

III 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

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
EL DOMICILIO SOCIAL DEL COLEGIO  
C. DEL BROCENSE, n.º 8 - TELEFONO, 1805

PUBLICACION MENSUAL,  
PROFESIONAL Y CIENTÍFICA

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
LA JUNTA PERMANENTE DEL  
COLEGIO MÉDICO

### SUMARIO

SECCIÓN CIENTÍFICA: La incidencia de la triquinosis.—Terapéutica de todos los días.—La sífilis gástrica.—SECCIÓN DE LEGISLACIÓN: Gobierno de la Nación. Ministerio de la Gobernación.—Servicio Nacional de Sanidad.—Real Academia de Medicina y Cirugía. Concurso científico para el año 1939.—Colegio Médico de Cádiz. Concurso libre de Trabajos científicos de Medicina, Cirugía y Especialidades.—SECCIÓN OFICIAL DEL COLEGIO: Acta de la sesión celebrada por la Comisión permanente de este Colegio, el día 17 de Marzo de 1939, del Tercer Año Triunfal. Noticias.

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

1939



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»

## ANALISIS CLINICO BACTERIOLOGICO Y SEROLOGICO

Sangre y Líquido Cefalorraquídeo.



Orina, Esperma, Espustos.

Contenido gástrico.

Líquido duodenal.

Heces, Líquidos retirados por punción.

Exudados. Leche de mujer.



Pruebas funcionales renales.

» » hepáticas.

» » del aparato digestivo.

» » de la nutrición.



Análisis químico y biológico de alimentos (incluyendo vitaminas).

Análisis de Agua.

---

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

---

## “GADOL” CASTEL

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

Muestras gratis a los señores Médicos que la soliciten

---

Plaza del General Mola, 37 — Teléfono, 1452

CACERES



# PALUDISMO

## LAVERANSAN

Poderoso contra fiebres palúdicas, tónico, aperitivo y reconstituyente

*COMPOSICION. Cada pílora Laveransan contiene:*

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

*Caja de 40 pildoras, pesetas 6'50*

**Muestras a disposición de los señores Médicos**

**LABORATORIO BAZO**

**RIBERA DEL FRESNO (BADAJOZ)**

# LUIS INFANTE

**Médico especialista en**

**GARGANTA, NARIZ Y OIDOS**

---

**Consulta de 10 a 1 y de 5 a 6**

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



III AÑO TRIUNFAL

# Clínica Extremeña

Revista científica mensual

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

## Sección Científica

# La incidencia de la triquinosis

Por el Dr. Giovanni Labranca.

«Annali d'Igiene».—Septiembre-Octubre 1938.

*Traducido del Italiano para CLÍNICA EXTREMEÑA por Arturo O'Ferrall.*

Si se lee el capítulo dedicado a la «triquinosis humana» en cualquier tratado de higiene, medicina o parasitología, aunque sea de los más recientes, se saca la impresión de que esta infestación es poco difusa y que su frecuencia va disminuyendo en todas partes.

Por lo contrario, las investigaciones y contribuciones hechas por autores americanos, en los últimos años, demuestran, que por lo menos en aquellos países—y probablemente en otras partes también—la mencionada infestación es mucho más difusa que lo que generalmente se supone.

Nos ha parecido interesante mostrar en síntesis cuál es la difusión de esta enfermedad y cuáles son los medios diagnósticos

# Ceregumil

# FERNANDEZ

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

FERNANDEZ Y CANIVELL. — MALAGA

Representante general en Extremadura:

**Francisco Cruz Quirós ● CACERES**



actualmente en uso para el descubrimiento de su presencia en el hombre, tanto en vida como «post-mortem».

Referente a la historia de esta enfermedad, recordaremos que hace poco menos de un siglo, precisamente en el año 1835, Paget y Owen encontraron, en los músculos de cadáveres humanos, un nematodo parásito que fué denominado por Owen «*Triquina spiralis*»; este descubrimiento fué confirmado el año siguiente en Inglaterra y Alemania, sin que ninguno de los observadores sospechase aún que la presencia de la triquina en el organismo humano pudiese determinar un estado morboso.

Diez años más tarde, Herbst y Gurlt señalaron la presencia de la triquina en el gato y Leidy de Filadelfia lo encontró en un jamón de cerdo.

Se emitieron entonces las más diversas opiniones acerca del origen y la naturaleza del parásito y Von Siebold y Dujardin consideraron la triquina como una forma joven, degenerada, arrestada en su evolución.

Fué hacia el año 1850 que la cuestión comenzó a considerarse bajo un nuevo punto de vista: Herbst obtiene la infestación típica mediante la ingestión de músculos de perro conteniendo triquina; Virchow y Leuckert constataron el desarrollo de la triquina en el intestino del perro. Al fin en el año 1860, Zencker de Dresden, observó en la autopsia de una joven infartos de triquina no enquistados en los músculos y constató la presencia de los mismos parásitos en el lumen intestinal. La investigación practicada inmediatamente acerca de la circunstancias que rodeaban la muerte de la muchacha, le permitieron establecer el hecho de que los primeros síntomas se habían manifestado después de la ingestión de carne que provenía de un cerdo sospechoso y que también otras personas, en las mismas circunstancias, habían acusado trastornos de cierta gravedad. Insistiendo en sus investigaciones, Zencker pudo encontrar restos de la carne sospechosa y vió que estaban llenos de triquinas enquistadas. El ciclo evolutivo de la triquina había sido encontrado, se clasificó una nueva enfermedad: la Triquinosis.

El descubrimiento de Zencker dió origen a numerosos trabajos que aclararon de manera más completa la biología del parásito, y, desde este momento, las observaciones de epidemias de triquinosis se multiplicaron.

Como ya hemos indicado, la ingestión de la triquina en cualquier etapa de su evolución es la causa exclusiva de la triquinosis. El hombre contrae la enfermedad casi exclusivamente como consecuencia del uso de carne de cerdo cruda o insuficientemente cocida, o poco salada, o mal ahumada. Sin embargo la enfermedad puede presentarse también a causa de uso de la carne de otros animales que pueden hospedar al parásito, entre ellos re-



cordaremos: el perro, el tejón, el oso, el gato, etc. La frecuencia de los casos en el hombre depende en parte de la frecuencia de los casos entre los cerdos que viven en sus cercanías, en parte del modo de preparar la carne de cerdo destinada a la alimentación, y naturalmente los casos son más frecuentes donde la carne de cerdo se consume cruda.

El cerdo es el animal que, más que todos los demás, está expuesto a la infestación y es a causa de sus alimentación que es una de las más variadas, puede contaminarse por restos musculares o excrementos infestados de ratas u otros cerdos o del hombre. Esta última causa, sin embargo, representa la excepción, pues presupone la triquinosis intestinal del hombre y la ingestión por parte del cerdo de excrementos conteniendo triquinas sexuales o embriones. La contaminación de cerdo por cerdo es más frecuente y puede ocurrir mediante la deyección, o la ingestión de carne conteniendo triquinas, pues los que crían cerdos con frecuencia los alimentan con los residuos de la matanza de los mismos animales.

Mas la causa más frecuente de la infestación es la transmisión de las ratas al cerdo y ahora ya se sabe que mientras que la triquinosis del cerdo está localizada en algunos países, la de la rata ha sido observada casi por todas partes.

Se ha visto que la América del Norte y Alemania, que son los focos principales de la enfermedad, se encuentran en primer lugar también en cuanto al porcentaje de ratas infestadas. Recordemos cómo hacia el fin del siglo pasado se encontró que en América la proporción de ratas infestadas era aproximadamente de 50 por 100 y en Alemania del 5 al 20 por 100. En Boston, cuarenta ratas capturadas en un matadero en el cual se elaboraban carnes de cerdo destinadas a la exportación, estaban todas contaminadas y entre 50 ratas capturadas en el matadero de la ciudad 39 resultaron contener triquinas, o sea una proporción del 79 por 100. En París, Vulpian y Laboulbene han observado la triquinosis en la rata de cloaca, y Goujon la constatado cinco veces entre 72 animales observados; por lo contrario Megnin no la ha encontrado jamás en Vincennes y en los suburbios de París.

Las ratas y en general los múridos se contaminan o comiendo la carne de cerdos enfermos o mediante materiales contaminados por las deyecciones esparcidas en las porquerizas; pero la causa más importante de la propagación de la enfermedad está representada ciertamente por la ingestión, por parte de los múridos sanos de cadáveres de otros múridos triquinosos.

El cerdo en su turno contrae la infestación o comiendo carne de múridos triquinosos o también sencillamente mediante los alimentos contaminados por las deyecciones de los múridos,



cuando en estas defecaciones se encuentran embriones (triquinosis intestinal).

La triquinosis se encuentra un poco por todas partes: en Europa se han denunciado casos: Prusia, Sajonia, España, Holanda, Suecia, Dinamarca, Checoeslovaquia, Bulgaria, Rusia. Italia tuvo sólo un episodio en el año 1916, (Bergamo), que se limitó a pocas personas y como Francia, resulta ahora indemne. Se han registrado casos en Algeria, Egipto, Africa Oriental; se dan casos en la India y en China, de cual última parece haber provenido la infestación. En Oceanía se ha encontrado en Australia.

Pero es América que, como ya hemos dicho, puede ser considerada como la «tierra clásica de la triquina». Aunque se carece de datos estadísticos precisos, hay sin embargo numerosos trabajos que pueden dar una idea de la frecuencia de la enfermedad en aquel país.

Ya en el año 1897, Thornbury describiendo 21 autopsias por él practicadas, asegura haber encontrado triquina spiralis en los músculos de tres de los cadáveres. Williams en el año 1901 encontró la triquina en la proporción de 5,34 por 100 entre 500 casos de autopsia practicadas en Buffalo.

Mas son los recientes estudios acerca de esta entidad morbosa que han reclamado la atención de los investigadores a la enorme difusión y a la creciente importancia de la triquinosis, como enfermedad social, en los Estados Unidos de América.

Hasta ahora, casi nadie, en América o fuera de ella, había dado excesiva importancia a algunos casos denunciados aquí o allá, o por lo menos casi nadie había sospechado que millones de ciudadanos americanos sufren, especialmente ignorándolo, de esta enfermedad, que puede tener un transcurso sumamente grave.

Numerosísimas autopsias practicadas en los últimos años en cadáveres de diferentes sexos, edades y profesiones, casos que jamás habían demostrado síntomas para hacer sospechar una triquinosis, han puesto en evidencia cómo en toda la zona de América que tenemos en consideración, existe una difusión de la enfermedad, algunas veces en proporción superior al 20 por 100 de la población global. Estos impresionantes resultados, que por fuerza han de dejar un poco de escepticismo, si fuesen obtenidos por cualquier investigador aislado, no pueden ser discutidos hoy día, porque de casi todas partes de América nuevos hombres de ciencia confirman plenamente estos datos autópsicos.

Recordemos brevemente los principales estudios llevados a cabo durante los últimos años.

F. B. Que en el año 1931, examinó en Rochester, N. Y., 344 diafragmas procedentes de cadáveres de personas de las más diversas condiciones sociales; encontrando presente la triquina en la proporción de 17'5 por 100; para el descubrimiento de la



triquina se sirvió del método de la digestión. Poco después en Minneapolis, Riley y Scheifley encontraron que el 19 por 100 de 117 cadáveres examinados, eran positivos para la triquina y en una segunda serie de investigaciones, entre 50 cadáveres tuvieron un porcentaje positivo de 20 por 100. Contemporáneamente, en Boston, Spink y Augustine encontraron también un enorme porcentaje de positivos. En San Francisco, McNaught y Anderson descubrieron que un 24 por 100 de 200 diafragmas humanos de individuos muertos sin haber jamás presentado síntomas patognómicos de triquinosis, estaban abundantemente infestados hasta con larvas vivas. Estos últimos autores utilizaron en sus investigaciones, el método de la digestión del músculo, mediante jugo gástrico artificial. Un año más tarde, en 1937, en Washington, Hall y Collin publicaron los resultados del examen de 300 cadáveres y usando el método fundado sobre la digestión y el examen microscópico obtuvieron 41 resultados positivos. Numerosos son los estudios llevados a cabo por otros investigadores, utilizando unos un método y otros otro y en ningún caso ha sido el porcentaje de casos positivos menor a 3'5 por 100. Ultimamente, en el año 1938, Nolan y Bozicevich resumiendo sus estudios y adoptando a un tiempo los dos medios de investigación, han examinado otros 1.000 diafragmas de individuos de distintos sexos, edades, civiles y militares, blancos y negros, de posición social alta y baja: 74 casos, o sea el 17'4 por 100 estaban infestados de triquina.

Será suficiente este brevísimos extracto de la literatura para darse cuenta de la enorme difusión de la enfermedad. Tales impresionantes resultados han de atribuirse en gran parte al perfeccionamiento técnico para la rebusca del parásito. Como habíamos ya dicho, los métodos adoptados han sido dos: el método microscópico y el método Baermann de digestión. Consideramos útil indicar la técnica tal como la describen exactamente Nolan y Bozicevich en su reciente trabajo.

Para el examen microscópico se separa generalmente 1 gramo de músculo diafragmático, se corta en pequeños fragmentos colocados entre dos trozos de vidrio de 22 centímetros de largo, 5 centímetros de ancho y 5 milímetros de espesor. Estos cristales están envueltos con una armadura de metálica y tienen un tornillo a cada lado; por medio de los tornillos se pueden juntar estrechamente los dos cristales obteniendo así una distribución uniforme del material. Resulta fácil pues, examinar el material en el microscopio obteniendo el debido aumento, encontrar los quistes calcificados o no y las triquinas vivas o muertas.

El método de digestión de Baermann aunque un poco más complicado, ofrece la ventaja de permitir el examen de cantidades mucho más grandes de músculo. Con este método la cantidad



generalmente usada es de 50 gramos de músculo la cual se pone a digerir en tres litros de jugo gástrico artificial (5 gramos de pepsina comercial, 7 cc. de ácido clorhídrico concentrado, un litro de agua) Después de un período determinado de digestión (aproximadamente 18 horas a una temperatura de 37.° C.) y un subsiguiente lavado, se recoge el depósito sedimentoso y se examina al microscopio con adecuado aumento.

Ahora bien, el uso simultáneo de ambos métodos de investigación de la triquina ha contribuido a elevar notablemente el número de resultados positivos. Mientras en el conjunto de los estudios llevados a cabo en 1.698 cadáveres usando solo uno de los métodos, tanto uno como otro, se encontraron 198 casos (11,6 por 100), usando ambos métodos simultáneamente se obtuvieron entre 1.000 casos examinados 174 resultados positivos. (17,4 por 100). Se puede pensar, pues, basándose sobre estos resultados, que hasta hoy puede que la infestación se escape a las investigaciones en muchos casos.

Si se exceptúan algunos Estados, como por ejemplo, los de las Montañas Rocosas en los cuales no se han publicado resultados de investigaciones sobre la enfermedad de referencia, está completamente fuera de duda la enorme difusión de la triquinosis en los Estados Unidos.

Era pues lógico que los estudios se dirigiesen al descubrimiento de medios aptos para revelar la infestación en vida mediante reacciones serológicas o cutaneas y a la investigación de las fuentes de la enfermedad misma.

Hacia estos dos fines y en especial hacia el primero se han dirigido los esfuerzos de un gran número de investigadores

Como ya hemos dicho, el hombre se infesta generalmente al comer carne de cerdo cruda o poco cocida. Los animales herbívoros y las aves no padecen normalmente de triquinosis, por lo cual su carne no es peligrosa. Son los cerdos los responsables principales de la transmisión de la afección, pues es precisamente la carne de cerdo la que se come cruda en cantidades notables.

Llegadas al estómago, las larvas son liberadas de sus cápsulas por la acción de los jugos gástricos y pasan al intestino donde en pocos días alcanzan su madurez sexual. Convertidos así en individuos adultos se acoplan rápidamente. En cinco o seis semanas, duración media de su vida, cada hembra vivípara puede dar origen a 10.000-15.000 embriones. Después los individuos adultos son emitidos mientras que los embriones, a través de los linfáticos pasan en círculo y llegan a localizarse en los músculos estriados, donde se enquistan. En este período, el enfermo advierte fuertes dolores musculares, acompañados de edemas, que se localizan en la cara y los párpados, y aumentos de temperatura. En las formas muy graves la muerte es el resultado usual.



Pero es más corriente que el número de parásitos que llega a los músculos no sea excesivo y la infestación se localiza en determinados grupos musculares. En estos casos, las larvas generan lentamente y se calcifican, los síntomas se hacen cada vez más vagos y el enfermo se repone gradualmente.

Como hemos dicho, las larvas van a localizarse en los músculos estriados y especialmente en el diafragma. Algunos investigadores, sin embargo han conseguido descubrirlas en las más variadas partes del cuerpo.

En 1909, Herrick y Janewai demostraron la presencia de la triquina en la sangre circulante; sucesivamente Cott y Lintz, Bloch, Elliot, Cummins y Carson, Meyer, etc., la encontraron en el líquido céfalo-raquídeo. En 1906, Frothingham demostró en autopsias, las larvas en el corazón, pulmones, cerebro, páncreas y Pund y Nosteller, en 1934, la han descubierto en el cerebro.

Se puede, pues, decir, que no existe ningún órgano o parte del organismo donde no se ha encontrado: en el líquido pericárdico, en el exudado pleurítico, en los músculos del esófago y la laringe, en la médula ósea, en el paladar blando, en los músculos del esfínter anal y en los de la uretra, en las glándulas mamarias, en la placenta, en la leche, hasta en el pus de un forúnculo.

Es evidente que estos quistes tienen la posibilidad de localizarse en cualquier parte, dando una sintomatología nada clara y haciendo el diagnóstico de la triquinosis uno de los más difíciles. Basta con leer los trabajos más recientes sobre este punto, para darse cuenta que pocas son las ocasiones en las cuales será posible hacer un diagnóstico exacto: son especialmente el paludismo, la gripe, el reumatismo, la dispepsia y muchísimas otras afecciones las culpadas erróneamente. El único síntoma de alguna seguridad que puede orientar al médico, aparte de las alteraciones intestinales, los dolores musculares, edemas faciales, etc., es la presencia de la leucocitosis con eosinofilia.

Si mediante la biopsia del deltoides o del gastrocnemio se llega a encontrar algunas larvas, el diagnóstico está hecho; pero esto ocurre solo en una minoría de los casos.

Haciendo falta semejantes pruebas, los investigadores han tratado de resolver la cuestión recurriendo a las reacciones serológicas y precisamente a la reacción de la fijación de complemento y muy especialmente a las reacciones de precipitación y cutáneas.

Los resultados que pueden obtenerse mediante estas reacciones son todavía el objeto de estudio y discusión por parte de los investigadores.

En el año 1928 Bachman llegó a demostrar que, infestando animales de laboratorio, se puede poner en evidencia, la aparición de la precipitación de la sangre de los mismos después de 13



días, mientras que se pueden provocar reacciones cutáneas específicas dentro de la primera semana de la infestación. Estos primeros resultados, obtenidos por Bachman, fueron aplicados al hombre con éxito por algunos investigadores: los primeros de estos en seguir semejantes experimentos fueron Stoll, Hunter, Swineford y Waddel. Sucesivamente otros estudiantes han continuado estos trabajos, confirmando y amplificando las pruebas. Debemos recordar que algunos autores han observado que algunas veces estas reacciones dan resultados positivos en los palúdicos que han sido sometidos a tratamientos de quinina o en luéticos que han seguido tratamiento mediante algunos compuestos arsenicales. Desgraciadamente, como casi siempre sucede, estas pruebas no han sido suficientemente reconocidas para poder determinar un diagnóstico con seguridad y podemos citar a Kilduff y Heathman, los cuales se han expresado escépticos acerca de los resultados obtenidos de esta manera.

Por lo contrario, existen muchos autores que están de acuerdo en exaltar los beneficios a obtener por estas pruebas.

En un reciente estudio de Dickman viene ampliamente detallada la interpretación de Spink para explicar los discordantes resultados obtenidos por varios autores. Este investigador cree que la divergencia depende fundamentalmente de interpretaciones erróneas, especialmente de la reacción cutánea. En efecto, según el autor, existen dos distintas reacciones cutáneas; una inmediata y otra tardía, que tienen un significado diagnóstico muy distinto.

Las reacciones precipitantes, en el hombre, se obtendrán positiva y generalmente después de las primeras cuatro semanas de enfermedad.

Una contribución, si no decisiva, por lo menos de gran importancia para juzgar de las reacciones cutáneas, ha sido presentada muy recientemente por Shapiro, Crosby y Sickler, quienes han controlado en los cadáveres la veracidad de las reacciones cutáneas. En los enfermos en quienes se sospechaba la triquinosis, han seguido la técnica de la reacción cutánea, propuesta por Bachman y perfeccionada por Agustine y Theiler. En todos los casos investigados, casi sin excepción alguna, han descubierto una íntima relación entre el informe de autopsia y el resultado de las reacciones cutáneas efectuadas en vida.

No todos los autores han usado el mismo antígeno, especialmente para las reacciones cutáneas; solo los investigadores norteamericanos han hecho tales tentativas; pero sin extendernos demasiado diremos que en el estado actual de la cuestión se puede concluir que, aunque admitiendo que las reacciones no sean siempre específicas, en la gran mayoría de los casos se puede, sin embargo, mediante las pruebas cutáneas o de precipitación, obtener indicaciones diagnósticas.



Para terminar, recordaremos que, dada la gran difusión de la enfermedad, se ha estudiado con todo cuidado, cuáles son las carnes más peligrosas. Se ha podido ver de esta manera, que en un enorme porcentaje de muestras de carne de cerdo, generalmente ingerida en estado crudo y de la cual son enormes consumidores los norteamericanos, es posible encontrar parásitos vivos y sanos.

Como consecuencia de estos resultados y debido al prolongado y cuidadoso estudio de tantos investigadores, ya comienzan a organizarse las primeras medidas de defensa por parte de las autoridades sanitarias y todo hace esperar y augurar que éstas se vayan reforzando para aminorar la inmensa difusión de esta infestación.

## 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.



# Terapéutica de todos los días

## III.—Náuseas y Vómitos.—Por F. W. Strauch.

*Traducido de la «Deutsche Medizinische Wochen-Schrift»  
por Arturo O'Ferrall*

Como el síntoma de las náuseas y de los vómitos es un síntoma de gran importancia en la práctica diaria del médico, haremos una pequeña descripción. Con bastante frecuencia inducen datos anamnesticos, prevenciones por parte del médico así como una investigación clínica superficial a un juicio erróneo acerca de la causa basal de estas manifestaciones. Como regla general y tratándose de casos de esta índole, el médico tiene una exagerada tendencia hacia parcialidad a favor de las enfermedades del estómago, a pesar de que numerosas otras probalidades existen, algunas de las cuales pueden muy bien llevar a una hiperexcitación del vago y tienen que ser tenidas en consideración al establecer el diagnóstico diferencial.

En el complicado proceso del reflejo del vómito tiene la «psique» un papel importantísimo. Sucesos o experiencias, cuya exteriorización consiste en «silenciosos conflictos mentales», sensaciones de asco y fenómenos similares solo se pueden descubrir por una hábil y delicada investigación por parte del médico y así determinar la última causa de los vómitos psicogéneos. El tipo humano «vegetativo-labilo» y especialmente el Basedowiano tiende a una hiperexcitabilidad de los diversos síntomas nerviosos. Náuseas, ascos, vómitos son a menudo condiciones consiguientes a complicados procesos reflejos.

A veces el reflejo vomitivo tiene su origen en las vías respiratorias superiores. Tenemos un ejemplo clásico en la Tos-ferina de los niños sensibles que persiste semanas y a veces meses después de la resolución de la enfermedad misma, radicando la culpa generalmente en el estado mental causada por la preocupación excesiva de los padres cuyas atenciones causan la hiperirritabilidad que conduce a vómitos y náuseas. Las enfermedades de la nariz (catarros crónicos y pólipos), de la faringe y de los adnexos deben excluirse cuanto antes de diagnóstico diferencial. Catarros crónicos que a menudo conducen a una faringitis granular, causan con frecuencia molestias que toman la forma de náuseas; también es necesario mencionar las condiciones hipertróficas de las encías y de las amígdalas. La situación exacta de este órgano parece ser desconocida en la práctica por muchos médicos. Luego siguen hipertrofias del tiroides, especialmente del lóbulo medio. Cuando un enfermo se queja de que al agachar la cabeza padece sensaciones de angustia acompañadas de vómitos, es preciso pen-



sar en una «Struna substernal» (radiografía).—También desempeñan un papel importante como causa basal, de estas alteraciones, las afecciones del esófago. Hernias del hiatus; algunas dando un cuadro de angina de pecho atípica y divertículos son según mi experiencia raros. Con más frecuencia hemos encontrado atonías del esófago y especialmente en los ancianos, el cuadro del cardioespasmo con ensanchamiento del esófago. Los graves vómitos que en los enfermos con carcinoma del esófago son casi invariablemente la regla cuando la enfermedad es de progreso rápido. La sensación de presión y de náuseas en la región de las vías respiratorias superiores con momentáneos dolores que se extienden partiendo del brazo izquierdo y con menor frecuencia del derecho, generalmente se interpretan como síntomas nerviosos pero pueden ser atribuidos a afecciones arteriales (Aortes luética, arterioesclerosis, etc.) En estos casos el diagnóstico será facilitado por radiografía y el electrocardiograma.

Generalmente, las náuseas constituyen los primeros pasos hacia el vómito. Muchos enfermos diferencian lógicamente entre náuseas y el deseo natural de vomitar; al acrecentarse este deseo pronto culmina en la explosión de residuos alimenticios o jugos ácidos y casi siempre, en tales casos existe alguna afección del conducto gastro-intestinal, del hígado o de las vías biliares.

La clínica de estos últimos años ha aclarado bastante lo referente a las neurosis digestivas, que por cierto se diagnosticaban anteriormente con demasiada frecuencia, y ha demostrado la prevalencia de los procesos ulcerosos en estómago y duodeno. El cuadro en relieve de la mucosa gástrica recibe sin embargo hoy día demasiada atención. Los pliegues y las depresiones entre los mismos tienen que demostrar una importante extensión; sólo un relieve muy estriado, con marcada delineación, puede tener importancia para el diagnóstico precoz de la gastritis, úlcera y cáncer.

Con especial frecuencia observamos vómitos—en sí mismo un desahogo natural—en el catarro agudo del estómago, después de repleción, de la ingestión de alimentos en mal estado, después de algunas intoxicaciones, así como después de un largo período de medicamentación con algunos productos. (Digitalis, arsenico, hierro, aspirina en diversos preparados, narcóticos, etcétera.) Mientras que en la úlcera duodenal, con excepción de la enfermedad de Reichsman, raramente se padecen vómitos, casi nunca falta esta molestia, algunas horas después de las comidas, en los casos de úlcera del píloro y estenosis pilórica.

En las enfermedades inflamatorias del hígado, de la vesícula biliar y de las vías biliares, con o sin formación de cálculo, deben considerarse los vómitos con estómago vacío y ante todo el clásico cólico biliar, como signos y síntomas de la afección. En



la práctica médica general, las enfermedades de la vesícula biliar pueden durante mucho tiempo confundirse con las enfermedades gástricas, es decir, los así llamados «calambres de estómago» o catarros gástricos. Naturalmente los vómitos pueden estar presentes en toda forma de irritación del vientre (hernia epigástrica, a menudo acompañada de úlcera duodenal; ileus, pancreatitis y necrosis pancreática, enfermedades de los anexos y además los cálculos de riñón, uretra y vejiga). En mi experiencia, tanto en la práctica particular como en hospitales, he comprobado que no recibe suficiente atención la frecuencia con la cual los vómitos pueden ser el síntoma inicial en la apendicitis aguda, pielitis y condiciones suburémicas. A pesar de la abundante literatura acerca del diagnóstico de las inflamaciones del ciego, aún se desconoce a menudo su multiforme cuadro clínico. El estreñimiento no es de manera alguna un antecedente de la apendicitis como antes se creía, y se llegaba hasta a asegurarlo en libros de texto. Las diarreas tampoco son indicaciones contrarias a una afección del ciego. En cada caso de vómitos agudos acompañados de fiebre y dolores de vientre, es preciso pensar en la presencia de una posible apendicitis (medidas cada tres horas; investigación rectal así como vaginal, con el fin de desechar adnexitis; hiposlasia, recuento de leucocitos, cuadro sanguíneo).

La pielitis aguda se demuestra a menudo por tenaces vómitos juntos con fiebre inconstante y alta, así como alteraciones de la condición general. Repetidas investigaciones de la orina, (reacción ácida, sedimentos Bact. coli, aumento de glóbulos rojos y especialmente de blancos que se encontraran formando masas compactas) aclararán el diagnóstico. De vez en cuando he observado cólicos dolorosos en forma de calambres en la región de la vesícula biliar y del estómago, pero sin dolores lumbares.

A los más graves padecimientos pertenecen las condiciones suburémicas y urémicas. Una dispepsia que no se caracteriza durante mucho tiempo puede convertirse rápidamente en gastritis grave, con lengua muy sucia y vómitos casi incesantes de residuos alimenticios que huelen a orina (examen microscópico de la orina; presión sanguínea; fondo ocular). Los comienzos de tales gastritis tóxicas, que aparentan ser de insuficiencia renal, son frecuentemente pasados por alto en la práctica general.

Es un hecho reconocido por todos los clínicos, que los vómitos se encuentran presentes en el complejo sintomático de Ménière, en las migrañas, en las gastritis nicotínicas y alcohólicas, también en casi todas las enfermedades infecciosas, especialmente al comienzo de la escarlatina y la neumonía cruposa. Aquí será preciso mencionar también los vómitos de los primeros meses del embarazo con toda su variabilidad.

Para que nuestro estudio sea completo, mencionaremos tam-



bién los vómitos que dependen del sistema nervioso central (tumor o abceso cerebral, meningitis). Estos vómitos se caracterizan por el hecho de que los alimentos son expulsados repentinamente sin período de náuseas y sin dolor alguno.

### Consejos terapéuticos para la práctica general

De estas superficiales indicaciones sobre la sintomatología de las náuseas y los vómitos, pasaremos a la dirección que han de llevar nuestras apreciaciones diagnósticas. Una prehistoria médica cuidadosamente tomada y considerada es la piedra de toque con la cual se prueban nuestros conocimientos médicos y nos dará más importantes indicaciones que la contribución de los más complicados métodos de laboratorio, que tanto tiempo roban al médico práctico, por muy importantes y evidente que sea su conexión con las investigaciones y resultados del examen clínico en muchos casos individuales.

La mejor medicina para las alteraciones psíquicas o mentales que tan a menudo se exteriorizan mediante el penible síntoma de los vómitos, son la psicoanálisis y la terapéutica, ayudadas por el sano sentido común y teniendo detrás de todo el sensible y bondadoso corazón del médico.

El arte de tratar los enfermos con personalidades neurasténicas, consiste en tratar de obrar dentro del mundo del enfermo, entre las diversas sombras y luces que obsesionan al paciente, pues en muchas de estas personas las angustias repercuten sobre el estómago que trata por medio de las náuseas y los vómitos de quitarse de encima las molestias que le ocasionan dichos conflictos.

En los estigmatizados vegetativos con alteraciones gástricas en el sentido de náuseas, calambres que por autosugestión acaban en vómitos, nos ha ayudado mucho a vencer este síntoma tan penoso la administración de una tableta de «Valdispert» 2 o 3 veces al día; una tableta de «Luminalette» 3 veces al día; o la ingestión 2 o 3 veces al día de una tableta de «Belladenal», después de las comidas.

Si se ha identificado la faringe como el punto de partida del complejo del vómito, entonces será conveniente hacer gárgaras con «subcutina» y pincelaciones con una solución de «Targesin» o «Mentolturiopin». Si la pared posterior de la garganta está de color encendido y parece estar cubierta de barniz, dan muy favorables resultados las pincelaciones con «Yodoyadkali» (Yodi puri 0,75; Kalii yodati 3,0; Glicerina ad 30,0). Si al mismo tiempo que los vómitos se nota una tos ronca y como ladrido, tiene la cuidadosa cauterización con tricloroacético un efecto terminante. Además los bombones anestésicos y las tabletas de «Tarsopha-



gina» tienen una acción calmante sobre la irritación de la mucosa de la faringe.

En los casos en los cuales se ha comprobado la gastritis, mediante cuadro en relieve radiográfico y la prueba de Kofeina (Koffeinprobetrunck) es siempre necesario tratar de vencer los vómitos por medio de un largo ayuno. Se hará uso razonable de bebidas templadas como té con la adición de un poco de coñac y zumos de frutas. Si también la ingestión de líquidos deja de dar resultados en vencer los vómitos, es recomendable la instilación rectal de un litro de glucosa al 5 por 100 extendido durante el día. Si a pesar de estas medidas no cesan los vómitos, siempre debe estar cerca la idea de una úlcera perforante. Por lo general, las úlceras o tumores gastrointestinales reaccionan mejor, en lo que a la cesación de vómitos se refiere, con aplicaciones de cataplasmas de linaza, ni demasiado calientes ni demasiado pesadas, que a la diatermia, termófora o tratamiento por ondas cortas. El tan frecuente vómito que llega a veces hasta litros de jugos agrios en la enfermedad de Reichman, que siempre tiene a su base una pequeña ulceración duodenal, casi siempre cesa con la administración de medio a 1 mg. de atropina, 3 veces al día. Los vómitos de las enfermedades de las vías biliares también se influyen beneficiosamente por la atropina o los preparados de belladona, si al mismo tiempo se mantiene terminante ayuno y enemas de infusiones de manzanilla para aliviar el intestino grueso, que generalmente está muy inflado.

En los vómitos que dependen de una gastritis primaria o tienen su causa en la vesícula biliar, pueden prestar buen servicio las tabletas de «orexinta», una o dos veces al día, una hora antes de las comidas; o tabletas de Bilival, dos de ellas, después de las comidas dos veces al día. También es conveniente tener en cuenta los lavados del estómago, cuya acción es a menudo muy favorable en los vómitos y náuseas causadas por estancamiento en el estómago y también en casos de cáncer del estómago no operable.

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



# LA SIFILIS GÁSTRICA

POR S. DAVICOVIC.

*Traducido de «La Presse Medicale», Febrero 1939  
por Arturo O'Ferrall*

Los casos de sífilis gástrica son raros; sin embargo hemos tenido la ocasión de poder observar recientemente dos de ellos, uno de los cuales era especialmente interesante.

Se trataba de una mujer de 40 años, sin antecedentes patológicos aparte de un aborto espontáneo. Desde hacía un año padecía dolores gástricos cuya frecuencia aumentaba, y vómitos que sobrevenían algunas horas después de las comidas y que aliviaban los dolores.

La radiografía demostraba un estómago de dimensiones regulares muy retraído hacia su parte central. Se practica una intervención el 2 de Enero de 1937, con anestesia local. Las paredes gástricas son muy espesas, sobre todo en la parte central, cuya superficie presenta una cicatriz. Detrás se encuentran adherencias. Ligadura con enterramiento del duodeno, resección según la técnica de Reichel-Polya. Consecuencias operatorias normales.

El 10 de Enero, el examen serológico de la sangre demuestra reacciones de Wassermann, Hecht y Kahn muy positivas.

El 19 de Enero, la enferma, a quien se ha recomendado un tratamiento específico, abandona el establecimiento en buen estado. Algunos meses más tarde, se vuelve a ver a la enferma: el estómago funciona bien, lo que queda confirmado por el examen radiológico. El Bordet-Wassermann es aún muy positivo. Se envía a la enferma al servicio de venereología donde se instituye un tratamiento específico.

Debemos reconocer que omitimos de hacer el examen clínico del jugo gástrico y por esta causa carecemos de una información importante.

El examen histo-patológico del trozo demuestra que la mucosa falta en gran parte y que donde existe aún, es decir en los bordes de la ulceración, es espesa, edematosa y fuertemente infiltrada por linfocitos, células de plasma y algunos polinucleares. Las glándulas contienen una mayor cantidad de mucosidad, el epitelio es turgesciente. La úlcera está repleta de un tejido granuloso formado por pequeñas células redondas, de linfocitos, células plasmáticas y algunos polinucleares, así como por fibroblastos que en sitios dominan. Los vasos sanguíneos son poco numerosos, se encuentra una arteria de gran espesor sobre todo al nivel de la íntima que está infiltrada por linfocitos y fibroblastos, con bastantes fibras conjuntivas. La musculosa de la mucosa está interrumpida al nivel de la úlcera y en su lugar se ha desarrollado un tejido de granulación. Entre los otros planos de la musculosa



se encuentran focos de tejido granuloso más viejo, abundante en fibras conjuntivas, con vasos sanguíneos algo espesos y con mayor cantidad de fibroblastos, pero pocos linfocitos y células plasmáticas. Estos focos están emplazados alrededor de los vasos sanguíneos más voluminosos. Numerosas arterias, que se encuentran en la sub-mucosa por bajo de la mucosa conservada, presentan un espesor notable de la íntima, gran abundancia de fibroblastos y algunos linfocitos. Las luces de los vasos o están completamente obstruidas por este tejido conjuntivo, o muy estrechadas. Alrededor de estos vasos hay una débil infiltración de linfocitos.

En este caso hemos, pues, encontrado un espesor difuso de la pared en la región antro-pilórica, lo que ha dado un cuadro clínico de neoplasma y por otra parte el exámen radiológico nos ha demostrado una falta de repleción por el bario en el mismo sitio. Por lo contrario, el examen histológico ha comprobado solo una cosa; la ausencia de degeneración maligna. ¿Puede pues, tratarse de una afección específica? No se puede afirmarlo positivamente a pesar del examen microscópico que demuestra la existencia de una inflamación crónica.

Existen focos en el centro de los cuales se encuentran células epitelioides, células gigantes y capilares, y todo alrededor, un círculo de linfocitos y de células plasmáticas. En los cortes se ve claramente el tejido elástico conservado en las arterias, aunque en las venas este tejido está parcialmente destruido y las luces estén en parte repletas de fibroblastos.

Considerando el estado encontrado en la intervención—espesor de la pared antro-pilórica, presencia de numerosas ulceraciones en la mucosa, el Bordet-Wassermann positivo, el examen histológico, sobretodo, teniendo en cuenta las modificaciones de los vasos sanguíneos (venas y arterias)—somos de opinión que se trata de una afección sífilítica del estómago.

Del punto de vista terapéutico, la resección seguida de un tratamiento específico anti-luético ha dado un buen resultado.

En otro caso que presentaba hemorragias difusas del estómago, hemos encontrado, en la autopsia, una gastritis crónica con hipertrofia de la mucosa, formaciones poliposas, y en algunos sitios, ulceraciones superficiales de la mucosa. Además, existían modificaciones cirróticas graves en el hígado, de naturaleza sífilítica.

Según los informes anatomo-patológicos y las estadísticas, la sífilis gástrica es bastante rara. Chiari ha encontrado sólo 3 casos de lesiones netamente específicas en 243 autopsias de sífilíticos. Schrumpp en 1918, entre 414 casos de sífilis visceral, sólo encontró un caso. Keidel, en 1924, sólo encontró 2 casos entre 412.



Los hombres son atacados con más frecuencia que las mujeres, sin duda porque se exponen más a la intoxicación etílica.

El diagnóstico de la sífilis gástrica es muy difícil.

Esta afección se puede presentar bajo diversas formas. En la literatura hemos encontrado descripciones de las siguientes formas: gastritis difusa sifilítica, úlcera, neoformación gomosa (llamada «tipo pseudo-canceroso»), estómago bilocular por cicatriz, estenosis pilórica, linitis plástica sifilítica y, finalmente, se han descrito casos de úlcera de estómago en la sífilis congénita. Estas formas presentan muy a menudo los diferentes estados de evolución de una sola y misma enfermedad.

La forma más frecuente de sífilis gástrica es la goma. Esta aparece bajo la forma de tumores redondos elevados o aplastados, más o menos claramente delimitados, o bajo la forma de infiltraciones mal limitadas, de consistencia dura. Su localización se encuentra generalmente en la pared posterior del estómago, cerca de la pequeña curvadura, próxima al píloro. La estenosis en estos casos puede aparecer por la prominencia del tumor en la luz del estómago. A veces existe un espesor difuso de la pared gástrica en la región antro-pilórica, como consecuencia de lo cual se presenta un cuadro clínico de neoplasma—forma pseudo-cancerosa—de la sífilis gástrica. Nuestro caso pertenece a esta última variedad.

Se han observado tales tumores en el píloro, en la parte pilórica del estómago, en el antro, en el fondo y en la parte media del estómago.

Aoyama ha descrito cuatro casos de sífilis gástrica tardía, confirmados histológicamente. Era casi imposible hacer el diagnóstico. En estos cuatro casos se practicó una gastrectomía.

Gebert ha publicado tres casos de sífilis gástrica bajo la forma de infiltraciones gomosas en la región pilórica, y en los cuales ha habido intervención. Los síntomas clínicos consistían en sensibilidad dolorosa a la presión y resistencia al nivel del píloro, vómitos, dolores, anacidez del jugo gástrico, típica comprobación radiográfica. Existían ulceraciones circulares al nivel del antro. Bordet-Wassermann, positivo.

Straaten ha dado dos casos a la publicidad. Primer caso: Mujer de 44 años; clínicamente y radiológicamente se puede sospechar de un cáncer prepilórico. Bordet-Wassermann, positivo. Al operar se encontró un tumor que invadía todo el antro. Se practicó un Billroth II. Segundo caso: Mujer de 58 años. Se hizo la intervención porque se sospechaba la existencia de un cáncer prepilórico. Se encontró un tumor grande como la palma de la mano, situado en el antro y ocupando toda su pared anterior. Billroth I. El examen histológico demostró en estos casos una infiltración linfocitaria de la mucosa y de la submucosa. La submu-



cosa estaba muy ensanchada y contenía mucho tejido fibroso nuevo.

Fedorovsky describe un caso de resección según Billroth II. El enfermo se quejaba de dolores, ausencia de HCL, acidez total de 4. La radiología descubrió la existencia de una úlcera al nivel del antro.

Casos similares han sido descritos por Bertrand y Petit-Dutailis, por Benassi, Kaplan, Moutier, Girault y Debray, P. Savy, Einhorn, Hausmann, Sardi, Dalimier, Salzmänn, Lumière.

La necrosis de las infiltraciones gomosas trae consigo ulceraciones específicas. Aparecen bajo la forma de ulceraciones superficiales, o bien penetran en los planos más profundos. Sus bordes se encuentran elevados, su fondo es característico. En su profundidad, la úlcera es más extendida que al nivel de la mucosa. A veces se parece mucho a una úlcera péptica. La ulceración puede afectar todos los planos de la pared gástrica, que anteriormente han sido infiltrados. Es de esta manera que a veces provoca una perforación. Las ulceraciones de los vasos sanguíneos más voluminosos pueden provocar profusas hemorragias. Ha sido descrito un caso de perforación cerca del cardias. (Flexner).

Kusmik ha descrito un caso de fístula de la pared abdominal, terminando en el estómago. Las ulceraciones pueden ser únicas o múltiples.

En un caso de Frenkel, existían 13. Papp ha descrito un caso de úlcera prepilórica, de origen sífilítico.

Las opiniones están divididas acerca del papel de la sífilis en la aparición de la úlcera péptica. En lo que se refiere a la sífilis gástrica y la linitis plástica de base sífilítica, la opinión de los autores es igualmente divergente. Konietzy, sobre todo, es de opinión que todos los casos de linitis plástica publicados y considerados como de origen sífilítico, no pueden considerarse como tal, con certidumbre, a pesar de los precisos exámenes histológicos. No niega que la sífilis pueda ser la causa de una esclerosis gástrica difusa llamada linitis plástica, pero afirma que los casos publicados no pueden distinguirse del estado final de los flemones gástricos. Las modificaciones de los vasos sanguíneos no presentan una prueba absoluta, porque idénticas modificaciones se han observado en otras afecciones gástricas, no específicas. Así que, por el examen histológico es posible siempre poder afirmar la naturaleza de la afección; es decir, de si es o no es de origen específico, pues puede ser igualmente el resultado de un flemón gástrico curado.

Las modificaciones endartéricas presentan las proliferaciones del endotelio no características con formación de tejido fibroso.

En la afección específica, Birgfeld-Staemler y Fenster, han descrito alteraciones especiales en las venas. Han encontrado en



la mucosa, focos claramente delimitados. En el centro se encuentran células epitelioides, a veces células gigantes. Fuera del centro se ve un círculo bien definido, con linfocitos. Son especialmente característicos: la necrosis, con las células gigantes, la destrucción de toda la pared del vaso sanguíneo, ante todo la membrana elástica de las venas, mientras que se libran las arterias.

Mas, es raro encontrar este estado tan definidamente desarrollado en todos los casos de sífilis gástrica.

Casos de estenosis pilórica han sido citados por Hartmann Leone, Dumitrescu, Pollossan, Saves.

Las observaciones acerca de estómago bilocular han sido descritas por Brodersen, que ha practicado la resección; por Leone, que igualmente operó al enfermo; además por Pauchet e Hirschberg, Steihardi.

Casos de linitis plástica han sido descritos por Singer, Landau, Birfeld-Staumler, Brunner, Fenster.

En conjunto, no son característicos los síntomas clínicos. Existen dolores epigástricos, vómitos, anorexia, anacidez o hipoaidez, adelgazamiento, anemia. Las hematemesis aparecen como en la úlcera de estómago. La fórmula sanguínea queda alterada. Por palpación no se descubre casi nada. La sensibilidad a la presión en la región epigástrica no es muy marcada. El Bordet-Wasserman es positivo. En el examen radioscópico se observa un defecto en la repleción del estómago por el bario.

La sífilis gástrica puede aparecer sin síntomas característicos, presentando el cuadro clínico de otras afecciones gástricas. El único criterio clínico seguro es la curación por el tratamiento anti-luético, curación que queda comprobada porque el Bordet-Wasserman se vuelve negativo. El tratamiento específico, en caso de Bordet-Wasserman positivo, debe instituirse, aunque por el examen radiológico se llegue a la firme conclusión que la intervención quirúrgica solo puede ser eficaz. Mientras más marcadas sean las modificaciones de la imagen radiológica y la debilidad general, menos debe esperarse buen resultado del tratamiento específico. En estos casos, solo la resección gástrica puede traer la curación. Esta resección debe seguirse por un tratamiento anti-luético.

---

## 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.



# Sección de Legislación

## GOBIERNO DE LA NACION

### Ministerio de la Gobernación

*ORDEN de 7 de Marzo de 1939 sobre percibo del subsidio familiar por los funcionarios, empleados y obreros del Estado, Diputaciones, Cabildos y de todos los Ayuntamientos sin distinción.*

Por Orden de la Vicepresidencia del Gobierno de 3 del actual (BOLETIN OFICIAL DEL ESTADO del día 5), se ha dispuesto que el Estado, las Diputaciones, los Cabildos y todos los Ayuntamientos sin distinción, acogidos o no a la opción que determina el artículo cuarto del Reglamento del régimen obligatorio, satisfagan a sus funcionarios, empleados y obreros que acrediten con la «declaración de familia» el derecho a percibirlo, el subsidio familiar, que no podrá nunca ser inferior a la escala legal vigente, previo el descuento del 1 por 100 del importe nominal de sus devengos. Este derecho se reconoce a partir de 1.º de Marzo actual. Por consiguiente, y con el fin de que se dé cumplimiento a las referidas obligaciones, este Ministerio dispone:

1.º Que por las Corporaciones expresadas que no tuvieran en sus presupuestos para el ejercicio corriente crédito suficiente, se acuerde la habilitación del necesario o del suplemento en su caso, conforme a las disposiciones legales.

2.º Que la citada Orden de la Vicepresidencia se entienda aplicable también a los funcionarios sanitarios sujetos a la legislación de la Coordinación sanitaria y que perciban sus haberes con cargo a los presupuestos de las Corporaciones locales, por lo cual los presupuestos de las Mancomunidades sanitarias deberán en su caso experimentar las correspondientes modificaciones, por los trámites reglamentarios, mediante el oportuno presupuesto adicional.

3.º Y que en la confección de ulteriores presupuestos se tengan en cuenta las obligaciones indicadas.

Dios guarde a VV. EE. muchos años.

Burgos, 7 de Marzo de 1939.—III Año Triunfal.—Serrano Suñer.

Sres. Gobernadores Civiles de todas las provincias liberadas y Gobernador General Ctvil de Marruecos.

*ORDEN de 14 de Marzo de 1939, dictando normas para el pago del Subsidio Familiar a funcionarios, empleados y trabajadores del Estado, Provincia o Municipio.*

Ilmo. Sr.: La Orden de la Vicepresidencia del Consejo de Ministros, de 3 de los corrientes, relativa al pago del Subsidio Fa-



miliar a los funcionarios, empleados y obreros del Estado, las Diputaciones, Cabildos y Ayuntamientos, autoriza a este Ministerio para dictar las disposiciones que se consideren precisas para la aplicación del Régimen Obligatorio de Subsidios Familiares a toda clase de empleados y trabajadores de aquellos organismos, debiéndose tener presente que las futuras mejoras del Régimen requieren que la Caja Nacional de Subsidios Familiares tenga un conocimiento exacto en cada momento de la extensión del mismo en todos los órdenes.

En consecuencia, y con el fin de que se unifiquen los Servicios para obtener el más eficaz cumplimiento de lo ordenado, a propuesta del Servicio Nacional de Previsión, oída la citada Caja Nacional, este Ministerio ha acordado:

Primero.—En nómina especial y a partir del 1.º del corriente mes de Marzo, se abonarán los subsidios a todos los empleados y trabajadores fijos y eventuales del Estado, Diputaciones, Cabildos y Ayuntamientos que acrediten su condición de subsidiados, mediante la presentación de la «Declaración de familia».

A estos efectos, se considerarán funcionario, empleados u obreros, a quienes perciban sus haberes y jornales con cargo a partida o conceptos que figuren en los presupuestos correspondientes.

Segundo.—El descuento del uno por ciento a todo el personal dependiente del Estado, Diputaciones, Cabildos y Ayuntamientos, se hará en el mismo acto de pagar los sueldos o jornales, sea cual fuere el plazo a que se refieren, y recaerá sobre el importe nominal de los haberes. No se computarán como tales, las indemnizaciones por residencia y dietas.

Tercero.—El pago se hará ateniéndose a la escala de la Ley, en el mismo acto en que el subsidiado perciba su retribución, y por el tiempo a que ésta se refiere.

Cuarto.—El reconocimiento del derecho al Subsidio corresponderá a la Caja Nacional de Subsidios Familiares, a cuyo efecto la «declaración de familia» se formulará por el presunto subsidiado, por triplicado; la firma del patrono y visto bueno del Alcalde que aparecen en los modelos oficiales serán sustituidas por la del Oficial Mayor del Departamento, para aquellos funcionarios que presten sus servicios en los Centrales; Jefe Provincial del Ministerio respectivo para los Servicios provinciales; y Secretarios de las Diputaciones, Cabildos o Ayuntamientos, en lo que a trabajadores y empleados de dichas Corporaciones se refiere.

Los Oficiales Mayores, Jefes provinciales o Secretarios, recogerán los tres ejemplares de la «Declaración», remitiéndolos a la Delegación de la Caja Nacional de la provincia respectiva, la cual los sellará, si procede, archivando el «C» y devolviendo los ejemplares «E» y «T» al organismo correspondiente, que a su



vez archivará en el expediente personal del subsidiado el «E» y devolverá a éste el «T».

Quinto.—Cuando un subsidiado, funcionario o trabajador del Estado, Provincia o Municipio, preste servicio en entidades particulares, sea cual fuere el carácter de ésta, el trabajo que realice y su remuneración, deberá percibir el Subsidio precisamente por el Estado, Provincia o Municipio de quien dependa, sin perjuicio de que participe, con su cuota, en la entidad a la que presta sus servicios extraordinarios.

Sexto.—Cuando un funcionario con derecho al subsidio preste servicios simultáneos al Estado y a una cualquiera de las Corporaciones a que se refiere el apartado segundo, o a más de una de éstas, el pago de aquél corresponderá a la entidad por la que perciba la remuneración más elevada.

Séptimo.—Una vez reconocido a un trabajador el derecho a su inclusión en determinada tarifa del Subsidio, su cuantía no se modificará sino por alta o baja que se produzca en su familia, debidamente comprobada y autorizada en la «Declaración» por el Oficial Mayor, Jefe provincial o Secretario competente.

Octavo.—Todo empleado o trabajador subsidiado tiene la obligación—bajo su personal responsabilidad—de dar cuenta al Oficial Mayor, Jefe provincial o Secretario en su caso, de la dependencia o Corporación que preste sus servicios, para que éste lo haga a su vez a la Caja Nacional, de cualquier variación que con repercusiones en el régimen se pueda producir en su familia: tales como nacimiento de un nuevo hijo, defunción o cumplimiento de los catorce años de algún beneficiario, etc.; presentando el documento justificativo del hecho que determina el derecho al Subsidio o la modificación del que viniere percibiendo.

En los casos de variaciones de familia se reconocerá, a los efectos contables del Régimen, el alta cuando se compruebe y la baja cuando se produzca.

Serán aplicables a los infractores del Reglamento del Régimen y de esta disposición, las sanciones previstas en el capítulo séptimo del Reglamento aprobado por Decreto de 20 de Octubre de 1938.

Noveno.—A los obreros que perciban sus haberes o jornales por quincenas o semanas, pero que presten sus servicios como fijos o de plantilla, se les pagará subsidio aplicando la escala mensual en el primer día de pago después de vencido el mes por el que les corresponde percibir.

Décimo.—Cuando un trabajador eventual o temporero preste sus servicios al Estado, Provincia o Municipio, más de veintitrés días al mes, se le abonará, asimismo, el subsidio a base de la escala mensual, en la forma prevista en el número anterior para los trabajadores fijos.



Undécimo.—A los trabajadores que cobren por días o por semanas, o que presten sus servicios con carácter eventual, se abonará el subsidio precisamente por días o por semanas o como se les abone la remuneración o salarios, teniéndose en cuenta que cuando se trabaja más de cinco días en la semana se les pagará por la escala semanal del subsidio, análogamente a como se hace, aplicando la escala mensual a los que trabajan más de veintitrés días al mes.

Duodécimo.—En las liquidaciones de todo lo referente a trabajadores a quienes no cobrando por meses se aplica la escala mensual, se entenderá por primera semana de cada mes, aquella cuyo lunes esté más próximo al día 1.º del mismo; así, la primera semana de Marzo de 1939, comienza el domingo, día 5.

Décimotercero.—Los Departamentos ministeriales, tanto civiles como militares, las Diputaciones, Cabildos y Ayuntamientos, formalizarán semestralmente una estadística para la Caja Nacional de Subsidios Familiares, en la que conste al 30 de Junio y 31 de Diciembre el número de trabajadores de su plantilla y nóminas, por sexo, estado civil y condición profesional; el número de subsidiados, clasificado por beneficiarios; el importe total de sueldos y salarios y el de subsidios abonados; ajustándose estrictamente a los modelos oficiales, que se les comunicarán a su debido tiempo.

Décimocuarto.—Por el Servicio Nacional de Previsión, se dictarán las normas e instrucciones complementarias que se estimen precisas, y se resolverán cuantas consultas se formulen como consecuencia de la aplicación de esta Orden.

Santander, 14 de Marzo de 1939.—III Año Triunfal.—*Pedro González Bueno.*

Sr. Jefe del Servicio Nacional de Previsión Social.

*ORDEN de 17 de Marzo de 1939 convocando un concurso entre médicos pertenecientes al Cuerpo de Baños para cubrir plazas de Directores de los Establecimientos que se citan.*

Aproximándose la temporada oficial balnearia, es necesario tomar las medidas pertinentes para que sean nombrados los Médicos Directores de los Establecimientos que deben ser abiertos al público de acuerdo con las disposiciones vigentes. Para ello, y de manera semejante a como se ha hecho en años anteriores, procede convocar un primer concurso entre Médicos pertenecientes al Cuerpo de Baños.

Existen Balnearios que, según informes recibidos, no se encuentran en condiciones de funcionamiento, pero que, sin ningún género de dudas, podrán estarlo en su día si cesan las causas derivadas de la actual campaña que los mantiene al servicio del Ejército. En cambio, otros que actualmente están en condicio-



nes de ser abiertos al público, podrán dejar de estarlo al llegar el momento de su apertura oficial si así lo exigen las necesidades de la guerra. Por ello, no deberán ser excluidos del concurso ninguno de los Balnearios actualmente enclavados en la zona sometida a nuestro Gobierno, sin que a este Ministerio le quepa responsabilidad alguna, si por causas ajenas a su voluntad, algunas de las plazas solicitadas y adjudicadas no pudieran funcionar en la próxima temporada.

Es de tener también en cuenta que algunos de los Balnearios actualmente enclavados en la zona roja, podrán ser liberados en plazo próximo y éstos en condiciones de funcionamiento.

Atendiendo a todo cuanto antecede, este Ministerio ha tenido a bien disponer:

1.º Se convoca en el plazo de 40 días hábiles, a contar desde la fecha de la publicación de esta Orden en el «Boletín Oficial» un concurso entre Médicos pertenecientes al Cuerpo de Baños para cubrir las Plazas de Directores de los Establecimientos siguientes:

- Alange (Badajoz).
- Alhama de Aragón (Zaragoza).
- Alhama de Granada (Granada).
- Alicún (Granada).
- Almeida (Zamora).
- Alzola (Guipúzcoa).
- Arechevaleta (Guipúzcoa).
- Arteijo (La Coruña).
- Arnedillo (Logroño).
- Ataún (Guipúzcoa).
- Belascoaín (Navarra).
- Benasal (Castellón).
- Betelu (Navarra).
- Bouzas (Zamora).
- Buyeres de Nava (Oviedo).
- Calabor (Zamora).
- Caldas de Besaya (Santander).
- Caldas de Bohí (Lérida).
- Caldas de Cuntis (Pontevedra).
- Caldas de Estrach (Barcelona).
- Caldas de Luna (León).
- Caldas de Malabella (Gerona).
- Caldas de Montbuy (Barcelona).
- Caldas de Nocedo (León).
- Caldas de Orense (Orense).
- Caldas de Oviedo (Oviedo).
- Caldas de Reyes (Pontevedra).
- Caldelas de Túy (Pontevedra).



Calzadilla del Campo (Salamanca).  
Carbanillo (Orense).  
Carballo (La Coruña).  
Cardó (Tarragona).  
Carratraca (Málaga).  
Catoría (Pontevedra).  
Cértigos (Lugo).  
Gestona (Guipúzcoa).  
Corconte (Burgos).  
Cortegada (Orense).  
Cortecubi (Vizcaya).  
Cucho (Burgos).  
El Gorriaga (Navarra).  
El Prelo (Oviedo).  
El Raposo (Badajoz).  
El Salugrán (Cáceres).  
Espluga de Francolí (Tarragona).  
Fitero Nuevo (Navarra).  
Fitero Viejo (Navarra).  
Fuensanta de Gayangos (Burgos).  
Fuente Agria de Villaharta (Córdoba).  
Fuente Amarga de Chiclana (Cádiz).  
Fuente Amargosa de Tolóx (Málaga).  
Fuente Nueva de Merí (Orense).  
Fuente del Val (Pontevedra).  
Graena (Granada).  
Grávalos (Logroño).  
Guiterez (Lugo).  
Incio (Lugo).  
Jaraba (Zaragoza).  
Lanjarón (Granada).  
La Garriga (Barcelona).  
La Hermida (Santander).  
La Muera de Orduña (Vizcaya).  
La Herrería (Badajoz).  
La Puda de Bañolas (Gerona).  
La Puda de Montsserrat (Barcelona).  
La Toja (Pontevedra).  
Ledesma (Salamanca).  
Liérganes (Santander).  
Llamas de Almuhatín (Cáceres).  
Lugo (Lugo).  
Molgas (Orense).  
Molinar de Carranza (Vizcaya).  
Mondáriz (Pontevedra).  
Montejo de Cebas (Burgos).



Montemayor (Cáceres).  
 Morgobejo (León).  
 Nuestra Sra. de Abella (Castellón).  
 Nuestra Sra. de las Mercedes (Gerona).  
 Nuestra Sra. de los Angeles (La Coruña).  
 Ormaitegui (Guipúzcoa).  
 Panticosa (Huesca).  
 Paracuellos de Jiloca (Zaragoza).  
 Partovía (Orense).  
 Peñasblancas (Córdoba).  
 Porvenir d' Miranda (Burgos).  
 Puente Viesgo (Santander).  
 Retortillos (Salamanca).  
 Riba de los Baños (Logroño).  
 Sarinillas de Burandón (Alava).  
 Salvatierra de los Barros (Badajoz).  
 San Adrián (León).  
 San Hilario de Sacaml (Gerona).  
 San Juan de Campos (Baleares).  
 San Vicente (Lérida).  
 Santa Coloma de Farnés (Gerona).  
 Sobrón y Soportilla (Alava).  
 Sierra Elvira (Granada).  
 Solares (Santander).  
 Tiermas (Zaragoza).  
 Tona Roquetas (Bacelona).  
 Tona Ullastres (Barcelona).  
 Uberuaga de Ubilla (Vizcaya).  
 Valdelateja (Burgos).  
 Valle de Ribas (Gerona).  
 Vallfogona (Tarragona).  
 Verín Solsas (Orense).  
 Villavieja de Nules (Castellón).  
 Villaros (Vizcaya).  
 Zaldivia (Vizcaya).  
 Zuazo (Alava).

2.º También podrán ser solicitados los Balnearios actualmente enclavados en la zona roja por si estuvieran liberados y en condiciones de funcionar en el momento del fallo del concurso.

3.º Las instancias se presentarán en el Registro General de este Ministerio, debidamente reintegradas y firmadas por los interesados, y en ellas se hará constar, con toda claridad, el nombre y apellidos de los aspirantes, residencia, número que hacen en el escalafón del Cuerpo de Baños y plaza o plazas, por orden



de preferencia, que deseen desempeñar con carácter provisional, durante la próxima temporada.

4.º Los Médicos Directores que hubieran desempeñado plaza en propiedad con anterioridad a la fecha de 18 de Julio de 1936, y hayan seguido desempeñándola posteriormente a la fecha indicada, seguirán al frente de sus Balnearios, extremo que harán constar con todo detalle en su instancia.

5.º Para los Balnearios desempeñados por Médicos Directores jubilados cuyo paradero se ignore actualmente, vienen obligados a ingresar mensualmente el 50 por 100 de los derechos reglamentarios en la Jefatura Nacional de Sanidad, para que ésta lo entregue en su día al interesado, si fuere acreedor a ello, o a su derechohabientes dentro de iguales circunstancias en caso de que aquél hubiera fallecido.

Si careciese de herederos y comprobado que fuese el fallecimiento del Médico jubilado, la cantidad a él destinada pasará a los fines que en su día se acuerde.

6.º Una vez resuelto el concurso y en casos de que se presentase en la España Nacional algún Médico del Cuerpo de Baños procedente de la zona no liberada, no podrá exigirse le reintegre a la plaza que en propiedad hubiese desempeñado antes del 18 de Julio de 1936, quedando en expectación de destino hasta la próxima temporada, sin perjuicio de que perciba el 50 por 100 de los emolumentos normales de la misma, con cargo al director provisional y a partir de la fecha de su presentación, una vez depurado.

7.º No podrá ningún Médico Director de los Balnearios de gran concurrencia de agüistas, hacerse ayudar por facultativos que no sean pertenecientes al Cuerpo de Médicos de Baños, pudiendo solicitarlo si así lo desea, del Servicio Nacional de Sanidad, al mismo tiempo que presenta su instancia para el concurso.

8.º Si al resolverse el concurso y antes del comienzo de la temporada oficial balnearia, por virtud de renuncia o fallecimiento quedase alguna plaza vacante, será cubierta libremente por el Ministerio de la Gobernación.

9.º Queda exento de responsabilidad este Ministerio, si al ser adjudicadas las plazas por orden de antigüedad en el escalafón del Cuerpo de Médicos de Baños, no pudiese ser abierto por causas imprevistas el Establecimiento que le hubiese correspondido.

10.º No podrán ausentarse los Médicos Directores de Establecimientos Balnearios de sus respectivos puestos, a no ser que por causa justificada y con la oportuna autorización de la Jefatura Nacional de Sanidad, porque ello llevará consigo la destitución del cargo y la inhabilitación para concursar plazas durante dos temporadas consecutivas.



Las peticiones de licencia, debidamente justificadas, deberán cursarse por conducto de las Inspecciones provinciales de Sanidad y con el informe de éstas.

11. Los Médicos Directores, el último día de cada semana, mientras dure la temporada oficial, remitirán al Servicio Nacional de Sanidad, a través de sus Jefes inmediatos, los Jefes provinciales de Sanidad, un parte firmado que contendrá todas las novedades e incidencias que puedan presentarse.

12. El reconocimiento médico de los concursantes, quedará condicionado a cada caso que se presente, y cuando las circunstancias lo aconsejen.

13. Se recuerda a todos los Médicos Directores la obligación de observar rigurosamente lo que preceptúa el apartado segundo de la Orden del Ministerio del Interior de 20 de Agosto de 1938 sobre concurrencia de enfermos a los Establecimientos Balnearios procedentes de las Centrales Nacional Sindicalistas.

14. Una vez resuelto el concurso, se hará público por medio del «Boletín Oficial», como asimismo se dará a conocer las plazas que resulten vacantes, a fin de que puedan solicitarlas los profesionales Médicos, cumpliendo los requisitos que igualmente se determinarán.

15. Los señores Gobernadores Civiles reproducirán la presente Orden en los «Boletines Oficiales» de las provincias respectivas, para su mayor difusión.

Burgos, 17 de Marzo de 1939. —III Año Triunfal.

RERRANO SUÑER

Ilmo. Sr. Jefe del Servicio Nacional de Sanidad.

---

## AYUDAD A LA INDUSTRIA QUÍMICA NACIONAL RECETA 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, Granu-  
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.**

---



# Servicio Nacional de Sanidad

Circular sobre intervención de los Servicios Oficiales de Higiene Infantil en las Instituciones de Puericultura.

Por Orden Ministerial de 17 de Octubre de 1938, publicada en el «Boletín Oficial» del 19 del mismo mes, se señala la necesidad de establecer colaboración entre todas las Instituciones de Maternología y Puericultura para hacer más eficaz su labor, bajo la vigilancia y con el asesoramiento constante ejercido por los Organismos específicos del Estado.

El artículo primero dice: «Las Inspecciones provinciales de Sanidad del Estado, a través de sus Servicios de Higiene Infantil, vigilarán y asesorarán a las Instituciones en todo orden de protección y asistencia a la madre y al niño, en todo cuanto con el aspecto sanitario se relaciona», y para que pueda cumplirse, precisa:

1.º Que los Jefes de Puericultura giren una detenida visita a todas las obras de asistencia e higiene maternal e infantil existentes en la provincia, para poder cumplimentar el siguiente cuestionario e informar sobre los puntos en él contenidos: Catastro de obras de Maternología, Puericultura, Higiene escolar e Higiene social de la infancia; obras del Estado, de la Provincia, del Municipio, de Previsión, de Auxilio Social, de las Juntas provinciales de Protección de menores, de particulares, personal (médico, maestro) y auxiliares (practicantes, matronas, enfermeras). Si se trata de Hospital, número de camas para embarazadas, idem para lactantes, idem para niños mayores. Si de Asilo, camas para niños, idem para niñas y edades. Si anormales, físico o mentales y número de plazas; Sanatorios, Preventorios, Colonias, clases y plazas; Dispensarios, con sólo consulta, con medicamentos, con alimentos. En la capital, con domicilio; en la provincia, pueblos y domicilio. ¿Cubren las necesidades? ¿Necesidades más urgentes? ¿Había medio fácil de llenarla? ¿Sobran Instituciones? ¿Cuáles? Breve juicio crítico de las diferentes obras. ¿Se preparan ahí sueros, vacunas, productos dietéticos o cuanto se relacione con Puericultura o Pediatría? Enviense a la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, Memorias, Reglamentos, fotografías de las diferentes Instituciones. Enviense un anticipo de contestación dentro del mes de Marzo sin perjuicio de ir completando la presente información.

2.º Dicha visita se repetirá con la frecuencia y periodicidad que se juzgue conveniente, informando por escrito después de la misma al Inspector Provincial de Sanidad, elevando el informe si se juzga de interés a la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad.

3.º Mensualmente remitirán todas las Instituciones de Maternología, Puericultura e Higiene Social e Infantil, hoja estadís-



tica de la labor realizada al Servicio Provincial de Puericultura de la Inspección de Sanidad y duplicado de la misma a la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad del Ministerio de la Gobernación. Entre las Instituciones obligadas a hacerlo están también los Centros primarios y secundarios de Higiene rural.

4.º El Jefe del Servicio Provincial de Puericultura formará parte como Vocal nato de los Patronatos o Juntas que rijan las Instituciones que acojan mujeres y niños.

5.º El Inspector Provincial de Sanidad pondrá en conocimiento de las Autoridades competentes, las deficiencias que en los Servicios Maternales e Infantiles se observen, proponiendo las mejoras indispensables y el medio de realizarlas.

6.º Los niños que han de ingresar en Asilos, Comedores o Establecimientos análogos, habrán de ser previamente reconocidos en los Servicios Provinciales de Puericultura, en donde se les formará la ficha correspondiente, social, familiar y sanitaria.

7.º Para el ingreso de los niños en estas Instituciones se declara obligatoria la vacunación antivariólica en el primer año, la antidiftérica en el segundo y tercer año y la antitífica a partir de los cinco años de edad.

8.º Los miembros de las Organizaciones Juveniles deberán poseer todos el carnet Sanitario Escolar con arreglo a lo que se establezca para los servicios médico escolares, en sus pueblos o ciudades.

9.º De la propaganda y todo género de publicaciones, en relación con Maternología, Puericultura, Higiene Social Infantil y Demografía, se enviarán por las Entidades correspondientes dos ejemplares al Servicio Provincial de Puericultura de la Inspección de Sanidad y otros dos a la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad del Ministerio de la Gobernación.

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

Burgos, 11 de Marzo de 1939.—III Año Triunfal.—El Subsecretario del Interior, *José Lorente*.

(B. O. de la Provincia del 27 de Marzo.)



# REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA

PLAZA DE ESPAÑA, TORRE SUR.—SEVILLA

## Concurso científico para el año 1939

Deseosa esta Corporación de contribuir al fomento de la Ciencia Médica, objeto primordial que le señala su Estatuto y con arreglo a lo dispuesto en el artículo 5.º de los mismos, abre un CONCURSO de trabajos científicos en las condiciones que señala el siguiente

### PROGRAMA

#### “Tema sobre Cirugía de Guerra.—Heridas penetrantes del cráneo.,”

Al mejor trabajo que se presente, se le concederá un premio de MIL PESETAS y el título de Académico correspondiente, y al que le siga en mérito relativo se le otorgará un ACCESIT y el título correspondiente.

La Academia podrá otorgar mención honorífica, si entendiera el Tribunal calificador que algunos de los trabajos presentados fueran merecedores de esta distinción.

La Junta de Gobierno de esta Academia constituirá el JURADO CALIFICADOR del presente CONCURSO, el cual se ha de sujetar a las siguientes

### BASES

1.ª Los trabajos serán inéditos y deberán estar escritos en castellano, a ser posible en máquina, y en cuartillas escritas por una sola cara.

2.ª Estos trabajos deberán llevar un lema unido a ellos, un sobre cerrado y lacrado, en cuya parte exterior se repetirá el lema y dentro de aquel y en una cuartilla de papel se consignará el nombre, apellidos, residencia y domicilio del autor, título profesional, fecha del mismo y Facultad por la que lo obtuvo.

3.ª En este Concurso sólo podrán tomar parte los españoles que ostenten el título de Médico.

4.ª Si algunos de los autores quebrantase el anónimo, usare nombre supuesto o pseudónimo, o faltase al secreto y la verdad que la justicia impone, quedará sin opción a premio.

5.ª Los sobres que contengan los nombres de los autores de obras no premiadas, se quemaran sin abrirlos.

6.ª Los autores remitirán sus obras al domicilio de esta Academia, Plaza de España-Torre Sur, en esta ciudad, antes de las doce del día 30 de Noviembre del presente año.



7.<sup>a</sup> Las obras para obtener premio deberán tener mérito absoluto, no bastando el relativo en comparación con las demás recibidas, reservándose el Tribunal el derecho de juzgarlo, así como de excluir aquéllas que no hayan cumplido las condiciones de este CONCURSO.

8.<sup>a</sup> Los autores premiados podrán imprimir el trabajo objeto del premio por su cuenta, quedando en la obligación de donar a la Biblioteca de esta Corporación veinticinco ejemplares; caso que no se decidieran a imprimirlo, el original quedará de propiedad de la Academia.

9.<sup>a</sup> Designados por el Tribunal calificador los trabajos que merezcan premios, serán publicados sus lemas en la prensa local y profesional, para conocimiento de sus autores.

10.<sup>a</sup> El fallo de dicho Tribunal será inapelable.

11.<sup>a</sup> Los autores de obras no premiadas no podrán retirarlas, quedando éstas en el archivo de la Corporación.

12.<sup>a</sup> Con la debida anticipación se anunciará la fecha y el lugar donde haya de celebrarse la sesión solemne para distribución de Premios.

13.<sup>a</sup> Todos los autores, tanto de la localidad como de fuera de ella, deberán enviar los trabajos bajo sobre y sólo con la dirección, consignando además en la parte superior izquierda del mismo lo siguiente: «Para el Concurso de Premios de la Academia de Medicina.

• Sevilla, 1.º de Febrero de 1939.—El Vice-Secretario, *Cristóbal Pera Jiménez*.—V.º B.º, el Presidente, *José Salvador Gallardo*.



# Colegio Médico de Cádiz

## Concurso libre de Trabajos científicos de Medicina, Cirugía y Especialidades

El Colegio Médico de Cádiz, por acuerdo de su Junta Directiva, abre dos concursos anuales de Trabajos Científicos para su Boletín, con arreglo a las siguientes bases:

1.<sup>a</sup> Los trabajos médicos que se presenten serán de Tema libre, bien sean de carácter investigador o práctico, de los últimos progresos de la Medicina o de Temas de actualidad Médica.

2.<sup>a</sup> La extensión de los trabajos como máximo, no excederá de 65 cuartillas a máquina, por una sola cara y a dos espacios.

3.<sup>a</sup> Los trabajos serán dirigidos bajo sobre al Sr. Presidente del Colegio Médico de Cádiz, Calle San Miguel, 7, bajo, sin firma, pero en lugar de ella tendrán como contraseña un número de cuatro cifras y bajo sobre aparte lacrado, remitirán el nombre y domicilio del autor. Los sobres llevarán escritos al dorso el mismo número que conste en el final del trabajo y la dirección de «Para el Concurso Médico del Colegio de Cádiz».

4.<sup>a</sup> Los Trabajos llegarán al Colegio Médico antes del 15 de Junio de 1939 para el Primer Semestre y antes del 15 de Diciembre de 1939 para el Segundo Semestre en las horas hábiles de oficina.

5.<sup>a</sup> La Comisión dictaminadora de los Trabajos, publicará su fallo en el Boletín del Colegio, y aquél será inapelable.

Los Premios a otorgar serán los siguientes, en cada Semestre:

1.<sup>er</sup> Premio: 300 pesetas, publicación del trabajo en el Boletín y 50 ejemplares de su trabajo.

2.<sup>o</sup> Premio: 200 pesetas, publicación en el Boletín y 50 ejemplares de su trabajo, y

3.<sup>o</sup> 2 Accésits. Publicación en el Boletín y 50 ejemplares de su trabajo.

Cádiz, 17 de Enero de 1939.—III Año Triunfal.—El Presidente, *Victoriano Lenzano*.



# Sección Oficial del Colegio

---

## Acta de la sesión celebrada por la Comisión permanente de este Colegio, el día 17 de Marzo de 1939 del Tercer Año Triunfal

Con asistencia de los señores Murillo Iglesias, Merchán Martín, Domínguez Villagrás, Roperó Fernández y Sánchez Cayetano, da comienzo la sesión a las siete en punto de la tarde, bajo la Presidencia del señor Murillo, actuando de Secretario, el de la Corporación señor Sánchez Cayetano.

Asiste el representante de la Autoridad civil.

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

A continuación se da lectura al oficio recibido del señor Secretario del Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos, sobre el asunto de la Habilitación de los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, que dice así:

«Como continuación de mi escrito número 165 de 21 de Enero último, le significo que en tanto se promulguen las normas de Habilitación de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria que han de reglamentar el Servicio, puede el Médico que desempeña el cargo hacer la cesión a favor de la Previsión Médica y del Patronato de Huérfanos, del 50 por 100 del premio correspondiente y del exceso de 6.000 pesetas si alcanza a dicha cifra el 50 restante a tenor de lo dispuesto en la Orden de 23 de Diciembre de 1938, si el mencionado compañero no optara momentaneamente por traspasar el servicio a ese Colegio».

En su consecuencia, y estando conforme desde el primer momento el actual Habilitado en hacer la cesión de que se hace referencia en beneficio de nuestros huérfanos y Previsión, se acuerda por unanimidad continúe en el desempeño del cargo en las circunstancias y condiciones que señala el oficio transcrito del Consejo de Colegios, de fecha 21 de Febrero pasado, hasta tanto se reglamente definitivamente este Servicio.

Se da cuenta de la comunicación recibida del Médico Jefe del Servicio Sanitario de la Compañía Nacional de los Ferrocarriles del Oeste de España, sobre la tarifa que rige para los distritos rurales de esta provincia, acordándose por unanimidad manifestarle, que de una manera general está establecida la de 2 pesetas mensuales por familia (colectiva o individual) e indemnización de viaje de 2 pesetas por kilómetro de recorrido de ida y vuelta, que se efectuarán en el medio de transporte más rápido y cómodo posible, teniendo en cuenta que la indemnización corresponde al tiempo que se invierte en el desplazamiento que se verifica.

Se da cuenta del oficio que traslada la Inspección Provincial de Sanidad de la provincia sobre el asunto de igualas en el pue-



blo de Aldeacentenera de esta Provincia, acordándose contestar con arreglo a las disposiciones que los Estatutos y Reglamentos de la Corporación determinan en el caso que nos ocupa.

Se da cuenta de escritos recibidos del compañero de Trujillo, señor Senso Cuadrado, sobre desplazamiento a Santa Marta de Magasca, para prestar asistencia facultativa, acordándose manifestarle, que mientras no haya Médico en dicha localidad puede efectuar las visitas que indica, ateniéndose para ello, a las disposiciones y normas establecidas.

Se da lectura a la carta recibida del compañero don Arturo Alvarez Vizcaíno, de Carrascalejo de la Jara, de esta provincia, liberado recientemente de la zona roja, a la que fué llevado en Abril del pasado año, al ser hecho prisionero por los marxistas en la localidad de referencia, en el corto espacio de tiempo que estuvo en su poder, acordándose conste en Acta la satisfacción de la Junta por su liberación, agradeciendo al propio tiempo la actitud y distinciones tenidas con el citado compañero por el Colegio de Médicos de Zaragoza, que lo atendió solícito durante su estancia en dicha capital y le facilitó la cantidad de 200 pesetas para el viaje de retorno a su puesto de trabajo. Se acuerda por unanimidad remesar al Colegio de Zaragoza la cantidad mencionada, la cual será como un préstamo que el de Cáceres hace al compañero Alvarez Vizcaino, y el cual lo satisfará cuando sus condiciones económicas le permitan el citado desembolso.

Se da cuenta de la carta recibida del compañero don Joaquín Rey Fábregas, que presta sus servicios como soldado Médico de una Centuria del Destacamento de la Sierra de San Pedro, haciendo la petición de un anticipo al Colegio, para atenciones propias, acordándose manifestarle no puede accederse a su petición, por no existir consignación en el Presupuesto vigente.

Se dá cuenta del escrito recibido de la Inspección Provincial de Sanidad, sobre petición de informe en la reclamación elevada al Excmo. Sr. Gobernador civil de la provincia, por el vecino de Benquerencia, don Felipe Redondo Carrasco, sobre honorarios profesionales del compañero que ejerce en dicha localidad, don Julián Macías Gorrón, acordándose informar a dicha Autoridad con todos los datos y antecedentes que existen sobre el particular.

Vistos los antecedentes que existen sobre la denuncia formulada por la Alcaldía de Robledollano, en lo que se refiere a la asistencia médica en dicha localidad, por otro compañero ajeno al titular nombrado, se acuerda requerirle para que se abstenga de realizar igualas en localidad ajena a la que ejerce.

Se da cuenta de varias circulares recibidas del Consejo General de Colegios y Previsión Médica Nacional, acordándose cumplimentar cuanto dichos organismos rectores interesan.



Por la Secretaría, se da cuenta de haberse reintegrado al Colegio, después de la concesión de la licencia que ha estado disfrutando la Auxiliar señorita Mariana Gómez, a partir del 1.º del mes de la fecha.

Son aprobadas las cuentas presentadas, firmándose los cargares y libramientos correspondientes.

Se acuerda retirar de la c/c de los señores Hijos de Clemente Sánchez, la cantidad de 16.450 pesetas, para saldar la cuenta con Previsión y Patronato de Huérfanos de Médicos.

En cumplimiento de lo legislado, se acuerda satisfacer el Subsidio Familiar de los empleados de la Corporación.

Y no teniendo otros asuntos de que tratar, siendo las nueve de la noche, se levantó la sesión de que yo el Secretario certifico. *Ramón Sánchez Cayetano.*-V.º B.º, el Presidente, *Julián Murillo.*

## NOTICIAS

Ultimamente ha sido concedido el subsidio de 15.000 pesetas por Previsión Médica Nacional, a doña Petra Gutiérrez Sánchez, viuda del asociado Farmacéutico don José Zaballos Martínez, de Moraleja.

La Organización médica española tendrá como base el Colegio Médico, institución de ancestral raigambre tradicional, de los que existirá uno en cada capital de provincia, al cual, obligatoriamente, deberán pertenecer todos los doctores y licenciados en medicina, domiciliados en la provincia. (artículo 1.º de la Orden del Gobierno General del Estado de 18 de Enero de 1938).

Todos los factores de la economía, serán encuadrados por ramas de la producción o servicios en sindicatos verticales. Las profesiones liberales y técnicas, se organizarán de modo similar, conforme determinen las leyes. (Apartado 2 de la Declaración XIII del Fuero del Trabajo).

La Ley de sindicación determinará la forma de incorporar a la nueva organización las actuales asociaciones económicas y profesionales. (Apartado 9 de la Declaración XIII del Fuero del Trabajo).

Todo compañero que certifique en papel simple, comete una infracción de la Ley, y un perjuicio evidente a las asociaciones Previsión Médica y Patronato de Huérfanos de Médicos, además de los que irroga a la Corporación Médica Provincial.

Todo compañero que no pertenezca aún a Previsión Médica Nacional, ha de examinar detenidamente los beneficios que para el porvenir de su familia le asegura tan benéfica Institución.



# PEDRO R. DE LEDESMA

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

Cirugía general-Obstetricia y Ginecología

Avenida de la Virgen de la Montaña - Teléfono, 1310

CACERES

DISPONIBLE



*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.*



**DISPONIBLE**

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



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







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

## PULMOTON

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

## TONDIUR

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

## ANESTON

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

Señor Doctor:

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

Laboratorio del Doctor Vicente. - MADRID

Provisional: Uzandizada, 12. SAN SEBASTIAN