

III AÑO TRIUNFAL

# Clínica Extremeña

REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

DE LA

PROVINCIA DE CÁCERES

U

ESTA REVISTA SE REPORTE GRATIS  
A LOS SEÑORES COLEGIADOS

PUBLICACION MENSUAL,  
PROFESIONAL Y CIENTÍFICA

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
EN EL DOMICILIO SOCIAL DEL COLEGIO  
C. DEL BROCIENSE, N.º 8 - TELEFONO, 1835

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
LA JUNTA PERMANENTE DEL  
COLEGIO MÉDICO

## SUMARIO

SECCIÓN CIENTÍFICA: Ensayos epidemiológicos. El valor defensivo de la formación normal del moco y la teoría del catarro.—Extracto de los trabajos presentados al XXV Congreso Francés de Medicina.—Mecanismo muscular de la respiración.—SECCIÓN DE LEGISLACIÓN: Patronato Nacional Antituberculoso. Normas para ingreso de enfermos.—Orden limitando la concesión de excedencias voluntarias y regulando la renuncia de los Médicos titulares en relación con su plaza.—La habilitación de los Médicos de asistencia pública domiciliaria. Orden del Ministerio del Interior.—Aclaración sobre la declaración de utilidades.—Ministerio de Educación Nacional. Orden sobre exámenes extraordinarios para alumnos de la facultad de Medicina. Orden creando el servicio circular de Revistas extranjeras.—Normas para la confección del Presupuesto de atrasos.—SECCIÓN OFICIAL DEL COLEGIO: Importante circular de Previsión Médica.

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

CÁCERES

—  
1938



# Laboratorio «CASTEL»

## ANÁLISIS CLÍNICO BACTERIOLOGICO Y SEROLOGICO

Sangre y Líquido Cefalorraquídeo.



Orina, Esperma, Espustos.

Contenido gástrico.

Líquido duodenal.

Heces, Líquidos retirados por punción.

Exudados. Leche de mujer.



Pruebas funcionales renales.

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



Análisis químico y biológico de alimentos (incluyendo vitaminas).

Análisis de Agua.

---

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

---

## “GADOL” CASTEL

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

**Muestras gratis a los señores Médicos que la soliciten**

---

**Plaza del General Mola, 37 — Teléfono, 1452**

**CACERES**

# PALUDISMO

## LAVERANSAN

Poderoso contra fiebres palúdicas, tónico, aperitivo y reconstituyente

*COMPOSICION. Cada pildora Laveransan contiene:*

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

*Caja de 40 pildoras, pesetas 6'50*

**Muestras a disposición de los señores Médicos**

**LABORATORIO BAZO**

**RIBERA DEL FRESNO (BADAJOZ)**

# LUIS INFANTE

**Médico especialista en**

**GARGANTA, NARIZ Y OIDOS**

---

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

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

III AÑO TRIUNFAL

# Clínica Extremeña

Revista científica mensual

---

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

---

## Sección Científica

---

### “ENSAYOS EPIDEMIOLOGICOS,,

El valor defensivo de la formación normal de moco y la teoría del catarro

De «Epidemiological Essays», por F. G. Crookshank  
*Traducido del Inglés especialmente para CLÍNICA EXTREMEÑA,*  
*por Arturo O'Ferrall*

«En las excreciones de la vejiga, del vientre y de la piel, si el organismo ha desviado sólo poco de su condición normal, la enfermedad es leve; si mucho, es grave; si muchísimo, la enfermedad es mortal».

HIPÓCRATES: Aforismos, VII, 18.

Un artículo muy interesante por el Dr. Benians, publicado en el «British Medical Journal» y titulado «Infecciones de las Vías Respiratorias», atrae la atención hacia ciertos puntos de interés fisiológico, clínico y epidemiológico, a los cuales no se les ha atribuido aún suficiente importancia.

---

## Ceregumil

---

## FERNANDEZ

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

FERNANDEZ Y CANIVELL. — MALAGA

Representante general en Extremadura:

**Francisco Cruz Quiros ● CACERES**

Ciertamente, los fisiólogos nos han dicho muy poco acerca de las condiciones de la formación mucosa y al denegarle el derecho de ser denominado un acto de «secreción», han influido mucho en obscurecer la apreciación del evidente propósito que nuestra fé en la economía de la naturaleza nos da derecho a reconocer.

La formación de moco es considerada como una exfoliación o degeneración por muchos autores, del tipo que se ve en la lactancia, una forma de supuración, olvidando por completo el hecho de que no hay distinción inherente entre los procesos fisiológicos, degenerativos y patológicos. El mismo proceso puede ser: (1), fisiológico, cuando es eficaz y está condicionado por estímulos acostumbrados; (2), patológico, cuando es tentativo y está condicionado por estímulos no usuales y, (3), degenerativo, cuando el organismo deja de responder por la reacción adecuada a estímulos dentro de la extensión de la costumbre. Lo que ahora es fisiológico, fué una vez patológico y puede que algún día llegue a ser considerado como degenerativo.

Es preciso, pues, considerar la formación normal de moco como fisiológica y con un propósito; en un sentido, presenta un acto inteligente por parte del organismo, ¿Cuál es el propósito y cuáles son las consecuencias de deficiencia en su debida función?

Parece ser bastante evidente que una capa de materia mucosa tiene, en primer lugar, que proteger la membrana subyacente, y delicadamente vascular, de la acción directa de cambios atmosféricos—cambios de temperatura, humedad, composición, etcétera—como también contra la acción, no menos directa, —mecánica o química—de sólidos o líquidos en contacto con ella.

Benians, sin embargo, va más allá y sugiere la teoría de que la capa de moco puede, no solo evitar la absorción de los fermentos y toxinas bacterianas por la membrana mucosa e inhibir la acción de los mismos, sino que también puede impedir la invasión del organismo por los gérmenes mismos. Si su hipótesis está bien fundada, el mantenimiento de un estado apropiado de formación de moco asume una importancia enorme y la alteración de este estado constituye un factor etiológico que no puede ignorarse al discutir el origen de ciertas formas patológicas.

El punto de vista corriente es, supongo, que la interferencia con la producción de moco es el resultado de ataque bacteriano o protozoico; la idea expresada en el artículo del Dr. Benians es que, cuando por una causa u otra, sea esta vasomotora, hormónica o nerviosa, se altera gravemente la producción de moco; no solo pueden ser perjudiciales los agentes mecánicos, químicos, etc., sino que se abren las puertas para las actividades de organismos que son habitantes habituales, ocasionales accidentales de la capa mucosa.

No son pocos los hechos clínicos que parecen apoyar las teorías del Dr. Benians.

Hace algunos años, cuando tenía que tratar con frecuencia casos de fiebre tifoidea, difteria y escarlatina, hice la observación práctica que preparaciones oleosas tales como la parafina, aplicadas por medio de un pulverizador, son mucho más eficaces para la limpieza de la lengua, garganta y nariz que la glicerina de borax o cualquiera de las soluciones acuosas que se utilizan para lavados y unguentos. Como observé entonces, (y una larga experiencia clínica ha confirmado mi opinión), tales preparaciones sirven como calmantes de la membrana mucosa, impiden las fisuras en la misma e inhiben el cultivo de organismos al encapsularlos.

Es mi opinión, que en tales casos la parafina actúa como si asumiese los deberes de la mucosa normal cuando (como en los casos más graves de infección faríngea del punto de vista de absorción e invasión general) la membrana mucosa está evidentemente estirada, lustrosa y vidriosa.

Es precisamente en estos casos que las anticuadas bebidas emolientes actuarían como nos asegura el Dr. Benians que actúa el mucilago en los experimentos de laboratorio, y es precisamente en estos casos que los antiguos clínicos recetarían medicinas que ayudasen a liberar la secreción del moco.

La química del moco gastro-intestinal no ha sido plenamente elucidada aún, pero ciertos hechos clínicos son indisputables; entre ellos el siguiente: que mientras que la hiperacidez está aparentemente asociada a la deficiencia de moco, la úlcera gástrica raramente se encuentra en casos de «catarro mucoso» o «dispepsia mucosa». Según Sahli, la mucosidad gástrica se mantenía en solución por ácido hidrocórico, pero se precipita en casos de hipo-acidez. La deficiencia de moco, pues, bien puede ser un factor con el cual hay que contar en la producción de úlcera gástrica, a causa de la consiguiente exposición a agentes mecánicos, químicos pépticos y a veces bacterianos.

En lo que a los intestinos se refiere, tenemos por un lado el hecho de que la parafina resulta hoy el mejor remedio clínico cuando las deposiciones son secas y duras (entre otras razones, por ausencia de moco) y cuando las membranas mucosas que pueden inspeccionarse están más bien desecadas que succulentas; por el otro lado, los parásitos intestinales mayores—solitarias, ascárides y oxiuros—viven mejor cuando, protegidas por el exceso de moco siempre presente donde se encuentran. Como es generalmente reconocido, la mejor manera de expulsar los oxiuros, es administrando repetidas dosis de aquellas preparaciones de ruibarbo que inhiben la secreción excesiva de moco y de alcalinos que sueltan el que ya existe; respecto a la tenia, ninguna dosis de helecho macho producirá su efecto hasta que se ha quitado

el moco protector en el cual está introducida la cabeza. Verdaderamente, un exceso de moco parece actuar precisamente como cree el Dr. Benians que el moco normal actúa en respecto a las bacterias «importadas».

La producción de moco en las disenterías verdaderas es claramente patológica, en el sentido en que hemos definido la palabra, pero un hecho observado por Roger, de París, hace algún tiempo, sugiere ciertas ideas acerca de la patogenia de ciertas afecciones intestinales que no deben escapar a la atención. Roger ha demostrado, mediante experimentos, que la coagulación de la mucina en masas tan grandes como las que se observan en ciertos casos de «entero-colitis mucosa», pueden ser el resultado de insuficiencia biliar, ya que, *in vitro*, la bilis inhibe la coagulación de la mucina por el fermento intestinal normal, denominado mucinasa.

Además, el efecto protector del moco puede observarse claramente en respecto a los órganos genitales tanto masculinos como femeninos, pues la inhibición, bajo influencias nerviosas, del flujo mucoide en la mujer es reconocida, y, muy probablemente, como las condiciones anormales pasajeras de la uretra masculina, debidas a excesos alcohólicos, tiene un papel en facilitar la invasión de las membranas mucosas por organismos de varias especies.

Sin embargo, me parece que lo más interesante es quizá el estado de las membranas mucosas respiratorias; y a la luz de la hipótesis de la importancia protectora de la capa mucosa, lo racional de algunos anticuados métodos clínicos, parece evidente. Me refiero al uso de emolientes y de preparaciones mucilaginosas en los estados agudos del catarro; a la administración, primero de medicamentos dirigidos a soltar y más tarde a disminuir la secreción mucosa, y al necesario cuidado para evitar inhibición prematura por opiáceos de su secreción y eliminación.

Por cierto que nos interesaría comprender los procesos subyacentes que afectan la secreción mucosa; y si, como quizás sea el caso, la alteración primaria en un catarro, no es tanto una infección bacteriana como una alteración en el equilibrio físico de la mucosa, que da lugar a actividades bacterianas, parece probable que, cuando lleguemos a obtener la deseada comprensión, podamos apreciar la circunstancia que durante las epidemias que llamamos «catarrales», se encuentran asociados casos y grupos de casos, con afección del sistema cerebro-espinal, no «catarrales» en nuestro moderno sentido y, sin embargo parte de la «epidemia».

Para Fernel, Benedetto, Ballonio y otros Médicos del siglo XVI, estas enfermedades de forma nerviosa eran alternativas a las que ahora denominamos «catarrales» —sean respiratorias o gastro-intestinales— y la unidad epidemiológica de lo que ahora llamamos encefalitis, mielitis, etc., con lo que denominamos mo-



dernameamente influenza (gripe) era explicada por ellos en términos de la famosa doctrina del «catarro», por la cual una «excreción» del sistema nervioso central, si «rechazado», originaba una enfermedad nerviosa; pero si determinaba a una membrana mucosa, producía bronquitis, diarreas, etc.

Para estos Médicos, pues, un «deflujo» por el etmoides protegía el cerebro contra encefalitis; nosotros, ponemos el proceso al revés, considerando la meningitis cerebro-espinal, la encefalitis y la poliomiélitis como debidas a organismos que han llegado al sistema nervioso por el etmoides, después de haber originado o no un «catarro» en la naso-faringe. Pero bien podríamos reconsiderar si el factor que altera la balanza a uno u otro lado no puede quizás ser una condición de la membrana mucosa dependiente de alteraciones vasomotoras o tróficas, y a veces una condición alternativa de las estructuras meníngeas y cerebro-espinales.

En una palabra: aunque las explicaciones de Fernel y Benedetto nos parezcan absurdas, ¿no tenían ellos razón en sospechar una unidad esencial y epidemiológica entre casos que clínicamente nos parecen totalmente antipatéticos?

Por otro lado, la noción del Dr. Benians, que es posible que una alteración primaria en el estado de las membranas mucosas puede permitir acceso por micro-organismos inocentemente «portados» a las vías y espacios sanguíneos y linfáticos, podría quizá compaginarse con un curioso pasaje de la celebrada descripción, por Falconer, de la influenza del año 1803, que bien merece ser citada. En la ocasión de la autopsia de una joven que había fallecido a causa de influenza, al abrir la tráquea, se observó que, «al examinar la membrana interior de la tráquea con un cristal de aumento, se percibieron claramente úlceras en los bordes de los pequeños agujeros que suministran el moco a la tráquea, para defenderla de la acrimonia del aire».

Aquí tenemos otro caso de una observación, merecedora de atención, que ha sido puesta en ridículo por asumir una explicación especial. Sin embargo, puede colocarse lado a lado con la de Michele, quien, en un valioso artículo busca la explicación de la «incontestabile unità fondamentale» de las muchas diversas formas clínicas manifiestas durante el presente período epidémico, sugiriendo que grupos de distintos habitantes microbianos, habituales u ocasionales, de la mucosa tráqueo-bronquial despertan repentinamente en estado de virulencia por la intervención de un «virus primitivo» hipotético.

En la hipótesis del Dr. Benians los micro-organismos reemplazan «la acrimonia» del aire y una alteración en el estado de la mucosa reemplaza el virus primitivo de Michele.

Existen, por consiguiente, claramente varios puntos que me-

recen consideración en relación con estos temas o que no parecen ser inapropiadas para la aplicación de tales juiciosas hipótesis como pueden estimular posteriores observaciones e investigaciones. Los investigadores serían bien aconsejados en adoptar como su lema la bastante maltratada pero todavía apropiada frase de Raglivi:

«Movi veteribus, non opponendi, sed quoad fieri potest perpetuo jungendi feodere».

(No se han de oponer los nuevos a los viejos, sino cuando sea necesario unirlos estrechamente).

## 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.

## 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, 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.**

# HIPOSULFIN PEPTOMAGNESIADO GRANULADO

ESTIMULANTE DE LAS FUNCIONES HEPATICAS  
DESENSIBILIZANTE DEL ORGANISMO  
DRENAJE BILIAR

Hiposulfito de sosa, sulfato de magnesia, peptonas de carne, pescado, leche huevo y vegetal.

Granulado fácilmente soluble y de gusto agradable.



**Laboratorio Cántabro**

APARTADO, 222

**SANTANDER**

Preparadores del Hiposulfin inyectable y en comprimidos (solo hiposulfito) empleados como desensibilizantes en dermatología.

# EXTRACTO DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS AL XXV CONGRESO FRANCÉS DE MEDICINA

Marsella, 10-12 de Noviembre de 1938.

Traducidos de «La Presse Medicale», por Arturo O'Ferrall

## 3.—Terapéutica de las Avitaminosis C.—Por Giroud y Leblond

Las avitaminosis C de diversos grados pueden desarrollarse frecuentemente por el hecho de que las necesidades del organismo en Vitamina C, son mucho más elevadas que en las demás vitaminas y corren más riesgos de no ser satisfechas. Ciertas de estas avitaminosis C, parecen ser conciliables con un estado normal, parece haber un cierto margen de tolerancia; otras van acompañadas de modificaciones del comportamiento fisiológico; otras por fin determinan la presencia de molestias escorbúticas menores (precarencias frustradas) o mayores (carencias).

### I. Causas de las deficiencias de Vitamina C.

A) *Factores alimenticios*.—El hombre, al inverso de la mayoría de los animales, no sintetiza el ácido ascórbico. El suministro alimenticio tiene para él, pues, una importancia vital. La ausencia total de Vitamina C en la alimentación es muy rara; por lo contrario, las deficiencias, es decir, suministros inferiores a 50 miligramos, de ácido ascórbico por día, son casi generales. Este es el caso especialmente en los países fríos, pobres en verduras y frutas. Las restricciones alimenticias (guerras, paro forzoso), los regímenes hipovitaminizados seguidos durante largos espacios de tiempo por los enfermos, la alimentación artificial del lactante pueden producir la avitaminosis C. Al lado de la insuficiencia de ácido ascórbico, la de la Vitamina P, contenida en los frutos frescos (pimientos, limones) parece intervenir concurrentemente en el génesis del escorbuto.

B) *Factores digestivos*.—En los casos de anadorhidria (anemia perniciosa, cáncer, etc.), la Vitamina C puede ser destruída en el tubo digestivo. Las gastro-enteritis crónicas alteran la absorción del factor C, que sería conveniente entonces administrar de otra manera que por vía bucal.

C) *Factores internos*.—La edad, que aumenta las necesidades de Vitamina C, durante el período de crecimiento y en el anciano; el sexo femenino, que aumenta la demanda de Vitamina C; el embarazo, que provoca un déficit de dicha vitamina; la diabetes, el agobio de trabajo, todos intervienen en el génesis de las avitaminosis C.

D) *Factores externos.*—Las intoxicaciones (benzol) y las infecciones (neumonía, reumatismo, tos ferina, espuero, difteria, etc.) pueden reducir la tasa de Vitamina C en el organismo. Se encuentra una reducción neta de ácido ascórbico en el líquido céfalo-raquídeo en el curso de la esclerosis en placas y de la amiotrofia progresiva.

## II. Valuación del grado de la avitaminosis

El tratamiento será distinto según se trate de carencia, precarencia, formas inaparentes o deficiencia.

La valuación de la carencia, de la precarencia y de las deficiencias asintomáticas se basa sobre:

A) Un interrogatorio minucioso, acerca de la alimentación durante el año o meses precedentes, Examen de las tablas de contenido de Vitamina C, permite calcular aproximadamente la ingestión media cotidiana. Dosis inferiores a 50 miligramos por día, deben hacer sospechar la presencia de una deficiencia.

B) Los síntomas de escorbuto o de pre-escorbuto (tendencia a las hemorragias, signo «du lacet», etc.) en el adulto y los de la enfermedad de Barlow en el niño.

C) El análisis de la sangre y sobre todo de la orina. En el suero una tasa de ácido ascórbico inferior a 5 miligramos por 1.000 es un signo seguro de deficiencia en vitamina C. Una tasa de 5 miligramos a 10 miligramos indica la posibilidad de una ligera deficiencia. Una tasa superior permite rechazar la hipótesis de deficiencia. En la orina una tasa inferior a 10 miligramos por litro demuestra una deficiencia.

D) Los efectos de una ingestión diaria de unos 300 miligramos de ácido ascórbico por la mañana. Esta dosis debe, por una parte, mejorar rápidamente los síntomas en causa; por otra parte, en los casos de deficiencia, la eliminación urinaria da aproximadamente el 40 por 100 de la dosis administrada, en vez de efectuarse el día siguiente a la primera administración, estará retrasada en un número de días proporcional a la gravedad de la carencia.

## III. Reglas generales para la terapéutica de las avitaminosis C

El ácido ascórbico, arma poderosa contra la avitaminosis C, es de muy fácil manejo. Se utilizará por preferencia la vitamina pura, sintética, por vía oral o parenteral.

Es preciso emplear grandes dosis: 20 a 40 miligramos por día en el niño, 100 a 300 miligramos en el adulto. Para verificar el efecto de las dosis administradas, será preciso, muy especialmente en las carencias graves, calcular con regularidad el ácido ascórbico eliminado en la orina. El tratamiento debe continuarse

con perseverancia hasta que el organismo esté saturado de ácido ascórbico, es decir, hasta que de 40 a 75 por 100 de la dosis administrada se elimine como queda indicado. Así, este método permite al mismo tiempo el diagnóstico, la medida y el tratamiento de la avitaminosis C.

A pesar de fuertes dosis, pasado un cierto estado de carencia, la curación se hace imposible. Ciertas lesiones (oseosas, dentarias) pueden igualmente hacerse irrevocables.

La toxicidad del ácido ascórbico es muy leve. Sin embargo, es preciso quedar muy por bajo de los 1.000 miligramos por día en el adulto y de 50 miligramos en el lactante. Dosis excesivas pueden determinar accidentes vago-tónicos (diarreas, lentitud del pulso, etc.)

Existe solo una contra-indicación: el cáncer. En el caso de los ancianos, se ejercerá prudencia en la administración del ácido ascórbico.

La vía oral es la mejor, salvo en los casos agudos, en los cuales la vía venosa es superior, así como en los casos de alteraciones digestivas (aclorhidria, gastro-enteritis), aquí el ácido ascórbico puede ser destruído o mal absorbido.

A la administración de ácido ascórbico se adjuntará un régimen variado, conteniendo en especial el factor P, que se encuentra sobre todo, en las frutas ácidas (tipo limón) y las verduras verdes como el pimiento y la «paprika».

#### **IV. Direcciones prácticas para la terapéutica de Avitaminosis C.—El tratamiento varía según el grado de avitaminosis**

A) *Adulto*.—En el escorbuto se combinará al principio la inyección intravenosa con la ingestión de ácido ascórbico (40 a 100 miligramos por vena y 500 a 800 miligramos por boca). Como el escorbuto es aparentemente una avitaminosis compleja, se asociará el consumo de frutas y vegetales verdes conteniendo el factor P dentro de un régimen bien equilibrado en protidas, lípidas y glucidas. El descanso en cama es necesario. El tratamiento se continuará con perseverancia, aun después de la mejoría de los síntomas, basándose en el test o prueba mediante la ingestión de 300 miligramos de ácido ascórbico por la mañana y la observación de la eliminación por la orina.

En los estados de precarencia, será suficiente con la ingestión, salvo en casos de molestias gastro-intestinales. La dosis habitual es de 300 miligramos por día.

En los estados de deficiencia química, (suministro alimenticio insuficiente, infecciones febriles y especialmente la difteria, diabetes, úlcera gástrica, psoriasis, pigmentaciones diversas, preven-

ción del shock anafiláctico) se dará de 50 a 100 miligramos por día.

B) *El anciano*.—La utilización de la Vitamina C es a menudo favorable, pero puede ser peligrosa. Se abstendrá de usarla si existe la menor sospecha de cáncer.

C) *El lactante*.—En la enfermedad de Barlow, en la mayoría de los casos basta con la ingestión (20 a 40 miligramos por día); en los casos agudos se añadirán las inyecciones (40 miligramos por día).

En los estados de precarencia y de deficiencia, se dará por vía bucal 1/4 de comprimido en el caso del lactante y uno o varios en el niño algo mayor, según su edad.

### V. Terapéutica preventiva

El establecimiento de un suministro normal con ayuda de la alimentación es fácil, ya que la dosis de Vitamina C necesaria para un adulto (50 miligramos por día) le puede ser suministrada, por ejemplo, por dos naranjas, 30 gramos de berros o 250 gramos de guisantes, como lo demuestran las tablas de vitaminas.

En el lactante, será suficiente en los casos en los cuales la madre no amamanta a su hijo, la administración de dos cucharaditas de café, de zumo de naranja, lo cual le dará 5 miligramos de ácido ascórbico. En caso de enfermedad, un cuarto de comprimido de ácido ascórbico de 50 miligramos, puede administrarse todos los días con la leche.

Será conveniente vigilar la alimentación de los enfermos que padecen afecciones agudas y sobre todo crónicas. Aparte del uso de las frutas, se recomienda la administración de un comprimido de 50 miligramos de ácido ascórbico por día. También se suministrará al organismo la Vitamina P.

#### 4.—La terapéutica de la Pelagra.—Por J. Mitzulescu

La Pelagra ocupa un lugar importante entre las enfermedades por carencia. En Rumanía especialmente ha llegado a constituir un verdadero azote social.

El problema etiológico y patogénico está lejos de ser resuelto. Las recientes investigaciones hacen pensar más y más en una avitaminosis. Por otra parte, todo el mundo se encuentra de acuerdo para considerar la indigencia y la miseria como los orígenes de la Pelagra. Suprimiendo la pobreza y la indigencia, cambiando la alimentación de las gentes del campo, desaparecería la Pelagra por sí sola, sin que se llegue a comprender cuáles han sido las causas de su presencia. Desgraciadamente todas las medidas políticas y profilácticas necesarias se encontrarían actualmente con dificultades insuperables y por fuerza es preciso buscar otros medios de ataque contra los progresos de la cruel enfermedad.

Es necesario acentuar el hecho de que las investigaciones concernientes la terapéutica de la Pelagra se hacen difíciles por la misma naturaleza de la enfermedad, de marcha muy lenta, insidiosa y variable. No existe síntoma patogénico que pueda ser considerado como la base incontestable de la afección; la triada clásica es constituida por la asociación de manifestaciones eritematosas cutáneas, alteraciones digestivas y afecciones nerviosas.

Los tratamientos medicamentosos propuestos en los últimos años no han permitido descubrir ningún remedio específico; por consiguiente nos hemos visto reducidos a emplear los medicamentos sintomáticos usuales. Los recientes trabajos sobre vitaminas, el empleo de la levadura de cerveza, y, muy recientemente, el del ácido nicotínico, justifican las más optimistas esperanzas. Sea que el ácido nicotínico, principio activo de los extractos del salvado de arroz, representa la verdadera vitamina anti-pelagrosa, sea que sólo ejerce su efecto como medicamento, al rectificar las alteraciones, su acción, si llega a confirmarse, llegará a ser un precioso ayuda en la lucha contra la Pelagra.

Los tratamientos dietéticos ocupan un lugar en primer término. El papel pelagrógeno del maíz parece indudable. Por consiguiente el mejor remedio conocido hasta ahora es la supresión o por lo menos la reducción del consumo del maíz por la población. Los partidarios de la teoría tóxico-maidica de la Pelagra han emprendido la lucha contra el consumo del maíz alterado (torrefacción del maíz cosechado) pero esta práctica no ha dado los resultados esperados. Lo mejor es reemplazar el maíz por el trigo. Es solamente por el cambio de la alimentación de los campesinos que se puede esperar combatir todas las carencias así como las múltiples manifestaciones que pueden revestir las enfermedades de la nutrición entre la población indigente.

Pero todos aquellos a quien le ha sido dado ver los sufrimientos y las angustias de los pelagrosos, todos los que han seguido la evolución de las formas graves de la diarrea pelagrosa, no pueden hacer otro que esperar con frántica impaciencia el descubrimiento del remedio específico que pondrá fin a tantos sufrimientos y penas, aunque no pudiese combatir sino una parte de estos síntomas. Las investigaciones recientes son muy halagadoras en este sentido. Goldberger, campeón de la teoría avitaminósica de la Pelagra, sostiene que es debida a la carencia de una vitamina especial, la Vitamina P-P, que parece acercarse a la Vitamina B-6, que protege a la rata de la dermatitis pelagroide. Esta Vitamina P-P es abundante en la leche, la carne, el hígado, los tomates, los nabos y sobre todo en la levadura de cerveza. La introducción del hígado y de la levadura en el régimen de los pelagrosos ha contribuido a mejorar el pronóstico. Sin embargo, para ciertos autores, son dos los factores que intervienen en el génesis de la Pelagra: una vitamina o factor extrínseco, alimenticio y una hormona



secretada por la mucosa gástrica (factor extrínseco, análogo pero no idéntico, al de la anemia perniciosa). Según esta teoría el hígado contiene entonces la hormona definitiva que resulta de la inter-reacción de estas dos fracciones. Esta sería, según dichos autores, la explicación de la Pelagra endémica, que es el resultado de una falta de factor extrínseco, mientras que los casos fortuitos, la Pelagra de los dementes, etc., son debidas a la falta del factor intrínseco. Pero todos estos puntos todavía mal precisados exigen nuevas investigaciones. Los trabajos sobre el ácido nicotínico abren nuevas perspectivas referente a este problema.

### 5.—La Terapéutica de las Avitaminosis D del Adulto.— Por H. Willstaedt

Las Vitaminas D, en el plural, pues existen varias sustancias químicas dotadas de propiedades calcificantes, tienen influencia sobre el metabolismo del calcio. La avitaminosis del lactante y del niño, el raquitismo, es una enfermedad de la cual tanto la etiología como la terapéutica son bien conocidas; se saben con bastante exactitud las dosis necesarias para la profilaxis y el tratamiento. Lo mismo no es el caso para las avitaminosis del adulto; no existen referencias sobre las dosis de Vitamina D necesarias en este caso.

El autor da un resumen del desarrollo de nuestros conocimientos químicos sobre las sustancias anti-raquíticas. Demuestra cómo hemos pasado del ergosterol a la Vitamina D<sub>1</sub>, compuesta de una molécula de vitamina pura y de una molécula de taquisterol, y de esta a la Vitamina D<sub>2</sub>, vitamina pura sintética, no idéntica a la vitamina del aceite de Hígado de Bacalao. Otras reacciones permiten obtener, partiendo del ergosterol, otras vitaminas anti-raquíticas, tal como la vitamina D<sub>3</sub>, que se encuentra en el aceite de halibut y que posee una actividad anti-raquítica por lo menos igual a la de la Vitamina D<sub>2</sub>.

El descubrimiento de las Vitaminas D debe efectuarse en general por métodos biológicos. La espectrofotometría en el ultravioleta no puede efectuarse más que a partir de dosis bastante elevadas y existen, por otra parte, otras sustancias que dan una absorción parecida a la de las Vitaminas D. Los métodos químicos colorimétricos son insuficientes.

Nuestros conocimientos acerca del contenido de Vitamina D del suero humano son restringidos; por el método biológico se han encontrado diferencias bastante marcadas entre los sueros normales y los sueros raquíticos.

El hecho de que la provitamina D se encuentra en la piel del adulto, en cantidad superior a la que se encuentra en la piel del niño, el hecho de que sabemos de intoxicaciones por dosis excesivas de Vitamina D, han conducido a ciertos autores hasta llegar a negar enteramente la necesidad de la Vitamina D para el adulto. La creciente frecuencia de la arterioesclerosis ha traído consigo la pregunta de si no valdría más reducir el consumo de factores calcíficos en el adulto.

Sin embargo, el autor es de opinión de que no se puede negar la necesidad de la Vitamina D para los adultos, reconociendo al mismo tiempo que en la mayoría de los países la población adulta consume suficiente cantidad de estas vitaminas. Entre las enfermedades que son la consecuencia de un metabolismo patológico del C en el adulto, es preciso citar la osteomalacia combatida eficazmente por la Vitamina D1. La tetania que a veces acompaña a la osteomalacia también cede a la Vitamina D, mientras que la tetania post-operatoria y la tetania idiopática la resisten; pero otra substancia producida en el curso de la irradiación del colesterol, el dihidro-taquisterol (A. T. 10) se demuestra eficaz en estos estados.

La avitaminosis D, va seguida a menudo por hipoplasia de los dientes y de caries; pero no es posible atribuir a las Vitaminas D, una especie de monopolio en cuanto a la salud de los dientes se refiere; otros factores conocidos y desconocidos desempeñan por cierto un papel importante en este respecto.

Como ciertos individuos alérgicos presentan una hipocalcemia, se ha aplicado la Vitamina D en dosis elevadas al tratamiento de diversas enfermedades alérgicas (fiebre del heno). Los resultados han sido bastante halagadores.

El riesgo de intoxicación por grandes dosis de Vitamina D ha sido exagerado. Dosis elevadas no provocan hipertensión, ni en caso de ancianos.

En la tuberculosis humana las Vitaminas D parecen desprovistas de acción profiláctica y curativa.

De todos los datos conocidos, se deduce que el adulto tiene necesidad de Vitaminas D, si bien no se sabe exactamente las dosis que le son necesarias. Del punto de vista de la medicina social, en los países septentrionales, y sobre todo en aquellos donde se usa la margarina en vez de mantequilla, hay lugar a incluir obligatoriamente la Vitamina D al régimen corriente, añadiéndola en forma pura a ciertos alimentos y a la margarina en especial.

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.

Solución valorada  
de Salicilato de Sosa

**ORTHOMIL "JIMENEZ"**

contiene 2 gramos de Salicilato por cucharada grande, en solución alcalina y durética, siendo bien soportado por el ESTOMAGO.



Reumatismo articular, agudo y crónico,  
Reumatismos secundarios, Artropatías,  
Endocarditis, Pleuritis y en todas las indicaciones del Salicilato de Sosa.



**Laboratorio Cántabro**  
**SANTANDER**

# Mecanismo muscular de la respiración

Por L. LABARRAQUE

*Traducción de «La Presse Medicale» por Arturo O'Ferrall*

La respiración comprende fenómenos químicos y fenómenos mecánicos; estos últimos ocuparán especialmente nuestra atención.

Se sabe, que clásicamente, los dos tiempos de la respiración están controlados por dos sistemas musculares; los músculos inspiradores y expiradores. Nos proponemos, para fines de este estudio, reunirlos todos bajo el nombre de Músculos respiratorios; añadiendo una participación más precisa de la musculatura dorso-lumbar y una atenuación en la intervención de los músculos llamados inspiradores. La práctica de la espirometría demuestra que, en la inmensa mayoría de los casos, las personas que se dedican a la cultura física, sin control médico, se encuentran en frente de una enseñanza muy empírica que parece precisar reforma de importancia.

Nosotros insistimos sobre la importancia de la respiración nasal integral que no hay que dejar de imponer a los niños. En presencia de numerosas causas de impermeabilidad nasal, operadas o no operadas, la prescripción de una reeducación respiratoria debe ser la primera labor de la pluma del médico. De la misma manera, en el lecho del enfermo, la correcta ejecución de este mecanismo muscular provocará una atenuación considerable de las molestias funcionales acusadas por el enfermo. ¿Cómo reconocer su valor funcional, después de una inflamación aguda o crónica del parenquima pulmonar? El conocimiento exacto de la capacidad vital dirigirá la higiene médica y precisará, en cuanto es posible, el pronóstico pulmonar de las consecuencias postoperatorias. El funcionamiento pulmonar queda favorecido por la posición sentada de los enfermos. ¿Por qué? Para terminar, señalamos un sencillo examen clínico para apreciar el valor del tonus muscular de la pared abdominal.

Los fenómenos mecánicos de la respiración pueden experimentar, sin ningún perjuicio inmediato aparente, todas las variaciones posibles de ejecución por el sistema muscular que las engendra, obedece fácilmente a todas las decisiones individuales de la voluntad. No vale casi la pena insistir más sobre esta cuestión tan sencilla e incontestable: aparte del sueño y de toda respiración calmada y en descanso, los dos actos de la respiración deben considerarse como dos actos voluntarios. Ahora, la teoría respiratoria más extendida en los libros clásicos puede prestarse a confusión al considerar solo la inspiración como un

acto voluntario y activo. Se describe además la expiración como un acto pasivo y no muscular.

Este concepto clásico parecería justificado si se acepta la siguiente opinión, ya expresada hacia el año 1872 por el Profesor W. Wundt:

«La acción muscular, que produce las modificaciones en la forma del pecho, está casi enteramente limitada, en la respiración tranquila al diafragma y a los músculos intercostales».

Sin desear detenerme en estas cuestiones teóricas, diremos que el mecanismo muscular de la respiración puede realizarse de la manera siguiente: Durante la inspiración, siempre nasal, pensar en contraer la musculatura para-vertebral, durante el comienzo de la hinchazón de la región sub-umbilical, el ensanchamiento de las partes sub-umbilicales y costales antero laterales, esforzándose al mismo tiempo, desde el principio de la ejecución de este gesto respiratorio, en mantener inmóviles las regiones pectorales y costo-claviculares. Durante la expiración, siempre nasal: retracción activa del bajo vientre, de las regiones abdomino-costales laterales y mantener el tono muscular para-vertebral. Basta con ocho días (dos sesiones de tres minutos por día) para saber efectuarlo. El objeto final de este mecanismo muscular es el de hacer actuar principalmente las regiones más anchas y más flexibles del pecho; es decir, las tres cuartas partes inferiores de la jaula torácica.

Para realizar este mecanismo muscular, tratemos de olvidar la división clásica de músculos inspiradores y expiradores, diciendo sencillamente: Los músculos respiratorios se dividen en dos grupos que tienen funciones manifiestamente distintas. El primer grupo comprende todos los músculos (desde la superficie hasta la profundidad) situados alrededor de la columna vertebral, desde la región cervical hasta la región lumbo-ilíaca. El segundo grupo se compone de todos los músculos (superficie hasta profundidad) repartidos por las caras antero-laterales del tórax y del abdomen.

Mientras que los músculos del primer grupo (musculatura de la región rígida de la respiración) permanecen contraídos en su sitio ofreciendo una resistencia más o menos grande, los del segundo grupo (muscular de la región flexible de la respiración) son los únicos encargados de ejecutar el ensanchamiento de las regiones toraco-abdominales, en la inspiración, y de volver estas partes flexibles a su posición inicial, durante la expiración.

Veamos las ventajas prácticas que procura este mecanismo muscular y más especialmente en lo que concierne a los siguientes puntos: respiración nasal integral; inmovilización de los músculos inspiradores; contracción de los músculos para-vertebrales; finalmente, capacidad vital pulmonar.

A).—*Respiración nasal integral.*—Es difícil imaginarse cuánto se ha discutido esta sencilla noción fisiológica por laringólogos, médicos deportivos, profesores de canto y profesores de gimnasia: LA ENTRADA Y LA SALIDA DE AIRE DEBE EFECTUARSE SIEMPRE POR LA NARIZ.

Muchas personas aseguran no poder respirar por la nariz. Conviene entonces pensar, ante todo, en los numerosos casos de impotencia funcional de las alas de la nariz. He aquí un procedimiento práctico para aprender a dilatar bien los orificios nasales: contracción, en el sentido transversal, del labio superior, bien aplicado contra el arco dental y ligero movimiento de elevación de los pómulos. La dilatación de los orificios nasales, procurando hasta la separación momentánea de las paredes de estos orificios, mediante la ayuda del pulgar y el índice, produce instantáneamente una mejoría considerable de la angustia mediastinal, acusada por muchos enfermos. Ejercicios respiratorios, muy moderados, muy lentos, pueden recomendarse en todas las cardiopatías bien compensadas y en todas las opresiones que simulan la angina de pecho. Los mismos consejos para recuperar la función pulmonar después de toda bronquitis aguda, congestión pulmonar y pleuresía. En los asmáticos, el entrenamiento respiratorio fuera de las épocas de crisis. En el momento de crisis, respiración nasal integral, facilitada por pulverizaciones nasales de afedrina. En las crisis de laringitis estridulosa (difteria laríngea falsa) desde el momento que el período de apnea involuntaria (espasmo intenso de las cuerdas vocales) ha cesado, si se puede obligar al niño a hacer una sola inspiración por la nariz, la crisis termina más pronto. Del momento que estos enfermos juveniles presentan, por la tarde la tos ladrada, signo característico que anuncia con seguridad «crisis» por la noche, respiración nasal integral y posición sentado.

Esta respiración nasal que recomendamos con la misma insistencia para los enfermos que guardan cama, no produce sencillamente una activación de los cambios gaseosos y de la circulación cardio-pulmonar, sino también una gran calma de la taquicardia y del «trac» en todos los profesionales de la voz. Además, este modo inspiratorio no se acompaña de la elevación de los hombros ni de contracción cervical, no estorba la circulación sanguínea de los grandes vasos del cuello, y muy especialmente, de las venas yugulares externas. En los niños, que respiran todos por el modo costo-clavicular con fuerte relieve de los músculos esterno-mastoideo, se alivia muchas veces la inflación de las yugulares. Se han observado dos reacciones patológicas de esta estesis venosa de las yugulares (Schnell, 1922). Primer estado: en la inspiración, hinchazón venosa cervico-lateral; en la expiración y sin hablar, aplanamiento de las venas. Segundo estado: estesis

permanente, exagerado al inspirar y no modificado por la expiración. Mediante la reeducación respiratoria, se arresta la evolución de estas turbaciones venosas del cuello. Todos los laringólogos habrán observado, en todos los individuos con ronquera crónica, teniendo poca o ninguna lesión faríngea, una hinchazón notable del cuello y también de las venas superficiales (esfuerzos expiratorios para la formación de la voz hablada).

Por consiguiente, es preciso proceder a la educación respiratoria de todos los niños, pues todos respiran mal; hay que enseñarles, obligarles a respirar por la nariz, aun anterior a operación por vegetaciones. Diez días después de la operación, ejercicios respiratorios durante seis meses, mañana y tarde, de uno a cinco minutos, en posición tendida. Aumentar la duración de la sesión en un minuto cada mes. La permeabilidad nasal puede también ser mala por anomalías intranasales (desviaciones del tabique o de los cartílagos). De aquí provienen las insuficiencias respiratorias nasales constatadas después de adenoidectomía. En espera de que estos niños pueden ser operados, es conveniente perseverar en esta reeducación nasal.

B) *Inmovilidad de los hombros.*—El descanso impuesto a los hombros y clavículas da al gesto respiratorio más flexibilidad.

Pero, para que los músculos de estas regiones puedan conservar su tono en el mejor estado, este mecanismo muscular se acompaña siempre de movimientos de elevación y descenso de los brazos. Esta ventilación diaria, limitada a dos o tres minutos, tiene el fin de prevenir y de dar satisfacción a la opinión de aquellos que dirían: ¿Qué le pasa a la ventilación de los vértices, si se exige la inmovilización constante de las regiones, tanto sub como super-claviculares bilaterales?

Para responder a esta ejecución, recuerdo los siguientes argumentos: Primeramente: la penetración del aire es el resultado únicamente de entre la diferencia de presión entre el aire del exterior y el vacío que se ha creado por la expansión torácica. Además, es sabido que el aire toma una disposición en forma de abanico, como la arborización de las subdivisiones bronquiales. Por la física, sabemos también que la presión del aire se produce siempre perpendicularmente a todas las partes de las paredes de la cavidad a la cual llega. La auscultación permite a todo médico constatar que, desde el comienzo de cada inspiración, si nosotros colocamos un oído al vértice de un pulmón normal, y después, si al comenzar la inspiración siguiente, lo colocamos al nivel de las bases pulmonares, percibiremos claramente el murmullo vesicular, sin que sea necesario exigir una fuerte elevación de la región costo-clavicular, ni una dilatación forzada de las partes inferiores del pecho. Resulta que, a partir del comienzo de la inspiración, el aire exterior se reparte uniformemente

por todo el perénquima pulmonar y es difícil admitir que esta nueva interpretación de los fenómenos mecánicos pueda evitar que el aire llegue al nivel de los vértices y, por consecuencia, de predisponer los vértices a todo ataque infeccioso.

C) *Sostén de la columna vertebral por contracción de los músculos para-vertebrales.*—Se trata aquí, no hay verdaderamente necesidad de recordarlo, de un hecho bien conocido que se produce obligatoriamente en todos los esfuerzos del organismo: postura bipede, marcha, flexión del tronco, posición sentada. Gracias a este punto de apoyo muscular, sobre todo sobre la región dorso-lumbar, se puede realizar el máximo de dilatación de la jaula torácica, y la mayor capacidad vital sin sobrecargar la acción cardiopulmonar, ya que el mismo esfuerzo se encuentra repartido entre un mayor número de músculos. Así, me ha ocurrido encontrarme frecuentemente delante de deportistas o cantantes que aseguran «tener mucho soplo». Mediante el expirómetro, mido su capacidad pulmonar. Supongamos que anoto como tal 4 litros de aire, después de una inspiración costo-clavicular, acompañada como de costumbre por un enorme abombamiento de las regiones pectorales. Les enseño a hacer el gesto respiratorio, tal como lo he descrito en este trabajo. Los que ejecutan correctamente este mecanismo muscular, obtienen desde la primera demostración, un aumento de medio o un litro de aire; los que lo ejecutan mal (dilatación transversal costo-abdominal insuficiente) llegan, como mínimo, a dar la misma capacidad con un gesto respiratorio menos contraído y menos violento.

Los médicos que disponen de expirómetro pueden efectuar dos pruebas descritas en el Congreso de O. R. I. de 1935 en una comunicación titulada: «Agobio y mala conducción de la voz cantante», en la cual se encuentran precisadas las direcciones para la utilización del «souffle pulmonaire» (soplo pulmonar). prueba cuantitativa: después de una inspiración profunda, hacer una expiración rauda en el expirómetro. Se anota una cifra. Prueba cualitativa: Hacer una expiración lenta. Cuando la musculatura toraco-abdominal está mal disciplinada, existe una disminución de la cantidad de aire en la segunda prueba, de uno a litro y medio. Si las fuerzas musculares son capaces de dilatar y de retraer igualmente las paredes abdominales y costales, la cifra obtenida en ambas pruebas es la misma. Este mecanismo muscular procura una mejor utilización de la respiración en los profesionales de la voz, y en verdad, en todo el mundo, puede facilitar una mejor capacidad vital.

D) *La capacidad vital.*—Esta ha sido definida por Hutchinson en el año 1846 (época en la cual construía su primer expirómetro): «El volumen de aire que un sujeto puede expirar después de una máxima inspiración». Se reconoce, en nuestros tiem-



pos, que esta capacidad vital es variable, según la talla, la edad, el sexo, etc. Ahora, a pesar de estas constataciones clínicas, ciertos profesores de educación física quieren que todos los aficionados lleguen a alcanzar, cueste lo que cueste, 4 litros de aire, cifra mayormente adoptada. ¿No ha propuesto un Médico que se niegue el ingreso en los conservatorios de canto a todo candidato que no tenga una expiración total de 4 litros? Los Médicos prácticos, sabiendo que la capacidad vital es variable, prevendrán a sus clientes que se dedican al profesorado o al atletismo. Contribuirán así a arrestar los esfuerzos respiratorios antes que sobrevengan accidentes cardíacos o el agobio de los órganos pulmonares.

Por lo contrario, si se desea utilizar el espirómetro en la clínica médica, y procediendo por comparación sobre las pruebas efectuadas en una misma persona, se dará una cuenta de que la medida de la capacidad vital demuestra bastante claramente el valor funcional de los pulmones.

Este valor funcional puede también ponerse en evidencia de la manera siguiente: Entre la inspiración y la expiración, hacer un alto respiratorio. Si los pulmones están lesionados, hay disminución de la duración de la apnea voluntaria y de la capacidad vital. Normalmente esta duración de la apnea oscila entre 17 y 27 segundos.

Para dar las cifras suministradas por el espirómetro es preciso saber también que, por ejemplo, la capacidad vital disminuye en aproximadamente 250 m<sup>3</sup> después de las comidas, (Hutchinson) y que en la posición supina se disminuye en 5 a 6 por 100 con relación a la posición de pie (Christie y Bean). Esta diferencia es aún más notable en los obesos: puede llegar a un 20 por 100.

Vamos a ver ahora las razones que parecen justificar la mejoría de las insuficiencias respiratorias patológicas pasando de la posición tendida a la sentada. En la posición supina, el enfermo exagera su manera de expirar para facilitar una más amplia entrada de aire en su pecho oprimido. Ahora pues, la intervención de los músculos inspiradores clásicos, sin la colaboración de los abdominales, no puede ser plenamente eficaz, quedando dificultada por el peso del cuerpo que inmoviliza en el lecho a la región escápulo-clavicular. En la posición sentada, los hombros se desplazan con mayor facilidad, y sobre todo, instintivamente, el enfermo exagera las contracciones de la musculatura costal inferior, abdominal y dorso-lumbar. La intervención de este mecanismo muscular aparece en estado sincopal. En estos individuos se constata que no parecen respirar y que la inmovilización del pecho y del abdomen parece completa. Si no se procede a la respiración artificial, se nota que el período

de asfixia tarda en producirse porque las contracciones de las regiones lumbo-dorsales facilitan los movimientos de las articulaciones costo-vertebrales y el descenso del diafragma (respiración oculta de los faquires, según el Dr. J. Nadolovitch, de Berlín).

En fin, la capacidad vital provocada por el mecanismo muscular, que es el objeto del presente estudio, se encontrará considerablemente mejorada en los siguientes sujetos: En ciertos grandes enfisematosos, el uso de una faja abdominal sostiene los esfuerzos musculares costo-abdominales y, especialmente, el bajo vientre, comprimido por una pelota neumática. En estas condiciones, gran alivio funcional y, mediante el espirómetro, se nota una mejoría que puede alcanzar el 39 por 100. (Alexander y Kountz).

Por otra parte, en los que desean hacer deporte, según las indicaciones de M. Baland, de París, es preciso distinguir los vientres hipotónicos de los vientres normales o hipertónicos. Para conocer el valor del tono muscular de la pared abdominal, se actúa de la manera siguiente: hacer tenderse al enfermo. Palpación. Después, decúbito lateral, derecho e izquierdo. Si la masa abdominal se desplaza, hipotonía muscular. Necesidad de llevar faja, en espera de que la gimnasia haya reforzado el cinturón muscular abdominal. Para luchar contra esta hipotonía muscular, bastante corriente, el mecanismo muscular de la respiración indica que el principio de las contracciones debe hacerse al nivel de los músculos del bajo vientre (inervado por los nervios abdomino-genitales) sobre los cuales la voluntad tiene una acción directa menos eficaz (Dr. Richard) que sobre los músculos de la región umbilical y el alto vientre, innervado por los cinco últimos nervios intercostales.

Para terminar, deseo recordar que los músculos que realizan este mecanismo toraco-abdominal de la respiración, no sufren modificación alguna de su descripción anatómica clásica y de su fisiología respiratoria. Se trata, sencillamente, de una distinta interpretación de los fenómenos mecánicos de la respiración, en relación directa con la intervención consciente y constante de la voluntad. La fisiología práctica demuestra que la acción de la voluntad actúa sobre cada grupo muscular en razón a su inervación y de la cercanía de sus puntos de inserción. Esta acción voluntaria global autónoma debe estar dirigida en primer lugar, sobre la musculatura de las regiones flexibles de la respiración, siguiendo las exigencias de la función respiratoria; y en segundo lugar, como intensidad de la contracción sobre la musculatura para-vertebral. En todos los individuos sanos conviene recomendar este mecanismo muscular de la respiración; primero, en posición de decúbito, durante un mes; después, deberán entrenarse

MEDICOS  
CIRUJANOS  
FARMACEUTICOS  
VETERINARIOS  
CUERPOS AUXILIARES  
DE SANIDAD



**PARA TODOS**

---

Una lectura básica. Una Revista semanal, Técnica y Profesional de las Ciencias Médicas.

**Semana Médica**  
**Española**



52 números, 2.000 páginas de lectura

**30 Pesetas.**

**SUSCRIBASE hoy mismo.**

**Director: F. J. CORTEZO**

Ex-Director de «El Siglo Médico»

CALLE SAN MARCIAL, NUM. 39

**San Sebastián (España)**

con tenacidad, de pie, durante dos o tres semanas, para saber ejecutarlo correctamente; después se sigue con el mismo modo de respirar acompañado de gimnasia sueca para obtener el máximo de beneficios funcionales y adquirir automáticamente un gesto más astético, más amplio que los movimientos respiratorios enseñados en muchos centros de cultura física.

La mejora de la función respiratoria representa una de las principales preocupaciones de la terapéutica médica cotidiana. Recetar una técnica respiratoria, sencilla y precisa, controlando y dirigiéndola de manera progresiva, es el medio de conservar el cliente y ganar su gratitud por la realidad de los beneficios obtenidos.

## 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 de Legislación

## Patronato Nacional Antituberculoso

### Normas para ingreso de enfermos

Con objeto de dar facilidades a cuantas personas tengan necesidad de utilizar los beneficios de los Sanatorios Enfermerías Antituberculosos, se les previene que en la tramitación de sus peticiones de ingreso, deben tener presente los requisitos que establece el Reglamento general de los Sanatorios Enfermerías Provinciales de 16 de Octubre de 1937 («B. O.» del Estado de 19 de Diciembre), y que son los siguientes:

Siendo el cometido principal de los Sanatorios Enfermerías la reducción de la población tuberculosa, capaz de contagiar a su contorno en el medio familiar y social, los pacientes gratuitos admitidos en estos Establecimientos, tendrán forzosamente que ofrecer formas especobacilares claras, comprobadas por el simple examen microscópico directo del esputo, y dentro de estas modalidades de lesiones pulmonares abiertas, se preferirán en orden a las siguientes condiciones:

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

Las bases económicas mínimas que tendrán que llenar los pacientes comprendidos anteriormente, responderán a estas normas:

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

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

- b) Cuando no fuese posible precisar de una manera concreta la cuantía de los ingresos a causa de la variabilidad del

trabajo, (percepción de tantos por ciento, labor de carácter discontinua, etcétera), o por otros motivos de las casas patronales en donde colabora el interesado, están en la obligación de expedirle una certificación acreditativa de las entradas habitadas por el solicitante durante el año anterior, en la inteligencia que su falseamiento traerá plena responsabilidad jurídica sobre las mismas y nunca para el enfermo si fuere empleado.

El mecanismo de entrada y los documentos probatorios de la legitimidad de las peticiones serán:

a) Certificación de los Ayuntamientos respectivos acerca de las tributaciones por urbana, rústica e industrial del petionario, si las hubiere, así como declaración por estas Autoridades de los posibles ingresos de los solicitantes.

b) Certificación de ingresos anuales expedidas por los Habilitados de Hacienda, Diputaciones, Municipios o Entidades particulares, en relación con las normas límites anteriormente expuestas.

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

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

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

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

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

del Establecimiento dispensarial un acuse escrito de concurrencia a examen.

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

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

### De los enfermos militares

La admisión de los militares, soldados y clases del Ejército para ocupar las VEINTICINCO camas gratuitas a ellos destinadas, se regulará en esta forma:

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

b) Que sean procesos que encuadren más o menos en las normas marcadas en el artículo 5.º del Reglamento ya expresadas.

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

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

e) Que en las disposiciones de admisión se plieguen a cuantas les afecten al personal civil, ya expresadas, pero siguiendo siempre la vía de las Inspecciones provinciales de Sanidad, sin otros intermediarios, para simplificar las entradas.—  
El Gobernador civil Presidente, *Francisco Sáenz de Tejada*.

(B. O. de la Provincia del 31 Diciembre).

## Orden limitando la concesión de excedencias voluntarias y regulando la renuncia de los Médicos titulares en relación con su plaza

En el «Boletín Oficial del Estado» del 5 de Diciembre actual, se inserta la siguiente Orden del Ministerio del Interior.

«El artículo 15 del Reglamento orgánico de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria de 29 de Septiembre de 1934, establece la situación de excedencia voluntaria a favor de los facultativos que hallándose al frente de una plaza en propiedad, soliciten la expresada situación. Tal precepto sólo puede permanecer en circunstancias en que su aplicación no determine perjuicio en relación con el servicio propio de tales plazas, por lo que se hace necesario restringir todo lo posible la concesión de la situación expresada, reduciendo su aplicación a aquellos casos únicamente de necesidad imperiosa, en que la causa originaria de la petición sea el estado de enfermedad debidamente acreditada.

Asímismo establece el citado Reglamento en su artículo diez y ocho, que los Médicos del expresado Cuerpo considerados como renunciantes a su plaza, serán separados del escalafón, sin que se halle regulado cuanto se refiere a la renuncia de tales plazas para que surta los correspondientes efectos legales.

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

Primero. Queda en suspenso la concesión de excedencias voluntarias a los Médicos del cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria hasta nueva orden, quedando reducida tal situación a aquellos casos en que los interesados lo soliciten a consecuencia de enfermedad, que deberá acreditarse con la correspondiente certificación facultativa por conducto de la Inspección Provincial de Sanidad.

Segundo. La renuncia de las plazas de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria habrá de ser presentada en la Inspección Provincial de Sanidad correspondiente, por cuyo Centro se dará cuenta a este Ministerio, con el informe propio de cada caso acerca de si es procedente la admisión de la renuncia, excepto en casos de enfermedad, acreditada con la oportuna certificación facultativa.

En los casos de renuncia, con excepción de los que sean motivados por enfermedad, los interesados continuarán al frente de su plaza hasta que se haya hecho cargo de la misma el Médico que al efecto haya sido designado en forma reglamentaria.

Lo comunico a V. I. para su conocimiento y efectos.—Dios guarde a V. I. muchos años.—Burgos, 30 de Noviembre de 1938.—III Año Triunfal.—*Serrano Suñer*.—Ilmo. Sr. Jefe del Servicio Nacional de Sanidad.



# La habilitación de los Médicos de Asistencia Pública domiciliaria

## Una orden del Ministerio del Interior

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos dirige instancia a este Departamento solicitando la necesaria autorización para que los Colegios provinciales de estos facultativos tomen a su cargo la Habilitación de los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria.

Es de tener en cuenta lo dispuesto en el artículo 22 del Reglamento Económico-Administrativo de las Mancomunidades Sanitarias provinciales, el cual establece la posibilidad de que los funcionarios sanitarios perciban sus haberes mediante la oportuna Habilitación vinculada en los Colegios Oficiales respectivos, siempre que tengan carácter gratuito. Y esta condición queda cumplida, no obstante el premio que se establece por la presente Orden, toda vez que la cantidad que tal concepto representa no tiene un fin utilitario para las entidades profesionales de que se trata, sino que ha de ser destinada con objeto altamente simpático altruista, según lo solicitado por el Consejo General de Colegios Médicos a favor de las Instituciones benéficas, representadas por el Patronato de Huérfanos de Médicos y Previsión Médica Nacional.

Este Ministerio, de acuerdo con lo que antecede, ha tenido a bien disponer lo siguiente:

Primero.—Que los Colegios Oficiales de Médicos podrán hacerse cargo de la Habilitación de los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria que en la provincia respectiva han de percibir sus haberes por conducto de la Junta de Mancomunidad Sanitaria Provincial, con excepción de aquellas provincias en que la Habilitación se halle a cargo de un Médico incapacitado para el ejercicio profesional por razón de su edad o por impedimento físico, en cuyo caso continuarán como anteriormente ejerciendo las funciones de Habilitado.

Segundo.—Se establece como premio de Habilitación, en los casos en que ésta tenga lugar a cargo del Colegio Médico, el uno por ciento del importe total de las nóminas correspondientes a los expresados funcionarios sanitarios, cuyo premio será invertido en la siguiente forma: el 50 por 100, para retribución y gastos de material relacionado con este servicio, debiendo ser retribuido el resto, por partes iguales, entre el Patronato de Huérfanos de Médicos y Previsión Médica Nacional.

Si el 50 por 100 de la cantidad que representa el premio establecido en el párrafo anterior excediera de 6.000 pesetas anuales, el exceso será acumulado al resto procedente del mismo concepto, para su distribución por partes iguales en la forma indicada.

Tercero.—La cantidad correspondiente a Previsión Médica Nacional será destinada forzosamente al pago de las pensiones concedidas con anterioridad al 18 de Julio de 1936. Y una vez cubierto éste, se destinará a reducir las cuotas de derrama producidas durante el Glorioso Movimiento Nacional.

Por el Consejo General de Colegios Médicos se dictarán las instrucciones necesarias para la mayor eficacia en el cumplimiento de la presente Orden, cuyas instrucciones serán sometidas en todo caso a la aprobación de este Ministerio.

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

Dios guarde a V. E. muchos años.

Burgos, 23 de Diciembre de 1938.—III Año Triunfal.—*Serrano Suñer*.

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

(B. O. del Estado del 27).

Laboratorio J. N. BOACIÑA  
CACERES

**NEUMOL**

ANTICATARRAL INFALIBLE



PODEROSO REMEDIO CONTRA LA TOS, BRONQUITIS CRONICAS, CATARROS DESCUIDADOS, TUBERCULOSIS, ASMA, ETCETERA



**Cicatrizo lesiones y repara tejidos**

VENTA EN FARMACIAS

# Aclaraciones sobre la declaración de utilidades

Durante el primer trimestre de 1939, deberá presentarse en la Administración de Rentas Públicas de esta provincia la declaración jurada de los ingresos obtenidos en el ejercicio de la profesión médica durante el tiempo que media desde 1.º de Enero a 31 de Diciembre de 1938.

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

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

Enviamos a todos los colegiados con el presente número de CLINICA, dos impresos, para que una vez anotada en la casilla que se refiere a ingresos en la profesión libre la suma que arroje el libro registro de utilidades, fechados y firmados, nos los devuelvan, precisamente los dos, para presentarlos dentro del primer trimestre de 1939, en la Administración de Rentas Públicas. (1)

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

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

---

(1) El importe de dichos impresos y su reintegro con 2 timbres móviles de 0'25, les será cobrado a los colegiados con la cuota del primer trimestre de 1939.

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

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

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

Para mayor claridad ponemos a continuación unos cuantos ejemplos:

#### 1.—MEDICO EN GENERAL

PESETAS.

Ingresos declarados en la profesión libre..... 4.358 00

35 por 100 de coeficiente de deducción..... 1.525 30

Base de Imposición..... 2.832 70

TIPO QUE LE CORRESPONDE SEGUN LA ESCALA

3 POR CIENTO

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

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

## 2.—MEDICO EN GENERAL

Ingresos declarados en la profesión libre.....	3.300 09
33 por 100 de deducción.....	1.855 00
Base de Imposición.....	3.445 09

## TIPO QUE LE CORRESPONDE SEGUN LA ESCALA

3'50 POR 100

3'50 por 100 de 3.445'00 pesetas.....	120 57
A deducir la cuota del Tesoro que haya satisfecho por industrial, suponiendo que hayan sido.....	118 00
Habrá que abonar por utilidades.....	2 75

## 3.—MEDICO EN GENERAL

Ingresos declarados en la profesión libre.....	8.653 00
35 por 100 de coeficiente de deducción.....	3.028 55
Base de Imposición.....	5.624 45

## TIPO QUE LE CORRESPONDE SEGUN LA ESCALA

4'50 POR CIENTO

4'50 por 100 de 5.624'45.....	253 10
A deducir la cuota del Tesoro que haya satisfecho por industrial, suponiendo que hayan sido.....	160 00
Habrá que abonar por utilidades.....	93 10

## 4.—MEDICO QUE TENGA RAYOS X O LABORATORIO CLINICO

Ingresos declarados en la profesión libre.....	10.892 00
40 por 100 de coeficiente de deducción.....	4.356 80
Base de Imposición.....	6.535 20

## TIPO QUE CORRESPONDE SEGUN LA ESCALA

5 POR CIENTO

5 por 100 de 6.535'20 pesetas.....	326 76
A deducir la cuota del Tesoro que haya satisfecho por industrial, suponiendo que hayan sido.....	190 00
Habrá que abonar por utilidades.....	136 76

## 5.—MEDICO QUE TENGA RAYOS X O LABORATORIO CLINICO

Ingresos declarados en la profesión libre.....	14.200 00
40 por 100 de coeficiencia de deducción.....	5.680 00
Base de Imposición.....	8.520 00

## TIPO QUE LE CORRESPONDE SEGUN LA ESCALA 6 POR CIENTO

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

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

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

## A V I S O

Con el presente número recibirán los señores Colegiados dos impresos, para que anoten las utilidades correspondientes al año 1938, que deberán firmar y rellenar remitiéndolos a este Colegio, teniendo en cuenta que declinamos toda responsabilidad, para todos aquellos que no las envíen antes del 28 de Marzo.

# Ministerio de Educación Nacional

## Orden sobre exámenes extraordinarios para alumnos de las Facultades de Medicina

Ilmo. Sr.: La meritísima labor desarrollada durante la Cruzada Nacional que comenzó el 18 de Julio de 1936 por los escolares de las Facultades de Medicina, que por el estado avanzado de sus estudios han podido coadyuvar con gran eficacia en servicios auxiliares sanitarios de nuestro glorioso Ejército, ya en las avanzadas, ya en la retaguardia, exige una compensación por parte del Poder Público que venga a ser como un reconocimiento a su patriotismo y a la auténtica formación profesional que su trabajo ha debido integrar cumplidamente.

En consecuencia, este Ministerio, dispone:

Primero. Por los Rectores de las Universidades serán adoptadas las medidas necesarias a fin de que sean anunciadas, con la máxima publicidad, por los Decanos de las Facultades de Medicina, convocatorias trimestrales para los alumnos a quienes les falte por aprobar parte o la totalidad de las asignaturas correspondientes al último grupo.

La primera convocatoria será anunciada para la segunda quincena de este mes y los exámenes serán verificados en la segunda quincena de Febrero.

Segundo. Cada inscripción habilitará para dos convocatorias sucesivas o alternas. Quedando los Rectorados autorizados para reconocer la validez de las inscripciones hechas anteriormente y no consumidas por razones de fuerza mayor, producidas por la guerra o por superiores disposiciones.

Tercero. La Jefatura del Servicio Nacional de Enseñanzas Superior y Media remitirá a los Rectorados respectivos las solicitudes recibidas hasta la fecha, formuladas por alumnos comprendidos en lo dispuesto anteriormente. Pero los interesados podrán si lo desean, rectificar o repetir su solicitud, como también podrán presentarla quienes no lo hubieran hecho ante la Subsecretaría de este Departamento.

Cuarto. Los plazos de inscripción y de exámenes no regirán para los escolares que actúen en primera línea, los cuales podrán, inscribirse y examinarse cuando se presenten. Pero no podrán repetir examen hasta que hayan transcurrido, cuando menos, tres meses.

Quinto. Queda autorizada la Jefatura del Servicio Nacional de Enseñanzas Superior y Media para adoptar los acuerdos que fueren necesarios con motivo de la aplicación de la presente Orden.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Vitoria, 2 de Enero de 1939.—III Año Triunfal.—*Pedro Sáinz Rodríguez.*

Ilmo. Sr. Jefe del Servicio Nacional de Enseñanzas Superior y Media.

(B. O. del Estado del día 14).

## **Orden de 11 de Enero de 1939 creando el servicio circular de Revistas extranjeras, científicas y técnicas**

El considerable perjuicio que a nuestro progreso científico y técnico ocasiona la incomunicación de nuestros estudiosos con la producción científica mundial, especialmente la que se obtiene a través de las revistas consagradas a estas materias, motivado por las medidas restrictivas de importación prudentemente impuestas por las circunstancias actuales, nos lleva a procurarle un remedio transitorio consistente en la creación de un servicio circulante de revistas científicas inspirado en sistemas puestos en práctica con éxito por diferentes países en circunstancias análogas.

De esta manera, al par que remitiremos a nuestros Centros de investigación un número mayor de revistas técnicas y científicas, evitaremos al Estado un gasto considerable, ya que un sólo ejemplar podrá ser utilizado por todos los centros interesados en el estudio de las materias a que esté consagrado. Por otra parte, quedará asegurada la existencia, en nuestra Patria, de un ejemplar completo, por lo menos, de cada una de las colecciones a que nuestras Universidades y Laboratorios estaban suscritos, evitando la posibilidad de que, por haberse agotado algún número en este lapso de tiempo, no fuese fácil completar las colecciones el día de mañana.

Este servicio se limitará, por ahora, a aquellas ciudades donde haya Establecimientos y Centros de enseñanza superior y de alta investigación científica.

Consideramos, por otra parte, indispensable, que los estudiosos españoles conozcan de qué colecciones de revistas se puede disponer.

De conformidad con lo expuesto, dispongo:

Artículo primero. Se crea un servicio de circulación de Revistas técnicas y científicas sobre la base de suscribir un ejemplar de cada una de las que se recibían en las Universidades y Centros superiores de investigación antes del 18 de Julio de 1936.

Artículo segundo. Las Revistas a que esta disposición se refiere se circularán, por quince días, a las Bibliotecas Públicas Universitarias y a las Provinciales y de Institutos de aquellas ciudades donde hubiere Centros de enseñanza superior.

Artículo tercero. Terminada la ruta de circulación de las revistas, la Jefatura de Bibliotecas y Archivos determinará el destino que haya de dársele a cada una para su custodia definitiva, procurando elegir, para este objeto, la localidad donde más eficaz servicio pueda prestar a los estudiosos.

Una vez terminada la circulación, los números de las Revistas podrán ser objeto de préstamo inter urbano, a petición de los estudiosos, por igual plazo de tiempo.

Artículo cuarto. La Jefatura de Bibliotecas y Archivos organizará un fichero central de contenido de revistas con servicio de información para el público, y procederá además, a presencia de los datos que le proporcionen las Universidades, Bi-



bliotecas y Centros a que esta Orden se refiere, a la publicación del Catálogo colectivo de las revistas científicas existentes en dichos Establecimientos.

Artículo quinto. El abono de las suscripciones se efectuará con cargo al capítulo tercero, artículo cuarto, grupo 10, concepto tercero del Presupuesto de este Departamento Ministerial.

Artículo sexto. La Jefatura de Bibliotecas y Archivos dictará las órdenes complementarias precisas para el exacto cumplimiento de esta Orden.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Vitoria, 11 de Enero de 1939.—III Año Triunfal.—*Pedro Sáinz Rodríguez.*

Ilmo. Sr. Jefe de los Servicios de Bibliotecas, Archivos y Registro de la Propiedad Intelectual.

(B. O. del Estado, día 20)

## A V I S O

### **Envío de las matrices de talonarios de recetas oficiales**

En número anterior se rogaba a los compañeros, en las brevedad posible, las matrices de talonarios de recetas oficiales de estupefacientes, ya que la Jefatura Superior de Sanidad, ha interesado, por intermedio del Consejo de Colegios, la remisión de todas ellas.

Como han sido muy pocas las recibidas en este Colegio, y nuevamente se ha solicitado por el Consejo de Colegios su envío, para conocimiento general se hace ello público, pues se nos ha manifestado por el mismo entre otras cosas: «Espero de ese Colegio el rápido cumplimiento de lo ordenado, ya que en caso contrario tendríamos que dar cuenta a la Superioridad que nos interesó este Servicio y sería lamentable tener que presentar alguno de nuestros Colegios como remiso en el cumplimiento de los mandatos recibidos.»

### **Normas para la confección del Presupuesto de atrasos**

Por la Mancomunidad Sanitaria, se ha enviado a los Ayuntamientos la Circular que insertamos junto con los impresos que igualmente se publican, para conocimiento de todos, y a fin de que velen los compañeros por su exacto cumplimiento: Dicen lo siguiente:

#### **«Junta Administrativa de la Mancomunidad Sanitaria de Municipios de la Provincia de Cáceres**

A fin de cumplimentar lo dispuesto por la Jefatura Nacional de Sanidad, en el apartado d) de las normas dictadas para la confección del Presupuesto de las Mancomunidades Sanitarias del año 1939, publicadas en el B. O. número 121 de fecha 29 de

Octubre de 1938, que taxativamente determina la obligación de confeccionar un presupuesto-resumen de los débitos que los Ayuntamientos tengan con sus sanitarios, hasta 31 de Diciembre de 1938, y que aparezcan reconocidos en los Presupuestos anteriormente aprobados de Mancomunidad, y a más la fórmula para hacer efectivos los débitos resultante, adjunto le remito expediente que encabeza certificación de la Secretaría-Contaduría y en cuya tramitación deberá seguir las instrucciones siguientes:

1.<sup>a</sup> Si resultare conformidad con las cifras figuradas en la certificación, se servirá rellenar la certificación de conformidad número 2, y la diligencia (número 3) de los plazos en que el Ayuntamiento debe satisfacer la deuda, los cuales deberán ser satisfechos inexcusablemente dentro del ejercicio 1939.

2.<sup>a</sup> Si no resultara conformidad con los datos de la certificación y los que resulten en el Ayuntamiento, rellenarán la certificación (número 4) detallada por conceptos, años y nombres de los sanitarios, con el importe de los débitos que figuren en la contabilidad Municipal.

3.<sup>a</sup> Rellenará a continuación, el informe (núm. 5) en el que justifique las causas que a su juicio obedecen las diferencias entre el Ayuntamiento y la Mancomunidad, tales, como nombramientos de interinos, fallecimientos, destituciones, suspensiones de titulares, pagos directos, etc., etc., debidamente especificados los extremos, en forma concisa y clara.

4.<sup>a</sup> En todo caso, a más de rellenar los datos de la certificación anterior, recabará de los sanitarios, titulares o interinos del pueblo, la conformidad con las cifras del Municipio o las de Mancomunidad, lo que hará constar en la Diligencia (número 6). Debiendo significarle que conseguida la conformidad de sanitarios y Municipios, se obtiene la principal finalidad de la disposición. Cuando haya disconformidad, éstos oficiarán al señor Presidente con las pruebas necesarias.

5.<sup>a</sup> Siendo de primordial interés para los Ayuntamientos, las clases sanitarias y para la Mancomunidad, el cumplimiento de lo dispuesto, encarezco del celo de Ud. y funcionarios a sus órdenes la mayor celeridad y preferencia en el despacho de la presente, debiendo significarle, que la demora, y los entorpecimientos puestos serán sancionados por esta Delegación, con multas de 100 pesetas a los Alcaldes y Secretarios, con la que quedan conminados.

Caso de que algún sanitario no pudiera firmar la conformidad por encontrarse en el frente, comunicará la unidad en que presta sus servicios y la estafeta de la misma, y si hubiere fallecido, firmarán la conformidad sus familiares-herederos.

Dios guarde a Ud. muchos años.— Cáceres..... de..... de 193.....  
Señor Alcalde de.....»

**DON JOSE CERVELLO GARRIDO, Secretario-Contador de la Junta Administrativa de Mancomunidad Sanitaria de Municipios de esta provincia.**

*CERTIFICO: Que según resulta del libro de ingresos, y demás antecedentes que obran en esta oficina, el Ayuntamiento de ..... tiene con sus sanitarios, hasta el 31 de Diciembre de 1938, los débitos que a continuación se detallan:*

C O N C E P T O S		Años hasta 1-7-35	2.º semestre 1935	AÑO 1936	AÑO 1937	AÑO 1938
	<b>Médicos</b>					
D.....						
D.....						
D.....						
	<b>Farmacéuticos</b>					
D.....						
D.....						
	<b>Practicantes</b>					
D.....						
D.....						
D.....						
	<b>Comadronas</b>					
D.....						
	<b>Veterinarios</b>					
D.....						
D.....						
	<b>Medicamentos</b>					
D.....						
	<b>Guardia Civil</b>					
D.....						
	<b>Carabineros</b>					
D.....						
	<b>TOTAL</b>					

V.º B.º: Cáceres, 31 de Diciembre de 1938. -- III AÑO TRIUNFAL.

El Delegado de Hacienda Presidente,

**Número 2**

**Don** ..... , **Aldalde del Ayuntamiento de** .....

**CERTIFICO:** Que las cantidades figuradas en la certificación que antecede n.º 1, están de acuerdo con los datos que figuran en la Contabilidad Municipal.

Y para que conste y sirva de conformidad con la Mancomunidad Sanitaria, expido la presente en .....

a ..... de ..... de 1939.—III AÑO TRIUNFAL,

(Sello Alcaldía).

**Número 3**                      **COMPROMISO:**

*El importe de los débitos con la Mancomunidad Sanitaria Provincial, conformes por su importe de pesetas totales .....*

..... *los hará efectivos según dispone el apartado d) de las normas para confección del Presupuesto de Mancomunidad de 27 de Octubre de 1938, publicados en el «Boletín Oficial» del Estado n.º 121 de 29 de Octubre de 1938, en los plazos siguientes .....*

*todos ellos dentro del ejercicio actual de 1939.*

El Alcalde,

El Secretario,

(Sello Alcaldía).

**Número 4**

Tímbré móvil  
0'25 pesetas

Don ..... , Alcalde del Ayuntamiento de .....

*CERTIFICO: Que los débitos pendientes de pago en la Mancomunidad Sanitaria Provincial, hasta 31 de Diciembre de 1938, son los que a continuación se detallan:*

NOMBRES Y CONCEPTOS	Anterior 1-7-35	2.º semestre 1935	1936	1937	1938
D.....	.....	.....	.....	.....	.....
D.....	.....	.....	.....	.....	.....
D.....	.....	.....	.....	.....	.....
D.....	.....	.....	.....	.....	.....
D.....	.....	.....	.....	.....	.....
D.....	.....	.....	.....	.....	.....
D.....	.....	.....	.....	.....	.....
D.....	.....	.....	.....	.....	.....
D.....	.....	.....	.....	.....	.....
D.....	.....	.....	.....	.....	.....
TOTAL	.....	.....	.....	.....	.....

*Y para que conste y por no coincidir con las cifras figuradas en la certificación núm. 1, que encabeza este expediente, expido la presente en ..... a ..... de ..... de 1939.—III AÑO TRIUNFAL.*

(Sello Alcaldía).

**Número 5** INFORME:

*Las diferencias existentes entre las cantidades figuradas en las certificaciones n.º 1 y n.º 4 obedecen a juicio del que suscribe a los siguientes motivos que se justifican .....*

..... a ..... de Enero de 1939. — III AÑO TRIUNFAL.

El Secretario,

### Número 6

Conformes con las cifras de débitos que aparecen en la contabilidad municipal y la certificación n.º 4 o con la certificación n.º 1, <sup>(1)</sup> caso de disconformidad, oficia el sanitario al Ilmo. Sr. Presidente con los datos en que base su reclamación.

El Médico,

El Farmacéutico,

El Practicante,

La Comadrona,

El Veterinario,

Las anteriores firmas son las de los interesados y las estampan a mi presencia.

(Sello Alcaldía).

El Alcalde,

Con esta fecha se remite a la Presidencia de la Junta de la Mancomunidad.

..... a ..... de Enero de 1939. — III AÑO TRIUNFAL.

El Secretario,

(1) Táchese lo que no convenga.

# Sección Oficial del Colegio

## Importante Circular de Previsión Médica Nacional

Para que los compañeros aprecien la austeridad en la Administración de los fondos de nuestra benéfica institución, lo que impone por parte de los asociados el puntual pago de las cuotas de derrama mensuales, reproducimos a continuación la importante Circular, que Previsión Médica nos ha enviado. Dice así:

Señor

Presidente del Colegio Oficial de Médicos

CACERES.

### CIRCULAR NUM. 12

Mi distinguido amigo y compañero: Regularizada en nuestras oficinas la Sección encargada de extender los recibos, según dimos a V. cuenta oportunamente, y enviándose éstos normalmente a los respectivos Colegios dentro de los quince primeros días de cada mes, el Consejo de Administración se preocupó de reorganizar la Sección de Contabilidad, a cuyo efecto, por la Circular número 10, fecha 31 de Octubre último, se establecieron las normas contables a que los Colegios han de sujetarse en sus relaciones con las Oficinas Centrales.

Ultimada aquella, se hace preciso determinar los plazos en que los Colegios han de practicar las correspondientes liquidaciones y a este fin, me complazco en transmitir a V las siguientes

### INSTRUCCIONES

Primera. Dentro de los quince primeros días del próximo Enero, todos los Colegios Médicos, sin excepción, practicarán la liquidación de las cuotas enviadas para su cobro en el actual año remitiendo:

- a) Extracto de cuenta, cerrado en 31 de Diciembre.
- b) Notas de cargo de los recibos incobrables, extendidos a nombre de asociados fallecidos, desconocidos, de ignorado paradero, etc., (modelos 3 o 4, según se trate de cuotas corrientes o complementarias). Para las cuotas extendidas con anterioridad al 18 de Julio de 1936, se utilizará también el modelo número 3, independientemente de las cuotas corrientes, es decir que se usará un impreso distinto para cada clase de estos recibos, según se trate de cuotas puestas al cobro por el actual Consejo o por el de Murcia.

c) Nota de cargo por recibos correspondientes a asociados trasladados a la jurisdicción de otro Colegio (modelo número 5).

d) El numerario existente en 31 de Diciembre, en los Colegios Médicos, se transferirá a la cuenta corriente de Previsión Médica Nacional, en el Banco de España, formulando el cargo en el modelo número 7.

e) Notas de cargo por subsidios de vida satisfechos a los pensionistas anteriores al Movimiento Nacional (modelo número 8).

f) Notas de cargo por pago de pensiones concedidas con posterioridad a la reanudación del funcionamiento de Previsión Médica Nacional (modelo número 9).

g) Nota de cargo por los subsidios de invalidez satisfechos (modelo número 10).

h) Relación de los recibos pendientes de cobro en 31 de Diciembre, con expresión de las causas de la morosidad.

Segunda. Del 1.º al 15 de cada mes, a partir del próximo mes de Febrero, los Colegios Médicos liquidarán las cuotas enviadas para su cobro en el mes anterior, ajustándose al impreso que al efecto les será remitido.

Tercera. En los quince primeros días del mes siguiente al vencimiento de cada trimestre, se practicará la liquidación general, enviando relación de los recibos pendientes de cobro a los asociados, expresando las causas que motivan el retraso en el pago.

El Consejo de Administración abriga la seguridad de que por ese Colegio de su digna Presidencia serán fielmente observadas las instrucciones anteriormente enumeradas, ya que así lo exige el normal funcionamiento y desarrollo de la Institución, viéndose obligado a advertirle que, de existir incumplimiento en aquellas, sería forzoso dar cuenta a la Comisión Inspectoradora nombrada (recogiendo el anhelo y la iniciativa de la Comisión Permanente de este Consejo), por Orden Ministerial de 30 de Noviembre último, organismo inspector que, presidido por el Excelentísimo Sr. Jefe del Servicio Nacional de Sanidad y constituido por funcionarios técnicos del Ministerio del Interior, tiene como misión inspeccionar periódicamente el funcionamiento de la Mutual, siendo esto una prueba más del evidente interés que las Jerarquías estatales sienten por nuestras organizaciones, vigilando directamente instituciones como Previsión Médica Nacional, que tantos y tan altos intereses sociales tiene que cumplir.

Le ruego se serva acusarme recibo de la presente circular, y mientras tanto, con el mayor agrado, le saluda su afectísimo amigo y compañero q. e. s. m.—Secretario, *S. García Vicente*.—V.º B.º, el Presidente, *Enrique Suñer*.



# Labor del Consejo de Colegios Médicos sobre jubilaciones

Hemos recibido la siguiente Circular:

## Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos

Valladolid, 7 de Diciembre de 1938.—Circular 1.

Señor

Presidente del Colegio Oficial de Médicos.

CACERES.

Mi distinguido amigo y compañero: El Jefe del Servicio Nacional de Sanidad, don José Alberto Palanca, en el último y reglamentario despacho de esta Comisión Permanente con aquella Jefatura, nos ha comunicado la aprobación en principio, por los Organismos competentes, del derecho de los Médicos titulares a disfrutar de los beneficios de la jubilación, de la misma manera que los demás funcionarios de centros oficiales.

Al comunicar a usted esta grata noticia, avance feliz de la rápida y definitiva solución del asunto, y que le ruego traslade a conocimiento de los componentes del Colegio de su digna Presidencia, se complace esta Comisión Permanente en hacer resaltar el agrado y satisfacción con que aprecia el sincero, cordial y justo apoyo que los Poderes Públicos dedican a la resolución de nuestros apasionantes problemas.

Con este motivo, le saluda su afectísimo amigo y compañero que estrecha su mano, *S. García Vicente*, Secretario. Visto bueno: El Presidente, *Enrique Suñer*.

---

---

## Sobre consumo de alcohol

Hemos recibido el siguiente comunicado de la Inspección Provincial de Sanidad:

### Gobierno Civil de la provincia de Cáceres.—Inspección Provincial de Sanidad

El Excmo. Sr. Jefe Nacional de Sanidad, en oficio de fecha 22 del actual, número 5.222, me comunica lo siguiente:

«La restricción que impone el consumo de alcohol etílico en las actuales circunstancias, y cuya distribución está a cargo del Comité Sindical de Industrias Químico-Farmacéuticas, hace necesaria una eficaz colaboración por parte del Cuerpo Médico, a cuyo efecto esta Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad ha tenido a bien disponer que la cantidad máxima de alcohol de 96.º o rebajado que puede prescribirse (único modo de dispensar este artículo en lo sucesivo y mientras duren las actuales circunstancias, por los señores Farmacéuticos), no podrá exceder de 200 gramos, excepto en casos muy especiales, como intervencio-

nes ginecológicas, etc., en que podrá ampliarse hasta un litro en receta ratificada. Estas mismas normas se seguirán para los alcoholes de romero, alcanforado y de espliego, de uso medicinal más corriente. Lo que comunico a V. S. para que lo traslade a ese Colegio Oficial de Médicos, que procurará la más rápida difusión entre sus colegiados».

Lo que comunico a usted para su conocimiento y más exacto cumplimiento de cuanto se ordena.

Dios salve a España y guarde a usted muchos años.

Cáceres, a 26 de Diciembre de 1938.—III Año Triunfal.—El Inspector Provincial de Sanidad, accidental, *A. Pintor*.

Sr. Presidente del Colegio Oficial de Médicos.—Cáceres.

## Patronato de Huérfanos de Médicos

Este Patronato se complace en hacer pública la segunda relación de donativos recibidos con destino a obsequiar a los huérfanos acogidos en los internados, con motivo de las fiestas de Navidad, haciendo, al mismo tiempo, constar su agradecimiento a todos los donantes, a la par que mostrando la más viva satisfacción por estas pruebas, que ponen de manifiesto el constante recuerdo hacia los compañeros con quienes en vida hemos compartido las tareas profesionales.

Suma anterior, 1.533 pesetas.

Real Academia de Medicina y Cirujía de Valladolid, 50 pesetas.

Colegio Oficial Médico de Cáceres, 100.

Idem idem idem de Vitoria, 50.

Idem idem idem de Segovia, 50.

Idem idem idem de Pontevedra, 150.

Idem idem idem de Zaragoza, 265.

Idem idem idem de Guipúzcoa, 100.

Idem idem idem de Las Palmas, 500.

Idem idem idem de Lugo, 100.

Idem idem idem de Avila, 100.

Idem idem idem de Melilla, 100.

Idem idem idem de Badajoz, 50.

Idem idem idem de Coruña, 1.500.

Idem idem idem de Ceuta, 150.

Idem idem idem de Castellón, 100.

Idem idem idem de Logroño, 50 kilogramos de dulces y 500 pesetas.

Don Constantino García y García, médico de Medina de las Torres, 32'50.

Don Ricardo Carvajal, diferencia de haberes, 48'60.

Un donante anónimo, 2.

Un médico titular, cincuenta por ciento de la gratificación recibida por su cometido en la Sanidad Nacional, 250'50.

Colegio Oficial Médico de Toledo, veinte kilogramos de mazapán.

## Acta de la sesión celebrada por el Colegio Oficial de Médicos de Cáceres, el día 5 de Diciembre de 1938

Con asistencia de los señores Murillo Iglesias, Ropero Fernández y Sánchez Cayetano, da comienzo la sesión a las tres y media de la tarde, dándose lectura al acta de la sesión anterior, que queda aprobada.

Una vez empezada la sesión, hace su presentación don Eusebio Pita, que se excusa de no haber podido llegar antes.

Por el señor Presidente se dá cuenta de las diversas comunicaciones recibidas de compañeros que se encuentran movilizados en el glorioso Ejército Nacional, exponiendo los casos particulares que se presentan en lo que se refiere a sus sustituciones, acordándose por unanimidad para resolver cuantos casos se presenten, la redacción de unas normas, asesorados por el Abogado del Colegio, teniendo en cuenta las disposiciones dictadas sobre el particular, con el fin de solucionar rápidamente cuantos casos se presenten.

Se acuerda adquirir, de momento, a la casa de don Emilio Santamaría, de Ubrique, 50 carnets de colegiados.

Visto el requerimiento que hace el Patronato del Colegio de Huérfanos de Médicos, se acuerda contribuir con 100 pesetas como donativo en favor de los huérfanos en las próximas fiestas de Navidad.

Igualmente se acuerda contribuir con 100 pesetas para el Aguinaldo del Combatiente.

Por el señor Presidente se dá cuenta de la visita que realizó en nombre de la Corporación, el nuevo Inspector Provincial de Sanidad, don Ernesto Juárez y Juárez, distinguido compañero y colegiado desde hace tiempo, acordándose por unanimidad, conste en acta la satisfacción por tal nombramiento, deseándole toda clase de éxitos en su nuevo destino, en bien de la clase y de la Sanidad.

Se acuerda pase a informe de la Junta de Distrito de Montánchez, la denuncia que formula don Felipe Redondo, de Benquerencia, para que la misma dé el informe correspondiente, tomar las medidas que procedan.

Visto el mayor trabajo que ha de desarrollar el Auxiliar del Colegio, durante el disfrute de tres meses de licencia, sin sueldo, de la señorita también Auxiliar, se acuerda por unanimidad, gratificarle con el mismo, hasta tanto cese dicha licencia.

Se aprueban las cuentas presentadas, firmándose los libramientos y cargarémes correspondientes.

Se dá cuenta de diversas Circulares recibidas del Consejo de Colegios y Previsión Médica Nacional, sobre diversos asuntos de la vida profesional, acordándose la publicación en CLÍNICA, de las que su interés general así lo requiera.

Se acuerda liquidar la cuenta pendiente con el Colegio de

Huérfanos y Consejo de Colegios, enviándole las cantidades que importan los sellos y certificaciones suministradas.

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

### **Acta de la sesión celebrada por el Colegio Oficial de Médicos de Cáceres, el día 30 de Diciembre de 1938**

En la ciudad de Cáceres, a los treinta días del mes de Diciembre de 1938, reunidos en el domicilio social del Colegio, los señores don Julián Murillo Iglesias, don Eusebio Pita Gandarias, don José Roperó Fernández, don David Domínguez Villagrás y don Ramón Sánchez Cayetano, siendo las ocho de la noche, se declaró abierta la sesión por el Presidente señor Murillo, dándose lectura al acta de la sesión anterior, que es aprobada.

Por el señor Tesorero se dá cuenta de la liquidación del Presupuesto de Ingresos y Gastos del ejercicio económico que finaliza, y después de examinadas detenidamente cada una de las partidas de que consta, se acuerda aprobarlo por unanimidad y someterlo en su día a la aprobación de la Junta de Gobierno y General que se celebre.

A continuación se dá cuenta del Proyecto de Presupuesto para 1939, confeccionado con arreglo a las experiencias del pasado, y después de examinado igualmente, se aprueba también por unanimidad, proponiendo la definitiva a la Junta de Gobierno y General próximas.

Se acuerda retirar de la Casa de Banca de los Señores Hijos de Clemente Sánchez, la cantidad de 33.700 pesetas que, con las existentes en Caja, se saldará la deuda de 32.601'91 existente con Previsión Médica Nacional, enviándole la oportuna transferencia y se atenderá al pago de las pensiones pendientes del mes de la fecha y otras cuentas.

Se dá cuenta del oficio recibido de la Delegación de Hacienda de la provincia, y se acuerda proponer a don José Roperó Fernández y don Ramón Sánchez Cayetano, para que durante el próximo año de 1939 representen a esta Corporación como vocal y suplente respectivamente. del Jurado de Estimación de la provincia.

Se dá cuenta de diversas Circulares recibidas de Previsión Médica Nacional, acordándose cumplimentarlas, y su publicación en CLÍNICA, para conocimiento general.

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



Los enfermos del  
**ESTÓMAGO e**  
**INTESTINOS**

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

**Elixir Estomacal**  
**SAIZ DE CARLOS**  
(STOMALIX)

*Poderoso tónico  
digestivo que triunfa siempre*

*Venta: Principales farmacias del mundo.*



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**



**PARTICULAR DEL ENFERMO,**

cuando quiera utilizar la **QUININOTERAPIA** en las enfermedades de vías respiratorias inferiores, neumonía, bronconeumonía postoperatoria, bronquitis aguda y crónica, éxtasis bronquial, gripe y sus secuelas y en todos los estados infecciosos, le prestará el mejor servicio el producto español

## **PULMOTOXIN**

del DR. VICENTE

**LOS ESPAÑOL**

...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., utilizará 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.

...cuando quiera 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., utilizará con toda seguridad la indicación utilizando

## **TOMDIOR**

Laboratorios del

**DR. VICENTE**

Cartagena, 125. - Madrid

Uzandizaga, 12. - San Sebastián