

Precursores de las grandes Gripes de 1918 1919

Finalmente, en el año 1915, la fiebre cerebro-espinal, asumió proporciones epidémicas en Londres y muy poco más tarde la gran epidemia de Poliomiélitis se desarrolló en Nueva York. Las relaciones entre la Gripe y la fiebre cerebro espinal, en Londres, fué desde un principio objeto de un estudio similar al que había iniciado Brorström en Suecia. Por el Ministerio de Sanidad se hizo un cuestionario para el uso de los Inspectores Municipales de Higiene y los resultados de este trabajo fueron sometidos a un meticuloso estudio estadístico. El resultado de estos trabajos fué el de demostrar las enormes dificultades de tal investigación y estableciendo el hecho de que la más estrecha relación entre la Gripe y la fiebre cerebro-espinal está fuera de todo género de duda.

Mientras tanto se estaba llevando a cabo una investigación sobre la fiebre cerebro-espinal en la Real Sociedad de Medicina de Londres y durante alguna de las discusiones a que dió lugar se hizo un paralelo entre los sucesos de referencia y los de 250 años antes. En él se estableció que la descripción de Sydenham de lo que llamó «la fiebre nueva» del año 1685 era la de la enfermedad cuya investigación se estaba llevando a cabo, aunque en ella no se hiciese referencia alguna a los signos de Kernig o de Babinski, ni tampoco se mencionaba el meningococo o el parameningococo. Existían las más convincentes razones para aceptar la descripción de Sydenham como una explicación muy acertada de la epidemia que prevalecía actualmente.

«El hecho era, que los bacteriólogos no podían ver el bosque a causa de los árboles. Si Sydenham estuviese ahora con nosotros y se le dijese que los casos similares a Gripe en la presente epidemia eran debidos al bacilo de Pfeiffer, y que los males de garganta eran debidos al Micrococo catarral, y que ciertas otras condiciones eran causadas por meningococos y otras por parameningococos, se reiría al darse cuenta que nociones tan crudas se tomaban verdaderamente en serio. Probablemente nos diría que no eran más que «organismos asociados» o «invasores secundarios». Si sólo pudiésemos llegar a considerar el problema desde aquel punto de vista podríamos sin duda albergar ideas más amplias y filosóficas acerca de la etiología, ideas más racionales referentes a la prevención de la enfermedad y quizá habría más esperanza respecto a tratamiento que las que podían mantenerse mientras los pensamientos de todos estaban obsesionados por las presentes teorías».

Algunas dudas se presentaron en la misma discusión acerca de si estas prevalencias de desarrollo concurrente estaban meramente asociadas, como resultado de ciertas influencias comunes de ambiente (clima y otros) o si estas concurrencias verdaderamente establecían alguna relación biológica entre las epidemias. Este punto se discutió más ampliamente más tarde tratándose de Gripe, aduciéndose las siguientes razones a favor de la segunda hipótesis.

«Un argumento importante a favor de un agente infectante común, en el grupo de afecciones gripales nombrado en primer lugar, se presenta al aplicar el principio conocido como «La Ley de la Parquedad». En un brote de gripe los casos de Gripe son numerosos, los casos de bronquitis y neumonía menos corrientes, y los casos de fiebre cerebro-espinal, poliomielitis y encefalitis letárgica son comparativamente raros. Tomemos uno de estos con el fin de computar; digamos la fiebre cerebro-espinal. En un trabajo reciente, Sir Arturo Newsholme trató de la relación entre la cifra estadística de casos y de portadores. Calculó para Londres durante el año 1916, sobre una base «portador sin contacto» de 2 por 100, cada portador circulando solo entre diez personas durante el curso de un año, (una base desde luego demasiado baja), que el número de portadores del meningococo era de unos 800.000; por consiguiente partiendo de una base de 10 por 100, cifra que acepta dicho autor (aunque en verdad lo estima aun por bajo de lo efectivo), toda la población de Londres, estaría actuando, en un momento u otro, como portadores del organismo, a través del año 1916. Si esto se acepta, podría también inferirse que similarmente, durante el año, la población entera actuaría como portadores de los correspondientes organismos responsables de la propagación de bronquitis, catarro epidémico, neumonía, gripe, poliomielitis y encefalitis letárgica, de tal manera que casi todo el mundo albergaría todos estos organismos durante el año, en un momento u otro. No se puede dejar de apreciar, sin embargo, que la hipótesis alterna, que existe un agente infectante común, encaja inmediatamente con los hechos y simplifica grandemente lo que es necesario asumir. Me atrevo, en consecuencia, a abogar por la aplicación de «la navaja de Guillermo de Ockham: *Entia non sunt multiplicanda praeter necessitatem*», al presente caso. El uso de este instrumento no solo reduciría en algunos millones, en Londres nada más, el número de portadores del agente causal, muchos o todos de los cuales han de ser considerados, por los sinceros simpatizantes con la teoría del portador de gérmenes sanos, como sujetos que deben estar segregados; sino que también permitiría el establecimiento de una teoría consistente acerca del contagio de caso a caso, de la gripe, ora en ondas pandémicas, ora en brotes subsiguientes intermitentes. En-

focaría la atención sobre un solo origen en vez de en un verdadero regimiento de invasores secundarios, daría a los investigadores, tanto prácticos como estadísticos una oportunidad para estudiar las leyes de la epidemicidad gripal, y—algo muy de desear—al mismo tiempo aliviaría el trabajo de la Medicina preventiva que, cual Sinbad el Marino, en las Mil y Una Noche, tendría que cargar sobre sus hombros la inútil carga del Anciano del Mar en forma de una hipótesis completamente inaplicable.

Pisando los talones de la fiebre cerebro-espinal del año 1915, vino la gran epidemia de Poliomiélitis del año siguiente, que fué detalladamente descrita en un trabajo publicado en Nueva York: además D. M. Lewis trató a fondo el asunto de las grandes epidemias americanas de éste y los años inmediatamente subsiguientes. Las conclusiones formuladas en el mismo rezaban: «Las varias ondas de la llamada pandemia de influencias fueron causadas por prevalencias consecutivas y crecientes de enfermedades correlacionadas debidas a la activación de portadores de los organismos de dichas enfermedades, o por el bacilo de influenza o por el estreptococo». Añade el Dr. Lewis, «La fuente principal de confusión y dificultad en nuestros esfuerzos para llegar a comprender la etiología y la prevención de las epidemias gripales ha sido la manera persistente en que, del punto de vista tanto bacteriológico como epidemiológico, ciertos organismos correlacionados se han considerado como organismos de enfermedades independientes, autónomas y sin relación entre sí.

La prevalencia del año 1916 fué descrita haciendo especial referencia a las descripciones de Ozanam acerca de la presencia simultánea de encefalitis con catarro epidémico o gripe, a las notables relaciones de tiempo entre las prevalencias de fiebre cerebro-espinal y gripe según Hirsch y a las dos posibles hipótesis aplicables a tales fenómenos. Aquí se indicó que: «Por una parte la enfermedad (fiebre cerebro-espinal) puede considerarse como una complicación o una secuela de la gripe, asumiéndose que debido a circunstancias especiales, algunos individuos, al ser atacados por la gripe, desarrollaban la fiebre cerebro-espinal, y así a la infección de la gripe se añade la complicación afectando al sistema nervioso central». Según la otra hipótesis, se considera que la gripe y la fiebre cerebro-espinal son enfermedades completamente distintas; si se presenta la fiebre cerebro-espinal se desarrolla característicamente y para explicar la presencia esporádica de la enfermedad, se asume que personas aparentemente sanas pueden transmitir los agentes causales.

(Continuará)

Sección de Legislación

MINISTERIO DE JUSTICIA

ORDEN de 26 de Julio de 1939 referente al Decreto de 8 de Noviembre de 1936 y Orden de la Presidencia de la Junta Técnica del 10 del mismo mes y año sobre muertos y desaparecidos a causa de la lucha contra el marxismo.

Ilmo. Sr.: El Decreto de 8 de Noviembre de 1936 y Orden de la Presidencia de la Junta Técnica del Estado del día 10 del mismo mes y año que regularon las inscripciones de defunción y desaparición ocurridas a causa de la lucha nacional contra el marxismo, atendieron a una necesidad impuesta por lo extraordinario de las circunstancias y no necesitan modificación alguna para el caso de que el Juez de Primera Instancia ordene la inscripción de defunción.

Pero no ocurre lo mismo cuando las investigaciones practicadas desembocan simplemente en una inscripción de desaparición. Entonces el legislador optó por asimilar los efectos de tales asientos a la declaración de ausencia regulada por el Código civil, aunque pasados cinco años y a instancia de parte interesada el Juez competente pueda decretar la presunción jurídica de muerte del inscrito. Esta posición jurídica, que podría resultar adecuada cuando existía la esperanza de que el desaparecido residiera en la zona roja, carece de base, lograda la unidad de España, si el desaparecido no se ha reintegrado a su domicilio ni dado noticias de su actual paradero. Puede, por lo tanto, llegarse a la conclusión lógica de que, si no existe un conjunto de pruebas que lleve al ánimo del Juez la convicción de que procede ordenar una inscripción de defunción, hay, en cambio, la certeza moral de que la desaparición equivale a aquélla, y que si en verdad no se le pueden atribuir efectos definitivos en absoluto, es preciso arbitrar una solución que permita la transmisión «mortis causa» de los derechos, acciones y obligaciones del desaparecido, con objeto de evitar que una enorme masa de bienes quede paralizada para el comercio público, con grave perjuicio para la economía patria y aún para los mismos interesados en la sucesión.

Por otra parte, no constituye ninguna novedad el arbitrar el remedio jurídico que satisfaga esta necesidad sentida en toda España, ya que la legislación del Registro civil contiene disposiciones que son aplicables al caso actual. Entre otras, el mismo Decreto de 19 de Febrero de 1923, citado en el preámbulo del de 8 de Noviembre de 1936, concede a las inscripciones de desaparecidos pertenecientes al Ejército de Africa efectos jurídicos con

el mismo alcance que, respecto a terceros en las herencias voluntarias, establece el artículo 23 de la Ley Hipotecaria y durante el plazo señalado en el mismo que se declara aplicable incluso a los herederos forzosos, y la Orden del Ministerio de Justicia de 25 de Enero de 1932, que, persistiendo en el mismo criterio, amplía el ámbito jurídico de las inscripciones de desaparecidos practicadas a causa de naufragio, al disponer que las mismas producirán todos los efectos ordinarios de una inscripción de defunción, conforme al artículo 327 del Código civil, mientras no sean impugnadas judicialmente por los que se consideren perjudicados por el Ministerio público.

No se deja de tener en cuenta la posibilidad de que los expedientes se refieran en algún caso a personas desafectadas al Glorioso Alzamiento Nacional, huídas del territorio patrio, y por esa consideración los Jueces deberán exigir antes de ordenar la inscripción de desaparición objeto de esta Orden una prueba de antecedentes que robustezca la garantía de que en el desaparecido no existe justificación patriótica para que, si vive, no haya dado noticias de su existencia.

En virtud de las anteriores consideraciones, y a propuesta de esa Jefatura, dispongo:

1.º Las inscripciones de desaparición reguladas por la Orden de la Presidencia de la Junta Técnica del Estado del día 10 del mes de Noviembre del año 1936 y practicadas a consecuencia de los efectos normales de toda inscripción de defunción, mientras no sean impugnadas judicialmente, siempre que se refieran a personas afectas al Glorioso Alzamiento Nacional, a cuyo fin los Jueces de Primera Instancia comprobarán ese extremo en la tramitación de los oportunos expedientes.

2.º Las inscripciones de desaparición en que no concurra la circunstancia mencionada en el número anterior, producirán los efectos señalados en el Decreto de 8 de Noviembre de 1936 y Orden de la Presidencia de la Junta Técnica del Estado del día 10 del mismo mes y año.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 26 de Julio de 1939.—Año de la Victoria.— *Tomás Domínguez Arévalo.*

Ilmo. Sr. Jefe del Servicio Nacional de los Registros y del Notariado.

ORDEN de 27 de Julio de 1939 declarando vigente en su totalidad la legislación que existía respecto a los Médicos del Registro civil el día 31 de Octubre de 1931.

Ilmo. Sr.: El Cuerpo de Médicos del Registro civil, creado por R. O. de 19 de Noviembre de 1872, para el reconocimien-

to de cadáveres en Madrid; para las poblaciones mayores de cincuenta mil habitantes por R. D. de 4 de Enero de 1915, y para las capitales de provincia y localidades mayores de cuarenta mil almas por R. D. de 9 de Enero de 1925, fué declarado a extinguir en cuanto al Escalafón de Médicos propietarios, y suprimido radicalmente en cuanto al de Suplentes por disposición de 31 de Octubre de 1931, a pretexto de que no se había cumplido el R. D. citado de 9 de Enero de 1925 y de que existían dificultades para ser organizados e inspeccionados por la Dirección General de los Registros y del Notariado. Como aparece patentemente, estas razones sólo demuestran que el servicio es susceptible de perfección, pero no que exista causa que aconseje suprimirlo, reconocida, como está, la necesidad de la función.

Por otra parte, en las circunstancias actuales, se estima más conveniente para la rápida normalización del servicio implantar el sistema de concursos para la provisión de las vacantes, extraordinarias en su número, por no haber sido cubiertas durante ocho años.

En su virtud, y a propuesta de esa Jefatura, dispongo:

Artículo 1.º Se declara vigente en su totalidad la legislación que existía respecto a los Médicos del Registro civil el día 31 de Octubre de 1931.

Artículo 2.º En las poblaciones donde ya está implantado el servicio se convocarán inmediatamente concursos por el plazo de quince días laborables, los cuales se resolverán durante el de diez días también laborables, para cubrir las vacantes existentes, tanto en el Escalafón de Médicos propietarios como en el de suplentes, en la siguiente forma: Las vacantes de Médicos propietarios se concursarán entre los de la misma categoría que en ellas presten servicio, y las que resulten sin cubrir, así como las de los suplentes, entre éstos, ateniéndose, tanto en un caso como en otro, a la mayor antigüedad del solicitante; las que resultaren vacantes después de celebrados los dos concursos mencionados se proveerán libremente por el Ministerio de Justicia entre Doctores o Licenciados en Medicina y Cirugía.

Artículo 3.º En las poblaciones de más de cuarenta mil habitantes de derecho, según el último Censo, y en las capitales de provincia, en las que aún no está implantado el servicio, será establecido éste a petición de los Ayuntamientos respectivos, nombrándose libremente por el señor Ministro de Justicia dos Médicos para cada Juzgado municipal, uno propietario y otro suplente.

Artículo 4.º Al proveerse por este Ministerio las plazas de Médicos del Registro civil que resultaren vacantes en las poblaciones donde ya está establecido el servicio, después de celebrados los concursos mencionados, y al designar los Médicos que

han de desempeñar el cargo en las poblaciones en que se cree en virtud de esta Orden, se tendrá en cuenta la reserva del porcentaje legal para los Médicos, mutilados y excombatientes que lo soliciten.

Artículo 5.º Todos los Médicos suplentes del Registro civil que desempeñaban su función el día 31 de Octubre de 1931 se incorporarán a sus respectivos Registros civiles en el plazo de diez días, a partir de la publicación de esta Orden en el BOLETIN OFICIAL, poniendo inmediatamente en conocimiento del Ministerio de Justicia por conducto de los Jueces municipales el hecho de la posesión, y sin este requisito no podrán formar parte en los concursos que se anuncien.

Artículo 6.º Si algún Médico propietario o suplente del Registro civil no hubiere presentado la declaración jurada para su depuración durante el plazo señalado por la Orden del Ministerio de Justicia del día 17 de Abril del año en curso, lo efectuará dentro de un último plazo improrrogable de quince días, transcurrido el cual sin haberlo verificado se le considerará decaído en su derecho y destituido del cargo de Médico del Registro civil.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Madrid, 27 de Julio de 1939.—Año de la Victoria.—*Tomás Domínguez Arévalo.*

Ilmo. Sr. Jefe del Servicio Nacional de los Registros y del Notariado.

(B. O. del 10 de Agosto de 1939).

AYUDAD A LA INDUSTRIA QUÍMICA NACIONAL RECETAD PRODUCTOS ESPAÑOLES

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

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

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

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

JEFATURA DEL ESTADO

LEY

DE BASES del Patronato Nacional Antituberculoso (5 de Agosto de 1939)

La complejidad de la lucha antituberculosa y la amplitud cada vez mayor de la obra sanitaria creada y desarrollada por el Patronato Nacional Antituberculoso, al que por el Decreto número 110 de 20 de Diciembre de 1936, se le encargó tan difícil cometido en pleno período de guerra, inducen en la actualidad a reorganizar dicha entidad sobre bases más amplias y firmes, que permitan: consolidar su personalidad jurídica, integrar su importante cometido, precisar sus funciones técnicas y sus facultades económicas y administrativas y otorgar al Patronato una estructura adecuada a la función que tiene encomendada en consonancia con la concepción que el Estado Nacional tiene de la misión sanitaria y social que le compete. Las bases que ahora se promulgan no significan, sin embargo, la organización definitiva de la lucha antituberculosa; representan una etapa en el camino que ha de conducir a la satisfactoria solución de los problemas enunciados, solución que requiere esta fase preparatoria que ahora se articula.

En su virtud,

DISPONGO:

Artículo único.—La lucha antituberculosa en España se organiza en las siguientes bases:

BASE PRIMERA

FINALIDAD. CARÁCTER

El Patronato Nacional Antituberculoso es un Instituto de Derecho Público que, bajo la dependencia del Ministerio de la Gobernación, tiene la finalidad de la lucha contra la tuberculosis en España, en sus aspectos médico, social, de asistencia y de previsión. En el cumplimiento de dicha finalidad actuará como servicio descentralizado del Estado.

BASE SEGUNDA

RELACIÓN CON LA SANIDAD NACIONAL

No obstante la aplicación del régimen a que se refiere la base anterior, el Patronato guardará la más estrecha relación con la

Dirección General de Sanidad y con sus órganos, de los que recibirá las inspiraciones y asesoramientos técnicos, en lo que afecta a dicha función sanitaria.

A este efecto, el Director General de Sanidad y los Jefes provinciales de Sanidad desempeñarán en la organización del Patronato los cargos que en las bases sexta y octava se expresan.

El Patronato podrá recabar de la Sanidad Nacional cuantos datos, antecedentes y referencias crea necesarios a sus fines.

La Dirección General de Sanidad podrá, a su vez, proponer al Patronato la implantación de mejoras, la ampliación de medios de lucha y la adopción de recursos profilácticos que, como resultado de la experiencia de los organismos que integran la Sanidad del Estado, se considere pertinentes.

El Ministro de la Gobernación en casos y circunstancias determinadas, cuando así lo aconseje la situación sanitaria del país, o de una parte de él, podrá acordar disposiciones de carácter urgente, alterando transitoriamente las normas de funcionamiento del Patronato.

BASE TERCERA

RELACIÓN CON LA ASISTENCIA NACIONAL

El Patronato Nacional Antituberculoso asumirá las funciones de asistencia suscitadas por la lucha antituberculosa. Dicha asistencia se realizará bajo los siguientes principios:

a) No deberá haber un solo enfermo que no tenga plaza en un sanatorio.

b) El coste de la pensión será proporcional a los medios con que el enfermo cuente, y gratuito para los pobres y económicamente débiles.

c) La España sana habrá de sacrificarse por la España enferma, debiendo las clases acomodadas que no sufran tan graves contingencias, sacrificarse para las necesitadas.

d) Es obligación preferente e ineludible del Estado imponer y propulsar, arbitrando los medios necesarios, esta Justicia Sanitaria.

BASE CUARTA

PERSONALIDAD Y CAPACIDAD JURÍDICAS

El Patronato Nacional Antituberculoso tendrá personalidad jurídica, con capacidad legal para adquirir por título lucrativo y oneroso, reivindicar, poseer y enajenar bienes de todas clases, contraer obligaciones, y, en general, para ser titular de toda clase, de derechos, incluso los de índole procesal.

Su capacidad de obrar estará condicionada, en los casos en que expresamente se establezca en estas bases y en los Reglamentos para su aplicación, por los requisitos que en unas y otros

se prevengan. En todo caso la enajenación de sus bienes patrimoniales requerirá la autorización conjunta de los Ministerios de Hacienda y de la Gobernación.

La representación legal del Patronato corresponde a su presidente, con facultad de delegar.

La representación en juicio será ejercida por el Abogado del Estado.

El domicilio del Patronato se fija en la capital del Estado.

B A S E Q U I N T A

F U N C I O N E S

La lucha antituberculosa que se atribuye al Patronato comprende:

a) El tratamiento en todas sus modalidades y la profilaxis individual, familiar y social, tanto en lo que afecta a los medios directos como a los indirectos, referentes al mejoramiento de la alimentación, vivienda y condiciones de trabajo, lo mismo en la ciudad que en el campo.

b) La protección económica de las familias de los hospitalizados.

c) La recuperación funcional y profesional de los enfermos y su incorporación al trabajo a través de los organismos de colocación obrera.

d) El diagnóstico precoz de los enfermos mediante el examen sistemático, periódico y obligatorio de toda la población, y la elaboración de las estadísticas referentes a esta enfermedad, tanto en el orden local como en el provincial y nacional.

e) La reglamentación de la propaganda en relación con los preparados farmacéuticos destinados al tratamiento contra la tuberculosis.

f) La educación sanitaria del pueblo en materia fisiológica por todas las formas de la propaganda.

g) La organización de una Caja Nacional de asistencia obligatoria contra la tuberculosis, en coordinación con el régimen nacional de seguros y previsión social.

h) La investigación científica y la enseñanza fisiológica en sus aspectos social, clínico, radiológico, anatomopatológico, biológico, farmacoquímico, quirúrgico y terapéutico.

Corresponde al Patronato Nacional Antituberculoso la autorización a las empresas privadas o particulares para el ejercicio de las funciones de la lucha antituberculosa en sus formas asistenciales o preventoriales, y los Centros ya establecidos se someterán a las pruebas de comprobación necesarias, no pudiendo seguir funcionando sin que por el Patronato se les conceda nueva autorización.

BASE SEXTA

ORGANOS

Los órganos del Patronato serán los siguientes:

a) Organos centrales:

La Asamblea General o Pleno.

La Comisión Permanente.

El Presidente.

b) Organos provinciales:

Las Delegaciones provinciales.

Las Comisiones Permanentes de las Delegaciones provinciales.

c) Organos locales:

Las Subdelegaciones locales.

Aparte de dichos órganos podrán existir la Presidencia de honor y Vicepresidencia de honor que se consideren pertinentes.

La Asamblea General o Pleno estará constituida por:

Un Presidente: El Ministro de la Gobernación o persona en quien delegue de un modo permanente u ocasionalmente. Un Vicepresidente. Un Tesorero y un Secretario General, designados todos por el Ministro. Un Interventor-delegado del Ministerio de Hacienda. Un Abogado del Estado, asesor jurídico. Cinco vocales natos. Cinco asesores natos, con voz, pero sin voto. Diez vocales representativos y seis vocales de elección.

Serán vocales natos:

El Director General de Sanidad. El Director General de Beneficencia. El Fiscal Superior de la Vivienda. El Director General de Estadística. El Director General de Propaganda.

Serán asesores natos:

El Subjefe de Servicios Médicos del Patronato. El Jefe de Servicio de Ingeniería y Arquitectura. El Jefe de Servicios Administrativos. El Jefe de Servicios de Intervención y Caja. El Jefe de Servicios de Previsión.

Serán vocales representativos:

Uno de la Real Academia de Medicina. Uno de las Escuelas de Arquitectura. Otro de la Escuela de Ingenieros de Caminos. Otro de las Facultades de Medicina. Otro de las Escuelas de Veterinaria. Otro del Cuerpo de Sanidad Militar. Otro del de Sanidad de la Armada. Otro del Cuerpo de Sanidad Nacional y un representante de Falange Española Tradicionalista y de las J. O. N. S.

Serán vocales de elección:

Cuatro señoras y dos señores que se hayan distinguido por su vocación y aptitudes en cuestiones de tuberculosis, beneficencia y asistencia social.

Los diez vocales representativos y los seis vocales electivos serán nombrados por el Ministro de la Gobernación.

La Comisión Permanente estará constituida por: El presidente, el Vicepresidente, el Tesorero, el Interventor-Delegado del Ministerio de Hacienda, el Director General de Sanidad, un Arquitecto, un Ingeniero, el asesor jurídico, un señor y una señora Vocales de elección del Pleno, designados por éste, y el Secretario General.

El Presidente del Patronato, que a la vez lo será de la Asamblea y de la Comisión Permanente, es el Ministro de la Gobernación, con la facultad de delegar antes expresada.

La Asamblea General tendrá las siguientes atribuciones:

a) Aprobación de los proyectos de organización y reorganización y de los Reglamentos del personal, servicios y funcionamiento de los establecimientos de la Lucha.

b) Aprobación de los planes y proyectos, obras de construcción de nuevos edificios y de ampliación de los existentes.

c) Acuerdos sobre actos de transacción, enajenación, hipoteca o cualquier otro de riguroso dominio.

d) Aprobación de presupuestos ordinarios y extraordinarios y sus modificaciones (habilitación o suplemento de crédito y transferencias), cuentas anuales y emisión de empréstitos, sin perjuicio de la superior autorización.

e) Entender en todos los asuntos que la Comisión Permanente o el Presidente le propongan.

La Asamblea general se reunirá, cuando menos, dos veces al año, e inexcusablemente para la aprobación del presupuesto y de las cuentas.

La Comisión Permanente tendrá las siguientes atribuciones:

a) Informar los asuntos de la competencia del Pleno.

b) Examinar y aprobar los proyectos de obras de mejora y reparación de edificios.

c) Ejecutar los acuerdos del Pleno.

d) Resolver todos los asuntos que no estén atribuidos a la Asamblea General ni a otros órganos o funcionarios del Patronato.

El Presidente del Patronato tendrá las siguientes atribuciones.

a) La superior dirección e inspección de la obra, y la jefatura de todos los servicios.

b) La representación legal de la personalidad jurídica del Patronato.

c) La Presidencia del Pleno y de la Comisión Permanente.

Las Delegaciones Provinciales estarán constituidas por un Presidente, que lo será el Gobernador civil de la provincia; el Jefe provincial de Sanidad, que actuará como Vicepresidente y jefe superior de los servicios, y elementos de análoga representación a los de la Asamblea General.

Estas Delegaciones funcionarán en pleno y en Comisión Per-

manente, con competencia y jurisdicción análogas a las del Patronato, aunque en la proporción que corresponda a su circunscripción y limitadas al funcionamiento y administración de los Centros y a la profilaxis, propaganda y defensa de la obra antituberculosa provincial.

En las localidades cabeza de partido judicial y en las que se estime convenientes, habrá una Subdelegación del Patronato, de carácter unipersonal, encargada de la ejecución de las órdenes y disposiciones de la Delegación provincial. Sin embargo, en aquellas localidades en que concurren circunstancias que lo aconsejen, la Subdelegación podrá constituirse en forma de Comisión, con atribuciones análogas a las de la Delegación provincial y con subordinación a ésta.

BASE SEPTIMA

DOTACIÓN ECONÓMICA

Para la realización de la lucha antituberculosa se establecerá una Caja Nacional de asistencia obligatoria contra la tuberculosis, que centralizará todas las aportaciones y recursos económicos de la misma, en coordinación con el régimen nacional de seguros y previsión social. Al Patronato corresponde la preparación del proyecto que se someterá a aprobación por Decreto.

En tanto se pone en actividad dicha Caja, el Patronato contará con los siguientes recursos.

- 1) Las cantidades que el Estado consigue en los presupuestos para la lucha antituberculosa.
- 2) Las que consignen las Diputaciones provinciales y los Ayuntamientos, teniendo en cuenta que la absorción de toda la lucha por el Patronato podría producir el desglose de dichas partidas de las aportaciones fijadas por la legislación de coordinación sanitaria.
- 3) Las exacciones obligatorias y voluntarias que se autoricen a favor del Patronato.
- 4) El importe de adquisiciones a título literativo.
- 5) Los ingresos procedentes de servicios no gratuitos.
- 6) Los demás recursos que el Estado concediera o autorizara.

BASE OCTAVA

SERVICIOS

Los servicios centrales del Patronato se distribuirán en tres secciones: una, Técnico-administrativa; otra, de Hacienda, y otra, de Relaciones o Secretaría General.

La sección Técnico-administrativa tendrá dos subsecciones: una técnica y otra administrativa. A la subsección técnica corresponderán los servicios médicos y los de construcción (ingeniería

y arquitectura), y a la subsección administrativa los de esta clase propiamente dichos.

Al frente de los servicios médicos estará el Director General de Sanidad, asistido de un subjefe. De ellos dependerá, en los términos precisos que el Reglamento señale, cuanto afecte a Dispensarios, Centros asistenciales terapéuticos, Obra profiláctica, Enseñanza fisiológica, personal facultativo y auxiliar, suministros médico-farmacéuticos y material médico y radiológico, inspección de Centros e inspección médico-sanitaria de Obras, Propaganda y publicidad médicas, investigación y experimentación fisiológica.

Los servicios de construcción tendrán una Jefatura de Ingeniería y Arquitectura y comprenderán las obras de adaptación y reparación, las nuevas construcciones, transportes, contratos y trabajos por administración.

Los servicios administrativos propiamente dichos están adscritos a una Jefatura de servicios de esta clase y comprenderán: Personal administrativo y subalterno, suministros, mobiliario, etcetera.

La Sección de Hacienda tendrá dos subsecciones: una de Intervención y Caja y otra de Previsión.

La subsección de Intervención y Caja comprenderá: Contabilidad, Tesorería, Intervención, Presupuestos, Inventarios y Balances, Adquisiciones y Transacciones.

La subsección de Previsión llevará todos los asuntos referentes a la Caja Nacional de Asistencia obligatoria contra la tuberculosis.

La Secretaría General asistirá y suplirá al Presidente en la Jefatura e inspección de los servicios y comprenderá los siguientes: Secretaría, Registro General, Archivo, Relaciones con los demás organismos del Patronato y con el exterior, propaganda general, Asesoría Jurídica, Asesoría del Sector Infantil y cuanto no sea de la competencia de las demás secciones.

Los servicios provinciales funcionarán con una Secretaría, de la que dependerán, en cuanto sea pertinente, secciones o negociados análogos a los centrales. Esto mismo se aplicará a las subdelegaciones locales en que, por la importancia de los servicios, se creyera conveniente.

La enseñanza de especialización fisiológica se organizará en coordinación con el Ministerio de Educación Nacional y con la Sección de enseñanza, investigación y divulgación de la Dirección General de Sanidad. Dicha enseñanza dará derecho a los títulos de especialidad que se determine.

BASE NOVENA

FUNCIONARIOS

Los funcionarios del Patronato se clasificarán en: especiales, técnicos, administrativos, auxiliares y subalternos. Tanto los especiales como los técnicos y los administrativos de superior categoría serán designados por el Ministerio de la Gobernación. El ingreso se verificará, en todo caso, por oposición o concurso.

La separación de los cargos incumbe a quien corresponda el nombramiento.

Se establecerán garantías de inamovilidad, correcciones, derechos pasivos, ascensos, etc.

Los reglamentos determinarán las incompatibilidades que se impongan al personal técnico.

BASE DÉCIMA

RÉGIMEN JURÍDICO

Por regla general los acuerdos que adopten los organismos locales serán susceptibles de recurso ante los organismos provinciales. Los que adopten éstos lo serán ante los organismos centrales. Contra las resoluciones adoptadas por éstos cabrá recurso ante el Ministro de la Gobernación. Los reglamentos especificarán los casos en que no proceda recurso y aquéllos en que se entienda agotada la vía gubernativa sin alzada ante la Superioridad.

BASE UNDÉCIMA

RÉGIMEN ECONÓMICO

Los bienes y derechos de que sea titular el Patronato se reputarán patrimonio del Estado, y les serán aplicables el régimen de éste, en lo que no se oponga a las presentes bases.

En la contratación de obras, servicios y suministros se aplicarán, en lo posible, las normas de contratación de la Administración Pública, adaptadas al régimen de descentralización del Patronato.

Los presupuestos ordinarios y extraordinarios y los acuerdos que los amplíen o alteren se sujetarán a la aprobación del Ministerio de la Gobernación. A igual trámite quedan sujetas las cuentas y liquidaciones anuales, sin perjuicio de la censura y aprobación de los organismos superiores encargados de esta misión en el Estado.

La emisión de empréstitos requerirá la aprobación conjunta de los Ministerios de la Gobernación y de Hacienda.

En el Reglamento correspondiente se contendrán las normas de contabilidad y sobre situación de fondos. Solamente se permi-

tirá que se hallen fuera del Tesoro o del Banco de España los indispensables.

BASE DUODÉCIMA

REGLAMENTOS

La aprobación de los Reglamentos generales en que se desarrollan estas Bases, y la modificación de los mismos, corresponde al Ministerio de la Gobernación. No obstante su carácter de «bases», los preceptos de la presente Ley se considerarán como normas jurídicas de observancia general.

BASE ADICIONAL

NORMAS TRANSITORIAS

Por el Ministro de la Gobernación se dictarán las disposiciones precisas para integrar en el Patronato los servicios de la Lucha Antituberculosa actualmente dependientes del Estado o de Corporaciones públicas y las normas de tránsito del régimen actual al que se establece por esta Ley.

DISPOSICIÓN FINAL

Quedan derogados cuantos preceptos se opongan a los que anteceden.

Así lo dispongo por la presente Ley, dada en Burgos a 5 de Agosto de 1939.—Año de la Victoria.—FRANCISCO FRANCO.

(B. O. del día 14).

AVISO

EN nuestro próximo número, iniciaremos una Sección Deontológica, a la cual concedemos toda la gran importancia que tiene en la actualidad al empezarse la reconstrucción material y moral de España.

JEFATURA PROVINCIAL DE SANIDAD

Se nos ruega la publicación de las siguientes Circulares:

El Ilmo. Sr. Jefe del Servicio Nacional de Sanidad, comunica a esta Jefatura Provincial de Sanidad la siguiente Orden del Excelentísimo Sr. Subsecretario del Interior:

«No deja de ser frecuente la falta observada por los Médicos Titulares respecto a la obligación de declarar las enfermedades infecciosas, cuya infracción reglamentaria se ha hecho patente recientemente con ocasión de los casos de Viruela registrados. Tal circunstancia hace necesario establecer sanciones que por su inmediata aplicación lleven consigo la eficacia necesaria para su ejemplaridad, prescindiendo de las dilaciones e inconvenientes que representa la tramitación de expedientes que tan mal se avienen con las faltas de que se trata por su naturaleza, dada su íntima relación con la salud pública.

Este Ministerio en armonía con lo expuesto ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º Se autoriza a las Jefaturas Provinciales de Sanidad y Jefaturas de Sanidad Civil de Ceuta y Melilla, para suspender hasta ocho días en sus haberes a los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria en aquellos casos en que dejen de comunicar a la citada Jefatura las invasiones de enfermedades infecciosas, así como los casos de defunción producidas por las mismas.

2.º En caso de reincidencia la Jefatura Provincial de Sanidad y las de Sanidad Civil de Ceuta y Melilla, darán cuenta oportunamente de la falta a la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, cuya autoridad podrá imponer la suspensión de haberes a los facultativos infractores por un período hasta de quince días.

En uno y otro caso, se comunicará a la Mancomunidad Sanitaria provincial respectiva, la sanción aplicada al objeto de que por la Habilitación correspondiente se descuente a los interesados las cantidades que procedan».

Se recuerda una vez más a los señores Inspectores Municipales de Sanidad y Médicos con ejercicio en la Provincia, la obligación ineludible de cumplimentar envío de la hoja estadística semanal, así como, en caso de existir enfermedades de tipo pestilencial, debe comunicarlo a esta Jefatura por el medio más rá-

pido, pues en caso contrario, se vería esta obligada a imponer las antedichas sanciones con el mismo rigor.

Cáceres, 8 de Agosto de 1939.—Año de la Victoria.—El Jefe Provincial de Sanidad, *Ernesto Juárez*.

Habiendo recibido de la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, órdenes comunicadas para el más exacto cumplimiento por parte de los señores Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria de esta provincia del parte estadístico semanal de enfermedades infecto-contagiosas, se dispone por esta Jefatura Provincial, lo siguiente:

1.º Dará cuenta urgentemente de los casos de Viruela y Tifus exantemático tan pronto conozca de su aparición.

2.º Se recuerda a todos los Médicos de A. P. D. Secretarios de las Juntas Municipales de Sanidad, la legislación vigente sobre declaración de enfermedades infecto-contagiosas, las que deberán enviar semanalmente, de forma que estén en esta Jefatura antes del jueves de cada semana, sin que sirva de pretexto para el cumplimiento de lo dispuesto, la falta de impresos adecuados.

3.º De acuerdo con la Orden de la Subsecretaría del Interior de 29 de Julio del presente año, esta Jefatura Provincial está autorizada para suspender hasta OCHO DIAS en sus haberes a los Médicos de A. P. D. en aquellos casos que dejen de comunicar las invasiones de enfermedades infecciosas.

4.º Asimismo ha sido interesado por dicha Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad le sea remitido semanalmente una lista de los señores Médicos de A. P. D. que no hayan remitido datos, causa que lo motivó y sanción aplicada en cada caso.

Lo que se hace público para general conocimiento de los señores Médicos de A. P. D. y más exacto cumplimiento de cuanto se ordena en la presente Circular.

Cáceres, 11 de Agosto de 1939.—Año de la Victoria.—El Jefe Provincial de Sanidad, *Ernesto Juárez*.

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.

DEL EJERCICIO DE LA PROFESION

DE LA ACEPTACION DE CLIENTES

La libre elección de un Médico por el cliente constituye un derecho sagrado que debe ser reconocido. El colegiado tiene a cambio el de velar porque los intereses de un compañero y los propios no sean defraudados.

El gabinete de un Médico se considera terreno neutral, donde sin restricción alguna puede prestarse asistencia al cliente que lo solicite.

No se puede intervenir en la asistencia de un enfermo que se halle a cargo de otro compañero sino en los siguientes casos y condiciones que se expresan:

1.º Previa consulta con el Médico de cabecera.

2.º A requerimiento del interesado que lo base en peligro inmediato por agravación inesperada en la afección de un paciente o accidente fortuito o en repentina complicación que amenace la vida del enfermo.

3.º Por hallarse el Médico de cabecera en la imposibilidad material de prestar sus servicios.

En los dos últimos casos, el profesor requerido podrá atender el requerimiento de asistencia, pero ésta se limitará a llenar las indicaciones de urgencia, dejando nota de su actuación, contenida en sobre cerrado, al profesor asistente, sin que en ningún caso repita las visitas a menos que persista la imposibilidad de éste o que conceda la venia para realizarla.

4.º Si el profesor de cabecera renunciase voluntariamente a la prestación de asistencia y ello constara positivamente al requerido.

El profesor que renunciara a continuar rindiendo sus servicios a un enfermo, deberá participarlo a los allegados de éste.

5.º Cuando un cliente hubiera notificado por escrito y en debida forma a su Médico la resolución de prescindir de sus cuidados.

En este caso el colegiado requerido exigirá la prueba de aquella notificación y de haber sido satisfechos a su predecesor los honorarios por él devengados. Si estos honorarios representan el importe de una iguala, el cliente deberá mostrar el recibo que acredite su pago. Si no poseyere tal documento o se resistiere a satisfacer su deuda, el profesor solicitado elevará el total de su minuta tanto como importe la iguala debida y entregará al compañero, acreedor del cliente, la cantidad impagada.

Si los débitos hubieren de tasarse en razón de los servicios

facultativos aisladamente considerados, el Médico últimamente requerido, procurará que se garantice al compañero la satisfacción de su crédito y si alegare que no lo ha satisfecho por existir el propósito de impugnar la minuta, exigirá que el 50 por 100 del importe de éste sea depositado en la Tesorería del Colegio, sin carácter de liquidación de cuentas ni de allanamiento a la futura reclamación del deudor.

En todo caso el profesor requerido tiene el deber ineludible de ver al enfermo y llenar las indicaciones de urgencia.

Si un colegiado, faltando a los deberes que le impone el artículo 62, apartado 4.º, prescindiese de participar a un cliente la renuncia a su asistencia y dejase sin embargo de prestarla el colegiado llamado a sustituirle, interrogará al sustituido y obrará en consecuencia dando cuenta a la Junta del Distrito.

Siendo libre el ejercicio de la profesión, cualquier Médico tiene derecho a dedicarse a él donde le plazca; pero si por razón del número de habitantes o de la falta de potencia económica de un pueblo considerase la Junta de Gobierno del Colegio que no puede aquel sostener decorosamente sino a un Médico o si en el expresado pueblo se hubiera hecho víctima de vejaciones, malos tratos, y en general graves y notorias ofensas a alguno de los profesores, que en la localidad ejercieren, todo colegiado debe abstenerse de prestar allí sus servicios.

El profesor que ocupare la titular de un partido no podrá, bajo ningún concepto, desempeñar el mismo cargo, ni contratar servicios a colectividades, ni igualar en otro cualquiera, ya que ello ocasionaría positivas deficiencias en la asistencia de autos.

Solo podrán aceptar igualados, o contratos colectivos fuera del partido Médico donde se resida, cuando exista convenio especial con el compañero vecino, cuyo convenio ha de ser conocido y autorizado por la Junta de Gobierno del Colegio. Cuando este convenio no exista, solicitarán autorización expresa de la Junta de Gobierno, la cual, estudiando el caso, la negará o la concederá, fijando las condiciones.

Fuera de estos casos, la actuación de los colegiados se reducirá a sustituir al compañero residente en dicho partido o a desempeñar interinamente el partido, cuando no haya en él otro Médico.

A las familias contratadas con varios Médicos, podrá prestarle asistencia cualquiera de ellos, pero desde el momento en que en una enfermedad hubiese intervenido uno, a éste ha de considerársele en esa ocasión como Médico de cabecera, y los demás no podrán visitar al paciente sin previa consulta o acuerdo, debiendo sujetar su conducta ulterior a las normas que se establecen en el artículo 73. (Art. 60 al 66 de la Corporación Médica de Cáceres).

FISCALIA DE LA VIVIENDA

Delegación Provincial

Cumplimentando órdenes de la Superioridad, se recuerda nuevamente a todos los señores secretarios de las Juntas municipales de Sanidad de la provincia, la ineludible obligación y apremiante necesidad de confeccionar las Fichas Sanitarias de Viviendas, en sus respectivas localidades, bien sean para el «Medio Rural y Barriadas», bien para «Ciudades y Villas» según la categoría urbana de sus municipios, cuyo servicio quedará terminado totalmente antes del próximo mes de Diciembre, sin excusa alguna y entregadas las Fichas en esta Delegación en la forma ya varias veces expuesta.

Del reconocido patriotismo y actividad de los señores secretarios de las Juntas municipales de Sanidad espera esta Fiscalía firmemente cumplirán este importantísimo y primordial servicio encomendado, sin tener necesidad de exigir responsabilidad ni imponer sanción alguna por incumplimiento o negligencia de lo ordenado.

Cáceres, 16 de Agosto de 1939.—Año de la Victoria.—El fiscal delegado provincial, *A. Guerra*.

Previsión Médica Nacional

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

Sección Oficial del Colegio

Acta de la sesión celebrada por el Colegio Oficial de Médicos de Cáceres el día 3 de Agosto de 1939.—Año de la Victoria

Con asistencia de los señores Murillo Iglesias, Domínguez Villagrás, Ropero Fernández y Sánchez Cayetano, y bajo la presidencia del señor Murillo, da comienzo la sesión a las ocho y treinta de la noche, dándose lectura al acta de la sesión anterior, que queda aprobada.

Asiste el delegado de la Autoridad.

Se da cuenta de la carta recibida de las Cámaras de Industria y Comercio y de la Propiedad Urbana, interesando el ingreso en la c/c del Banco de España en Burgos, de la cantidad suscrita por esta Corporación para las Acciones de la Agencia de Información E. F. E., acordándose por unanimidad proceder a efectuar el ingreso de las 5.000 pesetas que corresponden, por existir acuerdo de la Junta de Gobierno y general del Colegio.

Se da cuenta de diversas circulares recibidas del Consejo General de Colegios y Previsión Médica Nacional, así como de comunicaciones de otros asuntos, acordándose la publicación en CLÍNICA de aquellas que tengan interés general.

Se da cuenta de las diversas comunicaciones cursadas con motivo de la denuncia presentada por don Enrique Pino Bermejo, acordándose quede en estudio sobre la mesa.

Se da cuenta de la carta recibida de la señora de Paino Gil, acordándose elevarla a Previsión Médica, a los efectos procedentes.

Se acuerda oficiar a los Presidentes de las Juntas de Distritos, a los efectos de que faciliten el tipo de la Iguala familiar establecida para los diversos Partidos judiciales de la Provincia.

Se acuerda retirar de la c/c existente en casa de los señores Hijos de Clemente Sánchez, la cantidad de 42.000 pesetas para reponer fondos a Previsión y otras atenciones.

Se acuerda aceptar el ofrecimiento del Laboratorio Vigoncal, para editar gratuitamente, en el próximo año, las Listas de Colegiados.

Se admite como colegiado, por tener la documentación en regla, a don Máximo Emiliano González Terrón, con residencia en Mohedas.

Y no teniendo otros asuntos de que tratar y siendo las diez y cinco de la noche, se da por terminada la sesión, levantándose la presente acta, de que yo el Secretario certifico, *Ramón Sánchez Cayetano*.—V.º B.º, El Presidente, *Julián Murillo*.

PEDRO R. DE LEDESMA

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

Cirugía general-Obstetricia y Ginecología

Avenida de la Virgen de la Montaña - Teléfono, 1310

CACERES

BOROLUMYL

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

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO

ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K. Y Na.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las

VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las

GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

FORMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS CITRATO SÓDICO, TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC

Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO MADRID

Los enfermos del
ESTÓMAGO.
INTESTINOS

dolor de estómago, dispepsia, acedias y vómitos, inapetencia, diarrea, úlcera del estómago, etc., se curan positivamente con el

Elixir Estomacal
SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

*Poderoso tónico
digestivo que triunfa siempre*

Venta: Principales farmacias del mundo.



YODURO BERN CAFEINADO

en grajeas, glutinizadas, inalterables, conteniendo cada una
0 grs. 15 de yoduro potásico químicamente puro
0 grs. 0'5 de Cafeína pura
asimilables en el intestino. Sin yodismo.

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

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

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

BENEDICTO MALAGA APARATO DIGESTIVO Y NUTRICION **RAYOS X METABOLISMO BASAL**

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

MINISTERIO DE CULTURA

El presente documento tiene como objetivo...

OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio son...

CONCEPTOS

El presente estudio se fundamenta en...

CONCLUSIONES

En conclusión, se puede afirmar...

ANEXOS

Se adjuntan los siguientes anexos...

Los datos estadísticos correspondientes...

ANEXO I

Tabla de datos estadísticos

Cuatro productos de máxima eficacia

Señor Doctor:

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

PULMOTOXIN

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

PULMOTON

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

TONDIUR

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

ANESTON

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

Señor Doctor:

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

Laboratorio del Doctor Vicente. - MADRID

Calle Cartagena n.º 125