

III AÑO TRIUNFAL

Clínica Extremeña

REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE CÁCERES

LA REVISTA SE REPARTE GRATIS
A LOS SEÑORES COLEGIADOS

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

PUBLICACION MENSUAL,
PROFESIONAL Y CIENTÍFICA

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
LA JUNTA PERMANENTE DEL
COLEGIO MÉDICO

SUMARIO

SECCIÓN CIENTÍFICA: Ensayos epidemiológicos. Algunos problemas de la influenza.—Extracto de los trabajos presentados al XV. Congreso Francés de Medicina.—Terapéutica de todos los días.—Aviso.—Interesantísimas instrucciones del Consejo de Colegios Médicos sobre las recetas de estupefacientes.—Los derechos pasivos de los Médicos de Asistencia Pública.—SECCIÓN DE LEGISLACIÓN: Gobierno de la Nación. Ministerio de Gobernación.—SECCIÓN OFICIAL DEL COLEGIO: Interesante cuestionario sobre atrasos.—Aviso.—Acta de la sesión celebrada por la Junta general del Colegio Oficial de Médicos, el día 29 de Enero de 1939, del Tercer Año Triunfal.—Situación del Colegio Oficial de Médicos, en 31 de Diciembre de 1938.—Proyecto de Presupuesto para 1939.—Acta de la sesión celebrada por la Comisión permanente de este Colegio el día 29 de Enero de 1939.—Acta de la sesión celebrada por la Junta de este Colegio de Médicos, el día 29 de Enero de 1939.

Administración de García Floriano.—Calle de Carrasco n.º 40

CÁCERES

1939

414

Faint, illegible text or markings on the right edge of the page.



Laboratorio «CASTEL»

ANÁLISIS CLÍNICO BACTERIOLOGICO Y SEROLOGICO

Sangre y Líquido Cefalorraquídeo.



Orina, Esperma, Esputos.

Contenido gástrico.

Líquido duodenal.

Heces, Líquidos retirados por punción.

Exudados. Leche de mujer.



Pruebas funcionales renales.

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



Análisis químico y biológico de alimentos (incluyendo vitaminas).

Análisis de Agua.

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

“GADOL” CASTEL

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

Muestras gratis a los señores Médicos que la soliciten

Plaza del General Mola, 37 — Teléfono, 1452

C A C H E R E S

PALUDISMO

LAVERANSAN

Poderoso contra fiebres palúdicas, tónico, aperitivo y reconstituyente

COMPOSICION. Cada píldora Laveransan contiene:

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

Caja de 40 píldoras, 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,,

ALGUNOS PROBLEMAS DE LA INFLUENZA

De «Epidemiological Essays», por F. G. Grookshank

*Traducido del Inglés especialmente para CLÍNICA EXTREMEÑA,
 por Arturo O'Ferrall*

«Todas las enfermedades ocurren en todas las estaciones del año, pero algunas de ellas tienen mayor tendencia a presentarse y exacerbarse en ciertas estaciones del año».

HIPÓCRATES: Aforismos, VIII, 19.

Las recrudescencias de la gripe o influenza y de la encefalomiélitis en una forma u otra durante los últimos años, han provocado, no sin razón, un renovado interés en los problemas tanto epidemiológicos como clínicos que han traído consigo.

Hasta los periódicos han tomado parte, suministrando párra-

Ceregumi

FERNANDEZ

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

FERNANDEZ Y CANIVELL. — MALAGA

Representante general en Extremadura:

Francisco Cruz Quiros ● CACERES

fos de origen misterioso que insinúan un pronto descubrimiento futuro de un «germen» desconocido y por lo visto inconocible casi, seguido muy de cerca por la invención de alguna eficaz antitoxina u otro medio infalible de prevención o cura.

Mientras que dejamos a los bacteriólogos prosiguiendo sus investigaciones hasta un feliz y fructífero término, en la misteriosa reclusión de sus laboratorios—pues sería impío creer que los que ignoran y desprecian los datos y hechos epidemiológicos y clínicos no son los predestinados a resolver precisamente los problemas epidemiológicos y clínicos—quizás nos sería provechoso considerar brevemente dos puntos que, aunque considerados hoy día por muchos como apenas merecedores de investigación científica, han sin embargo, llamado la atención desde las épocas más remotas. Estos puntos son, primero el de la periodicidad de la pestilencia recurrente que ahora llamamos influenza o gripe, y el segundo, el de la dependencia de estas recurrencias de lo que se denominaba influencias cósmicas y telúricas, así como su correlación con las mismas.

Estos problemas son verdaderamente inseparables y su discusión presupone la consideración de lo que se llama «la doctrina de la constitución epidémica». Por consiguiente, se hace imperativa alguna referencia a dicha doctrina.

Es usual, por parte de los que hablan de Sydenham, pero no leen sus obras, el dar una falsa interpretación a esta doctrina y luego rechazarla como algo «admitidamente vago».

Con no poca frecuencia se supone que Sydenham invocó la «constitución epidémica» como una especie de misterioso «agente causal» que producía epidemias de la misma manera que los gases tóxicos producen bajas en los ejércitos combatientes. Nada puede haber más separado de la verdad. Como ya he demostrado en otro trabajo (Influenza. Ensayos por varios autores), este falso concepto está basado en una errónea interpretación. Según Sydenham, la causa de muchas epidemias puede haber sido alguna alteración o factor atmosférico presente durante el curso de una constitución epidémica»; pero el mencionado término, según lo usa Sydenham, es simplemente el equivalente epidemiológico de lo que es una campaña para el historiador militar; un período para el artista y para el viticultor o catador de vinos un año excepcionalmente favorable. La doctrina misma—originada por Hipócrates, resucitada por Baillou y ensanchada por Sydenham, implica meramente que, durante períodos naturales de tiempo, los hechos epidemiológicos en cualquier distrito dado, tienden a exhibir peculiaridades que son más o menos distintivas, de la misma manera que durante el reinado de algún monarca, las modas, costumbres, el arte y la literatura tienden a conformarse con el espíritu de la época, y de la misma manera

que durante una gran guerra prolongada, períodos naturales de actividad parecen convertirse en «campañas». Además, y esta es la contribución especial de Sydeham a la doctrina formal, se considera que la observación proseguida por el método histórico a través de largos períodos de tiempo, demostrará la existencia de una tendencia a la recurrencia periódica de tales «constituciones epidémicas». De la misma manera puede comentar el historiador la aparición periódica en tierra italiana de un César, un Napoleón o un Mussolini y la similaridad entre la Revolución bolchevique y la Revolución francesa en el siglo antepasado. Así Pierce, en su notable obra «Chance, Love and Logic» (El Azar, el Amor y la Lógica), ha insinuado la tendencia por parte de los grandes períodos históricos y filosóficos hacia una periodicidad de recurrencia de 500 años. Sea como sea, si estudiamos la estadística epidemiológica, se pone en claro el hecho de que Sydeham tenía razón y que la historia epidemiológica puede tratarse sencilla y naturalmente en términos de «constitución epidémica» con tendencia a recurrir, aunque con irregularidades y excepciones, a intervalos extensos de tiempo. El problema de la periodicidad de la influenza (gripe) es solo un detalle en el problema de la «constitución epidémica». La correlación con las influencias telúricas y cósmicas es otra consideración importante. También lo es el hecho empírico de que los acontecimientos epidemiológicos no son desordenados sino que, (cuando se les considera de un ángulo amplio), parte de un proceso organizado. El hecho adicional de que la observación descubre períodos naturales en las series epidemiológicas, también debe ser aceptado. Pero esta aceptación no implica ni el abandono de lo que tiene que decirnos la bacteriología, ni tampoco una creencia de que las «influencias atmosféricas» sean causas de epidemias.

I.—La periodicidad de la gripe (influenza)

Como la misma base de la doctrina de la «constitución epidémica» yace un hecho observado, reconocido implícita o abiertamente por Hipócrates, por Baillou y por Sydeham. Es la siguiente: que prevalencias epidémicas catarrales y otras de carácter nerviosos que no son ahora familiares como encefalitis letárgica, poliomiélitis y otras, siempre han tenido la tendencia, aunque de manera irregular, a manifestarse principalmente alrededor de la época de los equinoccios, y más especialmente, un poco antes del equinoccio invernal—ahora el 21 de Marzo, y un poco después del equinoccio otoñal—ahora el 23 de Septiembre.

Por cierto que existen variaciones excéntricas, pero la generalización se mantiene verídica, y existe una incidencia estacional, del carácter indicado, en todos los años.

Ahora, hace algunos años, hizo Brownlee una observación, no como resultado de estudio histórico, sino por la investigación de las estadísticas de mortalidad de Londres y otras grandes ciudades durante los últimos años, que existe, en cualquier año, una periodicidad de 33 semanas con respecto a la prevalencia gripal, con la peculiaridad que, cuando una epidemia ha de caer entre mediados de Junio y principios de Noviembre, normalmente no se presenta, y la incidencia máxima es, en todo caso, entre Enero y Mayo. (Lancet, 1919 y 1923). Las conclusiones de Brownlee han sido persistentemente apoyadas por el correspondiente médico de The Times, pero ha sido destructivamente criticada por Spear, quien declara que la alegada periodicidad de 33 semanas no tiene existencia en hecho. (Lancet 1920). La verdad parece ser que Brownlee solo ha repetido, con la aparente pero a menudo falsa precisión de las estadísticas modernas la antigua generalización de que estas prevalencias ocurren ordinariamente a fines de invierno antes del equinoccio vernal y, aunque con menor frecuencia, después del equinoccio vernal. En todos casos queda el hecho de que tienden más a presentarse cerca de los períodos de los equinoccios. Esta periodicidad estacional, así expresada, inmediatamente correlata las prevalencias con «influencias telúricas y cósmicas». Pero aún queda por hablar. En algunas conferencias «Chedwick», aún no publicadas, pronunciadas después del año 1918, demostré, cartográficamente, por un estudio histórico de las estadísticas de influencias catarrales y nerviosas durante un período de 450 años, que existe una definida tendencia por parte de la influenza a aparecer en forma epidémica cada diez u once años, y una tendencia, claramente manifiesta, a que ocurran prevalencias o pandémicas mayores aproximadamente tres veces en cada siglo, o una vez cada 33 años. Sería quizás más correcto decir que, aunque las manifestaciones son variables, se pueden distinguir fácilmente períodos de 11 y de 33 años. Ahora, Stallybrass, en un artículo apoyando la teoría de Brownlee de periodicidad de 33 semanas, ha encontrado evidencia de una periodicidad de 10 años según lo demuestran las estadísticas de mortalidad y su opinión ha sido evidentemente confirmada. (Lancet, 1930). La periodicidad decenal de Stallybrass casi coincide con el ritmo de 11 años que yo considero ha demostrado la investigación histórica, pero, mientras que Brownlee y Stallybrass solo se basan en los cuadros de mortalidad respecto a formas respiratorias de influenza, mis propias conclusiones están basadas sobre estadísticas epidemiológicas. Ahora, junto con la gran mayoría de los epidemiólogos, yo considero las prevalencias nerviosas como parte de la influenza y que representan «el otro lado» de las epidemias catarrales.

En mi opinión, existe pues, una causa «prima facie» para

postular: (1) una periodicidad estacional o equinoccial, pre-vernal y post-otoñal; (2) una periodicidad de 10 u 11 años, y; (3) una periodicidad de 33 años, de prevalencias, y epidemias respectivamente, de lo que podemos denominar influenza catarral y nerviosa.

II.—Influencias Cósmicas y Telúricas

Si, al tomar nota de estas proposiciones, averiguamos si existe o no alguna correlación entre las prevalecencias gripales y las influencias cósmicas y telúricas, nos encontramos contra un muro infranqueable. En el extraordinario trabajo, Report on Influenza «(Informe sobre la Gripe) emitido por el Ministerio de Sanidad Inglés en 1921, se declara con la mayor convicción que podemos tener «completa confianza en el hecho de que las crudas generalizaciones de antiguas hipótesis son incorrectas y que el papel desempeñado por peculiaridades meteorológicas en los años pandémicos fué de escasa importancia». También nos informa el citado trabajo que los resultados negativos de la investigación de los acontecimientos del año 1918 nos absuelve de la necesidad de discutir las teorías telúricas de Boyle, Arbuthnot y Creighton.

Nada podría venir menos a propósito al caso, sin embargo, pues las investigaciones llevadas a cabo por el Ministerio, de los acontecimientos del año 1918 no parecen haber incluido los fenómenos de alta presión atmosférica y de disturbios magnéticos. Al primer tema el Dr. C. M. Richter de San Francisco ha dedicado muchos años de estudio y una serie de artículos que ha publicado ha sido completada recientemente con una monografía que apareció en «Archives of Internal Medicine» en 1921. Richter ha estudiado la cuestión, no solamente en términos de localidades especiales y epidemias, sino en los de continentes y ciclos de años, y aparentemente ha establecido el hecho de que existe una correlación entre la periodicidad pandémica de la influenza y la variación cíclica de la presión del aire, de tal manera que, hablando en amplio sentido, la gripe o influenza epidémica y pandémica se relaciona con alta presión aérea, tanto local como general, (o condiciones anti-ciclón), y la tranquilidad o inactividad inter-pandémica o inter-epidémica corresponde a condiciones de baja presión atmosférica. Además, declara este autor, y con razón, que mientras las epidemias y pandemias gripales y neumónicas son la función de valores meteorológicos anti-ciclónicos, que se desarrollan solo durante períodos de alta presión atmosférica, las variaciones cíclicas de períodos de alta y baja presión armonizan con los cambios cíclicos de las actividades solares y aparentemente son causadas por las mismas.

Con todo respeto pues, al Ministerio de Sanidad, existe una

causa «prima facie» a favor de algunas de las «crudas generalizaciones de las anticuadas hipótesis».

Pero se presenta la pregunta si es posible proseguir esta cuestión más adelante. La contestación es afirmativa: sí, se puede, si queremos darnos la molestia de consultar obras, por cierto no muy recónditas, como *Whitaker's Almanack*» (Almanaque de Whitaker; publicación anual Británica) y la «*Encyclopedia Británica*».

Aquí encontramos lo siguiente: que mientras hay una conexión entre la actividad solar (demostrada por las marchas solares) y el magnetismo terrestre (pues la coincidencia de tiempo es demasiado marcada para ser fortuita), las variaciones cíclicas en respecto a magnetismo terrestre y manchas solares, según demostración científica, corresponde muy estrechamente a las periodicidades y ritmos de la influenza o gripe según se ha averiguado por investigación epidemiológica e histórica, según ya hemos mencionado.

Con mayor precisión, ha demostrado Mandei que si se divide el año en tres estaciones —Invierno, de Noviembre a Febrero; Verano, de Mayo a Agosto; y Equinoccio, compuesta de Marzo, Abril, Septiembre y Octubre—las máximas alteraciones de magnetismo terrestre ocurrirán durante la estación equinoccial con tendencia a preceder al equinoccio vernal y a seguir el otoñal. En otras palabras, la periodicidad magnética es la determinada para la influenza por Hipócrates, Baillou y Sydenham, e indirectamente apoyada por Brownlee y Stallybrass.

Encontramos, además, que, mientras la correspondencia estacional es aplicable a la influenza, al magnetismo terrestre y a la actividad solar, existe una definida periodicidad de 11 años en respecto a las dos últimas series de fenómenos que corresponde exactamente con lo que yo he propugnado en el caso de influenza y muy aproximadamente con la periodicidad de 10 años para influenza de Stallybrass.

Ni tampoco es esto todo. Brückner, de Berna, ha establecido una oscilación climática de largo período, conocida como el ciclo de Brückner, la duración del cual es aproximadamente 35 años, lo que coincide evidentemente con la teoría de Lockyear de la variación cíclica de 35 años en las actividades solares. No es necesario acentuar la correspondencia con el ritmo de 33 años de la influenza pandémica, pero ha de tenerse presente que E. Richter ha descubierto ciclos idénticos en los movimientos de los ventisqueros suizos y que la periodicidad de 33 años de la influenza ha sido tan reconocida que algunos epidemiólogos han tratado de explicarla en términos de generación de inmunidad entre la población global.

También es interesante observar que la presión atmosférica

y sus variaciones, demostradas por Richter de San Francisco, parecen seguir las mismas necesidades cíclicas, mientras que, de la misma manera que hace algún tiempo observé que un ciclo gripal parece fundirse con el próximo, así declara Brückner que sus ciclos se funden y sobrepasan.

No sea que todo esto parezca mera fantasía, podemos hacer referencia especial a algunos recientes trabajos. Vallot, Gardou y Faure, en una comunicación hecha a la Academia de Medicina de Francia en 1922, demostraron definitivamente la existencia de relaciones entre la actividad solar y períodos de alteración aguda en enfermos crónicos. La relación entre la actividad solar y las alteraciones magnéticas terrestres fué propugnada por Cortie en la Sesión de la British Association en Toronto en 1925; y Sir Richard Gregory, hablando sobre el mismo tema en 1926, llamó la atención hacia la actividad de las manchas solares del año 1917. Este fué el año en el cual ocurrió la última gran influenza pandémica, tantos casos de poliomielitis en América, y encefalitis letárgica en Austria y otros países. Mouveux, del Observatorio de Bourges, está convencido de la correlación existente entre las manchas solares y las alteraciones, tanto individuales como generales de la salud física y mental: prediciendo alteraciones y actividades solares para otros años cuando culminará el presente período de actividad solar, junto con las alteraciones epidemiológicas que deberán acontecer precisamente 11 años después del comienzo de las últimas alteraciones gripales. (Nota del Autor: Esta predicción se verificó ampliamente en el invierno de 1928-1929).

Nuestro propio Departamento de Meteorología publicó, en 1925, un informe referente a las variaciones en los niveles de los grandes lagos africanos, en el cual se acentuaba la correlación general entre los cambios y los disturbios telúricos y cósmicos. Este tema ha sido comentado extensamente por el Profesor Huntington de la Universidad de Yale, en su obra «Earth and Sun», (Tierra y Sol). Huntington nos presenta algunas consideraciones de enorme interés epidemiológico, cuando, por ejemplo, demuestra que los grados barométricos extremos en el Atlántico del Norte responden en manera diferente y opuesta a las manchas solares a ambos costados del ecuador solar. Estos y otros hechos parecen demostrar, que como ya se había sospechado, no es un efecto sencillo sobre las condiciones terrestres el de las actividades solares, sino que, digamos, una especie de reacción o responsa que es compensatorio, en su mayor parte, por lo menos, para distintos efectos. Así podemos formar alguna idea de disturbios peculiares que se presentan cuando esta compensación es imperfecta, o cuando otras influencias estorban. Otro caso, la Comisión adjudicadora del Premio Adams, en la Universidad de

Cambridge, ha propuesto como tema para el concurso del año 1926: «Hasta qué punto pueden atribuirse las varias periodicidades sospechadas de los fenómenos sísmicos (terremotos) a la periodicidad de agentes externos y hasta qué punto representan periodicidades de las vibraciones libres del globo terráqueo». En verdad, esto es la defensa absoluta de «las crudas generalizaciones de las anticuadas hipótesis». Pues ninguna idea les era más familiar a los grandes pensadores de los siglos pasados que la de la interdependencia de las condiciones de la vida terrestre y los cambios en la condición física de la tierra y el sol, según se revelaban por terremotos, erupciones, tempestades, etc.

En verdad, sobran pruebas evidentes de la dependencia del ritmo de todo ser viviente—hombres y hasta los microbios—del ritmo y de las alteraciones de la tierra, el sol y todos los demás elementos del Cosmos.

Sir Arturo Shipley ha demostrado que el erizo de mar del Mar Rojo lleva el tiempo con las fases de la luna (Lancet 1825) y Hopkins del Departamento de Entomología de los Estados Unidos, ha formulado una ley «bioclimática» que expresa la reacción de los insectos a las condiciones climáticas. Butler, en una conferencia pronunciada delante de la Asociación de Biólogos Económicos en 1922, expresó una idea muy similar acerca de las plantas y los hongos, mientras que en el Lancet de Marzo 1923, se publicó un informe interesantísimo sobre las alteraciones en las funciones fisiológicas, que, hasta en el laboratorio, resultaron estar en correlación con fenómenos estacionales. Una cosa por lo menos queda en claro. Si nos fijamos en las despreciadas «influencias cósmicas y telúricas» propuestas por los antiguos escritores y demostradas por observación científica en estos tiempos, no por eso estamos por fuerza obligados a desechar o rehusar a la investigación bacteriológica. Todo lo contrario: quizás lleguemos a una mejor comprensión de las relaciones entre hombre y microbio que, con demasiada frecuencia, se expresan en términos de pestes y epidemias. Sin embargo esa es otra historia. Mientras tanto es preciso todavía titubear antes de admitir con Teófilo Thompson respecto a la gripe, algunas de las «crudas generalizaciones de las anticuadas hipótesis» y decir que «donde no podemos encontrar relaciones de causa y efecto, aún podemos visualizar la verdad en el estudio de series concurrentes de fenómenos».

**Solución valorada
de Salicilato de Sosa**

ORTHOMIL "JIMENEZ"

contiene 2 gramos de Salicilato por cucharada grande, en solución alcalina y purgativa, 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**

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

1.—Fenómenos fisio-patológicos relacionados con los déficits de Cloro.—Por Ambard, Stahl y Kuhlmann

Hemos convenido en designar síndrome cloropénico a un síndrome en el curso del cual existe un déficit de capital clorado, manifestándose el mismo a veces por un descenso en la tasa de Cl plasmático, otras, por una reducción en los líquidos hidrociorurados del organismo (es decir, el conjunto del agua del plasma, de la linfa, y de los líquidos intersticiales, masa que representa aproximadamente 15 litros para un adulto sano de 70 kg.), pero con mayor frecuencia por estos dos procesos a una vez.

Un déficit clorado sin baja de la tasa del Cl plasmático puede quedar en evidencia por el examen de la concentración sanguínea, y notablemente por el estudio de la proteinemia y del volumen ocupado por los hematíes en la sangre total (hematocritia). Es evidente, en efecto, que si la sangre es pobre en agua, pero sin que la masa de las proteínas plasmáticas ni la de los hematíes haya variado, se observará una hiperproteinemia y una poliglobulia.

El cálculo de la reducción del volumen plasmático es sencillo. Si se toma por ejemplo la proteinemia como elemento de referencia y que sea 7 por 100 la proteinemia normal y 10 por 100 la proteinemia contemporánea de la deshidratación, bastará con dividir la primera por la segunda para obtener la tasa de reducción del volumen plasmático. En este caso es de 0'7, lo que quiere decir que el volumen de sangre deshidratado no ocupa más que las siete décimas partes de la normal, o que la reducción del volumen plasmático es de 30 por 100.

Ciertos autores han creído preferible calcular el agua en la sangre y en los casos de deshidratación que ellos consideraban como muy acusados, se han sorprendido al ver que la tasa de agua del plasma había disminuido solo ligeramente. Parecen haber confundido la reducción del volumen plasmático con la disminución de la tasa de agua en un volumen dado de sangre. Se trata aquí de dos hechos que están evidentemente relacionados pero que no son idénticos. Es fácil demostrarlo mediante un ejemplo. Se ha visto que cuando la proteinemia es de 7 por 100, hay 93 por 100 de agua en el plasma, mientras que cuando la proteinemia es de 10 por 100, la proporción de agua es de 90 por

100. En este caso, la proporción de agua contenida en 100 cm³ de plasma ha variado solo en 3,3 por 100, mientras que el volumen plasmático ha variado en 30 por 100.

Los valores de deshidratación calculados a partir de las proteínas sanguíneas y de los hematíes coinciden generalmente, pero no siempre. Cuando se observa un desacuerdo, es porque el éxodo de agua sanguínea ha sido acompañado por un éxodo parcial de las proteínas plasmáticas: en este caso, la deshidratación calculada a partir de las proteínas será necesariamente inferior a la que se calcula partiendo de la cifra de la hematocritia y es evidente que entonces es ésta última la que debe dar fé.

El estudio de la concentración sanguínea que permite descubrir un déficit clorado cuando no existe un descenso de la cloremia, podría además permitir cifrarlo en el caso que la reducción de los líquidos linfáticos e intersticiales fuese proporcional a la del plasma; pero la observación ha demostrado que aunque a veces resulta bien así, esta eventualidad no es constante; para valorar el déficit clorado con certeza, el único procedimiento correcto es pues el de los balances.

Los autores de este trabajo apoyan su estudio fisiopatológico del déficit clorado, con cinco documentos que analizan minuciosamente y que representan cada uno un tipo de déficit de cloro, a saber: un déficit de cloro por sudación; un déficit de electrolitos realizado por acidosis; un experimento de ascitis artificial, en el cual se ha efectuado, por una parte, pérdida de Cl con pérdida de Na; por otra parte, pérdida de cloro sin pérdida de Na; una cloropenia experimental prolongada con hiponatremia ligera; finalmente, un déficit clorado por diarrea.

He aquí las conclusiones que se destacan:

La observación clínica demuestra que un déficit de cloro va invariablemente acompañado de alteraciones mórbidas. Esta coincidencia ha inducido a la investigación de si estas alteraciones están directamente relacionadas al déficit de Cl, o si son provocadas por otro factor, del cual el déficit de Cl es sólo un testigo.

Los autores han sido impulsados a adoptar este segundo punto de vista por causa del hecho observado por los clínicos de que existe a menudo un marcado desacuerdo entre la intensidad de los trastornos mórbidos y el grado de hipocloremia. En verdad podría replicarse, que si se considera la cuestión del punto de vista de déficit de cloro, la observación no es decisiva. En efecto, la hipocloremia concierne a una concentración, mientras que el déficit de Cl es cuestión de capital. Para justificar mejor la tesis citada, los autores han adoptado la experimentación, la cual ha consistido en provocar hipocloremias mediante una ascitis artificial, algunas con descenso de Na, otras sin ellos. La ob-

servación demuestra que los trastornos morbosos, muy acentuados cuando hay descenso en la natremia, están ausentes cuando, por medios artificiales, se mantiene la natremia normal. Si se analizan cuidadosamente estas experiencias, se ve que no son del todo convincentes. Sin embargo, han tenido una influencia decisiva sobre la evolución de las ideas, dando luz sobre el hecho notable que el mantenimiento de una natremia normal, asegura el mantenimiento de un estado fisiológico relativamente normal, a pesar del déficit de Cl.

Esta constatación, a su vez, había de conducir a la investigación de si los trastornos observados en casos de déficit sódico son provocados directamente por este déficit, o si son debidas a otro proceso más o menos subordinado a la natropemia. Los autores se inclinan a esta segunda opinión. Han sido llevados a ella por un hecho muy singular, observado en el curso de la ascitis artificial. Cuando la natremia queda normal, la hidratación permanece sin alteración; por lo contrario, cuando existe hiponatremia, hay deshidratación. Como ya se sabía que una deshidratación, sea o no concomitante de una pérdida salina, es por sí misma la causa de importantes trastornos mórbidos, se puede aceptar que es finalmente la deshidratación la que es directamente responsable, si no de todos los trastornos observados, por lo menos de una parte de ellos.

Era de evidente interés el saber por qué una pérdida de Cl no lleva consigo deshidratación, mientras que una pérdida de Na siempre la tiene. Los autores lo explican de la siguiente manera: si el organismo compensa fácilmente una pérdida de Cl, es incapaz de compensar una pérdida de sodio. En efecto, cuando hay pérdida de cloro éste es remplazado inmediatamente, en gran parte por lo menos, por CO_2 de manera que el sodio abandonado por el cloro, se vuelve a encontrar en el organismo bajo forma de un exceso de bicarbonato. Esto trae consigo la consecuencia esencial que si la calidad de los electrolitos sanguíneos se modifica, queda puesto en salvo su capital. Es completamente distinto el caso cuando hay pérdida de sodio. Esta pérdida no se compensa, porque el organismo no fabrica bases. Por consiguiente, cuando hay pérdida de Na, el capital de electrolitos queda necesariamente reducido.

Si se admite ahora que la hidratación, por lo menos aquella que se denomina «extracelular» (sangre y líquido intersticial), es esencialmente función del capital de los electrolitos, se comprende porqué un déficit de cloro no trae consigo la deshidratación mientras que el déficit de Na lo trae irremediablemente.

Este concepto ha permitido aclarar hechos nuevos que deben considerarse como adquiridos. Pero no da una solución de todos los problemas que se presentan.

Así pues los documentos: I (déficit de cloro por sudación) y IV (cloropenia experimental por inyección de histamina) han demostrado que, cuando un sujeto ha perdido electrolitos, pero puede beber a voluntad, la sangre se concentra y la tasa de electrolitos baja a la vez. ¿Qué significa pues este doble fenómeno? Se declara que el organismo ha querido salvaguardar la hidratación ante todo, debía haber dejado descender más las tasas de electrolitos; ante todo es la deshidratación que debía haber impulsado aún más. ¿Reconocer tales hechos no es pues reconocer implícitamente que en los síndromes relacionados con una pérdida de electrolitos, es preciso asignar un papel patogénico no solo a la deshidratación, sino también a la baja de concentración de los electrolitos tomada por sí sola?

La sencilla observación de los hechos nos obliga pues a tener en cuenta el elemento concentración de electrolitos; nos lleva a un punto de vista ya antiguo; el único desde luego sobre el cual se apoyaba la fisiología cuando estudiaba el comportamiento de los órganos aislados, colocados en soluciones de diversas concentraciones, pero de volumen ilimitado. Los recientes estudios sobre los déficits de electrolitos no han traído a este capítulo ni nuevas constataciones ni nuevas ideas.

Cuando se desea estudiar a fondo los déficits de electrolitos, se presenta aún otro problema, el de la tasa de los diversos electrolitos considerados individualmente. Se sabe que en el organismo, considerado en su totalidad, una parte del cloro de los humores puede ser reemplazado por CO^2 sin que la hidratación sufra modificación sensible, pero no se podría ir muy adelante con esta idea, pues hechos ya antiguos nos advierten que cuando un elemento sustituye a otro, se modifican las funciones del organismo. Así pues, reemplazar el cloro por CO^2 , es «ipso facto» elevar la tasa de la reserva alcalina y crear un estado de alcalosis. Reemplazar el Cl por Br modifica las funciones del sistema nervioso, etc. No se puede dejar a un lado este problema de los electrolitos.

Será permitido declarar entonces que el problema del déficit de los electrolitos presenta por lo menos tres cuestiones principales: la de la concentración global de los electrolitos; la de la concentración individual de cada electrolito, ambas cuestiones identificadas y estudiadas hace ya mucho tiempo; finalmente, la del capital de los electrolitos, recientemente puesta en evidencia por los hechos clínicos y en la cual el hecho esencial parece ser la variación de la hidratación.

En lo que precede, los autores han querido estudiar el problema de la pérdida de electrolitos, esforzándose en analizar el papel respectivo del Cl, del Na, y del CO^2 , así como el de la deshidratación. Pero se puede abordar el tema de distinta ma-

nera aún, por ejemplo bajo el aspecto del déficit de una sal neutra tal como el Na Cl. Es además así como se ha presentado históricamente el problema en Francia y que es considerado hoy día todavía por muchos autores. Es así que los términos de azotemia por falta de sal, azotemia cloropénica, son de uso corriente. ¿Qué pensar de tal manera de calificar los hechos?

La primera impresión sufrida al confrontar el concepto de falta de sal con las observaciones sobre las cuales se le basa, es una impresión de equívoco. Se da uno cuenta, en efecto, que los autores que hablan de falta de sal confunden dos hechos distintos: la disminución del capital de Na Cl del organismo y la pérdida de Na Cl por el organismo. Puede que esta distinción parezca una sutileza a primera vista, pero si se reflexiona acerca de ella, parece de gran importancia.

Consideremos por ejemplo un sujeto cuya cloremia está reducida en un 0,40 por 100 y cuya sangre está ligeramente concentrada; indiscutiblemente, hay reducción del capital de cloro; por otra parte, como el sodio representa la mayor parte de las bases con las cuales el cloro está en equilibrio, se podrá afirmar además que calcular la cantidad de Cl viene a ser calcular la cantidad de Na Cl, y que, por consiguiente, una reducción del capital de cloro equivale a una reducción del capital de Na Cl. ¿Pero resulta esto en una salida anormal de sal fuera del organismo? Esto es lo que se ignora absolutamente y lo que el cálculo de la cantidad aislada de Cl no podrá aclarar. Supongamos por ejemplo que un sujeto pierde únicamente ácido clorhídrico por vómitos, esto es perder cloro; por consiguiente, su cloremia se rebaja y su capital clorado sódico queda reducido, y sin embargo, se sabe que no ha perdido más que Cl, no ha perdido Na Cl. Es equivocado pues querer identificar en el mismo término «falta de sal» dos conceptos tan diferentes, que son, por una parte, la disminución del capital de Na Cl y, por otra, una eliminación anormal de una cierta cantidad de Na Cl del organismo.

No se sale de este equívoco cuando, como ocurre con frecuencia, se identifican además los términos de falta de cloro y falta de sal, cuando se dice indiferentemente azotemia por cloropenia, o azotemia por falta de sal. En fin, una cuestión importante, es la laguna en las ideas causadas por esta expresión de falta de sal que ha sido la causa de muchos mal entendidos cada vez que se ha querido poner una uremia paralela a una baja en la tasa del cloro sanguíneo. Los autores han demostrado constantemente que, todo quedando igual por lado del cloro sanguíneo, la gravedad de la uremia está esencialmente relacionada con el déficit concomitante de sodio.

Es preciso entonces reconocer que, cuando se quiere discutir los problemas fisiopatológicos relacionados con las pérdidas de

electrolitos, el término «falta de sal» ofrece muchos inconvenientes. Pero hay que reconocer también que, cuando se trata solo de evocar los hechos, puede ser ventajoso, y en todo caso, sería difícil de reemplazar. Ha tenido el mérito de simbolizar una idea completamente nueva y de capital importancia, a saber: que al lado de los trastornos de la secreción de la urea por lesión orgánica del riñón, existen otros relacionados solamente con las pérdidas de electrolitos.

Queda por colocar esta cuestión de las pérdidas de electrolitos en el cuadro general de la patología. Se presenta evidentemente como el antítesis de la retención de electrolitos, ya que todo el que retiene los electrolitos se hidrata y el que los pierde se deshidrata. Pero es claro que estos síndromes inversos no se oponen el uno al otro con perfecta simetría. La hidratación del que padece la enfermedad de Bright es, como se sabe, de tipo bastante unívoco. En este tipo de enfermo edematoso, si el volumen de los líquidos extracelulares aumenta, su constitución, permanece normal. Se habla entonces, es verdad, de retención cloruro-sódica; este es un abuso de lenguaje sin importancia, pues es bien sabido que, si la calidad de los humores no varía es porque al lado del Na Cl el enfermo de Bright retiene aún un suplemento de Na para mantener constante la tasa de reserva alcalina.

El caso no es el mismo para el síndrome de pérdidas de electrolitos. La proporción de Cl y de Na perdidos por el organismo es a menudo distinta de la que presenta el plasma; puede que sea el cloro el que se pierde con exceso, puede que sea el sodio. De ello resulta que, según sea el caso, la reserva alcalina se eleva o se reduce, y que la hidratación no está relacionada con la pérdida de cloro pero sí que lo está con la de sodio. No será preciso decir que estos hechos, ya complejos, se hacen aún más difíciles de analizar, cuando por causa de una intolerancia gástrica, el organismo se deshidrata hasta cierto punto directamente, y de manera desproporcionada con relación a la pérdida de electrolitos. He ahí una causa esencial de la diversidad de los cuadros clínicos que presentan las pérdidas de electrolitos y que hace contraste con el cuadro clínico tan uniforme del síndrome de la retención de los electrolitos.

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.

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.

TERAPEUTICA DE TODOS LOS DIAS

«Deutsche Medizinische Wochenschrift»

Traducción especial del alemán para CLÍNICA EXTREMEÑA

por Arturo O. Ferrall

1.—La Tos.—Por el Profesor W. Unverricht.—Berlín

La tos es un fenómeno reflejo, que sin embargo, puede ser arbitrariamente imitado, y hasta cierto punto, suprimido por la fuerza de voluntad. La tos se produce por irritación, la cual puede afectar la laringe, la tráquea o los bronquios mayores. La parte más sensible es la membrana mucosa, entre la región interaritaenoidea y la bifurcación. Desde estos sitios se extiende la irritación hacia arriba y hacia abajo. La irritación del tejido pulmonar mismo, no parece producir tos, pero lo contrario ocurre en la irritación de la pleura.

Una tos refleja también puede tener su causa en sitios muy distanciados, como: oído exterior, nariz, estómago, hígado, bazo, útero hipertrofiado (diafragma). Las irritaciones ocasionadas pueden ser de naturaleza térmica (baja temperatura) o mecánica. Así, pues, la tumefacción de la membrana mucosa, presión de glándulas o abscesos, trastornos vasculares, cuerpos extraños, secreciones patológicas, etc., pueden ser la causa de la tos. En casos de membrana hipersensible, también pueden ser irritaciones fisiológicas la causa de la tos, puesto que, como ya hemos dicho, la tos puede tener carácter arbitrario. Existe también «una tos nerviosa» en cuyo diagnóstico será preciso ser muy cauto: «Flucht in dem Husten» (tos fugitiva), generalmente del tipo de ladrido.

La tos es un fenómeno conveniente y que no ha de suprimirse cuando se trata de la expulsión de productos patológicos. Esta tos favorable puede también sustituirse por la carraspera, ya que el movimiento vibrátil hace subir la secreción hasta la laringe. Este movimiento vibrátil fracasa por fuerza en los casos de bronquiestasis y cavernas.

Cuando existen irritaciones que la tos no puede eliminar, se convierte la misma naturalmente en un gran inconveniente y se hace preciso su alivio; lo mismo ocurre cuando existe o se ha desarrollado una hipersensibilidad del aparato reflejo de la tos. Para la supresión de la tos en estos últimos casos, la dominación de los reflejos por la voluntad ha de desempeñar un importantísimo papel. En estos casos la labor del médico será más bien educativa y, en ciertos casos, se llegará a conseguir la supresión de la tos mediante medios inofensivos: caramelos, leche, humedecer la boca con agua o té, sedativos, tratamiento general.

La lucha contra las toses más graves o fuertes es general-

mente imprescindible, y para ello ha de valerse el médico, desde los medios más sencillos, hasta los narcóticos, ya que la tos ya no es sólo una molestia, sino que se convierte en un verdadero peligro. Los órganos pectorales experimentan tales sacudidas, que se puede llegar hasta el desgarrar (neumo espontáneo). También pueden causarse: elevación de la presión torácica, trastornos circulatorios, arterioesclerosis, aumento de presión, hasta hemorragia de las conjuntivas y membranas nasales y cerebrales. En los enfermos que padecen tos crónica, se observa una hipertrofia del ventrículo izquierdo. Los fuertes accesos de tos significan para el enfermo un considerable esfuerzo muscular (músculos abdominales y dorsales largos, observándose a menudo la hipertrofia de estos últimos. El sueño, que para el enfermo significa reposo y convalecencia, es perturbado.

Por otra parte, la supresión total de la tos puede tener los más graves resultados: acumulación de secreción, y como consecuencia estasis inflamatoria. Por consiguiente, jamás se suprimirá totalmente la tos cuando hay exceso de secreción en las vías respiratorias. Igualmente en las hemoptisis, sólo se emplearán los narcóticos con sumo cuidado.

El objeto principal del tratamiento de la tos será siempre, naturalmente, el tratamiento de la enfermedad fundamental. Sobre todo hay que sospechar la presencia de tuberculosis. Con frecuencia, la enfermedad causante no radica en las vías respiratorias. Así, por ejemplo, precisa la hemostasis cardíaca, que se encuentra en una gran mayoría de las bronquitis crónicas, un tratamiento adecuado a la circulación y al edema pulmonar crónico de los nefríticos. También las bronquitis secundarias, en las adherencias pleurales, especialmente en la cifoescoliosis, estriban en gran parte en la estancación circulatoria. En estas enfermedades es necesario el tratamiento local de laringe, faringe, nariz y cavidades y senos nasales y maxilares.

Diferenciamos entre la tos seca y la tos húmeda. Hablamos de tos seca, cuando no hay masas de secreción. La observamos en las pleuritis, en la neumonía incipiente, al comienzo de las afecciones catarrales de las vías respiratorias y en los ya mencionados efectos mecánicos. (Tumor, aneurismo, etc.) Esta tos seca ha de atenuarse, y si es necesario suprimirse, cuando afecta el estado general del enfermo. La base de su tratamiento es el cuidado del enfermo, limitación del movimiento, prohibición de hablar mucho y de fumar, pulverizaciones, suministro de cantidades suficientes de aire húmedo a temperatura conveniente (colgar paños mojados) y finalmente gárgaras. En el tratamiento medicamentoso se ha de empezar por medios sencillos, ingestión de líquidos calientes, bebiéndolos a pequeños sorbos, por ejemplo: solución de Sal de Ems (cloruro y bicarbonato de so-

dio), tisanas pectorales, disolución en la boca de pastillas de mentol o cloruro de amoníaco; la utilización de algunos de los numerosos preparados que se encuentran en venta y que, sin contener materias narcóticas, tienen una acción béquica. En ciertos casos será preciso administrar, por lo menos durante la noche, alguno de los corrientes narcóticos contra la tos.

Si existe más flema que lo que la tos puede eliminar, será necesario hacer uso de medios y medicamentos expectorantes. En los casos de tuberculosis se podrá emplear sólo medios suaves y medicamentos no irritantes. Para soltar la secreción espesa pueden emplearse bebidas calientes, como: soluciones salinas, tisanas pectorales, fomentos húmedos del pecho, vendajes cruzados, utilización de la «Bronchitiskessel» (caldero para bronquitis) en el cual se efectuará la ebullición de solución salina corriente o de Sal de Ems. Una manera muy sencilla y práctica de utilizar este artefacto es la de hacer evaporar agua en la habitación del enfermo. También puede acudirse al uso de los modernos aparatos pulverizadores. En los casos de bronquitis crónica, con acumulaciones de flema espesa, da con frecuencia buenos resultados el tratamiento por el calor, mediante el uso de adecuado aparato eléctrico; finalmente, las sudaciones, los frotamientos con agua fría y después con toalla seca.

Bastante conocido es el uso de los expectorantes en forma de infusiones disolventes o los numerosos medios que la industria química proporciona. En ciertas formas de estancación de secreción (flema) sigue siendo el yodo el método soberano (prohibición absoluta en casos de tuberculosis).

Si la tos causa perjuicios por exceso de secreción, será quizá preciso recurrir a medios y medicamentos para disminuir esta secreción. Con este fin empléanse el régimen alimenticio sin sal, curas de sed, además, tratamiento medicamentoso mediante calcio, aceite de Terebentina, terpinol, mirtol y otros muchos. La administración puede hacerse por vía peroral, por inyecciones o mediante inhalaciones.

La tuberculosis precisa tratamiento especial. La mucosa de las vías respiratorias de los sujetos sanos produce una cierta cantidad de secreción mucosa que contiene mucina; en ella se encuentran pocos leucocitos y restos celulares. Esta secreción normal tiene el papel de apartar malignidades de las células y se denomina por muchos «Morgensputum» (esputo de madrugada). En el edema pulmonar el esputo es seroso y abunda en albúmina. Cada irritación de la membrana mucosa aumenta esta secreción que puede ser espesa o flúida. Las inflamaciones causan una alteración en la secreción. Se introducen en ella leucocitos neutrófilos—en el asma eosinófilos—de manera que el esputo asume un carácter muco-purulento. Los leucocitos contienen a menu-

do bacterias, partículas de carbón o polvo. En los casos de roturas de abscesos en las arborizaciones bronquiales, el esputo consistirá de pus solo. Este esputo será sanguinolento en los catarrros estancados; en la bronquiectasia, tumores, neumonía, gripe, procesos purulentos disolventes, tuberculosis y equinococis pulmonar. Existen posibilidades de error diagnóstico en las hemorragias alveolares, várices del esófago, etc. Las hemorragias abundantes (hemoptisis) proceden de los grandes vasos. La sangre expectorada a causa de tos es generalmente de color rojo vivo y espumosa; la vomitada es de rojo oscuro, llegando hasta negro y generalmente está mezclada con partículas de alimento. La diferenciación diagnóstica por la sangre mencionada es a menudo difícil. La estancación crónica provoca una coloración color de café que se reconoce microscópicamente. Muchos de los elementos componentes del esputo pueden reconocerse a simple vista. «Linsen» (lentejas o cristales) se encuentran en pequeñas partículas de esputo color amarillo grisáceo en la tuberculosis; contienen principalmente bacilos tuberculosos y filamentos elásticos. Derrame bronquial en la bronquitis fibrinosa, a veces, también en la neumonía y en la dilatación bronquial. En la gangrena pulmonar se observan partículas de tejido de pulmón; también pueden encontrarse trozos de membrana equinocócica; los ganchos sólo se pueden reconocer con la ayuda del microscopio. Cálculos pulmonares que provienen de las secreciones de bronquiectasia o cavernas, o de glándulas escleróticas despedazadas. Espirales de Curschmann, tapones de Dittrich, pequeñas partículas de pus de color amarillento y generalmente de olor fétido.

Mediante la investigación microscópica se observarán en el esputo glóbulos blancos y rojos, epitelios de garganta, faringe y bronquios; epitelios alveolares, que pueden estar mezclados con carbón o pigmento hemático; filamentos elásticos que pueden observarse en todos los procesos destructivos de pulmón, cristales y agujas de ácido graso, cristales de Charcot-Leyden, etc.

AVISO

Los señores Colegiados remitirán a este Colegio antes del 28 de Marzo próximo, los impresos rellenos y firmados de las hojas de utilidades que les fueron enviadas con el número de CLÍNICA del pasado Diciembre, declinando toda responsabilidad ante la Administración de Rentas Públicas de Hacienda, para las que se reciban con posterioridad a la fecha indicada.

Interesantísimas instrucciones del Consejo de Colegios Médicos sobre las recetas de estupefacientes

Para conocimiento general, reproducimos a continuación la interesante Circular recibida del Consejo de Colegios, esperando de todos los compañeros cumplimenten fielmente cuanto de la misma les afecta, en evitación de las sanciones a que habría que llegar. Dice así la Circular de referencia:

«En cumplimiento de lo dispuesto por la Superioridad en relación con la distribución de recetas oficiales para dispensación de sustancias estupefacientes, y ante la necesidad cada día más sentida de sistematizar la organización de los servicios a cargo de los Colegios, especialmente de los que han de tener una repercusión en los organismos superiores del Estado, este Consejo General, en uso de las atribuciones estatutarias que le competen, ha acordado lo siguiente:

Primero. A partir de esta fecha, los Colegios Oficiales de Médicos solicitarán del Consejo General el envío de los talonarios de recetas oficiales, que les serán facilitados en partidas mínimas de CINCUENTA ejemplares, al precio fijado por la Superioridad de una peseta cada uno.

Segundo. El pago de los pedidos se efectuará dentro del mes en que sea hecho el suministro, por transferencia a la c/c. que el Consejo tiene abierta en el Banco de España y se acreditará ante aquel remitiendo al efecto el resguardo correspondiente.

Tercero. La distribución de recetas a los Médicos, previo sellado de cada receta, por los Colegios Provinciales, con arreglo a las siguientes normas:

a) Cuando el facultativo resida en la Capital, recogerá personalmente el talonario de recetas oficiales, firmando el recibo correspondiente en documento que encuadernado, foliado y numerado, se llevará en la Secretaría de los Colegios Provinciales, entregando en el acto las matrices del talonario que anteriormente hubiera recibido.

b) Cuando el facultativo resida en pueblo de la Provincia, y no pueda recogerle personalmente, se le hará el envío por correo certificado contra reembolso, pero siempre con acuse de recibo, que se unirá al libro a que se refiere el apartado anterior, ocupando el lugar de uno de los recibos que se extenderá debidamente, sustituyéndose la firma del facultativo con la garantía del acuse de recibo citado.

c) En ningún caso se podrá entregar un talonario de recetas oficiales, sin recibir las matrices del anterior debidamente cumplimentadas, bajo la responsabilidad del funcionario encargado del servicio.

d) Caso de extravío de un talonario o de las matrices, se li-

brará por el facultativo, en cuyo poder obrarán, una declaración jurada que lo acredite, señalando en cada caso las recetas no utilizadas, y el Colegio dará cuenta del hecho al señor Gobernador Civil y al Inspector Provincial de Sanidad, para que dichas Autoridades publiquen y ordenen la anulación de las recetas extravíasdas y puedan adoptar aquellas otras medidas que ordena la Legislación vigente, mas las que estimen pertinentes para que no puedan ser aquellas indebidamente empleadas.

De estos casos se dará cuenta, además, al Consejo al enviar la relación mensual de matrices a que se hace referencia en el apartado 6.º de las presentes normas. (1)

e) Cuando un facultativo se dé de baja en el ejercicio profesional, entregará al mismo tiempo que su baja, el talonario o talonarios que obrarán en su poder. Si no lo efectuara así se dará cuenta al señor Gobernador Civil para que con sus medios proceda a la recuperación de aquellos documentos.

f) De igual modo se procederá cuando un colegiado se dé de baja por traslado a otra Provincia.

g) Cada facultativo podrá tener en su poder un máximo de dos talonarios a tenor de lo dispuesto en el artículo 13 de la disposición ministerial de 31 de Agosto de 1935.

Cuarto. Los Colegios Provinciales de Médicos, recibida una remesa de recetas oficiales, procederán a inscribirlas por riguroso orden numérico en un libro, que habrán de llevar y que les será facilitado por el Consejo, con arreglo a lo dispuesto en la norma 8.ª. Contendrá los siguientes datos: fecha de entrada, serie, números, fecha de entrega al Médico, Colegiado que las recibe y número de ésta.

Quinto. Los Colegios abrirán a cada colegiado una cjc en la que se reflejarán de una manera rigurosa los datos siguientes: fecha de entrega, número del recibo, reseña del talonario, fecha de devolución de matrices, y días de duración del talonario en su poder y en la que se hará constar si el facultativo se dedica al tratamiento de toxicomanías con arreglo a lo dispuesto en la Base 20 del Decreto-Ley de 30 de Abril de 1928. Este dato se consignará en los partes de entrega de recetas y en los de devolución de matrices a que se refieren las normas 6.ª y 7.ª.

Sexto. Los Colegios enviarán al Consejo General, dentro de la primera decena de cada mes, las matrices que les hayan sido devueltas durante el mes anterior, acompañadas de una relación duplicada formalizada con arreglo al modelo que se les enviará, y en caso de no tener matrices que enviar darán el parte negati-

(1) Cuando el caso se repita en el mismo facultativo se comunicará urgentemente al Consejo, sin perjuicio de lo anteriormente establecido, y no se podrán expedir nuevos talonarios en tanto no se reciba por el Colegio la oportuna autorización.

vo correspondiente. No efectuarán envíos de matrices de las Series A), B) y C) editadas con posterioridad al 18 de Julio de 1936 (portadas azules) hasta que reciban nuevo aviso.

Séptimo. Al propio tiempo, y dentro de los plazos establecidos en el apartado anterior, se enviará por los Colegios al Consejo General, una relación duplicada de la distribución de talonarios hecha para que el servicio de la restricción pueda conocer en toda ocasión y momento la situación de los mencionados talonarios, a los efectos de investigación que le competen. Si no hubieran efectuado distribución alguna lo notificarán igualmente dentro del plazo señalado.

Octavo. El Consejo General editará la documentación a que se refieren las normas 3.^a a), 4.^a, 5.^a, 6.^a y 7.^a, distribuyéndolas a los Colegios Provinciales que satisfarán el importe de los gastos de edición y envío sin que el Consejo obtenga por ello beneficio alguno.

Mientras llega a poder de los Colegios la documentación referida, adoptarán las medidas oportunas para que quede constancia de los datos citados en los apartados anteriores, que luego trasladarán a los libros que recibirán legalizados por el Consejo o por la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad.

Ruego a Vd. que con la posible urgencia tenga la bondad de acusarnos recibo de la presente comunicación.

Valladolid, 16 de Enero de 1939.—III Año Triunfal.—El Secretario, *S. García Vicente*.—V.^o B.^o, el Presidente, *Enrique Suñer*.

Sr Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Cáceres.

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.

Los derechos pasivos de los Médicos de Asistencia Pública

Comentarios de la Asesoría Jurídica del Colegio

La Orden del Ministerio de la Gobernación del 11 de los corrientes, publicada en el «Boletín Oficial del Estado» del 16, ha venido a poner término a la situación verdaderamente anómala en que se encontraban los derechos pasivos de los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, reparando de esta forma la dejación que de los mismos se hizo en el Reglamento de 29 de Septiembre de 1935, en el que solamente se menciona la jubilación, y esto para dejar a un Reglamento especial la fijación de las normas precisas para darle realidad.

Hasta la publicación de la Orden citada—de la claridad de la misma esperamos no suceda lo mismo en adelante—todo eran dificultades e inconvenientes para hacer valer los derechos que como funcionarios municipales les correspondían y que conservaron al pasar a ser funcionarios técnicos del Estado, por propio reconocimiento de la Ley de Coordinación Sanitaria; y para que aumentara aún más la confusión, viene la Orden de 11 de Diciembre de 1935 a negar el derecho a jubilarse, sustituyéndole por el de nombrar a su costa un compañero que le reemplace en sus funciones, con lo que los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria quedaban en el más completo abandono, cuando por su edad o por sus condiciones físicas se veían imposibilitados del cumplimiento de su cometido.

La viudedad y orfandad, si bien no era negada por la ley, lo era por las Corporaciones Municipales, apelando a dos argumentos casi únicos en todos los casos que se han presentado; la falta de obligación para el Ayuntamiento de conceder la pensión, por no ser el fallecido funcionario municipal y sí funcionario del Estado, y la carencia de consignación de tales derechos en los reglamentos municipales. En el primero se olvidaban los Municipios de que a su cargo estaba el pago de los haberes de los Médicos y que los derechos pasivos son una consecuencia de los servicios prestados, que deben ser satisfechos por el mismo, y en el segundo, no tenían en cuenta que la falta de reglamentación era solamente a ellos imputable, sin que pudiera ocasionar pérdidas de derechos en tercera persona, ni la concesión del derecho por la ley y por los reglamentos municipales.

Pero lo cierto era que las viudas y los hijos era raro consiguieran de los Municipios la concesión de su derecho, y con excepciones que justifican la regla general, tenían que acudir a la vía contencioso-administrativa, sufriendo el calvario de un procedimiento lento que, si bien terminaba con la concesión del derecho, hasta que esto llegaba aumentaba a la amargura producida por el fallecimiento del jefe de la familia, la angustia de la falta de medios económicos en los primeros momentos, que es cuando son más necesarios.

Por fortuna todo lo dicho pertenece ya al pasado, y para el porvenir, todo ha sido reparado con la Orden a que al principio nos referimos. Bien es verdad que la jubilación, por necesidades del momento presente de orden patriótico, no será concedida en aquellos casos en que la sanidad pública pudiera resentirse con el abandono de las actividades profesionales del jubilado, pero llegada la normalidad, que todos presentimos como muy próxima, gracias a nuestro Caudillo y al Ejército Español, faltará toda razón que oponer a la concesión del derecho, y éste recobrará plena realidad.

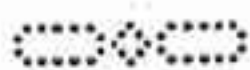
Como es muy posible que los Ayuntamientos, en algunos casos no procedan por su cuenta al señalamiento de las pensiones al jubilado, a la viuda o los hijos, bueno será advertir que todos ellos deberán solicitarlo si vieran morosidad en concederlas, y si fueran negadas o no contestara nada la Corporación Municipal, pedir reposición del acuerdo en el primer caso dentro de los quince días siguientes a su notificación, e insistir en el segundo supuesto, para que se estime o desestime. Pedida la reposición y denegada ésta, o pasados otros quince días sin tomar acuerdo alguno, acúdase con urgencia al Colegio, facilitando todos cuantos datos se tengan, con el fin de que pueda aconsejarse en cada caso lo que fuera más procedente.

Laboratorio J. N. BOACIÑA

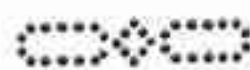
CACERES

NEUMOL

ANTICATARRAL INFALIBLE



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



Cicatrizo lesiones y repara tejidos

VENTA EN FARMACIAS

Sección de Legislación

Gobierno de la Nación

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

ORDEN sobre derechos pasivos del personal sanitario

En el «Boletín Oficial del Estado», del 16 del actual, se inserta la siguiente Orden:

«Ilmos. Sres.: La situación actual de los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, con respecto a derechos pasivos, en los casos en que no los tengan reconocidos expresamente en los Reglamentos Municipales que les sean aplicables, está pendiente en cuanto a jubilación, de un Reglamento especial anunciado en el artículo 19 del de 29 de Septiembre de 1934, dictado en aplicación de la base 19 de la Ley de Coordinación Sanitaria; y en cuanto a la viudedad y orfandad, está afectada de una laguna legal, toda vez que, en el mencionado Reglamento, no se alude a estos derechos pasivos.

Por el contrario, los Inspectores Farmacéuticos y los Inspectores Veterinarios Municipales tienen asegurados dichos derechos pasivos, con cargo a los Ayuntamientos respectivos, en los artículos 56 y 37 de los Reglamentos de los expresados Cuerpos, de 14 de Junio de 1935, y si bien los segundos son funcionarios municipales conforme al artículo quinto del suyo, lo que acaso explicara un trato administrativo distinto del que a los Médicos corresponda, los Inspectores Farmacéuticos se consideran funcionarios del Estado (artículo noveno de su Reglamento), por lo que no hay motivo fundamental para que no se apliquen iguales normas a los demás sanitarios de las mismas circunstancias.

A mayor abundamiento, a pesar de ese carácter estatal, que a efectos de la Ley de Coordinación Sanitaria, se asigna a los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria y a otros funcionarios, es lo cierto que en la Ley de 31 de Octubre de 1935, posterior a la legislación de la Coordinación, se les incluye entre los funcionarios de la Administración Local—título III, capítulo VII—limitándose el artículo 161 a disponer que se atenderán para sus nombramientos, ceses y correcciones a los Reglamentos dictados por el Ministerio de Trabajo, Justicia y Sanidad, sin que tampoco se haga referencia a sus derechos pasivos, por lo que parece de justicia aplicarles la norma general del artículo 188, según el cual, en todo lo que sea aplicable al personal técnico y facultativo se observarán las disposiciones dictadas para los Secretarios e Interventores.

Conforme a los artículos 45 y 47 del Reglamento de 23 de Agosto de 1924, los Secretarios de Ayuntamiento tienen derecho a jubilación y causan pensiones de viudedad y de orfandad en los términos y condiciones que en tales preceptos se les reconocen.

Ahora bien; tanto por el hecho de hallarse pendiente la reglamentación de esta materia como por la circunstancia de hallarse sujeta a revisión la legislación municipal y la sanitaria, no parece prudente dictar una resolución de carácter definitivo, sino que es más procedente dar una fórmula transitoria a reserva de ulteriores normas.

Y encontrándose en la misma situación legal que los Médicos, respecto a esta cuestión de los derechos pasivos, los Practicantes y las Matronas, también a estos funcionarios debe extenderse la resolución provisional que se dicte, sin perjuicio de la modalidad especial que suscita en las segundas su condición de funcionario femenino.

Por las razones expuestas, este Ministerio ha resuelto:

Primero. Que mientras otra cosa no se disponga, los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, los Practicantes y las Matronas titulares tendrán los mismos derechos de jubilación, viudedad y orfandad que la vigente legislación municipal reconoce a los Secretarios e Interventores, debiendo ser satisfechos con cargo a los Ayuntamientos, los cuales harán la clasificación y declaración de derechos, pagando directamente a los interesados lo que corresponda. En el caso de ser varios los Ayuntamientos obligados, se verificará el prorrateo conforme a lo dispuesto en el artículo 46 del Reglamento de 23 de Agosto de 1924.

Segundo. Que por lo que respecta a las Matronas, no causarán pensión de viudedad, análogamente a lo que se dispone en el artículo 89 del Estatuto de Clases Pasivas.

Tercero. Que esta resolución se entienda que tiene carácter provisional, por lo cual los derechos que a su amparo se reconozcan estarán sujetos a la rectificación que proceda cuando se legisle, de modo definitivo, sobre esta materia.

Cuarto. Que quedan subsistentes las normas sobre fallecidos o inutilizados para la profesión en tiempo de epidemia.

Quinto. Y que a los funcionarios a que esta disposición se refiere les es aplicable el Decreto de 3 de Mayo de 1938, sobre pensiones a familias de funcionarios de Administración Local asesinados o desaparecidos.

Dios guarde a VV. II. muchos años.

Burgos, 11 de Enero de 1939.—III Año Triunfal.—*Serrano Suñer.*

Sres. Jefes de los Servicios Nacionales de Administración Local y Sanidad de este Ministerio.

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)

Sección Oficial del Colegio

Interesante Cuestionario sobre atrasos

Hemos recibido del Consejo General de Colegios, la Circular que insertamos, que entre otras cosas, dice:

«Transcurrido tiempo suficiente desde que se promulgó la Orden Ministerial de 1.º de Mayo de 1938, para conocer los resultados obtenidos y medir su eficacia en cuanto se refiere al pago de atrasos a los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, interesa a este Consejo conocer de una manera exacta, el resultado práctico conseguido para, en su vista, poder acudir al Estado en demanda de las disposiciones que permitan acabar con la situación angustiosa creada a nuestros colegiados, por incumplimiento de tan sagrada obligación, por parte de las Municipalidades.

Para realizar esas gestiones con conocimiento de causa y enfocar el problema en el sentido más conveniente a los intereses de los Médicos, sin desconocer las posibilidades de los Ayuntamientos, por ser ambos puntos de vista factores integrantes del problema, se hace necesario que ese Colegio, con su proverbial diligencia, realice una gestión URGENTE cerca de los Médicos acreedores, para conocer con todo detalle los siguientes extremos:

- a) NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO INTERESADO.
- b) POBLACION Y PROVINCIA EN QUE RESIDE.
- c) IMPORTE TOTAL DE LA DEUDA.
- d) CONCEPTO DE LOS DEBITOS (Haberes, Guardia Civil, quinquenios, acumulaciones por Practicante y Matrona, etcétera, etc.
- e) Fechas a que se refieren los débitos.
- f) Reclamaciones oficialmente planteadas por el Médico interesado, fecha en que las presentó y autoridad a que fueron dirigidas.
- g) Resultados obtenidos por las reclamaciones hechas.
- h) Convenios celebrados oficial u oficiosamente para el percibo de sus atrasos.
- i) Forma en que han sido cumplidos aquellos convenios por los Ayuntamientos.
- j) Causas que a juicio del Médico pueden influir en el incumplimiento de estas obligaciones por parte del Municipio.

En su consecuencia rogamos a Vd. que a vuelta de correo cumplimente cuanto se le ordena, con el fin de poder informar

al Consejo de Colegios, que nos interesa como apreciará, las deudas de los Ayuntamientos con los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, contestando de manera clara y concisa a los apartados que se reseñan.

Con este motivo le saluda atentamente y e. s. m.

V.º B.º
EL PRESIDENTE,
Julián Murillo.

EL SECRETARIO,
Ramón Sánchez Cayetano.

¡Saludo a Franco! ¡Arriba España!

A V I S O

Como son varios los compañeros que aún no han enviado el Cuestionario que se reproduce, esperamos lo hagan seguidamente.

De interés para los Colegiados

Con el fin de editar las listas de Colegiados lo más completas posibles, se ruega a todos los compañeros rellenen y envíen a esta Corporación el Cuestionario siguiente:

Calle
Número del Teléfono
Nombre y apellidos
Localidad donde ejerce
Especialidad a que se dedica
Cargos que desempeña

FIRMA.

AYUDAD A LA INDUSTRIA QUÍMICA NACIONAL RECETAD PRODUCTOS ESPAÑOLES

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



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

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

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

Acta de la sesión celebrada por la Junta general del Colegio Oficial de Médicos, el día 29 de Enero de 1939, del Tercer Año Triunfal

Con asistencia de los señores don Julián Murillo Iglesias, don Antonio Fernández Rangel, don Emilio García Gutiérrez, don Celso Sánchez Lecina, don Lorenzo Alamillo Clemente, don Telesforo Merchán Martín, don Mariano Rodríguez Arias, don Ramón Sánchez Cayetano, don Camilo Pérez García, don Benedicto Málaga García, don Fernando Flores Galán, don Sergio V. Guerrero y don Mariano Carbajo de Sande, comenzó la sesión, dándose lectura al Acta de la sesión anterior, que queda aprobada.

Asiste el representante de la Autoridad.

A continuación se examinan y aprueban por unanimidad las cuentas del año, en la forma siguiente:

LIQUIDACION DEL PRESUPUESTO DE 1938

INGRESOS

Capi- tulo	Conceptos	Presupuesto	Operaciones realizadas		Diferencias	
			En más	En menos	En más	En menos
1.º	Existencia efectiva 1.º de Enero de 1938	4.511 34	4.511 34	—	—	—
2.º	Cuotas de Colegiados	19.200 00	17.520 00	—	1.680 00	—
3.º	Cuotas de entradas	250 00	210 00	—	40 00	—
4.º	Venta de certificaciones	15.500 00	20.669 42	5.169 42	—	—
5.º	Idem sellos Colegio Huérfanos 2 pesetas	2.700 00	3.836 00	1.136 00	—	—
6.º	Idem id. id. de 0'50 pesetas	2.100 00	2.413 50	313 50	—	—
7.º	Intereses cuentas corrientes	275 00	415 65	140 65	—	—
8.º	Anuncios CLÍNICA EXTREMEÑA	450 00	356 00	—	94 00	—
9.º	Venta carnets identidad	50 00	30 00	—	20 00	—
10.º	Venta lista Colegiados y otros	150 00	188 50	38 50	—	—
11.º	Tasación de honorarios	100 00	—	—	100 00	—
12.º	Imprevistos	100 00	80 45	—	19 35	—
	Resultas	4.028 35	2.008 10	—	2.020 25	—
	TOTALES PESETAS	49.414 69	52.238 96	6.798 07	3.093 80	—

GASTOS

1.º	Tirada CLÍNICA EXTREMENA	2.028 00	
2.º	Contribución id. id.	200 00	2.028 00
3.º	Suscripciones a Revistas y adquisición de libros	250 00	195 56
4.º	Sueldos personal Colegio	9.480 00	216 35
5.º	Gastos recaudación	3.172 00	9.480 00
6.º	Gastos venta certificaciones	2.700 00	3.119 30
7.º	Pagos tickets certificaciones médicas	3.050 00	2.652 60
8.º	Reintegro libros, recibos y documentos	375 00	3.032 50
9.º	Alquiler casa.	2.150 00	362 75
10.º	Luz, agua, calefacción y limpieza	400 00	2.150 00
11.º	Correos, teléfono y telégrafo	850 00	326 66
12.º	Material de escritorio.	350 00	800 35
13.º	Adquisición y reparación mobiliario	100 00	291 55
14.º	Gastos viajes, juntas y citaciones especiales	500 00	29 00
15.º	Compra sellos huérfanos 2 pesetas	2.700 00	280 00
16.º	Idem id. id. 0'50.	1.600 00	2.625 00
17.º	Premio certamen	—	1.575 00
18.º	Pensiones y socorros	4.925 00	—
19.º	Adquisición de certificaciones	7.600 00	4.916 00
20.º	Gastos organización Biblioteca y traducciones	2.400 00	7.550 00
21.º	Resultas	3.133 35	2.400 00
22.º	Imprevistos	1.451 34	3.063 95
	TOTALES PESTAS.	49.414 69	48.522 17

RESUMEN

INGRESOS	49.414 69			
GASTOS	49.414 69	52.238 96	6.798 07	3.973 80
TOTALES.	—	48.522 17	—	892 52
		3.716 79	6.798 07	3.081 28

Situación del Colegio Oficial de Médicos en 31 de Diciembre de 1938.—III Año Triunfal

ACTIVO	Pesetas	Cts
Saldo en c/c de Hijos de Clemente Sanchez	21.539	79
Idem id. Banco de España.....	200	00
Idem id. Banco Hispano Americano.....	137	80
Idem Ricardo Durán (cuenta de certificaciones) ..	947	70
Existencia en Caja	220	91
Valor 164 certificaciones existencia modelo A a 8 pesetas.....	1.312	00
Idem 581 id. id. id. B a 0'15	87	15
Idem 803 id. id. id. C a 1	803	00
Idem 282 id. id. id. D a 0'15	42	30
Idem 1 id. id. id. F a 8	8	00
Idem 97 id. id. id. G a 0'15	14	55
Idem 92 sellos existencia Huérfanos de 2 pesetas.	184	00
Idem 813 id. id. id. 0'50.....	406	50
Idem 120 talonarios estupefacientes a 1.....	120	00
Relación deudores cuotas de colegiados.....	2.319	65
Idem id. anuncios CLÍNICA	269	35
Anticipo Sres. Rodríguez Sayago y Sánchez Jara..	800	00
Resto anticipo Sra. D. ^a Francisca de Fez	25	00
Total activo pesetas	29.437	70

PASIVO

Cantidades pendientes de pago a resultas 1939...	1.575	00
Total pasivo pesetas	1.575	00

RESUMEN

Importa el ACTIVO	29.437	70
Importa el PASIVO.....	1.575	00
Saldo a favor del Colegio pesetas	27.862	70

Seguidamente se dá lectura al Proyecto de Presupuesto para 1939, que después de discutido y examinadas detenidamente cada una de las partidas de que consta, se aprueba el mismo en la forma siguiente:

PROYECTO DE PRESUPUESTO PARA 1939

INGRESOS

Capítulo	Conceptos	Pesetas	Cts.
1.º	Existencia efectiva en 1.º Enero 1938....	1.539	79
2.º	Cuotas de colegiados	17.500	00
3.º	Cuotas de entrada.....	250	00
4.º	Venta de certificaciones	20.300	00
5.º	Idem sellos Colegio Huérfanos 2 pesetas.	3.700	00
6.º	Idem id. id. id. 0'50 id...	2.400	00
7.º	Intereses cuentas corrientes.....	275	00
8.º	Anuncios CLÍNICA EXTREMEÑA	450	00
9.º	Venta carnets identidad	200	00
10.º	Venta lista de colegiados y otros	150	00
11.º	Tasación de honorarios	100	00
12.º	Imprevistos.....	100	00
13.º	Resultas	2.589	00
Total pesetas		49.553	79

GASTOS

1.º	Tirada CLÍNICA EXTREMEÑA.....	2.500	00
2.º	Contribución CLÍNICA EXTREMEÑA.....	200	00
3.º	Suscripciones a revistas y adquisición de libros científicos.....	250	00
4.º	Sueldos personal (Abogado, 3.000 00) (Oficial, 3.000 00) (2 auxiliares, 2.400 00) (Portera, 1.080 00)	9.480	00
5.º	Gastos recaudación.....	3.000	00
6.º	Comisiones por venta certificaciones	2.500	00
7.º	Pago tikes certificaciones médicas.....	3.000	00
8.º	Reintegro libros, recibos y documentos..	375	00
9.º	Alquiler casa.....	2.400	00
10.º	Luz agua, calefacción y limpieza.....	400	00
11.º	Correo, teléfono y telégrafo.....	850	00
12.º	Material de escritorio	350	00
13.º	Adquisición y reparación mobiliario.....	1.000	00
14.º	Gastos viajes Juntas y citaciones especiales.	1.500	00
15.º	Compra sellos huérfanos 2 pesetas	2.600	00
16.º	Idem id. id. 0'50	1.600	00
17.º	Compra carnets identidad	500	00
18.º	Pensiones y socorros.....	4.900	00
19.º	Adquisición de certificaciones	7.500	00
Suma y sigue		44.905	00

	Pesetas	Cts.
<i>Suma anterior</i>	44.905	00
20.º Gastos organización biblioteca y traducciones	2.400	00
21.º Resultas	1.575	00
22.º Imprevistos	673	79
Total	49.553	79

RESUMEN

INGRESOS	49.553	79
GASTOS	49.553	79
Total	—	—

RESULTAS AL PRESUPUESTO DE 1939

Cantidades pendientes de ingreso

Relación cuotas pendientes cobro de colegiado ..	2.319	65
ANUNCIOS CLÍNICA EXTREMEÑA	269	35
Total pesetas	2.589	00

Cantidades pendientes de pago

CLÍNICA Noviembre y Diciembre	500	00
Débitos Consejo de Colegios	500	00
Idem Colegio Huérfanos	375	00
Anuncios número «Cáceres» semanario Domingo ..	200	00
Total pesetas	1.575	00

RESUMEN

INGRESOS	2.589	00
GASTOS	1.575	00
Diferencia pesetas	1.014	00

DETALLE EXISTENCIA DISPONIBLE

Saldo c/c Hijos de Clemente Sanchez.	20.231	43
A deducir: Resto fondo reserva Colegio	20.000	00
Saldo c/c Banco de España	200	00
Idem id. Banco Hispano Americano	137	80
Idem cuenta con don Ricardo Durán	749	65
Existencia en efectivo en Caja	220	91
Total pesetas	1.539	79

Y no teniendo otros asuntos de que tratar, y siendo las trece horas y quince minutos, 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 la Comisión permanente de este Colegio, el día 2 de Enero de 1939 del Tercer Año Triunfal

Con asistencia de los Sres. Murillo Iglesias, Pita Gandarias, Ropero Fernández y Domínguez Villagrás, da comienzo la sesión a las ocho y treinta de la noche, dándose lectura al acta de la anterior, que queda aprobada.

En cumplimiento de acuerdo tomado en sesión de esta Corporación, y con el fin de dictar normas generales para resolver los casos presentados y que se presenten de sustituciones de compañeros que prestan sus servicios en el Ejército, y después de discutidas ampliamente, se aprueban por unanimidad las siguientes

Normas sobre sustituciones de compañeros que prestan servicio en el Ejército

Siendo necesario el fijar normas generales, dado el gran número de casos y consultas sobre sustituciones de compañeros movilizados, pertenecientes o no a quintas llamadas. Como por otra parte algunos de estos movilizados perciben haberes de cuantía variable, y otros aumentan ostensiblemente sus ingresos con tal motivo al sumar el ejercicio profesional, se acuerda por unanimidad, e inspirándose en el criterio deontológico, que es función primordial de sus atribuciones dictar las siguientes normas para reglar estas sustituciones; en cuanto afectan a la clientela particular, pues lo referente a la sustitución de Asistencia Pública Domiciliaria está regulada por las disposiciones vigentes:

Primera. Todos los médicos movilizados serán sustituidos por los compañeros de la localidad o por el más próximo, debiendo enviar al Colegio, una vez que conozca su movilización, una lista comprensiva de todos los igualados con las cuotas asignadas a cada uno y la conformidad del compañero que hubiere de sustituirle.

En el caso de no ser posible la conformidad del sustituto, por desconocerse el nombre del que debiera ser, enviarán la lista al Colegio, el cual recabará la conformidad del sustituto.

Segunda. Los Médicos sustitutos, si son a la vez interinos nombrados con arreglo a las instrucciones vigentes, podrán celebrar contratos de iguala con las personas pudientes que voluntariamente así lo deseen.

Tercera. Al restituirse el militarizado a su puesto, le será devuelta toda la clientela que antes tuviese, por el otro compañero.

Cuarta. Aquellos clientes que no se igualen con el médico sustituto, serán visitados conforme dispone el Reglamento del Colegio, artículos 78, 79 y otros.

Quinta. El producto de estas igualas será íntegro del Médico movilizado. Si éste quisiera una avenencia particular con el compañero que le sustituye, puede proponerla al Colegio, y éste la aceptará o rechazará.

Sexta. Los médicos que sustituyan al movilizado en dife-

rentes localidades, tendrán derecho a las indemnizaciones de gastos de transportes y residencias en el pueblo donde sustituyan. Si aun así se considerase gravado dicho compañero por el mayor trabajo y ser pocos los clientes que con él se igualasen de dicho médico movilizado, así lo expresará al Colegio, para que éste, en cada caso particular, armonice los intereses con el trabajo, el decoro y la dignidad, dado el fin patriótico del compañero que sirve al Ejército.

Séptima. Si el médico movilizado ejerciera la profesión libre en la localidad donde estuviera destinado, se entenderá que renuncia a los derechos de sustitución que estas normas establecen con arreglo a las disposiciones vigentes y reglamentos del Colegio.

Octava. Estas normas se refieren solo y exclusivamente a la clientela particular del movilizado.

Novena. Por la Junta del Colegio serán sancionados con todo rigor cuantos actos se realicen y tiendan directa o indirectamente a impedir la realización de las normas anteriores.

Y no teniendo más asuntos de que tratar, y siendo las diez y treinta de la noche, se levantó la sesión, de que yo el Secretario accidental certifico.—*Eusebio Pita Gandarias*.—V.º B.º: El Presidente, *Julián Murillo*.

Acta de la sesión celebrada por la Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Médicos, el día 29 de Enero de 1939.— Tercer Año Triunfal

Con asistencia de los señores Murillo Iglesias, Casas Sánchez, Fernández Rangel, García Gutierrez, Sánchez Lecina, Alamillo Clemente, Merchán Martín, Rodríguez Arias y Sánchez Cayetano, da comienzo la sesión a las once en punto de la mañana, dándose lectura al Acta de la sesión anterior, que queda aprobada así como las celebradas por la Comisión Permanente. Asiste el representante de la Autoridad.

Se da lectura a la liquidación del Presupuesto de 1938, y después de examinada detenidamente, se aprueba por unanimidad, acordándose proponer su aprobación definitiva a la Junta General que en el día de hoy se celebrará.

Igualmente es aprobado por unanimidad el Proyecto de Presupuesto de 1939, procediendo en idéntica forma que en la Liquidación del de 1938.

A continuación se pasa a tratar del asunto de la Habilitación por el Colegio, en virtud de la facultad que por reciente disposición Ministerial le ha sido concedida, manifestándose por el Presidente que habiéndose elevado consulta al Consejo de Colegios sobre esta cuestión, y contestado que, la marcha a seguir ha de trazarse en normas que ha de aprobar previamente el Excelentísimo señor Ministro de la Gobernación, procede no tomar acuerdo alguno sobre el mismo, por cuyo motivo solicita de la Junta de Gobierno un voto de confianza, para resolver la Comisión Permanente en su día lo procedente: Se acuerda por unanimidad conceder dicho voto de confianza.

Se acuerda contribuir por unanimidad con la cantidad de 500 pesetas, para engrosar la suscripción de AUXILIOS A POBLACIONES LIBERADAS.

Y no teniendo otros asuntos de que tratar y siendo las once y cincuenta y cinco minutos, se dió por terminada la sesión, de que yo el Secretario certifico.—*Ramón Sánchez Cayetano*.—Visto bueno: El Presidente, *Julián Murillo*.

N O T I C I A S

Por escritura otorgada en la ciudad de Málaga el 24 de Junio de 1938, ante el Notario don Augusto Barroso Ledesma, se ha transformado la Sociedad regular colectiva «Fernández y Canivell», en «FERNANDEZ Y CANIVELL, S. A.», que comenzará a girar desde 1.º de Enero de 1939.

El Consejo de Administración lo forman: Don Ramón Fernández Canivell, como Presidente, siendo los Consejeros don José Fernández Canivell, don Mario Canivell Freites y don Joaquín León Cabello. Por acuerdo del mismo, llevarán la Gerencia y Dirección los Consejeros don Ramón Fernández Canivell y don José Fernández Canivell.

Nuestro distinguido amigo y compañero don David Domínguez Villagrás, Tesorero de este Colegio, pasa por el trance doloroso de la pérdida de su hermana, fallecida hace días en la ciudad de Plasencia; (e. p. d.)

Al testimoniarse nuestro más sentido pésame, así como a los hijos de la finada, le reiteramos nuestra amistad, y le pedimos sepa sobrellevar tan irreparable pérdida, pidiendo a nuestros colegiados una oración por el eterno descanso del alma de la difunta.

Todos los compañeros tienen el ineludible deber, en cumplimiento de lo legislado, de estar provistos del talonario de recetas de estupefacientes, pues los compañeros Farmacéuticos no podrán despachar fórmula alguna de estupefacientes que no vaya expedida en el impreso establecido.

Llamamos la atención de los compañeros, con el fin de evitar posibles sanciones a los incumplidores de las órdenes que anteceden.

El médico que observe que en su localidad, el Ayuntamiento no está provisto de los impresos modelo B y D de certificaciones para los individuos incluidos en la Beneficencia, debe advertir a las Corporaciones locales, la imposibilidad de certificar, en cumplimiento de lo estatuido, en papel simple, por lo cual los Ayuntamientos han de solicitar de este Colegio los impresos oficiales correspondientes.

También los compañeros han de procurar, en bien de los intereses corporativos y de nuestras instituciones benéficas, que su localidad esté surtida de certificados para las personas no incluidas en la Beneficencia.

¡Doctor: Hoy más que nunca
POR LA ECONOMIA DE LA PATRIA Y LA
PARTICULAR DEL ENFERMO,

**Recete produ-
tos Españoles !!**

cuando quiera utilizar la
QUININOTERAPIA en
las enfermedades de vías
respiratorias inferiores,
neumonía, bronconeu-
monía postoperatoria,
bronquitis aguda y cró-
nica, éxtasis bronquial,
grippe y sus secuelas y
en todos los estados in-
fecciosos, le prestará el
mejor servicio el pro-
ducto español

PULMOTOM

del DR. VICENTE

...cuando necesite utilizar un narcótico,
un analgésico, un antiespasmódico en in-
somnia, neuralgias, asma, dispepsia do-
lorosa, diarrea, hernia estrangulada, obs-
trucción intestinal, cólicos hepático y
nefrítico, apendicitis, cólico saturnino,
dolores de tumores malignos, etc., lle-
nará con toda seguridad la indicación
utilizando

ANESTON

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

...si un medicamento di-
gitalico de acción cons-
tante y segura, sin los
inconvenientes de las
digitalinas y sin los pe-
ligros de su acumula-
ción, puede utilizar el
compuesto de PURPU-
RO-GLUCOSIDOS A
B. y C. preparación ori-
ginal, producto español

TONDUR

Laboratorios del

DR. VICENTE

Cartagena, 125. - Madrid

Uzandizaga, 12. - San Sebastián