

AÑO DE LA VICTORIA

Clínica Extremeña

REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE CÁCERES

ESTA REVISTA SE REPARTE GRATIS
A LOS SEÑORES COLEGIADOS

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
EL DOMICILIO SOCIAL DEL COLEGIO
C. DEL BROGENSE, n.º 8 - TELEFONO, 1835

PUBLICACION MENSUAL,
PROFESIONAL Y CIENTÍFICA

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
LA JUNTA PERMANENTE DEL
COLEGIO MÉDICO

SUMARIO

El Rojo Congo en las infecciones.—Epidemiología, Antigua y Moderna.—Derechos pasivos a los titulares.—Disposiciones sobre Colegiación.—La Jerarquía de la Organización Médica Española.—Vacantes de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria.—Movimiento de Fondos de la Previsión Médica Nacional en la provincia en el año 1938.—Instituto Provincial de Higiene de Cáceres (Sección de Epidemiología).—Noticias.

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

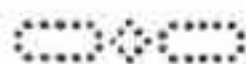
—
1939

32
193
194
195

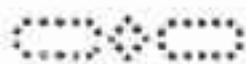
Laboratorio J. N. BOACIÑA
CACERES

NEUMOL

ANTICATARRAL INFALIBLE



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



Cicatrizo lesiones y repara tejidos

VENTA EN FARMACIAS

Laboratorio «CASTEL»

ANALISIS CLINICO BACTERIOLOGICO Y SEROLOGICO

Sangre y Líquido Cefalorraquídeo.



Orina, Esperma, 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

CACERES

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

AÑO DE LA VICTORIA

Clínica Extremeña

Revista científica mensual

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

EL ROJO CONGO EN LAS INFECCIONES

Por PEDRO R. DE LEDESMA,
del Hospital Provincial de Cáceres y
ANTONIO SILVA ALCÁNTARA,
de la Cruz Roja de Cáceres

Según nuestras noticias, hasta la fecha actual, el Rojo Congo no se ha utilizado en Clínica para el tratamiento de las infecciones. Su empleo poco difundido ha sido para fines de hemostasia o para realizar pruebas de función renal o hepática. En el orden experimental, se ha probado la acción antitóxica del Rojo Congo como preventivo de la intoxicación con toxinas diféricas y tetánicas. También tiene aplicaciones en química analítica, pero repetimos que la aplicación en Clínica de este producto como agente anti-infeccioso no ha sido una realidad hasta la fecha, que nosotros sepamos, y sin embargo, a juzgar por este breve número de observaciones, su eficacia terapéutica supera a todos los productos tanto farmacológicos como inmunológicos conocidos hasta la fecha.

Nuestras observaciones carecen de muchos datos de Laboratorio que aclaren la calidad y virulencia de los gérmenes causantes y por consiguiente no tienen la pretensión de resolver el pro-

Ceregumil

FERNANDEZ

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

FERNANDEZ Y CANIVELL. — MALAGA

Representante general en Extremadura:

Francisco Cruz Quirós ● CACERES

blema que este trabajo plantea de un modo definitivo. Solo pretendemos ofrecer con sinceridad y honradez a la consideración de otras observaciones, un nuevo agente anti-infeccioso cuya eficacia, si se confirma, simplificará y abreviará de modo increíble el tratamiento de algunas infecciones siempre que sean tomadas en consideración observaciones de tipo químico y biológico ya que no hay que perder nunca de vista que vamos a manejar como medicamento, un producto colorante de tipo disazoico de gran poder quimioterápico y no exento de peligros en su empleo racional.

En la generalidad de los casos descendió la fiebre a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas, la mayor parte de la veces para no ascender más. En otros casos, ligeros abscesos febriles, ocurrían si se abandonó el tratamiento pero cedían con la repetición de las inyecciones.

En los casos tratados hubo un número elevado de ellos de manifiesta gravedad, practicándose sin éxito o éxito mediocre, tratamientos con otros remedios usuales como Prontosil, Septoyodo, abscesos de fijación, etc. Eran casos rebeldes. En dos de septicemia se trató de enfermas sumamente pálidas con intensa taquicardia, con hemorragias genitales de repetición que obligaron a practicar dos veces la transfusión de sangre a cada una de ellas. Ambas llevan más de un mes tratadas y con agravación progresiva. Aun cuando en ninguna se hizo hemocultivo su gravedad y su anemia, más pronunciada de lo que podía hacer suponer la cuantía de sus hemorragias, parecían atestiguar que se trataba de infección por estreptococo hemolítico. La auscultación de corazón era negativa. En estos dos casos, desde los dos días del tratamiento con el Rojo Congo ocurrió una brusca transformación del semblante, coloreándose la piel y la mucosa labial, desaparecieron los fenómenos tóxicos y se les presentó el apetito antes desaparecido hasta la repugnancia por el alimento. En ambas observaciones se utilizó el Rojo Congo con propósitos hemostáticos, por no ceder las hemorragias a otros agentes terapéuticos y fué una sorpresa la curación del estado septicémico, que nos indujo a repetir las observaciones.

En dos tuberculosas quirúrgicas ningún efecto beneficioso tuvo el producto.

En una infección operatoria de un trayecto fistuloso tuberculoso operado, desapareció la infección banal estreptocócica, pero perduró la fístula, o sea que su acción ha sido nula en las tuberculosis osteoarticulares.

En algunos casos se empleó la vía intramuscular con buen resultado y en los restantes la vía endovenosa. Las dosis para adultos han sido de 5 c. c. de una solución al 1 por 100 una, o dos veces al día, preocupándonos desde el primer momento con-

seguir una solución perfectamente estabilizada con isotonia lograda por líquido Lo Mónaco.

En ningún caso se presentó fenómeno desagradable ni intolerancia. Viendo la eficacia indiscutible de este remedio, superior a los conocidos, hemos procurado hallar una justificación en su composición química.

Suponiendo que su actividad terapéutica esté relacionada con la de otras sustancias colorantes del grupo azo, comprendiendo las semejanzas, que tanto en su estructura molecular cuanto en su actividad terapéutica tiene con el Prontosil de la «Casa Bayer», hemos solicitado del Farmacéutico de la Beneficencia Provincial, don Práxedes Corrales, que nos haga un estudio comparativo de ambos preparados en orden a su composición molecular, que gustosamente transcribimos a continuación.

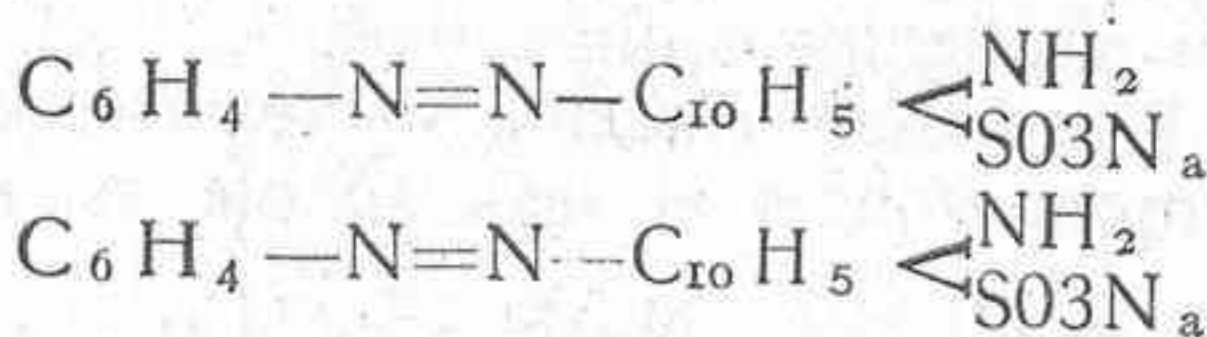
Algunas notas para el estudio químico y farmacológico del Rojo Congo

Por P. CORRALES,

Jefe de la Farmacia y Laboratorio
Provincial de Cáceres

Rojo Congo

Sal sódica del ácido bencidinisazo-bi-1-naftilamina-4-sulfónico.



Polvo rojo, soluble en agua, usado como indicador. Tiñe el algodón de color rojo fuego. La coloración es alterada rápidamente por el aire y la luz y sensible a los ácidos. Usado en Medicina como medio diagnóstico en la degeneración amiloidea. Acción profiláctica contra la intoxicación, con autolisado pancreático.

Usado para la preparación del papel Congo (indicador).

Usado en la preparación del concentrado de opio.

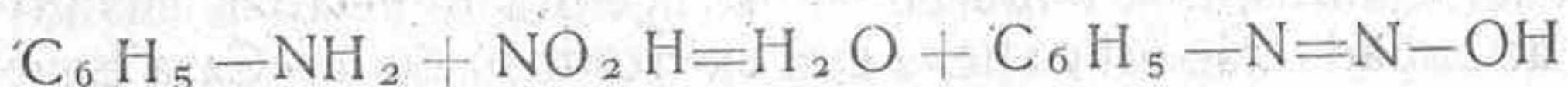
Los ácidos le colorean en azul (0'5 grs. + 10 c. c. alcohol + 90 c. c. agua).

Sirve para valorar la anilina, piridina, (papel Congo), para la determinación de ácidos minerales fuertes, como reactivo de los ácidos libres.

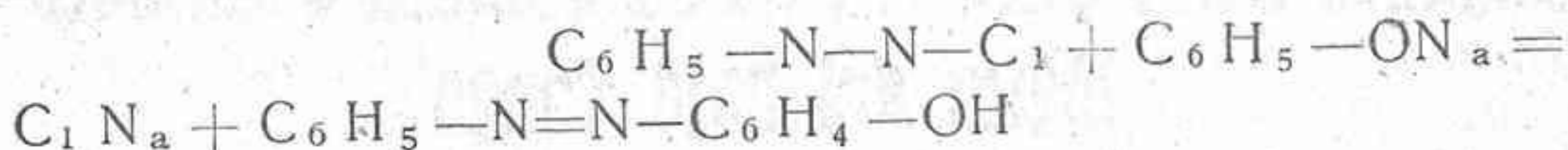
Antecedentes químicos del Rojo Congo

Colorantes azoicos

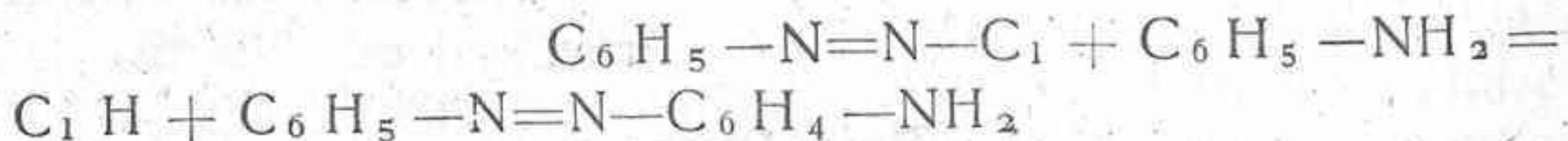
Los azoicos son obtenidos a partir de los diazoicos $R-N=N-OH$ que resultan de la acción del ácido nitroso, $(NO_2 N_a + ClH)$, sobre las aminas primarias, operación conocida con el nombre de *diazotación*:



Los diazoicos y sus sales son llamados así por encerrar en su molécula dos átomos de N para un solo núcleo aromático y son *incoloros*; reaccionan sobre los cuerpos de función fenol o amina, simple para formar derivados *azoicos*, en que cada átomo de N se une a un residuo aromático. Por ejemplo, el cloruro de diazobenceno tratado por el fenol en solución sódica, da un azoico de función fenol:



Del mismo modo reaccionando la anilina con el cloruro de diazobenceno se obtiene un azoico con función de amina:



Los compuestos azoicos de función amina pueden ser diazotados a su vez y conducir a colorantes encerrando dos grupos *cromóforos*— $N=N$ llamados disazoicos.

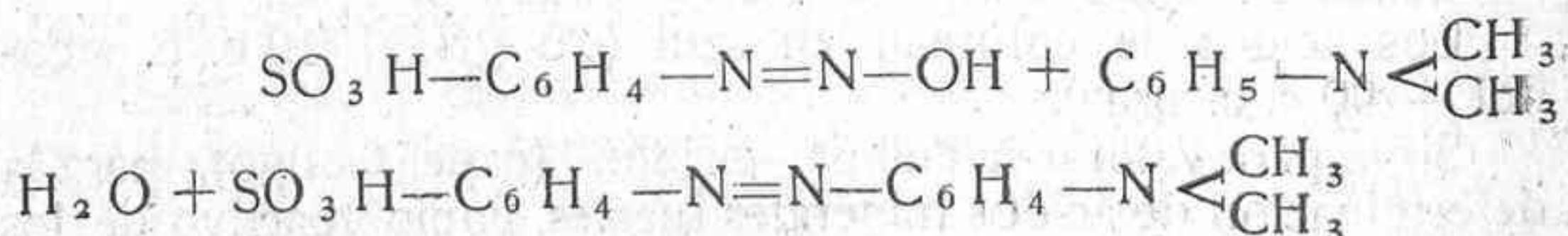
Se conocen igualmente *triazoicos* y *tetrasazoicos*.

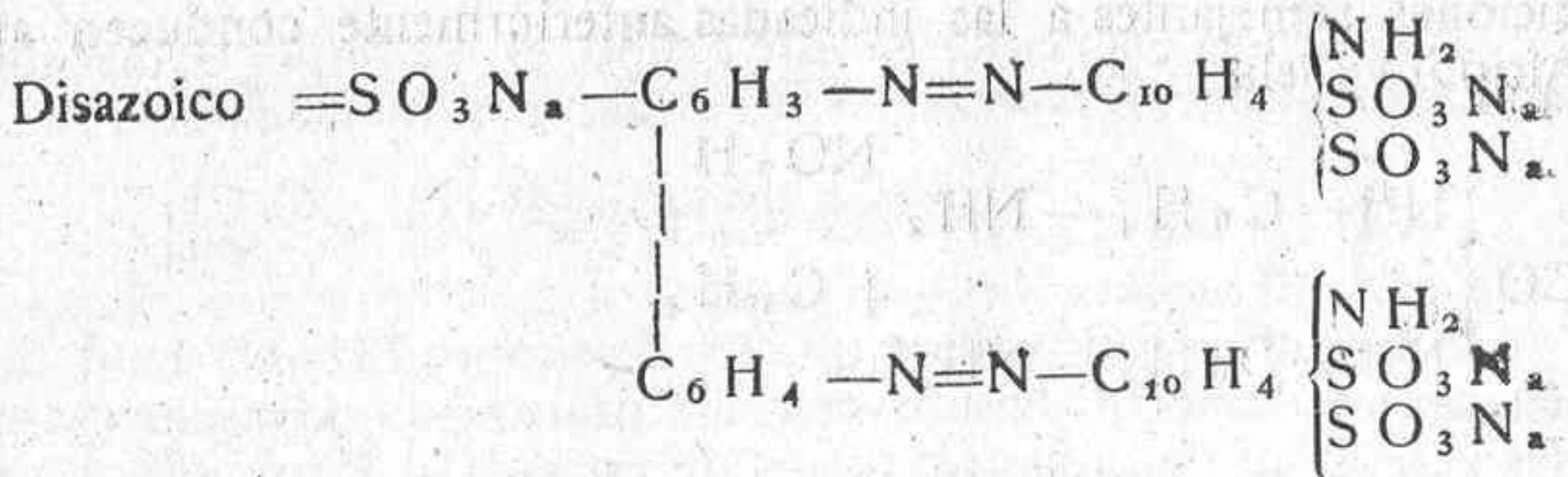
Entre los monoazoicos el más simple es el azobenceno:



Este compuesto es rojo, pero no es una materia colorante; constituye un *cromógeno*, permitiendo la obtención de sustancias tinctoriales por introducción de grupos *auxocromos*.

En este grupo se encuentra la *Heiantina* resultante de la unión del diazoico del ácido sulfanílico con la dimetil-anilina y cuya sal sódica constituye el anaranjado Poirier o *Mtilnaranja* empleado como indicador coloreado en acidimetría:

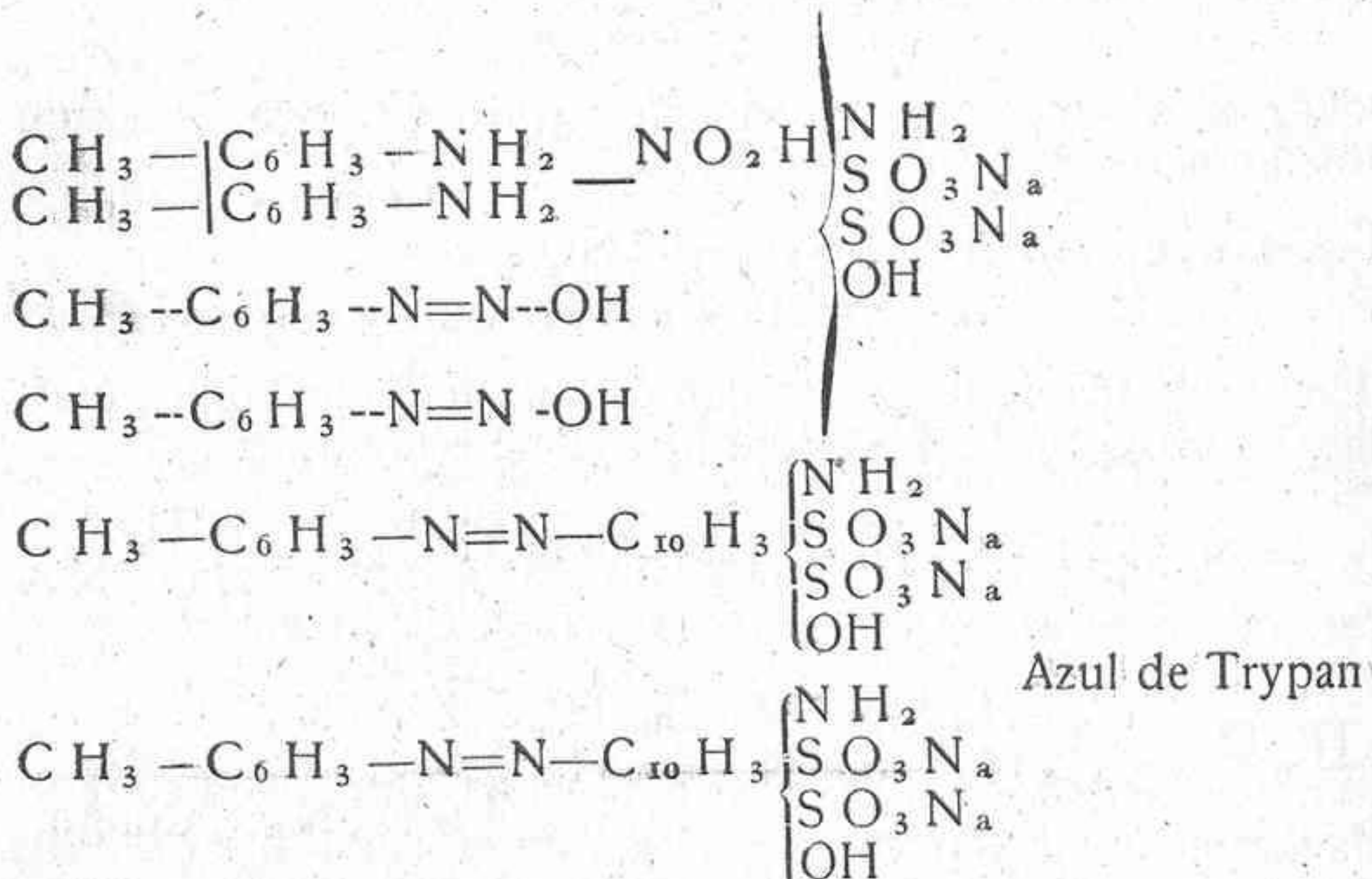




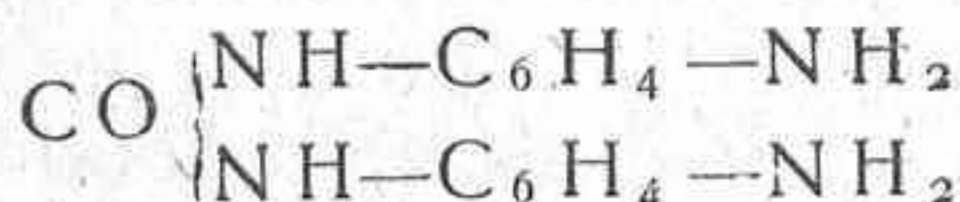
Más tarde, investigaciones de Ehrlich, Nicolle y Mesnil dieron a conocer las propiedades tripanócidas más marcadas todavía, de una materia colorante similar: el «Tripanblau» o azul de Trypan. Este derivado resulta de la diazotación de un producto de sustitución de la bencidina; la Toluidina



seguida de unión con una mino-naftol-disulfonato de sodio, y posee la constitución siguiente:

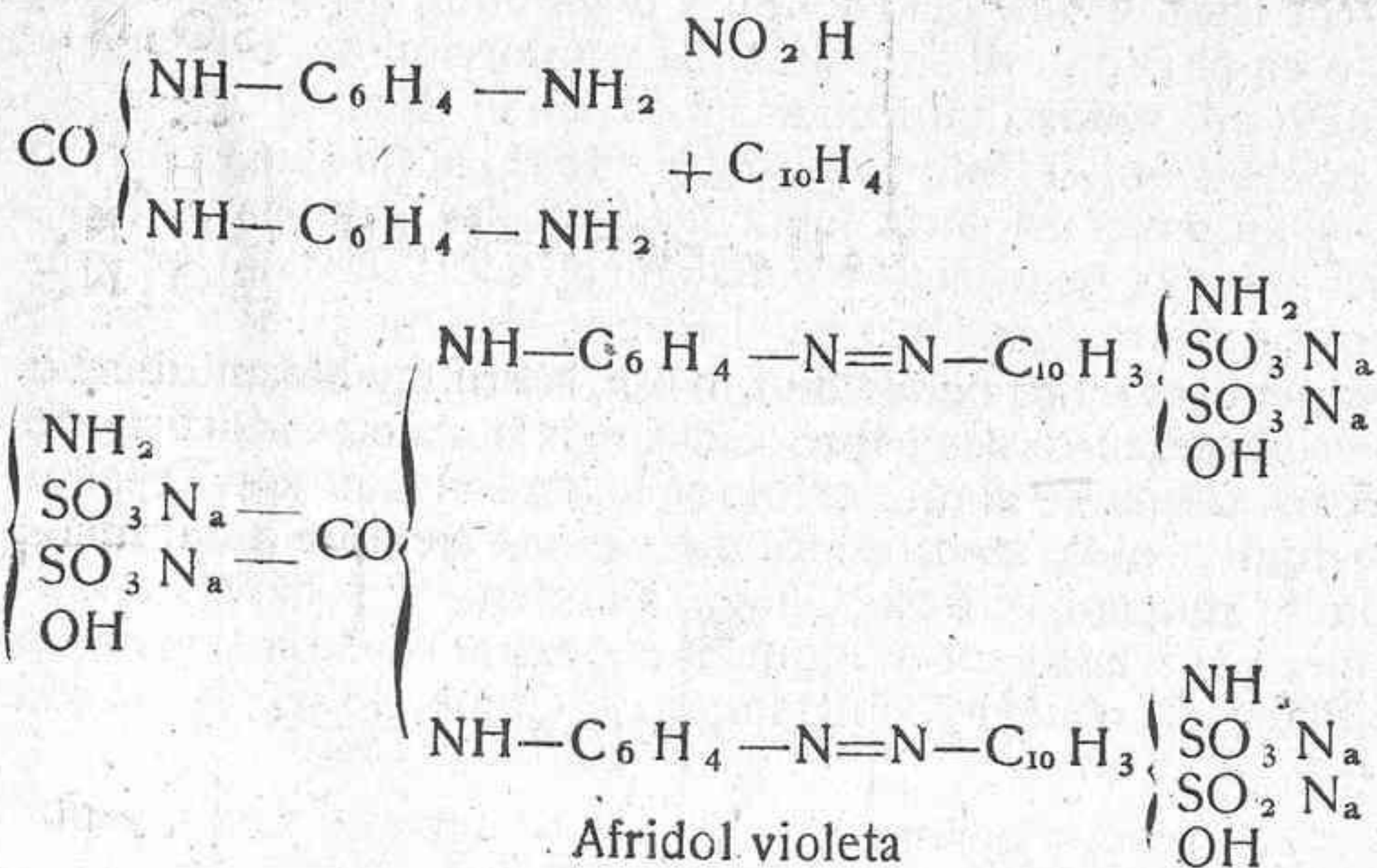


Otro diazoico designado por Nicolle y Mesnil con el nombre de «Afridol violeta», presenta propiedades esterilizantes contra el Tripanosoma Gambiense. Este producto deriva de una urea sustituida: la diamino-difenil-urea:



donde se vé el parentesco con la bencidina. Reaccionando esta urea con ácido nitroso y ácido amino-naftol-disulfónico en con-

diciones semejantes a las indicadas anteriormente conducen al Afridol violeta:



Las investigaciones subsiguientes sobre los azoicos han puesto en evidencia las propiedades tripanocidas de muchos de ellos habiendo descubierto Fourneau un producto no azoico pero derivado igualmente de una urea sustituida y presentando en su molécula dos grupos amino-naftaleno-disulfónicos. Esta sustancia muy activa sobre los Tripanosomas ha sido designada con el nombre de «309» por Fourneau siendo análoga al producto «205» de Bayer.

Algunas consideraciones sobre estructura química del Rojo Congo y el Prontosil

Es innegable que nos encontremos, al estudiar el Rojo Congo desde el punto de vista netamente químico, ante un cuerpo colorante del grupo azo, que la misma Casa Bayer reconoce como origen de su Prontosil en los ensayos de su Profesor Domag.

Efectivamente mientras la fórmula asignada al Prontoxilrubium acusa la existencia en su molécula de cuatro radicales diferentes (amido, sulfónico, azoico y bencénico) la estructura química del Rojo Congo, pone de relieve idéntica composición cualitativa reforzada su molécula con el núcleo naftálenico.

Es decir, que si en quimioterapia tiene un alto valor clínico la existencia de radicales conseguidos por diazotación, sulfonación etc, de que hoy dispone la gran síntesis orgánica, hay que admitir que dicha terapia aplicable al Prontosil lo puede ser con igual razón al Rojo Congo, ya que en su molécula nos encontramos con un disazoico que encierra los grupos amídicos, sulfónicos,

bencénicos y naftalénicos. La existencia de este último radical, del que carece la molécula del rubium y del album, tiene entrada sin embargo en el Prontosil soluble en la proporción de un nucleonaftalénico por unidad molecular y otro en el Rojo Congo.

En conclusión, el Rojo Congo y el Prontosil soluble encierran ambos en su molécula cinco idénticos radicales químicos (amido, sulfónico, azoico, bencénico y naftalénico) reforzados por un grupo acetílico y otro oxidrílico en el Prontosil soluble. Si a esto se añade la identidad de coloración, y por tanto, igualdad de aplicación cromoterápica, si es que ésta fuera la causa exclusiva de sus efectos clínicos—bien por bloqueo de retículo endotelial o por cualquier otro mecanismo biológico—siempre tendremos que admitir que con el Rojo Congo, simplemente, damos entrada terapéutica a una especie química de extraordinaria semejanza con el Prontosil recientemente lanzado al Comercio por la «Casa Bayer».

**Protocolo de observaciones de enfermos tratados con «Solucongo» (Solución Isotónica
estabilizada de Rojo Congo)**

CLINICA EXTREMEÑA

ENFERMO	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	RESULTADO
C. F.	Cistitis gonocócica.	5 c. c. diario vía endov.	Mejoría.
J. B.	Reumatismo.	5 c. c. id.	Continúa tratamiento.
J. M.	Reumatismo crónico.	5 c. c. id.	Curación.
L. F.	Fiebre puerperal.	10 c. c. id.	id.
A. A.	id.	10 c. c. id.	id.
J. G.	id.	10 c. c. id.	id.
P. C.	Reumatismo agudo.	10 c. c. id.	id.
C. J.	Melitococia.	10 c. c. id.	id.
L. D.	Neumonía traumática	5 c. c. id.	id.
G. S.	Aborto séptico	10 c. c. id.	id.
S. M.	Septicemia.	10 c. c. id.	id.
L. M.	Aborto séptico.	10 c. c. id.	id.
R. G.	Fistula de muslo ¿Fímica? infección operatoria grave	10 c. c. id.	id.
A. M.	Coxalgia.	10 c. c. id.	Nulo
A. G.	Melitococia.	5 c. c. id.	Curación
J. M.	Mastitis doble.	5 c. c. id.	id.
N. P.	Fiebre puerperal.	10 c. c. id.	No se aprecia mejoría en el tratamiento.
J. D.	id.	10 c. c. id.	Curación
M. N.	Ciática reumática.	10 c. c. id.	Mejoría rápida. Sigue Tratamiento.
E. V.	Reumatismo poliarticular.	10 c. c. id.	Curación.

S. G.	Urethritis blenorrágica.	10 c. c.	id.	id.	Nulo.
J. C.	Amigdalitis.	10 c. c.	id.	id.	Curación.
M. F.	Melitococia.	10 c. c.	id.	id.	id.
A. R.	id.	10 c. c.	id.	id.	Fué evacuado
A. P.	Otitis media.	5 c. c.	id.	id.	Curación.
F. D.	Abcesos pierna derecha con dilatación.	5 c. c.	id.	id.	id. muy rápida.
V. F.	Anexitis.	10 c. c.	id.	id.	Mejoría pronunciada.
J. L.	Forúnculo labio supurado.	10 c. c.	id.	id.	Curación rápida.
C. P.	Colecitis supurada (muy grave).	10 c. c.	id.	id.	Curación.
A. S.	Ulcera perforada intensa supuración.	10 c. c.	id.	id.	id.
N. P.	Empiema.	10 c. c.	id.	id.	Apirexia a las 2 ampollas si- gue tratamiento.
M. A.	Apendicitis supurada.	10 c. c.	diarios	vía endov.	Desciende la fiebre y supu- ración. Sigue tratamiento Negativo.
H. C.	Osteomielitis de fémur.	10 c. c.	id.	id.	Curación rápida.
J. F.	Abceso por inyección infectada.	10 c. c.	id.	id.	id.
P. J.	P. rotiditis Urliana.	10 c. c.	id.	id.	id.
D. A.	Angina Ludwid (operada).	10 c. c.	id.	id.	Mejora. Sigue tratamiento.
D. G.	Forúnculos generalizada.	10 c. c.	id.	id.	
A. C.	Hidroadenitis axilar aguda con linfangitis.	10 c. c.	id.	id.	Curación.

	Parotiditis.		Curación
F. G.	id.	6 días 2 c. c. diarios.	id.
L. S.	Forunculosis y absceso.	5 id. 2 c. c. id.	id.
L. R.	Fiebre pue peral y piomielitis.	4 id. 2 c. c. id.	id.
M. L.	Angina estreptocócica.	3 id. 5 c. c. id. v.	id.
F. T.	Pielitis.	4 id. 3 c. c. id.	id.
S. A.	Melitococia.	5 c. c. diarios vía endovenosa.	id.
P. P.	Absceso muslo izquierdo.	5 c. c. 2 veces vía id.	id.
J. C.	Colibacilosis.	5 c. c. 2 id. id.	id.
A. S.	Reun atimo cardíaco.	3 c. c. 2 id. id.	id.
N. S.	Reumatismo.	5 c. c. vía endovenosa	Curación; proceso agudo.
J. D.	Melitococia.	5 c. c. id.	id.
R. G.	Neumonía.	3 c. c. 2 veces vía intramuscular.	id.
C. P.		5 c. c. 2 id. id.	Mejoría. Sigue tratamiento.
C. G.		5 c. c. 1 id. id.	Curación por crisis al segundo día del tratamiento.
A. G.	Chancro Ducrey.	5 c. c. 1 id. id. endovenosa.	Curación.
A. J.	Reumatismo.	5 c. c. 1 id. id.	id.
J. Ch.	Corea de Sydenham.	5 c. c. 2 id. al día.	Hasta el momento, mejoría muy marcada. Sigue trat.º
F. A.	Colibacilosis.	5 c. c. 1 id. vía endovenosa.	Curación.
P. C.	Reumatismo.	5 c. c. 2 id. id.	id.
S. B.	Erisipela.	5 c. c. 2 id. id.	id.

Por causas inevitables, nos ha sido imposible reproducir una interesante serie de gráficas.

EPIDEMIOLOGIA, ANTIGUA Y MODERNA

Por SIR WILLIAM HAMER.

Traducción para CLÍNICA EXTREMEÑA, por Arturo O'Ferrall.

I. - NOTA DEL AUTOR

Esta obra representa un ensayo de comparación entre el comportamiento de las epidemias vistas en y desde Londres durante los últimos cuarenta años y los hechos correspondientes en la época de Sydenham. El Dr. José Frank Payne en el último párrafo de su obra sobre Sydenham observa. «Solamente al considerar su vida en conjunto, desde su juventud, podremos llegar a la comprensión de las complejas influencias, tanto intelectuales como políticas y religiosas, que colaboraron en moldear el carácter del gran médico puritano, Tomás Sydenham». De la misma manera, es solamente al considerar su trabajo en conjunto, desde su primera obra en 1666, hasta sus últimos trabajos que podremos llegar a apreciar debidamente todo lo que realizó, no meramente imaginando, ni tampoco sólo pensando, sino que averiguando e investigando lo que la naturaleza hace o produce con relación a las enfermedades epidémicas.

Durante los últimos 35 años, la gran obra de Creighton, «Historia de las Epidemias en Gran Bretaña», ha sido principalmente instrumental en la producción de una vuelta al método «Hipocrático» favorecido por Sydenham; el de estudiar la historia natural de la enfermedad. El medio siglo precedente había sido dedicado principalmente a ensanchar el nuevo mundo de la vida microscópica y al desarrollo de la «teoría del germen»; mientras que, más recientemente, los abismos más profundos de lo ultra-microscópico han sido explorados tentativamente. Lo macroscópico, sin embargo, no puede perderse totalmente de vista, y así, los relativistas y los cosmógonos comienzan nuevamente a levantar la cabeza; hasta la epidemiología da señales de volver en sí a la luz de un «nuevo clima de opinión».

Sydenham aconsejó a quien deseara dedicarse a «la pesca de la especie de una fiebre continuada», que «escogiese para su campo de observación algún sitio grande y populoso». El presente ensayo se inició pues, haciendo una comparación entre las epidemias de hoy día en Londres y en la época de Sydenham. Una reciente invitación para pronunciar dos «Conférencias Chadwick» trajeron consigo el estudio de la historia de la epidemiología durante la pasada centuria. El Dr. F. G. Crookshank propuso

entonces que se llevase a cabo un estudio completo del tema, dándosele el título de «Epidemiología, Antigua y Moderna». El autor ha tratado de llevar a cabo con toda fidelidad el plan propuesto por el Dr. Crookshank y desea hacer constar aquí la deuda de gratitud incurrida hacia dicho señor por su ayuda y consejos.

II.—PROLEGOMENO

En las conferencias «Lowell» pronunciadas en Boston en el año 1926, sobre «El desarrollo de la Religión», el Profesor Whitehead expuso la idea de que la historia presupone una metafísica. Observó: «Es una extraña delusión que la roca sobre la cual pueden fundarse nuestras creencias sea una investigación histórica». El pasado sólo puede interpretarse en términos del presente. Todo lo que tenemos es el presente y al menos que en este presente se puedan encontrar los principios generales que interpretan dicho presente como incluyendo una representación del total de la comunidad de existentes, no se puede dar ni un solo paso más allá de la propia pequeña inmediación. Un interés activo en la escena epidemiológica representada en Londres durante los últimos 40 años me ha dejado poco tiempo disponible para el descubrimiento de principios generales que la interpreten (hablando epidemiológicamente) como «incluyendo una representación de toda la comunidad de existentes»; pero me ha dado valor para describir mis experiencias la observación de Sydenham, citada en el capítulo precedente. Además, el estudio con aplicación a sus obras sobre tales principios generales según se ha demostrado, hasta ahora, conduce en verdad a la conclusión definitiva (a pesar del tiempo transcurrido) que «la pesca de la especie de las fiebres» en los años subsiguientes a 1915, da resultados que corresponden tan marcadamente con los obtenidos en los años después de 1673, que recuerdan los hermanos gemelos de Galton, que se parecían tanto el uno al otro, que cada uno se parecía más a su hermano gemelo que a sí mismo.

El consejo de Sydenham, en verdad, dirige la atención hacia un principio general de fundamental importancia en la epidemiología, a saber: que ha de atribuirse el verdadero valor al punto de vista macroscópico o por lo menos, que no ha de ser relegado a un lado a favor del punto de vista microscópico. Este principio general parece estar ganando terreno en otros campos que no están relacionados con el estudio de las enfermedades epidémicas; pero sea esto así, o no, no puede caber duda acerca de la conveniencia de su aplicación a la epidemiología.

Pero hay otro principio general que ha de tenerse en cuenta. El método Hipocrático, según nos dijo Creighton, siempre tenía en cuenta «graduaciones, modificaciones y afinidades», así como

diferencias. La «teoría del germen», cuando barrió todo delante de sí, llevó la epidemiología consigo y transcurrió algún tiempo antes que la importancia del suelo (tanto como la semilla) llegase nuevamente a ser reconocida plenamente; aún entonces aludir a la posible intervención de un «tertiumquid» se consideraba como una muestra de mal gusto.

Sin embargo, Longstaffe, estudió las notables relaciones, con referencia a periodicidad de acontecimientos epidemiológicos, de los varios componentes del grupo de enfermedades escarlatinosas, y notó su común tendencia hacia prevalecer más especialmente en los años en los cuales había deficiencia de lluvia. También Pottenkofer, en Munich, declaró que, además de «x» e «y» (la semilla y el suelo de los que pugnaban por la teoría de infección) había que contar con el factor «z»; así llegó a fundar la escuela de los «localistas». Además, en las reuniones de la Sociedad Epidemiológica se leyeron varios trabajos en la segunda parte del siglo XIX, referentes a las relaciones entre escarlatina y difteria; y la curiosa asociación, especialmente comentada por Murchison y Thompson, entre tifus y fiebres recurrentes fué repetidamente discutida. Cuando apareció el cólera en la última decena del siglo, nadie parece haber recordado la creencia, que parecía haber tenido muchos partidarios en los primeros brotes de cólera, que tendía a manifestarse asociado con la gripe. El informe de Bulstrode acerca de la epidemia de diarrea en el Hospital de Greenwich puso en evidencia que este brote, uno de influenza gastro-intestinal, había por casualidad fallado de ser diagnosticada como cólera; en muchos casos, se encontraron en la última decena del siglo idénticos riesgos de semejantes confusiones cuando tanto el cólera como la gripe eran muy frecuentes en Europa.

Además, la tendencia hacia clasificar las prevalencias gastro-intestinales por referencia a los «organismos causales» asociados a ellas y hacia ignorar la posibilidad de una relación entre cualquiera de estos brotes con la gripe, se hacía muy evidente en estos tiempos. El agua, la leche, los helados y varios tipos de alimentos (apio, berros, etc.) fueron objeto de sospecha, con perfecta razón, según se pensaba entonces, cuando ocurrían casos agrupados de fiebres, diarreas, etc. Sin embargo, quedaban aclaradas prevalencias epidémicas, en las cuales existía un caso *prima facie* contra agua o alimento, cuando la propagación de fiebre tifoidea y cólera por mariscos quedó al fin claramente establecida. El gran informe de Bulstrode sobre los brotes epidémicos ocasionados en ocasión de los banquetes municipales de Winchester y Southampton abrió un nuevo capítulo en epidemiología; y su detallado estudio de los criaderos de mariscos en nuestras costas preparó el camino para una gran reduc-

ción en la mortalidad por tifoidea que vino posteriormente. En Londres, en 1900, una considerable prevalencia de fiebre tifoidea que afectó simultáneamente tres distritos diferentes pudo comprobarse como ocasionados por peces pequeños de tipo platija, que en aquel tiempo frecuentemente se consumían sin destripar, como efectivamente era el caso, por la gente pobre. En los informes anuales referentes a Londres para ese y sucesivos años y en los informes presidenciales en la Reunión de los Médicos Sanitarios, quedaron detalladamente examinadas las cuestiones de agua, mariscos y peces sin destripar en relación con fiebre tifoidea y epidemias de cólera.

Muy pronto se presentó un alternativo al origen agua-alimento de la fiebre tifoidea, en efecto al comenzar la presente centuria, cuando se formuló la hipótesis del portador sano. Koch, descubriendo que la propagación directa de caso a caso en el cólera y la tifoidea no podía explicar, al menos en una vasta mayoría de casos, la presentación de la infección, y habiendo descubierto también, que el vibrio del cólera y el bacilo de tifoidea eran frecuentemente demostrables en personas que no aparentaban síntomas de enfermedad alguna, propagó la idea de que «portadores sanos» de los organismos mencionados eran a veces, en efecto en su opinión quizá generalmente, la causa de la propagación de las dichas enfermedades. La gran campaña del Sur de Alemania se inauguró como consecuencia. Que la teoría de Koch no era adecuada para explicar la fiebre tifoidea de Londres, fué demostrado en varios trabajos presentados a la Sección Epidemiológica de la Royal Sociedad de Medicina.

Con el establecimiento de un servicio médico-escolar en Londres, se llevaron a cabo esfuerzos sistemáticos para llegar al control de la difteria; a principios el método generalmente empleado era el cierre de las escuelas, pero después de algún tiempo se confió principalmente en la exclusión de ciertos escolares, en muchos casos niños aparentemente sanos, frotis de cuyas gargantas contenían bacilos, que morfológicamente eran imposibles de distinguir de los bacilos de la difteria; en algunos casos niños aparentemente sanos como he dicho, tuvieron que abstenerse de asistir a la escuela durante semanas y aún meses. La experiencia, sin embargo, demostró la inconveniencia de continuar el método de «exclusión de ciertos escolares» al menos que se prestase la debida atención a las circunstancias en la escuela misma así como a los resultados del laboratorio, es decir, a las consideraciones epidemiológicas así como a las bacteriológicas. La importancia de dar su debido valor a la historia previa de la escuela, y al aspecto clínico del examen de las gargantas de los niños, se notó especialmente durante la prevalencia de afección de garganta en una escuela industrial del Sur de Londres. Allí se efec-

tuó una prolongada observación de dos niños a quienes se había considerado como posibles propagadores de la infección y los hechos obtenidos se expusieron con todo detalle en el informe Anual de la Ciudad de Londres del año 1916. Desde aquella fecha en adelante, se confió más y más en el meticoloso estudio de los aspectos clínicos asociados a los correspondientes resultados de laboratorio y después de algunos años de experiencia, el método quedó establecido como una solución práctica del problema, por el Ministerio de Sanidad. Igual dificultad surgió en relación con fiebre cerebro-espinal en 1915, y en este caso, nuevamente, la importancia de tener en cuenta el aspecto epidemiológico en cada caso especial, junto con las investigaciones del laboratorio, se hizo insistentemente aparente.

Mientras que las dificultades administrativas asociadas al control de portadores sanos se pusieron así en evidencia, se estaba haciendo claro al mismo tiempo que las medidas tomadas para la mejora del aprovisionamiento de aguas y la prohibición de la venta de mariscos y peces contaminados, traerían como consecuencia el cese o por lo menos una marcada reducción en la prevalencia de cólera y tifoidea.

La mortalidad debida a enfermedades epidémicas de la garganta había descendido notablemente, pero la extensión a la que aún alcanzaban dió lugar a una continuación de las investigaciones del «factor desconocido», la posible existencia de los cuales había sido sospechada, cuarenta años antes, por Thompson. Las estrechas relaciones entre la difteria y la escarlatina hace tiempo que han sido reconocidas; la repetición de casos enfocaron la atención nuevamente sobre este problema. Las investigaciones llevadas a cabo en Londres sugirieron la idea de que quizá la pulga actuase como intermediario, propagando la infección de niño a niño, y el resultado de los estudios acerca de los puntos de interés que así surgieron, se discutieron ampliamente en los Informes Anuales del año 1917.

En uno de los mencionados informes también se investigó las hasta entonces incompletamente exploradas relaciones entre la gripe y las prevalencias con ella asociadas.

Mientras tanto ha causado gran interés en los laboratorios dedicados a la investigación, el descubrimiento de Schweinitz, que el germen del cólera porcino podía atravesar el filtro y que el bacilo de esta afección era por consiguiente un agente meramente asociado y no causal; este descubrimiento estimuló mucho las investigaciones referentes a virus ultravisibles; muy poco después el tema de la «mutación de bacilos» comenzó a atraer interés. Estas investigaciones de laboratorio facilitaron mucho la obra administrativa, ya que pusieron en claro que había existido una tendencia, durante los 10 ó 15 años preceden-

tes, hacía exagerar la importancia de la lucha contra los organismos, que podrían resultar al fin y al cabo solo «organismos asociados» y que no poseían significado primario «causal». Puede añadirse que la relación entre los virus ultravisibles con los Servicios de Sanidad se discutieron por la Real Sociedad de Medicina así como las dificultades administrativas de los años anteriores.

Fué en una atmósfera cargada de tales corrientes positivas y negativas, que el autor del presente trabajo comenzó y efectuó su aprendizaje en el estudio de la epidemiología y así continuó en el estudio sobre las epidemias de Londres. En capítulos sucesivos se dedica consideración especial a la familia de las fiebres gripales. La atención quedó dirigida necesariamente a la gripe y sus asociadas afecciones principalmente; ya que la primera parte del mencionado aprendizaje incluyó los años de las grandes prevalencias en la última decena del siglo pasado; además fué durante estos años precisamente que apareció la obra de Creighton «Historia de las Epidemias en la Gran Bretaña». Así, pues, casualmente ocurrió que durante este período la gripe era un tema favorito entre los técnicos, pues se encontraba precisamente en Londres en forma epidémica y fué causa de mucha discusión debido a la publicación entre los años 1891 y 1894 de la obra clásica sobre sus estadísticas en épocas pasadas.

Las impresiones producidas durante estos años constaron en las «Conferencias Milroy», de 1906, sobre el tema «Variabilidad y Persistencia de tipo en las Enfermedades Epidémicas». Quedó evidente que, tanto estudiadas en los diversos miembros de una familia, o en prevalencias asociadas de enfermedades epidémicas en una comunidad, la gripe era de extrema variabilidad y sin embargo manifestaba una extraña persistencia aun en sus más excéntricas manifestaciones.

Los trabajos de Creighton y Hecker sobre las enfermedades antiguamente denominadas «sudores» en Inglaterra, inevitablemente ocasionaron la investigación de su posible relación con la gripe o influenza. La historia demostró que la gripe era preeminentemente, por lo menos en los anteriores siglos, un «sudor». Además, las «Miliaires» y los «Sudores Picardos» eran también parientes de la misma familia. Aún otra enfermedad epidémica, que considerada epidemiológicamente reclamaba ser considerada de la misma familia, era el «Dengue». Las investigaciones relacionadas con la ola epidémica, en el caso sencillo de viruelas, sugirió la comparación de los fenómenos allí descubiertos, con los aparentes en la epidemia mucho menos estable de la gripe.

Las tres conferencias «Milroy» así esquematizaban, superficialmente, por lo menos, una teoría correcta, según parece ahora, pero una que precisaba una amplificación mucho mayor y un

desarrollo mucho más extenso. Las consecuencias subsiguientes a la gripe en 1890 habían sido principalmente pulmonares; las que precedieron a la gran pandémica de 1918, resultaron ser mucho más marcadamente cerebro-espinal en tipo. Esta notable manifestación de las «tendencias protéicas» de la gripe era de gran interés. Pues una vez que la gripe fué considerada por los epidemiólogos, no como una afección nueva, sino que aclamada como lo que en verdad era—«Le plus ca change, le plus c'est la même chose». (Mientras más cambiaba, más resultaba ser la misma cosa). Como dijo Sydenham de la fiebre de su «Quinta Constitución»: La fiebre no es ni más ni menos que lo que ha sido siempre... siendo su carácter el de la familia a la cual se ha incorporado. La constitución misma la describe como: «Muy anómala e irregular», y añade: «todas las enfermedades que han tenido su origen en ella han sido iguales».

Como consecuencia, este punto de vista se bosquejó en un informe publicado en 1919, que trataba de la Gripe en Londres de 1918-19, y se expuso con todo detalle y mucho más ampliada en el libro del Dr. Crookshank, titulado: «La Gripe: Ensayos por varios autores», y en el informe oficial del Ministerio de Sanidad. A la luz de estos estudios, se procuró nuevamente efectuar una completa reconciliación entre la epidemiología antigua y la moderna, en un trabajo sobre la «Constitución Gripal», en el cual la doctrina de Sydenham acerca de la interacción entre partículas del aire y la sangre y los humores del cuerpo humano, los primeros, ocasionando una crasia en los últimos, se colocó al lado con la doctrina paralela de Willis, formulada en su capítulo sobre «Fiebres Epidémicas», y ambas se estudiaron en relación con el concepto moderno de «una interacción entre un virus y comunidades humanas más o menos inmunizadas».

Subsiguiente al estudio efectuado en 1906 sobre ondas epidémicas y comenzando con el ejemplo más sencillo de una tal «interacción», se demostró que «la viruela en Londres, con su período de incubación de quince días, tiene una onda de entre diez y ocho meses y dos años; los elementos correspondientes en la gripe pandémica, se declaró entonces, podían considerarse aproximadamente como la tercera parte de una semana (es decir, la sexta parte de la de viruelas) y, digamos, $\frac{2 \text{ a } 4 \text{ años}}{6} =$ un tercio o dos tercios de año». Pero la gripe no demuestra la estabilidad manifestada por la viruela, ni mucho menos; y por consiguiente, es necesario tener en cuenta las variaciones exhibidas, de manera que una fase de la gripe sucede a otra, tanto en el germen como en la extensión de inmunidad conferida a sus víctimas. En efecto, el estudio de las prevalencias gripales demostró que la onda media ya mencionada (la de pandemias), se extiende en

precursores y consecuencias casi adyacentes a la prevalencia pandémica misma, a diez y ocho meses o dos años, y hasta a cinco o siete años en el espacio entre epidemias.

Según este concepto, sigue indudablemente la necesidad de aceptar, con el fin de completar el cuadro, primeramente, el concepto de la gripe «disfrazada» o sea influenza «endémica», como ocupante propuesto del espacio entre ondas; y, en segundo lugar, la de una «constitución gripal» sometida a un desarrollo evolucionario gradual a través de los siglos. Los cambios postulados en este último concepto, según era posible seguirles la pista en las estadísticas de los quinientos años posteriores, estaban expuestos y se demostró, trabajando desde lo comparativamente homogéneo hacia lo más marcadamente heterogéneo, que una «continuidad movible» de la «constitución gripal» podía discernirse; comenzando por el «cuadro compuesto de los tipos clínicos modernos aún no claramente diferenciados» y observados en «los sudores ingleses»; continuando los rastros de éstos a través de las extrañas fiebres (principalmente pulmonares y cerebrales) que formaban los primeros cuadros de la gripe, notando la gradual combinación de éstas con «las neumonías, tifus y fiebres recurrentes» de hace un siglo; hasta que, finalmente, las últimas prevalencias mencionadas se hicieron, en gran parte, suplantadas por ciertas enfermedades epidémicas del sistema nervioso central.

Así se trató de demostrar la correlación de tales opuestos (síntoma complejo) y comprobar que forman elementos inseparables de una unidad (epidemiológica) superior. Se creyó encontrar apoyo de esta hipótesis en recientes experiencias epidemiológicas individuales; en el hecho que las estadísticas de mortalidad de Londres proporcionan evidencia de la aparición de gripes «formando, como quien dice, espuma en las crestas de las ondas» de las fiebres; y en vista de la evidencia estadística de la persistencia de este fenómeno a través de las «épocas certificadas» en Londres, siempre que se tengan en cuenta las alteraciones de la nomenclatura de enfermedades.

Mientras tanto estaba en continuo progreso un considerable «movimiento a favor de las teorías de Sydenham». En 1919, el profesor Greenwood leyó un trabajo sobre la labor de Sydenham. Las conferencias «Chadwick» del Dr. Crookshank se habían pronunciado en el año 1920 y su libro «Primeros principios de Epidemiología» apareció en 1921. Estos trabajos suscitaron un renovado interés en los problemas de la epidemiología, estudiados desde el punto de la Historia Natural y tendieron a discontinuar la pasiva aceptación por parte de los epidemiólogos de la idea de que todo lo que podía pedírsele era que volvieresen a describir la epidemiología pero en términos de agentes causales.

Además, en 1929, el Dr. Goodall, publicó su trabajo sobre «La Constitución epidémica», en el cual comenzó por notar la vuelta de una antigua doctrina, referencias a la cual habían desaparecido de los libros de texto entre 1880 y 1890 y dió como razón principal por este olvido, «el aumento de la fe en la teoría del germen de las enfermedades infecciosas».

Ya antes de la guerra Europea, Perters discutió «la potencialidad epidémica» y en los trabajos iniciales de Ronald Ross y de Brownlee se llegó a conocer; Topley y Greenwood y Dulley, en los últimos años han continuado los estudios de la onda epidémica.

Además ha habido un marcado progreso en la inmunología. Se descubrió que la bacteriología moderna había sobrepasado a los postulados de Koch, como los sobrepasó Koch mismo. Se convino en que la bacteriología había encontrado su progreso impedido por el proseguimiento del trabajo de rutina en ayuda de la ciencia médica y hasta cierto punto había desatendido su propio deber; el Profesor Boycott dijo, hace un par de años, que desde que las bacterias solo habíanse estudiado como causantes de enfermedades, nadie amaba su estudio por sí solas.

Observando esta cuestión de otro ángulo, podría quizá decirse que al final del pasado siglo, la Epidemiología y la Bacteriología, como las proverbiales «criaturas perdidas en el bosque» perdieron sus padres naturales y cayeron bajo el dominio del tío malvado, un hombre esencialmente de negocios, cuyo único afán parecía ser el que perdiesen todo contacto la una con la otra. Así una quedó confinada en el laboratorio, mientras que se obligó a la otra a dedicarse exclusivamente a trabajos rutinarios relacionados, en primer lugar, en la colección de materiales para examen y más tarde con recomendar procedimientos de aislamiento y desinfección donde se obtenían resultados positivos; pero ahora, al fin, se ha puesto en claro que debían haberse criado juntas, aprendiendo el mismo lenguaje y acostumbrándose a trabajar en la más estrecha colaboración.

Los mejores resultados que se pueden obtener solo han de buscarse por un tal sistema de coeducación, permitiendo que el bacteriólogo y el epidemiólogo del futuro puedan comprender lo que el otro está haciendo. Bajo las antiguas condiciones, el desacuerdo era inevitable. Así llegaron a considerarse los trabajos de Sydenham como místicos y sus «constituciones» como excluyendo toda posibilidad de aceptación de la teoría del germen. A veces llegóse a asegurar que había pasado por alto la importancia de la infección y que ignoraba el hecho de la protección prestado por un ataque contra otro, de la enfermedad infecciosa. Hace algunos meses, cuando se citaron las frases al principio de su capítulo sobre Observaciones Médicas como evidencia de

que discernía claramente los principios sobre los cuales se basa la inmunología, esta idea se calificó de ridícula; sin embargo después de debida consideración, se admitió que Sydenham, nunca rehusó los «virus ultravisibles». Es de presumir que los críticos verdaderamente querían llamar la atención al hecho de que el fundador de la Epidemiología no acostumbraba emplear la terminología de Ehrlich e ignoraba los modernos trabajos sobre la desviación de complemento. Dice Carlyle: «no hemos leído a un autor, en verdad, hasta que veamos su objeto, cualquiera que sea, como él lo vió». El estudio de Sydenham claramente atestigua la verdad de esta observación.

Nadie que haya tenido experiencia íntima de las gripes del año 1918 y después, se dá cuenta de la Quinta constitución de Sydenham, podría poner en duda que ha observado la «fiebre estacionaria» que describió Sydenham, bajo condiciones iguales a las que existían cuando Sydenham las describió.

El Dr. Crookshank, ha indicado que «Alguna dificultad ha sido introducida en la discusión del tema por el uso, en dos sentidos diferentes, en la traducción de Latham de las obras de Sydenham, de la palabra «Constitución». Se ha empleado, correctamente por cierto, para traducir el término «Constitutio» (en la expresión *Constitutio Epidémica*) y entonces significa un orden o arreglo especial, en un sentido puramente concepto y de fenómeno. También se emplea para traducir la expresión *pro occulto veris diathesi*, refiriéndose a «las constituciones inscrutables de la atmósfera», una frase cuya traducción según Swan: «según la disposición secreta de la atmósfera», es mucho mejor. El término «constitución epidémica», según lo empleó Sydenham, es meramente el equivalente epidemiológico de lo que para el historiador militar lo es una campaña, para el estudiante de arte un «período» o «época» y para el viticultor «el año». La doctrina misma—originada por Hipócrates, resucitada por Bailleu y ensanchada por Sydenham—solamente implica que durante períodos naturales de tiempo, los hechos epidemiológicos en una región dada, tienden a exhibir peculiaridades y particularidades que son más o menos distintivas, de la misma manera que durante el reinado de ciertos soberanos, las modas, el arte y la literatura tienden a conformarse al espíritu de la época, y de la misma manera que durante una guerra, especiales períodos de actividad, son designados como «campañas». Aún más—y esta es la contribución especial de Sydenham a la doctrina formal—se considera que la observación, si se persiste en ella por el método histórico a través de prolongados períodos de tiempo, demostrará que existe una tendencia a la recurrencia periódica de similares constituciones epidémicas». Añade el Dr. Crookshank, «El hecho empírico de que los acontecimientos epidémicos

no son desordenados, sino parte de un proceso organizado (cuando se les observa de un ángulo apartado), y el hecho ulterior que la observación discierne períodos naturales en la serie epidemiológica, debe aceptarse y no por eso ha de implicar ni desprecio hacia lo que tenga que decirnos la bacteriología, ni tampoco la creencia de que las «influencias atmosféricas sean causa de epidemias».

(Continuará)

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, 12.

YODOTERAPIA SIN YODISMO

POR EL

YODOPEPTION "CID"

Yodo orgánico de amplio margen de tolerancia con un contenido de 5 por 100 de yodo terapéuticamente activo.

Cada XX gotas contienen 0'05 gramos de yodo. ARTERIOESCLEROSIS, ARTRITISMO, OBESIDAD, LINFATISMO, ETC.

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.

Dosis: De media a una cucharada en ayunas y por la noche. Niños, cucharaditas.

LABORATORIO CANTABRO

Apartado, 222

SANTANDER

PRODERMA

Pastas y pomadas para dermatología

PRODERMA PASTA DE ZINC.—Anticongestiva.

PRODERMA NAFTALAN.—Eczemas sub-agudos de regiones con piel fina.

PRODERMA TUMENOL.—Prurigos y pruritos, eczemas sub-agudos y crónicos.

PRODERMA AL ALQUITRAN.—Eczemas sub-agudos y crónicos, dermatitis, profesionales, etc.

PRODERMA BREA PIROGALICA.—Eczemas seborreicos, psoriasis, afecciones psoriásiformes, etcétera.

PRODERMA OXIDO AMARILLO.—Piodermatitis, afecciones piógenas o infectadas, etc.

PRODERMA ICTIOMERCURICA.—Impétigo y eczematizaciones secundarias.

PRODERMA AZUFRE NO GRASO.—Acné Juvenil polimorfo, etc.

PRODERMA AL MINIO.—Lesiones cutáneas originadas por los gérmenes de la supuración.

PRODERMA ROJO ESCARLATA.—Con ac. h. bacalao. Cicatrizante energético, úlceras inveteradas, quemaduras, etc.

PRODERMA CLORAMINA.—Bactericida energético.

Muestras a disposición de los señores Médicos

:: LABORATORIO CANTABRO. — SANTANDER ::

Derechos pasivos a los titulares

Esta cuestión de tanta trascendencia para los médicos titulares ha quedado resuelta, siquiera sea de modo provisional, por la orden del Ministerio de la Gobernación, de 11 de Enero («Boletín Oficial» del 16).

La jubilación puede ser por edad o por inutilidad física; las primeras se declaran con carácter forzoso cuando los funcionarios cumplen los 70 años de edad y se decretan de oficio.

Las jubilaciones por inutilidad física pueden hacerse en cualquier tiempo, bien a petición de los interesados, de los particulares o por acuerdo de los mismos Ayuntamientos.

Para la jubilación por imposibilidad física, ha de hacerse el expediente reglamentario, cuya tramitación es la siguiente:

1.º Se inicia el expediente con el documento o declaración escrita o verbal hecha por la parte interesada.

2.º Reconocimiento e informe de dos médicos nombrados por la Corporación municipal. Este reconocimiento ha de hacerse en el punto de residencia del Médico, siendo pagados los derechos por el Ayuntamiento, cuando el expediente de inutilidad no se instruya a petición del interesado. Si fuera éste el que lo hubiera pedido, entonces le correspondería abonar todos los gastos que se originaran.

3.º Informe de la Junta Municipal en pleno. Este informe ha de referirse a la inutilidad física que resulta de los informes emitidos por los Médicos reconocedores y en el que se diga, si a juicio de dicha Junta procede o no declarar la inutilidad y jubilación del interesado.

Oír al Médico a quien se trata de jubilar por la supuesta inutilidad, con exposición del expediente.

4.º Remisión de todo lo actuado, al Ayuntamiento, para su resolución.

5.º Contra los informes de los Médicos reconocedores puede alzarse el interesado ante el Gobernador, quien designará un tercero en discordia, y contra la resolución del Ayuntamiento, después de emitido este informe, no cabe otro recurso que el Contencioso provincial administrativo y ante el Tribunal Supremo.

Pensión extraordinaria por ceguera o parálisis total incurable.—Por orden del Ministerio de Hacienda, de 26 de Junio de 1934 («Gaceta» del 28), se dispone que la Ley de 9 de Julio de 1932 («Gaceta» del 12), se haga extensiva a los empleados administrativos, técnicos y profesionales de las Diputaciones y Ayuntamientos.

En su consecuencia, los empleados de esta naturaleza que se imposibiliten por ceguera o parálisis total incurable, serán jubilados con la pensión extraordinaria equivalente al 80 por 100 del sueldo que disfrutaban al cesar en el servicio activo.

Pensiones por inutilidad física.— Para los Médicos del Cuerpo de Asistencia pública que fallezcan o se inutilicen para la profesión en tiempo de epidemias, regirá la ley de Pensiones de 11 de Junio de 1912, y el reglamento para su ejecución de 5 de Enero de 1915.

Pensiones de viudedad y orfandad.— Según el artículo 82 del mismo Estatuto, la pensión de los hijos cesará en los varones al cumplir la edad de 23 años, y en las hijas cuando se casen ó tomen estado religioso. Aunque el contenido de este artículo no se refiere para nada a la viuda, ésta pierde el derecho a la pensión si cambia de estado o profesa en religión.

El derecho a estas pensiones deberá ser reclamado por los interesados, presentando los documentos que la justifiquen, o sea, la partida de matrimonio del Médico fallecido; certificación de defunción de éste; certificado de nacimiento de los hijos y fe de vida de todos los solicitantes.

Si el matrimonio hubiera tenido más hijos que los que viven en la actualidad, habrán de acompañarse también de certificados en los que se acredite el fallecimiento de los no existentes.

Es aplicable a los Médicos titulares el decreto sobre pensiones a familias de funcionarios de Administración local, asesinados o desaparecidos.

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.

Disposiciones sobre colegiación

que constan en los Estatutos Generales de los Colegios Médicos, aprobados por Decreto de 29 de Enero de 1930

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

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

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

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

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

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

La Jerarquía de la Organización Médica Española

Hemos recibido del Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos, la siguiente comunicación:

«La Comisión Permanente de este Consejo de Colegios tiene el honor de comunicar a V. que por el Excmo. Sr. Subsecretario del Interior, en oficio número 2.659, fecha 22 de Abril último; se dice lo siguiente:

«Se servirá comunicar ese Consejo a todos los Colegios Médicos Provinciales, que la única Entidad que puede intervenir en el aspecto profesional de la clase Médica, son, ese Consejo General y los aludidos Colegios, debiendo dar cuenta a este Ministerio de toda inromisión que pueda plantearse cerca de estos Organismos».

Ruego a V. dé la posible publicidad a esta Orden Ministerial y ponga su mayor celo en el cumplimiento del espíritu de la misma.

Dios guarde a V. muchos años.

Madrid, 20 de Mayo de 1939.—Año de la Victoria.—El Secretario, *S. García Vicente*, (Rubricado).

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

AYUDADA A LA INDUSTRIA QUÍMICA NACIONAL RECETAD PRODUCTOS ESPAÑOLFS

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 HIPOFOSFICO COMPUES O «ESCOLAR» ESTOMAGAL «ESCOLAR». YODURO DE CAFEINA «ESCOLAR». SOLUCION ESTABLE DE SALICILATO DE SOSA «ESCOLAR». SAL DE F. UTAS ESPAÑOLAS «ESCOLAR». BALSAMO DEL NIÑO «ESCOLAR». UROTROPIN «ESCOLAR». PIPERACINA «ESCOLAR». MIEL DE

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

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

Relación de vacantes de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria en la provincia

PARTIDOS MEDICOS	HABITANTES	CATEGORIA	PESETAS
Cachorrilla.	436	4. ^a	2.500
Casas de Miravete.	738	4. ^a	2.500
Fresnedoso de Ibor.	861	4. ^a	2.500
Garganta la Olla.	1.846	3. ^a	3.500
Gargantilla.	966	4. ^a	2.500
Gata.	2.358	3. ^a	3.500
Huélaga.	171	5. ^a	2.000
Jaraicejo.	2.367	3. ^a	3.000
Madroñera.	5.415	2. ^a	3.500
Majadas.	739	4. ^a	2.500
Malpartida de Plasencia.	5.396	2. ^a	3.500
Monroy.	2.649	3. ^a	3.000
Robledillo de Trujillo.	2.073	3. ^a	3.000
Robledollano.	595	5. ^a	2.000
Valdehúncar.	589	5. ^a	2.000
Villamiel.	2.041	3. ^a	3.000
Villar del Pedroso.	2.389	4. ^a	2.500
Navas del Madroño.	3.077	3. ^a	3.000
Jerte.	1.735	3. ^a	3.000

Los Médicos que deseen cubrir alguna interinidad de las mencionadas, lo solicitarán de este Colegio, para que éste pueda hacer la oportuna propuesta a la Inspección Provincial de Sanidad.

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

Movimiento de Fondos de la Previsión Médica Nacional en la provincia, en el año de 1938

Como dato informativo exponemos a continuación el Movimiento de Fondos que la Previsión Médica Nacional ha tenido en nuestra provincia de los diversos asociados de Médicos, Farmacéuticos y Odontólogos.

MEDICOS. — HABER	Pesetas
Saldo en 31 de Diciembre de 1937 a favor de Previsión	5.461 90
Importe de los recibos llegados en el año de 1938, para ponerlos al cobro	77.609 75
Importe del HABER.....	83.071 65

DEBE	
Importe de las transferencias hechas en el año (envío de fondos a la Oficina Central).....	36.887 14
Importe de los recibos devueltos impagados durante el año	3.374 40
Importe de las pensiones pagadas a diversos beneficiarios	39.533 11
Recibos pendientes de cobro por causas diversas .	3.277 00
Importe del DEBE igual al HABER .	83.071 65

FARMACEUTICOS. — HABER	
Saldo en 31 de Diciembre de 1937, a favor de Previsión	8.413 10
Importe de los recibos llegados en el año para su cobro.....	25.006 45
Importe del HABER.....	33.419 55

DEBE	
Importe de los fondos enviados a la Oficina Central en el año	29.008 92
Importe de los recibos devueltos impagados	244 05
Importe de las pensiones pagadas a diversos beneficiarios	4.166 58
Importe del DEBE.....	33.419 55

ODONTOLOGOS.—HABER

	<u>Pesetas</u>
Saldo en 31 de Diciembre de 1937, a favor de Previsión	627 85
Importe de recibos llegados para el cobro.....	2.078 00
	<hr/>
<u>Importe del HABER.....</u>	<u>2.705 85</u>

DEBE

Importe de los fondos enviados a la Oficina Central	2.705 85
	<hr/>
<u>Importe del DEBE</u>	<u>2.705 85</u>

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.

INSTITUTO PROVINCIAL DE HIGIENE DE CACERES

Sección de Epidemiología

Características demográficas-sanitarias de la provincia de Cáceres para el pasado año de 1938.

Población calculada en 31-XII-1938 (habitantes).....	477.563
Natalidad por 1.000 habitantes.....	23'5
Mortalidad por todas causas y todas edades por 1.000 habitantes	17'8
Mortalidad infantil de menores de un año por 1.000 nacidos vivos.....	160'7
Mortalidad infantil menor de un año por 1.000 habitantes	3'8
Mortalidad infantil menor de 5 años por 1.000 habitantes	6'4
Mortalidad maternal por Septicemias e infecciones puerperales por 1.000 alumbramientos	1'7
Mortalidad maternal por todos los accidentes puerperales por 1.000 alumbramientos	2'9
Defunciones por 100 nacimientos.....	76'0
Abortos por 100 nacidos vivos.....	2'5
Nacidos muertos a 100 abortos legales.....	93'2

Mortalidad específica por 100.000 habitantes

Fiebre Tifoidea.....	19'3
Sarampión	38'3
Escarlatina	1'0
Coqueluche.....	6'0
Difteteria	17'0
Gripe	40'0
Tuberculosis aparato respiratorio	82'9
Otras tuberculosis	21'6
Sífilis.....	2'7
Paludismo	7'5
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	34'5
Cáncer y otros tumores malignos.....	59'7
Tumores no malignos.....	2'5
Reumatismos crónicos y gota.....	3'5
Diabetes azucaradas.....	4'8
Alcoholismo crónico.....	2'3
Ataxia locomotriz.....	3'8

Hemorragia cerebral, embolia o trombolisis.....	149'7
Otras enfermedades del sistema nervioso.....	57'4
Enfermedades del corazón.....	139'4
Otras enfermedades del aparato circulatorio.....	42'5
Bronquitis.....	61'8
Neumonias.....	175'3
Otras enfermedades del aparato respiratorio.....	36'0
Diarreas y enteritis, todas edades.....	232'8
Diarreas y enteritis en menores de 2 años.....	176'7
Apendicitis.....	1'2
Enfermedades del hígado y de la vías biliares.....	19'7
Otras enfermedades del aparato digestivo.....	44'4
Nefritis.....	42'9
Otras enfermedades del aparato urinario y genital...	6'1
Septicemias e infecciones puerperales.....	4'2
Otras enfermedades de embarazo, del alumbramiento y del estado puerperal.....	2'7
Enfermedades de la piel, tejido celular y órganos de la locomoción.....	5'0
Debilidad congénita, vicios de conformación congé- nitos, nacimientos prematuros etcétera.....	87'2
Senilidad.....	72'2
Suicidios.....	2'5
Muerte violenta o casual (excepto suicidio y ho- micidios).....	66'4
Causas no especificadas o mal definidas.....	174'4

Del estudio comparativo de estos datos con los del año anterior, se deduce que ha disminuído la mortalidad por todas causas (tres enteros) asimismo como notablemente la mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos.

En las enfermedades infecciosas y parasitarias nos encontramos con aumento en Difteria y Paludismo, disminuyendo aquellas que presentaron carácter epidémico el año anterior con Sarampión y Coqueluche.

Cáceres, 22 de Junio de 1939.—Año de la Victoria

NOTICIAS

El Ministerio de la Gobernación ha dispuesto que el Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos tenga su residencia en Madrid. Por este motivo se han instalado sus Oficinas, con carácter provisional, Príncipe de Vergara, 36, (domicilio del Colegio Oficial de Médicos), donde ha de dirigirse toda la correspondencia con excepción de la referente a la Sección de Contabilidad, que con los servicios a ella inherentes: suministro de certificados oficiales y recetas para la prescripción de estupefa-

cientes, continuará en Valladolid, hasta la definitiva instalación del CONSEJO.

Igualmente ha dispuesto el Ministerio de la Gobernación, que el Patronato del Colegio de Huérfanos de Médicos tenga su residencia oficial en Madrid; con carácter provisional ha instalado sus Oficinas en Príncipe de Vergara número 36, (domicilio del Colegio Oficial de Médicos), donde debe dirigirse toda la correspondencia, con excepción de lo referente a la Sección de Contabilidad, que con los servicios a ella inherentes: suministro de pólizas, etc., continuará en Valladolid hasta la definitiva instalación del PATRONATO.

Don Urbano Casas Sánchez, de Naval Moral de la Mata, ha donado para el Colegio de Huérfanos de Médicos, 60 pesetas; y don Francisco Cáceres Villegas, de Almoharín, 7'50 pesetas.

El Patronato nos encarga expresemos en su nombre su agradecimiento en favor de nuestros huérfanos.

En Madroñera, donde ha ejercido muchos años, ha fallecido el Médico de A. P. D., don Juan Flores Sánchez, persona que gozaba de grandes simpatías entre los vecinos. Con tan triste motivo, enviamos a sus familiares nuestro más sentido pésame, y a los compañeros pedimos una oración por su alma.

También ha fallecido en Gata (e. p. d.) nuestro distinguido compañero don Felipe Benicio Camisón Simón, Médico de Asistencia Pública Domiciliaria de aquella localidad, habiendo quedado sumidos en el mayor desconsuelo a su esposa e hijos, a quienes enviamos nuestro pésame más sentido por la desgracia que les aflige.

Misiones de las Juntas de Distritos, entre otras, son:

«Informar acerca del establecimiento de una tarifa mínima de servicios profesionales en el Distrito, cuya tarifa después de aprobada por la Junta de Gobierno, harán respetar». (Apartado 9º del artículo 202 del Reglamento del Colegio).

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 recetar fórmula alguna de estupefaciente 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.

PEDRO R. DE LEDESMA

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

Cirugía general-Obstetricia y Ginecología

Avenida de la Virgen de la Montaña - Teléfono, 1310

CACERES

DISPONIBLE

Informe de actividades de la comisión de la Academia de la Lengua

El presente informe tiene por objeto dar cuenta de las actividades realizadas por la Comisión de la Academia de la Lengua durante el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 1961.

En primer lugar, cabe mencionar que se ha mantenido en vigencia el programa de trabajos establecido en el informe de actividades correspondiente al año 1960.

Entre las actividades más importantes realizadas durante el período en estudio, cabe destacar las siguientes:

- 1. Se ha continuado con el estudio de los dialectos regionales, en particular de los dialectos del centro y del sur del país.
- 2. Se ha realizado un estudio de los dialectos de la zona de los Andes.
- 3. Se ha trabajado en la redacción de un diccionario de la lengua venezolana.
- 4. Se ha publicado el libro "Gramática de la lengua venezolana".
- 5. Se ha publicado el libro "Diccionario de la lengua venezolana".

Además de las actividades mencionadas, se han realizado diversas conferencias y cursos de actualización para los docentes de la enseñanza primaria y secundaria.

En conclusión, se puede afirmar que la Comisión de la Academia de la Lengua ha cumplido satisfactoriamente con sus deberes durante el período en estudio.

Cuatro productos de máxima eficacia

Señor Doctor:

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

PULMOTOXIN

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

PULMOTON

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

TONDIUR

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

ANESTON

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

Señor Doctor:

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

Laboratorio del Doctor Vicente. - MADRID

Provisional: Uzandizada, 12. SAN SEBASTIAN