

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. BELLEROCENSE, N.º 28 - TELÉFONO 11895

PUBLICACION MENSUAL,
PROFESIONAL Y CIENTÍFICA

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
LA JUNTA PERMANENTE DEL
COLEGIO MÉDICO

SUMARIO

SECCIÓN CIENTÍFICA: Problemas diagnósticos en los quistes de mesenterio. — Epidemiología: Antigua y Moderna. — SECCIÓN DEONTOLÓGICA: Normas deontológicas de la consulta médica. SECCIÓN DE LEGISLACIÓN: Jefatura del Estado. Ministerio de la Gobernación. — Del ejercicio de la profesión. — Previsión Médica Nacional. — Muy interesante para los Colegiados. — SECCIÓN OFICIAL DEL COLEGIO: Acta de la sesión celebrada por la Comisión permanente del Colegio el día 7 de Septiembre de 1939. — Noticias.

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

Adultos

Optobalsan

(OPTOQUINA Y BALSAMICOS)

tratamiento de las afecciones bronquio-
pulmonares en general.

FÓRMULA

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

FORMULA NIÑOS - Ampollas de 1'5 c. c.

Laboratorio Vda. de Salvador S. Ortiz

BAZA - GRANADA

Laboratorio J. N. BOACIÑA

CACERES

NEUMOL

ANTICATARRAL INFALIBLE

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

Cicatrizo lesiones y repara tejidos

VENTA EN FARMACIAS

Laboratorio «CASTEL»

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 pildora Laveransan contiene:

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

Caja de 40 pildoras, pesetas 6'50

Muestras a disposición de los señores Médicos

LABORATORIO BAZO

RIBERA DEL FRESNO (BADAJOZ)

LUIS INFANTE

Médico especialista en

GARGANTA, NARIZ Y OIDOS

Consulta de 10 a 1 y de 5 a 6

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

AÑO DE LA VICTORIA

Clínica Extremeña

Revista científica mensual

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

Sección Científica

Problemas diagnósticos en los quistes de mesenterio

Por J. PEDRO RODRÍGUEZ DE LEDESMA,
Cirujano del Hospital Provincial de Cáceres.

Los quistes de mesenterio son enfermedades poco frecuentes. Por esto y por existir en el abdomen múltiples procesos quísticos que pueden simularlos, rara vez son diagnosticados. La mayor parte de las veces, los errores que se cometen consisten en diagnosticar enfermedades quísticas de ovario, páncreas, hígado o vesícula biliar, y hallar en la operación o en la autopsia, un quiste de mesenterio. Con menos frecuencia, se piensa en un quiste de mesenterio y resulta ser de otro órgano del abdomen.

En ocasiones es una enfermedad no quística la que simula el

Ceregumil

FERNNNADEZ

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

FERNANDEZ Y CANIVELL. — MALAGA

Representante general en Extremadura:

Francisco Cruz Quirós ● CACERES

quiste de mesenterio, tales como tumores del mismo o de otro órgano. Y por fin, pueden los quistes que nos ocupan presentar problemas de diagnóstico con la oclusión intestinal, las perforaciones viscerales, hernias internas, pancreatitis, gestación ectópica o torsiones agudas de quiste de ovario. En una palabra, casi todas las tumoraciones intraabdominales y casi todos los casos de ileus, pueden, circunstancialmente, prestarse a confusión con los quistes de mesenterio.

Pero antes conviene que puntualicemos lo que entendemos por quistes de mesenterio.

En rigor anatómico, el mesenterio es el meso del intestino delgado, pero por extensión también se llama mesenterio al meso del intestino grueso, esto es, a los meso-cólores y al meso apéndice. Por consiguiente, son quistes de mesenterio, los que topográficamente se desarrollan entre las dos hojas de estos mesos. Si se tiene en cuenta que hay órganos, que aún no siendo en sí de estructura mesentérica, pueden originar quistes que evolucionen en estos mesos, conviene incluirlos en el concepto general, de modo que los quistes del páncreas de evolución mesocólica y la degeneración quística de los ganglios linfáticos figuraran en este grupo. Por otra parte, hay quistes, que aún cuando se originan en estructuras mesentéricas; tienen una topografía retroperitoneal y, sin embargo, deben incluirse en el concepto que nos ocupa.

Esta definición prescinde de la anatomía y patogenia de estos quistes y solo considera la situación dentro de los pliegues peritoneales. No es muy feliz, pero es útil para el diagnóstico; que es lo que nos interesa.

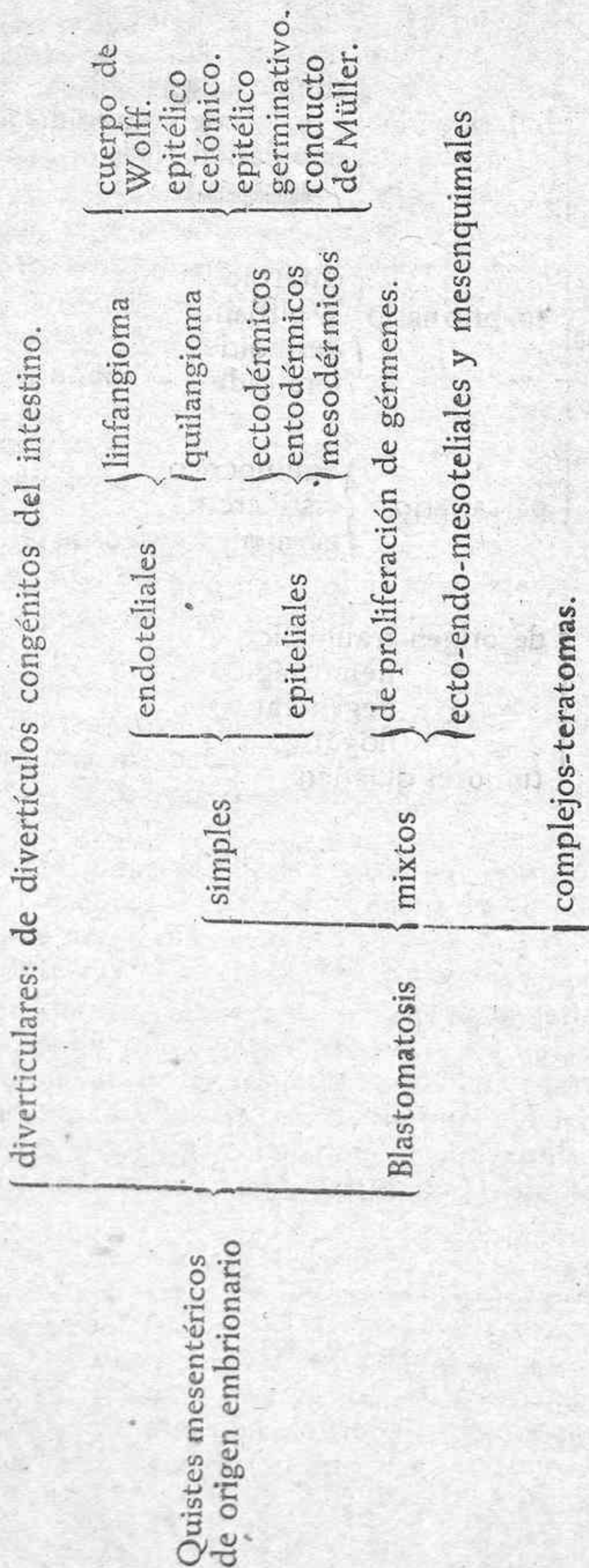
Otra condición muy interesante para el diagnóstico es la de su movilidad. Así los que evolucionan entre las hojas peritoneales del mesocolon suelen ser sesiles e inmóviles, sobre todo los de origen pancreático y los del mesocolon ileopélvico, mientras que gozan de gran movilidad los que se desarrollan en el mesenterio y tanto más móviles son, cuanto más distantes se hallan de su raíz.

CLASIFICACION.—Muchas clasificaciones se han hecho de estos quistes según la extensión del concepto que de los mismos se tiene. Para unos solo entran en la clasificación los que proceden de estructuras mesentéricas; otros incluyen hasta los procesos degenerativos ganglionares o pancreáticos de evolución quística; unos adoptan un criterio clínico, otros etiopatogénico y aún otros, anatomo-patológico, etc.

Una amplia clasificación es la reciente de Bonaccorsi (Il Policlínico; Diciembre 1935. Núm. 12) y que reproducimos a continuación:

A Quistes verdaderos	linfático	{	simple (linfagiostático)	de contenido..	{	seroso
			neoplásico (linfo- quiliangioma)			quiloso
	embriionario	{	enteroide			
			Wolffiano			
			dermoide			
			teratoide			
	parasitario	{	equinococo			
			cisticerco			
			gérmenes gaseosos (?)			
B Pseudo- quistes	{	de origen traumático				
		» hemorrágico				
		» degenerativo				
		» flogótico				
		tumores quísticos				

Clasificación de Fedeli.



Creemos que esta clasificación es poco afortunada al incluir ese grupo de pseudo-quistes en donde reúne procesos sumamente diversos. Así, por ejemplo, suponemos que el grupo de tumores quísticos se refiere a las neoplasias degeneradas, las cuales, por su evolución clínica, más fácilmente conducen al diagnóstico de cáncer o sarcoma que al de quiste. Asimismo, no deben denominarse quistes a los de etiología inflamatoria, puesto que las peritonitis tuberculosas enquistadas, los abscesos osifuentes de evolución abdominal o los abscesos subfrénicos, creemos preferible llamarlos de tal forma.

En cambio estimamos justo dividir en sus tres grupos: linfático, embrionario y parasitario, los quistes verdaderos, desarrollados los primeros a expensas del tejido propio del mesenterio, de gérmenes embrionarios aberrantes los segundos y de cuerpos autónomos extraños al organismo, los terceros.

Otros autores más antiguos no han tomado en consideración los grupos segundo y tercero de los quistes verdaderos, lo que es evidentemente una omisión censurable.

Así ocurre con la siguiente clasificación de Cornioley (Lyon. *Chirurgical*, 1926. - Tomo 23) que pretende una base anatómopatológica y es en realidad patogénica.

A.—		
Quistes de éxtasis por retención en los ganglios linfáticos	contenido ..	{ quilosos serosos hemorrágicos purulentos
B.—		
Quistes por degeneración quística de los ganglios linfáticos	contenido ..	{ quilosos serosos hemorrágicos purulentos
C.—		
Linfangiomas quísticos del mesenterio llamados gangliones cuando su contenido es quiloso . . .	contenido ..	{ quilosos serosos hemorrágicos purulentos

Esta clasificación prescinde de los quistes de estructura de pared intestinal; de los teratomas y dermoides y de los de origen Wolffiano, los cuales, aun cuando menos frecuentes que los de origen vascular-linfático, son muy interesantes, sobre todo los wofffianos que constituyen casi exclusivamente los que evolucionan en el mesocolon ileopélvico, muy importantes de conocer bajo el punto de vista clínico u operatorio. Además prescinde de los parasitarios, a los cuales se dirige siempre el pensamiento del clínico en presencia de cualquier quiste abdominal.

En el mismo trabajo, ofrece Cornioley otra clasificación puramente clínica, que estimamos muy útil para sistematizar los problemas diagnósticos.

Los quistes de mesenterio pueden ser:

A.—Retroperitoneales.

B.—Quistes mesentéricos puros } del mesoapéndice
 } del mesenterio
 } de los mesocólonos

En realidad el grupo A debiera comprender los quistes mesocólicos que suelen ser sesiles e inmóviles.

PROBLEMAS DIAGNOSTICOS.—Para nuestra exposición, de índole puramente clínica, haremos una clasificación más simple dividiéndolos en:

A.—Quistes de evolución mesocólica.

B.—Quistes de evolución mesentérica.

Solo hemos de hacer referencia a casos y problemas clínicos que se han presentado en nuestra experiencia personal, muy principalmente los que han motivado errores diagnósticos.

El grupo A le clasificaremos en:

1.º Del mesociego (cuando existe) y mesoapéndice.

2.º Del mesocolon transversal.

3.º Del mesocolon ileo-pélvico.

1.º En dos casos en nuestra práctica se han diagnosticado quistes de fosa ilíaca derecha con error. En uno de los casos se trataba de una vejiga urinaria distendida y en otro una vesícula biliar gigante.

En 1927, ejerciendo de médico titular, me fué enviado por un compañero de otro pueblo, un hombre de 50 años para que le operase de un quiste del ciego (?). El enfermo refiere, que desde hace próximamente un mes, se le ha presentado un bulto a la derecha del vientre. A veces este bulto es más grande y en otras se reduce, pero nunca desaparece. No tiene dolor y ningún trastorno intestinal. Orina con frecuencia pero sin dificultad. Se ha observado el bulto casualmente. No le causa molestia de ninguna clase y no le hubiera dado importancia, pero su médico le aconseja que consulte conmigo, porque teme que sea grave. Exploración: Tumoración del tamaño de una cabeza de feto, situada en la fosa ilíaca derecha; es redonda, lisa, poco movable a la exploración, ligeramente movable en la inspiración profunda; sonido mate y resistente. Hacia la parte externa repercute timpánico. Con la su insuflación del colon, la tumoración disminuye pero no desaparece, ni abandona su situación en la fosa ilíaca derecha. La tensión del líquido no es muy intensa; no se aprecia temblor hidatídico. Supongo que es un quiste hidatídico pero no tengo medios de laboratorio para diagnóstico. Tampoco pue-

do hacer un Cassoni. Por tacto rectal aprecio una próstata hipertrofiada. Aun cuando una situación tan lateralizada me despista, y no creo que sea una vejiga distendida, hago cateterismo vesical y extraigo litro y medio de orina clara, desapareciendo la tumoración. Todavía ignoro si adherencias pericísticas han podido desviar la vejiga de un retencionista crónico con distensión, o si existía un divertículo. Me inclino por lo primero.

En 1932, ingresó en el Hospital Provincial de Plasencia una mujer de 45 años, múltipara, que padecía una tumoración de vientre. Se había presentado hacía pocos meses sin dolores ni molestias de ninguna clase y había crecido de un modo lento. Menstruaba con regularidad y no acusaba en su historia ningún trastorno de aparato digestivo ni urinario. Exploración: Tumoración redonda, lisa, del tamaño como de una cabeza de adulto situada en la fosa ilíaca derecha. Ascendía hasta una línea horizontal que pasaba por el ombligo y traspasaba la línea media. Su límite inferior llegaba a sínfisis pubiana y ligamento de Poupart. Era de límites muy netos en todos sus contornos; resistente, mate, inmóvil en todas direcciones y a los movimientos respiratorios. No se modificaba ni en tamaño, ni en situación, ni en sonoridad a la insuflación del colon. Tacto vaginal: Útero de forma y tamaño normales; paramétrios y Douglas desocupados; buena movilidad pasiva de útero sin que sus movimientos se transmitan a la tumoración; esta no se alcanza por el tacto. El tacto combinado con la palpación hipogástrica permite delimitar el útero.

Cistoscopia: Eyaculación uretral normal a derecha e izquierda. El cateterismo uretral derecho no modifica la tumoración. Macidez hepática algo descendida; zona sonora a la percusión entre el hígado y la tumoración. No se practicó cateterismo duodenal ni exploración radiológica de vías biliares.

Por estos datos y por la situación excesivamente descendida, se rechaza el diagnóstico de quiste hidatídico pediculado de hígado y el de vesícula biliar distendida. Se desecha el diagnóstico de hidronefrosis por la existencia de eyaculación uretral normal, por no modificarse por cateterismo y por no cambiar de sonoridad mate después de la insuflación del colon. La falta de relación con los genitales al tacto vaginal obliga a suponer que no se trata de un quiste de ovario. Se piensa en quiste hidatídico de peritoneo, pero el Weimberg y el Cassoni y la eosinofilia resultaron negativos.

Se la lleva a la mesa de operaciones con un diagnóstico dudoso entre quiste hidatídico del peritoneo, quiste de mesenterio y quiste de ovario. En realidad nuestro diagnóstico se inclinaba más por quiste de ovario, a pesar de los datos negativos de la exploración. Intervención: Raquianestesia alta. Posición de Tren-

delemburg. Laparatomía media infraumbilical. Se aprecian los genitales internos sanos y sin ninguna relación con la tumoración. Se alcanza el límite inferior de ésta sin ningún pedículo descendente. Tiene adherencias con epiplón mayor y otras más largas con asas intestinales delgadas. El ciego está por debajo y a su derecha, pero no adherido. El colon se esconde por detrás y a la derecha y bastante adherido, pero con adherencias susceptibles de ser separadas. Despegamiento de múltiples adherencias de intestino y peritoneo parietal anterior, despegamiento de epiplón con múltiples ligaduras de sus vasos. La tumoración se pierde hacia arriba sin que se alcance su límite; va tomando un aspecto piriforme. Protejido el campo con compresas, se punciona y sale un líquido amarillo verdoso. Comprendemos que se trata de una vesícula biliar. Evacuación total del contenido, prolongación de la incisión hasta apéndice xifoideo. Despegamiento de intestinos, de duodeno, de vena capa inferior y cara inferior del hígado, ligadura de la arterial cística y muñón vesicular. Extirpación: Colocación de un grueso drenaje subepático con una compresa retorcida que salía por epigástrico. Sutura en tres planos de toda la incisión. El curso operatorio fué bueno. Se retiró el drenaje al 5.º día; alta a los 9 días.

2.º La característica clínica más importante de los tumores del colon transversal es su movilidad en sentido vertical. Esta movilidad se aprecia con los movimientos respiratorios, con la exploración manual y con la insuflación del estómago. Con la insuflación del colon, unas veces la tumoración se hace más ostensible (si está situada en la pared anterior del intestino grueso) y otras, se oculta (tumores del mesocolon y de la pared posterior del intestino). A estas características un poco esquemáticas hay que añadir el hecho de que estos tumores, tanto si son sólidos como si son quísticos, suelen estar unidos al estómago ya por su pared anterior, por su curvatura mayor o por su pared posterior, de modo que su exploración se halla subordinada a las condiciones de forma, situación y plenitud de aquella víscera. Así, por ejemplo, la insuflación de un estómago descendido puede tapar una tumoración de colon que se percibe con el estómago vacío. La insuflación de ambos órganos puede unas veces ocultar y otras exteriorizar estas clases de tumores. La radioscopia puede aclarar en muchos casos la topografía del tumor con relación a ambas vísceras.

En cuanto a los quistes del mesocolon, se aproximan a la pared abdominal unas veces por bajo del colon, otras empujando al colon por delante y otras entre colon y curvatura mayor del estómago. Si se tiene en cuenta que los quistes del mesocolon transversal están casi exclusivamente constituidos por los pancreáticos de crecimiento mesocólico, se comprende que sean

inmóviles tanto a la exploración manual como a los movimientos respiratorios.

Los quistes pancreáticos suelen radicar en el cuerpo o la cola del órgano: solo por excepción asientan en la cabeza, y en este caso pueden originar síntomas de compresión biliar. No tenemos experiencia de ningún quiste pancreático de evolución mesocólica. Nuestras observaciones se reducen a cuatro casos de quistes del páncreas todos ellos de evolución supragástrica y en todos se hizo fácilmente el diagnóstico de localización. En todos existía el antecedente de una historia previa de pancreatitis. La exploración radiológica permitió observar la imagen gástrica formando un semicírculo alrededor de la tumoración. El diagnóstico se hace con facilidad cuando el quiste ha crecido, pero al principio puede confundirse con peritonitis localizadas (plastrón de perigastritis). En un caso muy interesante solo pudo hacerse un diagnóstico retrospectivo de pancreatitis cuando el quiste pancreático se hallaba constituido y formando una gruesa tumoración epigástrica.

Niño de 13 años, de Arroyo de la Luz. Se presenta en consulta refiriendo que tres meses antes había sufrido una cox de caballería en el abdomen, seguido de un cuadro consistente en dolor intenso de todo el vientre, abombamiento, vómitos e hipo. Fue diagnosticado de contusión abdominal grave y no se operó porque se inició una mejoría de los síntomas agudos. Pero sigue con el vientre difusamente dolorido, inapetente y muy delgado, por lo que decide consultar. Observación: Enfermo muy desnutrido e intensamente pálido; anda encorvado hacia delante. El vientre aparece meteorizado y con gran contractura abdominal. Insistiendo en la palpación puede observarse que existe una resistencia en el epi y mesogástrico, muy extensa y de límites confusos. Pulso filiforme y con ritmo de 115. No tiene fiebre; leucocitos, 14,000; hematíes, 2.500,000. Diagnosticamos perigastritis y disponemos un régimen de reposo y hielo. El enfermo mejora de síntomas abdominales pero persiste muy desnutrido. Un mes después el plastrón tiende a delimitarse constituyendo una tumoración más redondeada. Los leucocitos bajan a 11,000. Un mes más tarde todo el abdomen está blando y depresible excepto la región epigástrica donde se hace obstensible un abultamiento hemisférico, tenso, resistente e inmóvil. Se diagnostica quiste pancreático consecutivo a una necrosis localizada del cuerpo del páncreas. Se operó practicando la marsupialización del mismo, saliendo un líquido seroso y alcalino, algo viscoso. El estado general del enfermo mejoró rápidamente, volviendo el apetito y el color; se elevó la cifra de hematíes. Pronto comenzó a nutrirse. La fístula pancreática curó en un período de un mes, sin incidentes.

En este caso, antes de constituirse el quiste pancreático, no se pensó en procesos de este órgano sino que antes de ser visto por nosotros se había diagnosticado, primero, contusión visceral grave, después apendicitis traumática y después peritonitis tuberculosa. Es de notar lo intensamente que se observaba en este muchacho la caquexia pancreática que en ninguna otra observación de pancreatitis subaguda o crónica hemos podido apreciar.

3.º—*Quistes del mesocolon ileopélvico.* Estos quistes son de una rareza extraordinaria. En cerca de 4,000 laparatomías que llevamos practicadas, solo hemos encontrado un caso. Se desarrollan a expensas de residuos embrionarios aberrantes procedentes del cuerpo de Wolff. Su crecimiento es muy lento y se hace entre las dos hojas del mesocolon ileopélvico, adhiriéndose a todos los órganos de la pequeña pelvis (sacro, uréter, útero, órganos del ligamento ancho, vasos ilíacos); el colon se sitúa delante de la tumoración. Era el caso nuestro de tamaño muy considerable, se extendía por dentro en la cara anterior del sacro y vértebras lumbares, por delante levantaba el peritoneo parietal anterior. Su pared, muy fina y transparente; el contenido seroso. El colon íntimamente adherido y muy difícil de separar de la pared quística. Lo mismo ocurre con la hoja superior del mesocolon que parecía formar una estructura única, junto con la pared del quiste. Los vasos sanguíneos muy disociados, serpenteaban por delante de la tumoración. Estos quistes son sesiles y por lo tanto inmóviles. Su extirpación, cuando son grandes, resulta laboriosísima y de extraordinaria gravedad por las dificultades de la hemostasia, por el peligro de lesión de órganos importantes (uréter, colon o vasos) y el de necrosis del intestino grueso por lesión de sus vasos nutricios. Tales quistes no suelen ser nunca diagnosticados. Casi siempre se operan con el diagnóstico de quiste de ovario adherente. Son pues un hallazgo operatorio.

En el momento de la operación el diagnóstico se basa en la situación de la S romana del colon por delante de una tumoración de gran tamaño, de paredes finas y conteniendo líquido de un color que, a través de la membrana peritoneal, parece ligeramente azulado. La tumoración levanta el peritoneo de la pared posterior del abdomen. En nuestro caso, el quiste, unilocular, tenía el tamaño de un embarazo de siete meses y estaba íntimamente adherido a todos los órganos de la pared posterior del abdomen y del suelo de la pelvis. Rechazaba el útero a la derecha, adhiriéndose por su borde izquierdo. El ovario y trompa se hallaban libres (diferencia con los quistes de ovario). Es interesante hacer el diagnóstico operatorio porque si se cree que es un quiste de ovario y que las adherencias son inflamatorias y susceptibles de ser liberadas, la extirpación será laboriosa y de

extraordinaria gravedad. En cambio si se diagnostica quiste de mesocolon puede practicarse una marsupialización, si se teme la operación radical.

En un reciente caso, operamos con diagnóstico de quiste de ovario, una tumoración pequeña, del tamaño de dos puños cerrados, y en la laparotomía creímos se trataba de un quiste de mesocolon por hallarse delante del mismo la Siliaca y transparentarse el quiste a través de la hoja superior del meso. Como conservábamos el recuerdo de una dolorosa experiencia del quiste al que nos hemos venido refiriendo, en el que perdimos la enferma por nuestro empeño de extirparle, temíamos hallarnos ante un caso semejante. Pero después de liberarlo, vimos se trataba de un quiste del ovario izquierdo, en el que adherencias del colon con la vejiga le habían encerrado y forzado a levantar el mesocolon ileopélvico. La operación de exéresis, aún cuando laboriosa, fué seguida de éxito, pero hubo que dejar un drenaje de Mikulicz en la gran superficie cruenta no peritonizable que quedó en el lado izquierdo de la pelvis.

B.—*Quistes de evolución mesentérica.*— Constituye el grupo de mayor interés, tanto en el orden anatómico como en el clínico.

Aceptando la definición de Bonascorsi, diremos que solo pueden llamarse quistes de mesenterio, las colecciones de materias densas, líquidas o gaseosas, provistas de una cápsula propia y característica, que se desarrollan entre las hojas del mesenterio y que tienen su origen en los elementos propios del tejido del mismo o de gérmenes embrionarios aberrantes en él existentes.

Según esta definición deben excluirse del concepto que nos ocupan todos los quistes parasitarios, así como las colecciones patológicas inflamatorias o las que procedan de emigraciones de otros órganos (abscesos osifuentes, peritonitis enquistadas etc.)

Los signos clínicos más importantes para el diagnóstico, se basan en su desarrollo progresivo y lento, su tolerancia, su situación media dentro del marco cólico (quistes mesotrópicos de Kelly), la comprobación de su naturaleza quística y su gran movilidad.

El desarrollo lento y la tolerancia son cualidades, que cuando existen, tienen un gran valor diagnóstico, para diferenciarlos de otras colecciones abdominales que de ordinario se presentan con sintomatología que causa la participación del órgano afecto (colecciones vesiculares; pancreáticas, renales, peritonitis enquistadas, etc.) Pero lejos de ser constante es un signo que falta con frecuencia. Así, en la historia clínica que referiremos después, el quiste se presentó aparentemente de improviso con un cuadro de obstrucción intestinal. El caso publicado por Bonaccorsi, acusa la existencia de una historia de dolores abdominales difusos, con localización preferente en la fosa ilíaca derecha, y fiebre,

que se repitió varias veces desde el 1.º de Mayo hasta el 1.º de Agosto y que condujo a un diagnóstico de apendicitis. La tumoración se apreció en Agosto en la región suprapúbica al lado derecho y era un hemo quilangioma multilocular, que simulaba una peritonitis circunscrita apendicítica.

En un caso de Torchiana, (Il Policlinico.-Oct. 1935), la enferma, de 23 años, llevaba cerca de un año padeciendo dolores epigástricos, acidez y pirosis y un buen día, al acostarse, descubrió una tumoración del tamaño de una naranja en fosa ilíaca izquierda que resultó ser un quiste de origen linfático. El desarrollo inicial del quiste pasó totalmente inapercibido.

La situación media del quiste pocas veces es perfecta. Ya hemos visto cómo los casos anteriores, que hemos recogido de la literatura más reciente, tenían la tumoración lateralizada en las fosas ilíacas. Por el hecho de esta situación no exactamente media y por su delimitación más o menos difícil a causa de resistencias musculares de la pared abdominal o por otras circunstancias particulares del caso, ocurre con mucha frecuencia la confusión diagnóstica con procesos de los órganos pelvianos o de la región ileo-cecal.

El siguiente caso nuestro es bien expresivo de lo difícil que puede ofrecerse el diagnóstico por circunstancias especiales del cuadro clínico.

Niño de 10 años, que ingresa en nuestro antiguo servicio del Hospital de Plasencia. Una carta del médico de cabecera dice que se le ha presentado, veinticuatro horas antes, un cuadro de obstrucción intestinal que requiere intervención de urgencia. El enfermo tiene pulso de 100; vómitos alimenticios. Fascies nada alterada. Según los familiares, la obstrucción intestinal ha sido completa pero al iniciarse la exploración expulsa una ligera cantidad de gases. Respiración abdominal.

El vientre distendido de un modo uniforme. Peristaltismo visible. En la fosa ilíaca se aprecia difícilmente a la exploración, un poco profunda, una tumoración del tamaño de un puño y con diámetro mayor de dirección transversal. Sus límites son confusos, no siendo posible saber si se trata de un plastrón apendicular o de una morcilla de invaginación. Como parece apreciarse alguna movilidad en sentido transversal y como no hay interrupción completa del intestino, pensamos en la invaginación. Se coloca una sonda rectal a las once de la mañana. A las cuatro de la tarde el enfermo ha tenido una gran deposición y ha desaparecido el meteorismo. El vientre hundido y depresible, fascies y pulso normal. No tiene fiebre. Tiene mucho apetito y pide alimento con insistencia. En la fosa ilíaca derecha, es decir, más bien casi en el hipogástrico, se aprecia mejor que antes una tumoración alargada en sentido transversal, del tamaño de un puño y fácil-

mente movilizable, idolora, lisa y de sonido al parecer timpánico. En ocasiones, la tumoración se esconde hasta casi desaparecer; en otras en cambio, se eleva mucho, siendo perceptible a simple vista. Causa la impresión de ser un asa intestinal distendida. Se piensa también en un quiste mesentérico, pero despista el sonido timpánico a la percusión superficial y a la profunda. El tacto rectal no demuestra nada. Se tiene al enfermo en observación y a la mañana siguiente la tumoración es menos acusada y el enfermo se ausenta voluntariamente de la clínica.

Dos días más tarde vuelve con una carta del médico insistiendo en que tiene una obstrucción intestinal y debe ser operado. El abdomen se ha distendido de nuevo y la tumoración se halla más encondida. Es la una de la tarde, se le coloca sonda rectal y a las tres el contenido gaseoso del intestino se ha evacuado; la tumoración es muy perceptible. Diagnosticamos vólvulo con alternativas de obstrucción y permeabilidad intestinal y le llevamos al quirófano.

En la operación hallamos un quiste quiloso de mesenterio. Su tamaño era más considerable que lo que la exploración clínica hiciera sospechar, pues seguramente tenía cerca de dos litros de contenido. En la profundidad alcanzaba la raíz del mesenterio y por delante sobresalía ligeramente del asa intestinal, la cual estaba sobre el quiste, o sea, que éste, emergía a través de la hoja inferior del mesenterio. Sin duda, por esta relación se explicaba el sonido timpánico de la tumoración. La membrana del quiste se extirpó con facilidad y se practicó, con seda, una sutura continua de la hoja inferior del mesenterio. Cierre de la pared abdominal.

La evolución del operado fué buena durante tres días, pero al cuarto se presentó un brusco cuadro de abdomen agudo, con gran distensión de todo el vientre, fascies abdominal, vómitos y pulso filiforme, falleciendo el enfermo en media hora escasa.

En la autopsia se apreció un vólvulo en sentido de izquierda a derecha, de todo el paquete intestinal delgado. El sitio de implantación del quiste correspondía a un asa que distaba unos tres metros del ángulo ileocecal.

Este caso expresa bien el conflicto diagnóstico de un quiste de mesenterio con la obstrucción intestinal, pero la pregunta que nos sugiere y que no sabíamos contestar es si en realidad el quiste pudo ocasionar los cuadros de oclusión, y en ausencia del quiste, si el hilo de sutura continua pudo sujetar el asa intestinal originando un eje de rotación, alrededor del cual, el peristaltismo del intestino determinó el vólvulo, o si el vólvulo ha sido la enfermedad primitiva del niño y el quiste quiloso fué su consecuencia, por la compresión que el mesenterio torcido hubiera determinado sobre los vasos linfáticos de su raíz.

Los tumores sólidos del mesenterio son muchas veces diagnosticados de quistes. La apreciación de su naturaleza sólida o quística no siempre es posible, bien porque el grosor o contractura de la pared muscular lo impida, bien porque tenga delante el asa intestinal correspondiente, cuyo contenido gaseoso enmascara el resultado de la palpación.

En uno de nuestros casos, una tumoración muy movable y bien tolerada, en una muchacha de 17 años, nos llevó a un diagnóstico probable de quiste de mesenterio. En la laparatomía se halló un tumor sólido del mismo, que parecía un sarcoma, el cual, por sus dimensiones y tamaño, se consideró inoperable. Después hemos sabido que la enferma curó, lo que hace suponer que se tratara de un tuberculoma. Los quistes de ovario así como las hidrofrenosis son procesos cuyo diagnóstico diferencial con los quistes mesentéricos es sobradamente conocido.

Por último, también puede confundirse con los quistes de mesenterio, la vesícula biliar.

Resumimos a continuación un caso nuestro que ocasionó este error, por hallarse la vesícula biliar situada en el lado izquierdo del abdomen.

Se trataba de una mujer de 50 años, que en el mes de Septiembre de 1935 sufrió un cuadro agudo de vientre, al parecer de suma gravedad, que hizo pensar al médico en una perforación visceral, pero los fenómenos dolorosos pronto tendieron a localizarse en el hipocondrio derecho. El médico diagnosticó colecistitis aguda y la enferma mejoró. En el mes de Diciembre nos la envía, porque tiene un plastrón inflamatorio en la región epigástrica.

Encontramos una enferma bien nutrida que a la izquierda del epigastrio tiene una pastosidad, no dolorosa, fija, del tamaño aproximado de un puño, de contornos difusos. Tiene contractura muscular localizada. El cuadro hemático es sensiblemente normal. No acusa ningún trastorno digestivo. La curva de glucemia y la uremia son normales. Ningún trastorno de orina ni heces. Apirexia. Ninguna alteración radiológica de aparato digestivo. Wassermann, Weimberg y Cassoni, negativos. Diagnosticamos un plastrón peritoneal residual a algún proceso agudo de abdomen y pensamos con preferencia en la perigastritis. Como la enferma no puede quedarse para someterse a un tratamiento diatérmico, la enviamos a su casa con prescripción de reposo y helioterapia en el abdomen.

En el mes de Abril volvemos a verla y tiene una tumoración de aspecto quístico, del tamaño de una cabeza de adulto, redonda y lisa, cuyo límite inferior desciende más de tres traveses de dedo debajo del ombligo. Su límite derecho no pasa de la línea media; su límite superior está separado de la macidez

hepática por una zona sonora y su límite izquierdo se pierde en el hipocondrio hasta el punto de que podía confundirse con una tumoración de vaso, sino fuera que detrás de ella se presenta una zona clara. Existe movilidad respiratoria y otra movilidad pasiva en sentido horizontal, si bien no tiene un desplazamiento considerable. No existe temblor hidatídico y la insuflación del colon no oculta la tumoración. Movilidad vertical pasiva falta en absoluto. Diagnosticamos un quiste hidatídico, pediculado, de lóbulo izquierdo de hígado o un quiste de mesenterio. Por las reacciones negativas, nos inclinamos por el último diagnóstico y suponemos que el episodio agudo del principio debió ser la primera manifestación clínica del quiste.

Operación.—Incisión en ángulo, que desde el epigastrio desciende hasta el ombligo y a este nivel cambia horizontalmente a la izquierda. Levantamos el colgajo triangular resultante y observamos la existencia de adherencias muy densas de asas intestinales con la tumoración y con el peritoneo parietal. Por arriba, la tumoración se perdía entre asas intestinales. No creemos prudente intentar la liberación de las adherencias, y creyendo que se trataba de un quiste de hígado pediculado, puncionamos para practicar la marsupialización. Lejos de obtener líquido hidatídico, se extrajo un contenido seroso, ligeramente turbio y algunos cálculos de pigmentos biliares muy blandos. Por consiguiente se trataba de una vesícula biliar. Se suturó con puntos de marsupialización a la trama horizontal de la incisión y se dejó un grueso drenaje de goma. Cierre del resto de la herida a dos planos, un músculo seroso con crin y otro cutáneo con seda, a puntos separados. Buena evolución y alta a los nueve días.

Este caso planteó un interesante problema de diagnóstico entre quiste de bazo, de mesenterio y de hígado. De tumor de bazo, tenía su situación, que alcanzaba el hipocondrio izquierdo. Pero tenía en contra la falta de borde escotado, la existencia de sonoridad de colon en su superficie externa (izquierda) y sobre todo la movilidad pasiva, exclusivamente lateral, mientras que los tumores esplénicos cuando son movibles, lo son en sentido vertical, describiendo un arco de círculo alrededor de un centro imaginario en la línea media, donde se implanta su pedículo. Lo mismo puede decirse de una hidronefrosis, y además, en este caso, el colon insuflado estaría delante del tumor y no por fuera del mismo. De quiste de mesenterio tenía su situación muy baja y su movilidad, pero faltaba movilidad vertical, si bien esto podía explicarse por adherencias secundarias.

En rigor, la topografía del quiste y su movilidad correspondían más que nada a una tumoración pediculada de hígado. Si la hubiéramos hallado en el punto simétrico del lado derecho, no habríamos dudado de que fuese una vesícula biliar, pero tan

lateralizada a la izquierda no podíamos sospecharlo, pues no había transposición de la macidez hepática ni de otras vísceras. Para ser una tumoración de hígado tenía que ser quiste hidatídico pediculado, diagnóstico que no rechazábamos en absoluto.

Otros dos casos merecen mencionarse en la estadística, si bien uno de ellos, no planteó problemas diagnósticos. El primero se refiere a un niño de 10 años, que sin ningún antecedente clínico de interés, presentaba en medio del abdomen una tumoración de desarrollo lento, perfectamente tolerada alargada en sentido vertical, con movilidad respiratoria y a la exploración sobre todo en sentido transversal. Se pensó en un quiste de mesenterio pero el enfermo no volvió a la consulta y no pudo completarse el diagnóstico.

El otro se refiere a un niño de 3 años, que lentamente venía acusando una tumoración abdominal tolerada, y sin ningún otro síntoma. Cuando le vimos la tumoración, tenía el tamaño algo menor que una cabeza de feto; estaba situada en fosa ilíaca derecha; era redonda, lisa, movable en sentido transversal, hasta alcanzar la línea media y perfectamente delimitables; el contenido al parecer líquido y con gran tensión. No parecía una vejiga distendida pero por la semejanza de localización con el primer caso referido en este escrito, practicamos un cateterismo vesical, extrayendo orina normal pero no se modificó la tumoración. Por ser el niño hijo de un pastor, diagnosticó quiste hidatídico y aún cuando el Weimberg, el Cassoni y la eosinofilia fueron negativas, con tal diagnóstico le operé. Extraje un quiste no hidatídico provisto de fina membrana y colocado en la pelvis, rodeado de pliegue peritoneales y con un pedículo poco vascularizado en la parte derecha de la región lúmbo-sacra. No tenía verdaderas relaciones anatómicas ni con el ciego ni con las asas intestinales delgadas, su implantación era senil por que tenía un origen retroperitoneal y el peritoneo posterior levantado era el verdadero pedículo aparente. Su contenido, seroso claro. No se practicó ningún examen anatómico-patológico, e ignoro qué clase de quiste pudo ser. Por la zona de implantación discurría el uréter y los vasos ilíacos.

Resumimos nuestra experiencia acerca de los quistes de mesenterio en las siguientes conclusiones:

1.º La frecuencia es escasa, de 4,000 laparotomías sólo hemos hallado dos casos de quiste mesentérico verdadero y otro de quiste de meso-colon ileo-pélvico, esto es, aproximadamente una frecuencia de un 1 por 2,000. Puede tratarse de una serie favorable. En clínicas más especializadas, el número de casos ha sido escasísimos. Así Wakeley (1931), hace ascender a 300 el número de casos recogidos en la literatura y Waerneld (1932), reunió hasta 500. Becker, en el descenso 1917-1927, ha podido

recoger 63 casos publicados; Bonaccorsi, en 10,000 intervenciones abdominales practicadas en la Clínica Quirúrgica de Roma, ha tenido 9 casos, lo que da una proporción de 1 por 1,000, o sea la mitad de la proporción nuestra. La frecuencia es la misma para los dos sexos, según nuestra estadística, y en 53 por 100 de varones contra 47 por 100 en hembras, según Bonaccorsi.

2.º El diagnóstico puede ofrecer dificultades insuperables con la mayor parte de las formaciones gástricas abdominales, siendo la vesícula biliar el órgano que con más frecuencia ha simulado, en nuestra práctica, un quiste de mesenterio.

3.º La obstrucción intestinal es un síndrome de frecuente presentación en los quistes de situación distal, en el mesenterio del intestino delgado y la anteposición del asa intestinal correspondiente, enmascara los datos de percusión.

4.º En los mesocólicos es absolutamente imposible hacer un diagnóstico respecto de los quistes ováricos por adherencias o de los que, por ser muy grandes, ocupan la pequeña pelvis.

BIBLIOGRAFIA

- Cornioley.—«Lyon Chirurgical», 1926. Tomo XXIII.
 Tillaux.—«Bull. de l'Acad. de Med. de Lyon», 1880.
 Bauman.—«Münchener med. Woch», 1923.
 Collins and Berdez.—«Arch. of Surgery», 1934.
 Higgins.—«Brit. Journ. of Surg», 1924.
 Weichert.—«Brun's Beitr. zur Klin. Chir», Ban CXLV.
 Peters.—«Zentralblatt für Chirurg», 1933.
 Foster.—«Brun's Beitr. zur Klin. Chir», Band 12 (?) 4.
 Hahn.—«Münchener med. Wochenschrift», 1905.
 Latteri.—«Patologia e clinica delle ciste de mesentere», Palermo, 1925.
 Becerro de Bengoa.—«Rev. Esp. de Obst. y Ginec.», 1921.
 Dowel.—«Annals of Surgery», 1930.
 Alessandri.—«Il Policlinico», 1920.
 Desgouttes-Ricard.—«Journal de Chirurgie», 1928.
 Torchiana.—«Il Policlinico», 1935.
 Brunetti.—«Il Policlinico», 1913.
 Fedeli.—«La Clinica Chirurgica», 1927.
 Bonaccorsi.—«Il Policlinico», 1935.
 Naegeli.—Tumores del vientre.

EPIDEMIOLOGÍA: ANTIGUA Y MODERNA

Por SIR WILLIAM HAMER.

Traducido para CLINICA EXTREMEÑA, por Arturo O'Ferrall.

(CONTINUACIÓN)

Las grandes Gripes en la cresta de la onda pandémica de 1918-1920

El Informe Anual de 1917, publicado a mediados de 1918, explica los tres notables característicos que, desde el punto de vista epidemiológico, eran considerados como el diagnóstico del tipo de Gripe Epidémica entonces prevalescente. (1), su presentación periódica; (2), la tendencia a convencer a los observadores de que se trata de una enfermedad nueva; (3), sus manifestaciones proteicas. También se discute el cambio de fase de la Gripe Epidémica, propugnada en 1918 en varios artículos publicados por «The Lancet», en los cuales se sugería la idea de que la nueva enfermedad era en efecto «Botulismo». Más tarde, esta fase fué descrita como «una obscura enfermedad con síntomas cerebrales», y aún más adelante, se llegó a conocer generalmente como «Encefalitis Letárgica». El Doctor Crookshank en sus «Conferencias Chadwick», en las cuales explanó la historia de la Encefalo-Mielitis, comprobó que la Encefalitis Letárgica no era de manera alguna una enfermedad nueva.

Las prevalencias del período 1918-1920 han sido ampliamente estudiadas en trabajos oficiales publicados en varios países, además han sido detalladamente comentadas en el libro del mencionado Dr. Crookshank.

Allí se indica que como observó Creighton: «La gripe puede identificarse tan seguramente en las breves frases de las crónicas medievales como en las extensas descripciones modernas»; además, mediante un cuidadoso estudio comparativo de los datos disponibles, ha establecido con seguridad la estrecha relación que existe entre la epidemia de Gripe y las epidemias de «fiebres recurrentes antiguas». Ahora se sabe que estas fiebres relacionadas a la Gripe, eran en efecto las ya conocidas, con complicaciones gastro-intestinales, pulmonares o nerviosas, que constituyen el tipo de enfermedad que la Gripe «Proteus» (protéica) asume. Se ha dedicado especial atención, en la investigación de referencia, a la Fiebre Cerebro-espinal, pues ha sido muy fácil encontrar ejemplos de pasadas epidemias de esta índole, en el gran capítulo histórico que Creighton dedica al Tifus y a las Fiebres continuas. El Dr. Crookshank ha hecho una similar colección, sacada de la

literatura sobre la «Enfermedad de Heine-Medin», y si hubiese habido material disponible referente a las Neumonías Epidémicas o «Bronquitis Epidémica», el campo de investigación podría haberse extendido quizás mucho más y con mayor provecho.

Luego se mencionan dos puntos interesantes en el Informe Anual de 1918.

Primero: Se debe comprender que las pandemias gripales del Siglo XIX no afectaron a todas las partes del mundo civilizado simultáneamente, había una tendencia, en efecto, hacia alternar entre los hemisferios Occidental y Oriental. Europa sufrió más en 1780-82, más América en 1798-99, Europa fué más afectada en 1800, América casi exclusivamente en 1815-16, y nuevamente en 1826-27, Europa más en 1831, América en el verano del año 1843, Europa más tarde en la misma decena, América nuevamente en 1852, mientras que ambos hemisferios parecen haber sido igualmente afectados en los años 1860-1870 y 1880-90, así como también en 1916-18.

Segundo: Es importante darse cuenta que las «constituciones» se extendían a través de un mayor número de años en las últimas centurias que en las anteriores; y como resultado de ésto, se podrá ver que el estado de la población afectada, en lo que a libertad de comunicación con el mundo en general y también a la inmunización por ataque anterior se refiere, tiene una influencia importante en la determinación de la duración de la «constitución epidémica» y el curso general de la enfermedad.

Los párrafos finales del mencionado informe versan sobre «algunos de los factores que controlan la forma de la «onda gripal», y como resultado de ésto, se hizo la siguiente exposición del contraste entre una prevalencia (pandémica) original y la siguiente, y un pronóstico de los probables acontecimientos epidemiológicos posteriores, como sigue: En el caso primero; «Las personas que circulan libremente entre sus semejantes tienen especial tendencia a ser atacados; en el segundo, los niños jóvenes y las personas de edad sufrirán en mayor proporción. En el caso anterior, la prevalencia será muy extendida, siendo la mortalidad comparativamente baja; en el último, las complicaciones pulmonares entre ancianos y adolescentes y las complicaciones nerviosas de los niños elevará considerablemente la mortalidad. El primer brote no se extenderá tan rápidamente como la prevalencia pandémica, parcialmente porque su predecesor se llevó lo más fácil del material susceptible (es decir los más expuestos a contagio) y en parte, porque algunos de los afectados pueden haber adquirido una inmunización parcial en el ataque anterior».

Mientras que brote es sucedido por brote, las complicaciones cerebro-espinales y pulmonares asumen mayor preeminencia, las prevalencias son más prolongadas y tienden a ocurrir con

intervalos mayores y el poder ofensivo de casos individuales se hace menos notable. Después del transcurso de seis u ocho años los característicos de la Gripe en su fase pandémica se nublan mucho y salvo por un ligero aumento anual en la mortalidad por neumonía, bronquitis, etc., la existencia misma de la Gripe puede hasta llegar a perderse de vista en una gran urbe. Sin embargo la protección de la población disminuye gradualmente y después de algún tiempo, las enfermedades anómalas, fiebre cerebro-espinal, poliomiélitis, neumonía epidémica, nuevamente comienzan a atraer la atención; y más tarde aún, quizás la letargia y otras manifestaciones protéicas de la Gripe se presenten, finalmente llega el momento cuando los habitantes de la gran urbe se dan cuenta que son presa de algo que solo pueden describir como una enfermedad nueva.

En el Informe sobre la Pandemia de la Gripe se hacen algunas importantes observaciones acerca del «cuadro escénico» de una epidemia gripal. La relación entre la Gripe y otras enfermedades contemporáneas y la discutida cuestión de si existe una «Constitución Epidémica» de la Gripe se discuten como sigue:

Para contestar a estas preguntas debemos considerar nuestras últimas experiencias del «cuadro escénico» de una epidemia gripal. Llamamos la atención varias anotaciones epidemiológicas que parecen establecer:

a) Que los factores epidemiológicos del ciclo de años dentro del cual surgen las Gripes son distintos de los ciclos libres de epidemias.

b) Que, precediendo a la Gripe Epidémica, hay a menudo un aumento en la morbilidad de la población, se desarrolla una «constitución epidémica» favorable a la Gripe, hay precursores precoces aunque leves de la enfermedad y se observan enfermedades clínicas, paralelas o relacionadas.

c) Que hay concurrencias, similitudes e interrelaciones entre los brotes de fiebre cerebro-espinal, poliomiélitis y brotes de Gripe, Bronquitis y Neumonía.

(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.

Sección Deontológica

Iniciamos hoy esta sección, a la cual concedemos toda la gran importancia que tiene y más en la actualidad, al iniciarse la reconstrucción material y moral de España; con la transcripción de la amena e ilustrada conferencia que el mártir por Dios y por España; Dr. Castañs, asesinado por la horda en Guadalajara, pronunció en nuestro salón de actos el día 26 de Enero de 1936, invitado por la Hermandad Médico-Farmacéutica de San Cosme y San Damián de esta Provincia.

Con ello rendimos a la vez justo homenaje a la memoria del compañero ejemplar, modelo de médicos y de caballeros cristianos, que no vaciló un momento, acompañado de su hijo, también Médico, con la valentía de los principios inmutables de nuestra fe, en ofrendar su vida por Dios y por España.

Que el Cielo haya premiado sus vidas ejemplares.

Normas deontológicas de la consulta médica

Por el Dr. Eduardo Castañs. Médico por Oposición de la Prisión de Guadalajara, muerto por Dios y por España víctima de la horda.

Cuando tras no breve lucha con el conocimiento de mis pobres dotes y de la escasez de mis conocimientos, resolví aceptar el honroso encargo que se me hizo de dar una conferencia en la Academia Deontológica de Cáceres, propúseme buscar un tema interesante en el que, sin la vana pretensión de decir algo nuevo, pudiera al menos glosar con la experiencia de mis 28 años de ejercicio profesional, las normas deontológicas que para todos o casi todos los problemas morales que en el ejercicio de la Medicina pueden presentarse, ha condensado admirablemente en su Código Deontológico el Sr. Muñoyerro.

El tema «Normas deontológicas de la consulta médica» parecióme podía llenar las citadas condiciones y decidí por ello elegirlo, ya que, si bien es cierto que las normas morales de la junta consultiva médica son de todos conocidas, no lo es menos por desgracia, que no siempre son seguidas por todos con la rigurosidad debida.

Dice el Dr. Muñoyerro, en su obra citada, que las juntas o consultas clínicas son *interesantes para el progreso científico y constituyen un medio que frecuentemente la prudencia impone*

o aconseja para la curación o alivio de la enfermedad. Importa pues al Médico discernir; a) cuando una consulta es necesaria; b) cuando es conveniente; c) cuando es inútil.

Es una consulta necesaria siempre que el Médico de cabecera tenga serias dudas sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento de una enfermedad que está tratando. En cuanto tales dudas aparezcan es grave deber del Médico proponer la consulta a la familia, pues ante todo, en ésta como en todas las cuestiones profesionales, el bien del enfermo es la principal atención del médico, ya que cuando un paciente se confía a sus cuidados, adquiere aquel una gravísima responsabilidad, pues si por error o ignorancia no acierta con el diagnóstico de la enfermedad, prodúcele con ello graves daños en la salud y aún pone en grave peligro la vida que confiadamente entregó el enfermo en sus manos. De modo que si tras un detenido estudio del enfermo y después de poner en juego todos sus conocimientos científicos, auxiliándose con todos los medios exploratorios y del laboratorio, que él juzgue apropiados al caso, no adquiere seguridad en el diagnóstico, debe inmediatamente proponer la consulta, sin dilatarla en espera de que la aparición de nuevos síntomas o la evolución de la enfermedad aclaren sus dudas, pues esto podría permitir que la afección, acaso curable en sus comienzos, llegase a un punto en que, aun dilucidado el diagnóstico en la consulta, no fuese ya posible evitar un funesto desenlace.

Nos fijamos especialmente en lo que se refiere al diagnóstico, ya que una vez establecido éste, el pronóstico se deduce corrientemente de aquel y del conocimiento de los medios defensivos del enfermo, y muy rara vez puede ser causa eficiente de la consulta aclarar este juicio clínico.

Lo mismo podemos decir del tratamiento, si éste ha de circunscribirse al tratamiento médico; ya que es norma deontológica para todo médico, el estar al corriente de la terapéutica de las enfermedades, no descuidando para ello el estudio en libros y revistas profesionales de cuantos recursos terapéuticos seriamente experimentados sean aplicables en cada caso.

Sin embargo, cuando la enfermedad en cuestión requiera a juicio del médico de cabecera la intervención de un especialista, por tratarse de la posible necesidad de intervenciones quirúrgicas o de tratamientos especiales que el médico de cabecera no conoce, ni tiene la obligación de conocer a fondo, claro es que resulta también de imprescindible necesidad la junta o consulta médica.

Es *conveniente* una consulta aunque no existan tales dudas en los juicios clínicos, o enfermedades de larga duración que muchas veces agotan el crédito profesional del médico de cabecera ante el escaso o nulo resultado de los tratamientos por él prescritos, produciendo en el paciente un efecto moral depri-

mente, la junta médica puede en este caso elevar la moral del enfermo al confirmar el consultor el acierto del de cabecera en el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

Cuando la enfermedad, aún bien diagnosticada y tratada, adquiera caracteres de gravedad que hagan tener un fatal desenlace, será también *conveniente* la consulta para mayor tranquilidad de la familia y del Médico que así vé compartida la responsabilidad del fatal pronóstico con otro compañero.

Téngase bien cuenta que creemos conveniente la junta médica cuando se inicia la gravedad del enfermo, o cuando un síntoma importante (mal funcionamiento del riñón o del hígado, desfallecimiento del corazón, etc.), agraven el pronóstico que pudiéramos llamar normal de la enfermedad; pero en modo alguno son útiles esas consultas, a las cuales tantas veces asistimos por desgracia, con un enfermo en estado preagónico, agónico o por lo menos desesperado, en las que no podemos hacer otra cosa que manifestar nuestra impotencia, recabar la urgencia de los auxilios espirituales y predecir para dentro de unas horas o unos minutos el fatal desenlace.

Ningún Médico debe solicitar consulta en tales condiciones y si la familia insistiese en celebrarla, debe procurar con discreta insistencia disuadirla, demostrándole la inutilidad de la misma, pues no resulta moral para el Médico de cabecera ni para los consultores cobrar honorarios por lo que no es más, como antes decíamos, que una visita anticipada de pésame a la familia del enfermo.

Puede ser también inútil la consulta, dice el Código deontológico que comentamos, si ningún efecto bueno es de esperar, ni siquiera el de levantar el ánimo del enfermo, v. gr. en enfermedades claramente incurables o ya bien definidas y atendidas.

Es evidentemente inútil una consulta médica en un canceroso en el que no sea ya posibles ni la intervención quirúrgica ni la radio o radiumterapia, en un tuberculoso avanzado en el que se hayan agotado ya sin éxito todos los medios que la ciencia aconseja actualmente, en un hemipléjico o un cardíaco, debidamente tratados. Como también es baldía la junta médica ante la cabecera de un pulmoníaco, un tífico, un erisipelatoso, etc., en los que la enfermedad sigue un curso normal y se han llenado todas las indicaciones que prescribe la ciencia en tales casos.

Así como cuando las consultas son necesarias, es deber del Médico de cabecera el proponerlas y cuando son convenientes, puede también lícitamente indicarlas, y es también su deber aceptarla en uno y otro caso a la más pequeña indicación de la familia en tal sentido; debe el Médico familiar, cuando considere inútil la consulta, indicárselo así a la familia, razonándolo debidamente, pero si la familia insistiese de nuevo, en mi concepto

debe (y no *puede* como dice Muñoyerro) aceptarla enseguida, pues si se negase en redondo, acaso la familia interpretase su negativa, no como un imperativo de conciencia para no perjudicarla con una consulta inútil, sino como un hábil subterfugio para eludir la confrontación de sus juicios clínicos con los de otro compañero.

La elección de consultor, como dice bien el Dr. Muñoyerro, corresponde de derecho al enfermo o sus allegados y el Médico de cabecera debe, por regla general, conformarse con la designación hecha por aquellos. Pudiendo únicamente rechazar la consulta y retirarse de la asistencia del enfermo en los siguientes casos.

a) Si se trata de un Médico notoriamente indigno, incurso en notorias faltas de moral profesional o generalmente considerado como charlatán.

b) Si existen precedentes que hagan temer falta de moderación en las juntas, en término que sus pasiones lleguen a ofuscar su juicio en las discusiones.

Hay que cuidar mucho, al interpretar estas normas deontológicas, de no confundir el concepto público de un Médico con el que a nosotros pueda merecernos, juicio éste que no estará siempre exento de la levadura de nuestras propias pasiones. Que un compañero se haya comportado en alguna ocasión poco correctamente con nosotros, que alguna vez haya faltado, o así nos parezca, a las normas morales que deben siempre imperar en nuestra noble profesión, si tales faltas no son repetidas o consuetudinarias en él, envileciendo con su conducta la dignidad médica, debemos mirarnos mucho antes de rechazar todo contacto profesional con el mismo, negándonos a celebrar la consulta; ya que tal conducta significa un estigma de reprobación moral sobre el compañero de quien recae y que sólo quien sistemáticamente envilezca el ejercicio profesional puede merecer. Quién duda que alguna vez, siquiera sea involuntariamente, todos cometemos sino una franca inmoralidad, algún descuido, una negligencia, una incorrección y cómo sólo aquél que esté sin pecado puede tirar la primera piedra y pecadores somos todos, hemos de perdonar y aún disculpar con caridad cristiana, los errores, las incorrecciones y aún las faltas más graves que con nosotros pueden cometer los compañeros, para que al pronunciar nuestros labios las admirables palabras de la oración dominal «perdónanos nuestras deudas, así como nosotros perdonamos a nuestros deudores» saliendo ellas de nuestro corazón, limpias de todo rencor hacia nuestro hermano, sean aceptadas y agradables al misericordiosísimo Señor a quien van dirigidas.

En cambio cuando el compañero *sea notoriamente* indigno, cuando un Médico prostituye nuestra noble profesión que ante

todo y sobre todo tiene como estricto deber buscar la salud del enfermo y hace comercio y granjería de lo que moralmente es sacerdocio y materialmente sólo puede ser decoroso medio de vida, se sale del riguroso ambiente científico y moral que encuadra férreamente nuestra profesión, incurre en charlatanería y curanderismo y se sirve del título profesional como palanqueta para abrir las cajas de caudales de los clientes ricos o lo que es peor los cajones de la cómoda donde el enfermo modesto y aún pobre guarda sus pequeños ahorros, no debemos vacilar en rechazar todo contacto con él que nos envilecería al darle trato de igual. Pues así como Nuestro Señor Jesucristo que perdonó a la Magdalena, a la adúltera y al buen ladrón, como muestra de su infinita misericordia hacia todos los pecadores, no pudo reprimir su indignación contra los mercaderes del templo y los expulsó a latigazos diciéndoles «habéis convertido el templo de mi Padre en cueva de ladrones», así nosotros ante estos indignos Médicos que al denigrar nuestra noble profesión, no merecen el nombre de compañeros, debemos reaccionar como el Divino Maestro y expulsarlos del templo de la ciencia con el látigo de nuestra indignación y de nuestro apartamiento, ya que ellos tratan también de convertir lo que debe ser augusto recinto del saber, en cueva de ladrones.

Si la familia propusiere simplemente un Médico no idóneo o sin la competencia especial que el caso requiere, el de cabecera está en el deber de advertirlo con la debida discreción, y si aquella insistiere, debe aceptar, pero conviene aconsejar además consultar con otro compañero más competente.

Poco cabe añadir ni aclarar a esta norma del «Código Deontológico», si no es que, por regla general, las familias, aunque hayan propuesto un consultor, ceden a la primera indicación en contrario del de cabecera y ruegan a éste (sino lo han hecho ya desde el primer momento) proponga el consultor que crea más apropiado para el caso. En los casos en que la consulta ha de ser precisamente con un cirujano o un especialista, es natural que el Médico de cabecera al indicar aquélla haga alusión a la necesidad de que se celebre con un cirujano o con un especialista de tal o cual rama de la Medicina; con lo que si el enfermo o la familia de éste propusieran un Médico con escasa o ninguna competencia en el asunto, no pueden extrañar que el de cabecera insista en que mejor sería fulano o zutano que están especializados en el asunto de que se trata. Si el compañero designado por la familia de un enfermo de los comprendidos en el grupo cada vez más restringido de lo que se entiende como medicina general, fuera a nuestro entender poco competente, de modo que poca o ninguna luz pudiera aportar para delucidar el caso de que se trata, sería oportuno indicar a la familia que, sin perjuicio de escu-

char con gusto la opinión de éste, convendría escuchar la opinión de tal otro Médico que nos consta ha tratado casos análogos con éxito. Conviene a ser posible indicar más de un nombre para que la familia no sospeche connivencia o contubernio con un compañero determinado.

Siempre que el Médico de cabecera haya de hacer la designación de consultores no debe inspirarse en otros móviles que no sean la competencia de éstos y el bien del enfermo. Hay que procurar que la rivalidad, los celos profesionales, la particular amistad o enemistad, simpatía o antipatía hacia ciertos compañeros no enturbien nuestro juicio al elegir al que por su competencia y conciencia profesional nos ofrezca mejores garantías.

En igualdad de estas dos condiciones elegiremos al colega cuyos honorarios estén más en relación con los medios económicos del enfermo y entre dos compañeros de análoga competencia, conciencia profesional y moderación de honorarios (esto último si el enfermo es persona no muy pudiente) nos será lícito indicar a aquel que reúna además la circunstancia de sernos grato por amistad, afinidad de caracteres, modo de pensar, etc.

Como norma clara para la elección de consultor, no hay nada más sencillo para el médico de cabecera que pensar en el momento de designarlos, cual o cuales serían los compañeros que para sí mismo o para su familia elegiría para ilustrarle sobre el caso y ese o esos mismos designar como consultores.

El consultor o consultores son los que deben fijar la hora de consulta y una vez de acuerdo, procurando todos ser puntuales, se celebra la consulta dirigida generalmente por el de mayor edad o categoría, comenzando por una conferencia preliminar del médico de cabecera.

En esta conferencia, o mejor, exposición preliminar, debe huir el médico de todo aire doctoral y pedante, limitándose a enunciar con sencillez, método y claridad, los datos que crea pertinentes, se debe dar a conocer a los consultores, la época y síntomas de aparición de la enfermedad, el curso detallado de la misma con todos los síntomas que hayan aparecido después, marcha de la fiebre si la hubiese, pulso, síntomas de percusión y auscultación, datos de laboratorio (sangre, orina, esputos, etc.), examen radiológico si lo hubiese, etc., etc., es decir, cuantos datos haya podido recoger de la enfermedad y del enfermo (antecedentes familiares y patológicos de éste, lesiones anteriores de cualquier órgano, etc.), y que pueden ser útiles para el conocimiento de la enfermedad; pero dejando, a ser posible, los juicios clínicos; diagnóstico, pronóstico y tratamiento, para después de que los consultores hayan examinado al enfermo.

Este modo de proceder tiene dos principales ventajas; por un lado el médico de cabecera no influye sugestivamente sobre los

consultores con su juicio sobre la enfermedad y deja en completa libertad a éstos para que en vista de los antecedentes aportados por el de cabecera y el resultado de su propio examen formulen su juicio personal sobre el caso; por otro lado, en caso de discrepancia, permitirá al consultor buscar una manera de exponer ésta sin herir demasiado la susceptibilidad del de cabecera, cosa que sería mucho más difícil si éste hubiese ya enunciado rotundamente los juicios clínicos que el enfermo le merecía.

Si examinamos nuestra experiencia, recordaremos más de un caso en que la afirmación rotunda de un diagnóstico equivocado nos ha puesto en un aprieto para manifestar nuestra discrepancia; pero es aun más frecuente y todavía más violento que el Médico de cabecera, al tratarse de una indicación quirúrgica, se adelante a reseñarla concretamente, cuando el cirujano es el que debe apreciar si es o no oportuna, si ha de hacerse inmediatamente o conviene diferirla, cual es el procedimiento que debe elegirse etc., etc. En estos casos así como en los que se refiere a un especialista el Médico de cabecera se debe limitar a sentar el diagnóstico y sugerir la *posible necesidad* de una intervención quirúrgica o de un plan especial, dejando al cuidado del cirujano o del especialista el fijar uno u otro con entera libertad, ya que desde este momento el Médico de cabecera declina su responsabilidad en los consultores.

Acerca del examen y reconocimiento del enfermo por cada consultor, no hemos de decir sino que ha de ser escrupuloso en extremo y procurando durante el mismo librar el espíritu de las sugerencias que voluntaria o involuntariamente haya podido deslizar el médico de cabecera al hacer la descripción del caso. Acerca de datos complementarios, antecedentes, interrogatorio acerca de síntomas no expuestos por el Médico de cabecera, a éste debe en primer término dirigirse el consultor, y solo cuando el Médico no pueda darle el dato pedido preguntar al enfermo, procurando huir de las ingerencias oficiosas de los allegados, compadres y comadres, siempre mucho más temibles que las sugerencias del Médico de cabecera por provenir de gentes siempre más ignorantes y muchas veces mal intencionadas hacia uno u otro Médico, cuando no hacia los dos.

La deliberación—dice Muñoyerro—debe ser secreta, nunca delante del enfermo. La segunda parte, claro que es axiomática, pues no se debe nunca someter al enfermo a la ansiedad y tortura que en él tendría que provocar el que en su presencia se debatiese, con mayor o menor armonía y conformidad entre los médicos, el tema para él primordial de su salud y de su vida.

En cuanto a la reunión de los Médicos sin ingerencia de personas extrañas a la profesión, que tal creo debe ser el sentido que el Código deontológico que comentamos dé al término delibe-

ración secreta, creo que efectivamente así debe realizarse cuando por la poca armonía que reine entre los Médicos que celebran la junta o por el carácter violento o el genio atrabiliario de alguno de ellos, se tema dar un espectáculo poco edificante para la familia y que al fin y al cabo venga en desprestigio de la profesión. Pero si la consulta se celebra entre compañeros de reconocida corrección como, por fortuna, es lo más frecuente, conviene que a la deliberación asista uno o dos de los familiares, los más allegados por supuesto, ya que de este modo saldremos al encuentro de la malicia de las gentes que pueden suponer que al buscar el secreto de la deliberación no la hacemos porque así ésta puede hacerse con mayor libertad y serenidad de juicio, sin temor a falsas interpretaciones de los testigos más o menos interesados que puedan redundar en contra del prestigio profesional de algunos de los Médicos, el de cabecera principalmente; sino porque a espaldas de los interesados, pueden el Médico de cabecera y el consultor figurar una coincidencia de criterio que no existe, realizando, piensan ellos, no un acuerdo franco y leal sino un contubernio que pudiera redundar en perjuicio de la salud o del bolsillo del enfermo. Más de una vez habréis percibido, como yo, en el ambiente, esa desconfianza que se traduce por miradas y sonrisas y alguna vez alguna insinuación más o menos intencionada, cuantas veces honradamente coincide el Médico consultor con el de cabecera, aún en los casos en que la deliberación ha sido en presencia de familiares.

Si el Médico de cabecera y el consultor coinciden en el diagnóstico debe el segundo manifestarlo clara y explícitamente, elogiando el acierto del primero; si discrepasen, el Médico consultor debe manifestarlo con toda delicadeza, razonando cuidadosamente los motivos de la discrepancia (distinta apreciación de los síntomas, valoración diferente de los datos de la exploración o del laboratorio, etc.), y procurando atraer a su opinión al de cabecera. Si tanto uno como otro se mostrasen irreductibles en su divergencia y no lograsen ponerse de acuerdo; es el Médico de cabecera quien debe manifestar a la familia los distintos puntos de vista de ambos para que ésta oiga la opinión de otros compañeros, o, sino juzga conveniente otra consulta, encargue de la asistencia a quien de los dos le merezca más confianza. Fuera de este caso concreto jamás debe ningún Médico consultor continuar asistiendo a un enfermo para el que ha sido llamado a consulta; en una enfermedad posterior del mismo enfermo o de otro familiar sí puede encargarse de la asistencia, asegurándose de que el compañero que les visitó anteriormente se le han guardado las consideraciones debidas y se le han satisfecho sus honorarios.

Lo dicho acerca del diagnóstico no hemos de repetirlo respecto al pronóstico y al tratamiento; aunque puestos de acuerdo

acerca del primero, los Médicos que celebren la junta, claro es que, con un poco de buena voluntad, deben ponerse de acuerdo acerca de los otros dos juicios clínicos; sin embargo si alguna discrepancia hubiese en el tratamiento después de serena y razonada discusión, deben asimismo manifestarlo a la familia para que ésta opte por uno u otro criterio, u oiga a un tercero en discordia.

En lo que al tratamiento se refiere debemos insistir en la necesidad de que cualquier indicación terapéutica hecha por los consultores, siempre que en el diagnóstico estén conformes con el médico de cabecera, sea verdaderamente útil; ya porque llene una indicación que el médico de cabecera haya olvidado, ya porque su acción o terapéutica sea notoriamente superior a los medicamentos empleados hasta entonces; aun en estos casos se debe hacer la indicación como si naciese en el momento de la consulta, puesto que siempre redundaría en desprestigio del compañero el no haberla hecho antes, y como ello no puede perjudicar al enfermo, ya que no tiene remedio el posible retraso, es un acto de delicadeza y gentileza para con el Médico de cabecera el que la familia crea que la nueva indicación terapéutica nace en el momento de la junta.

Nada de sustituir un suero por otro igual de distinta marca, unos inyectables por otros análogos de nombre diferente, un tónico cardíaco por otro de acción idéntica, etc.; todo esto no es sino poner piedras en el camino al Médico de cabecera para que éste tropiece, caiga y deje el campo libre al aprovechado y poco escrupuloso consultor. ¡Cuántas veces hemos oído decir a los clientes: Fulano estuvo muy grave y se ha puesto ya bien; pero si no hubiese sido por las inyecciones que le mandó el Dr. Tal en la consulta, su médico le hubiese mandado al otro mundo! Y las famosas inyecciones no son si no un cambio de marca del mismo medicamento que el Médico de cabecera había prescrito y que éste, ante el temor de que una posible agravación del enfermo fuera atribuída por la familia a no haber seguido la prescripción del consultor, no se atrevió a rechazar.

Esta conducta es francamente inmoral en el consultor pues sin beneficio alguno para el enfermo, puede perjudicar al compañero encargado de su asistencia y, lo que moralmente es peor aun, suponer la adquisición por medio tan ilícito de un cliente, para el desaprensivo médico que propone la inútil indicación terapéutica. En estos casos debe el Médico de cabecera hacer resaltar con moderación, pero con claridad y energía, la identidad terapéutica de ambos medicamentos y la inutilidad por tanto de alterar el plan terapéutico por él ya prescrito.

Como colofón de esta conferencia no puedo resistir la tentación de copiar íntegro el artículo 54 del Código deontológico de

Muñoyerro, que hemos glosado. Dice así: «Teniendo por norte el bien del enfermo, cada consultor debe rivalizar; a) en la exposición de su parecer con libertad; b) en cortesía y delicadeza con los compañeros; c) en la modestia en todos sus actos y palabras. De esas cualidades resultará un ambiente de paz absolutamente necesario para que la verdad resplandezca».

Termino ya, no porque juzgue haber agotado el tema, capaz de mucha mayor extensión, sino porque lo que temo haber ya agotado es vuestra paciencia, con estas mal hilvanadas palabras.

Quiero sin embargo haceros notar, como despedida, que todas las normas morales de la consulta médica y pudiéramos decir que toda la «Deontología médica» pueden condensarse en dos preceptos fundamentales, a saber: el bien del enfermo, norte y guía de toda nuestra profesión; y la consideración, el respeto mutuo, el cariño de hermanos que debe unirnos a todos los que militamos en el benéfico ejército de la Medicina. Estos dos preceptos que a una *moral laica* (si estas dos palabras que se repelen pudieran ir lícitamente unidas) sería difícilísimo fundamentar (nada se puede edificar en el vacío), son sencillamente para nuestra moral cristiana una simple aplicación al caso concreto de nuestra profesión del precepto evangélico: *Amaos los unos a los otros como yo mismo os he amado.*

Previsión Médica Nacional

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

Sección de Legislación

JEFATURA DEL ESTADO

LEY de 25 de Agosto de 1939 sobre provisión de plazas de la administración del Estado con mutilados, ex combatientes y excautivos.

Terminada la guerra, en marcha España hacia una vida normal de paz y de trabajos y reintegrados a ella un crecido número de hombres afectados por la desmovilización, no tiene ya razón de ser la suspensión de toda clase de oposiciones y concursos para cubrir las vacantes producidas en los organismos del Estado, Provincia o Municipio y entidades relacionadas con los servicios públicos que preceptuó la Orden circular de catorce de Enero de mil novecientos treinta y siete.

Por otra parte, el Decreto de doce de Marzo del mismo año, que ratificó a aquel criterio y disponía, además, se reservase el cincuenta por ciento de las vacantes producidas desde el dieciocho de Julio de mil novecientos treinta y seis a los ex combatientes, debe ser reformado, tanto por mantener la suspensión de la Orden de catorce de Enero, como porque la duración de la lucha y el mayor aprecio que por esa razón tiene que darse a los que, en mayor número también, en ella han intervenido, aconseja otorgar a los combatientes beneficios más crecidos que los indicados. También tiene que influir en el propósito de sustituir aquel Decreto por una nueva disposición de igual fuerza legal, el Decreto, posterior, de cinco de Abril de mil novecientos treinta y ocho, que aprobó el Reglamento provisional del Benemérito Cuerpo de Mutilados por la Patria y la justa necesidad de no excluir de tales oposiciones y concursos, de una parte, a los que con el ideal de la Causa sufrieron por ella prisión y aun martirio, y, por otra, a los huérfanos de los muertos en defensa de la Patria o asesinados por nuestros enemigos.

Finalmente, la nueva disposición es complemento obligado del Decreto de quince de Junio último, que restableció las jubilaciones y corridas de escala en los distintos Cuerpos de la Administración, y, como él se inspira en el mejor servicio del Estado.

En su virtud,

DISPONGO:

Artículo primero.—El ochenta por ciento de las vacantes existentes el dieciocho de Julio o producidas desde esa fecha en las categorías inferiores de las plantillas de los diferentes servicios de los Ministerios, Diputaciones, Municipios y Corporaciones o entidades que realicen, exploten o sean concesionarias de servicios públicos, aun cuando estén cubiertas provisionalmente como preceptúa el artículo séptimo del decreto de doce de Marzo de mil novecientos treinta y siete, que se mantiene integra-

mente en su primera parte, se anunciarán a concurso u oposición, según proceda reglamentariamente, con carácter restringido para mutilados, ex combatientes, ex cautivos y personas de la familia de las víctimas de la guerra, con arreglo a las proporciones y normas que se expresan en los siguientes artículos. En el cálculo de tales vacantes se tendrán en cuenta las amortizaciones a que hubiera podido dar lugar una reducción de los servicios, así como la ampliación de la duración de la jornada administrativa.

Lo anteriormente dispuesto se aplicará igualmente en los casos en que el ingreso se haga provisionalmente en una Escuela o Academia antes de formar parte de los escalafones de los diferentes Cuerpos.

Se mantiene la excepción que establece el artículo tercero de la Orden Circular de catorce de Enero de mil novecientos treinta y siete.

Artículo segundo.—Las vacantes en los escalafones de aquellos Cuerpos que, además de las pruebas de ingreso, requieran en los aspirantes la posesión de ciertos títulos facultativos o universitarios, sólo podrán solicitarse por los que, además de las condiciones personales del artículo primero, reúnan las especiales de esos estudios considerados indispensables.

Para las plazas de Cuerpos en los que no exijan más que títulos académicos no facultativos, se admitirán a las pruebas, no sólo a los ex combatientes que lo posean, sino también a los que hayan obtenido el empleo de oficial provisional o de Complemento, aun cuando no tengan tales títulos.

Artículo tercero.—Dentro de cada Cuerpo, la distribución de las vacantes se hará en las siguientes proporciones:

El veinte por ciento, para Caballeros Mutilados por la Patria.

El veinte por ciento, para Oficiales provisionales o de Complemento, que hayan alcanzado, por lo menos, la Medalla de la Campaña o reúnan las condiciones que para su obtención se precisan.

Otro veinte por ciento, para los restantes ex combatientes que cumplan el mismo requisito que los anteriores.

El diez por ciento para los excautivos por la Causa Nacional, que hayan luchado con las armas por la misma, o que hayan sufrido prisión en las cárceles o campos rojos, durante más de tres meses, siempre que acrediten su probada adhesión al Movimiento, desde su iniciación, y su lealtad al mismo durante el cautiverio.

El diez por ciento, a los huérfanos y otras personas económicamente dependientes de las víctimas nacionales de la guerra y de los asesinados por los rojos.

El veinte por ciento restante quedará para la oposición o concurso no restringido.

Artículo cuarto.—Si en las convocatorias para proveer plazas por concurso u oposición no se presentase número suficiente de aspirantes clasificados, o no se cubriesen los cupos asignados por el artículo anterior, se traspasarán las vacantes de unos cupos a otros.

Artículo quinto.—Dentro de los cupos asignados en el artículo tercero, para resolver los empates que surjan en las calificaciones definitivas de los ejercicios y determinar un orden de preferencia entre los concursantes, se tendrá presente la siguiente escala:

a) Los caballeros de la Cruz de San Fernando o Medalla Militar.

b) Haber obtenido mayores recompensas militares.

c) La mayor permanencia en unidades de combate destinadas a primera línea.

d) En igualdad de condiciones, el que ostente mayor empleo o categoría militar, y, en su defecto, la mayor edad.

e) Entre los ex cautivos, el mayor tiempo de prisión.

f) Entre los huérfanos y familia de muertos por la Causa, serán preferidos los que tengan a su cargo mayor número de personas.

Artículo sexto.—Las vacantes que tuvieran la condición de únicas y que en su convocatoria no puedan, por tanto, establecerse diferencias, serán sometidas a una rotación para ser provistas, dándose en cada Cuerpo la primera vez a los mutilados; el segundo turno, a los Oficiales provisionales y de Complemento; el tercero, a los restantes ex combatientes, y la cuarta vacante, a un turno único, formado conjuntamente por ex cautivos y familiares de víctimas de la guerra, por este orden. Exceptúanse de esta rotación las cátedras de Universidad y Escuelas especiales de Estudios Superiores.

Las vacantes de cargos de Corporaciones locales que constituyan cuerpos nacionales no tendrán la consideración de únicas, aplicándose las normas precedentes al ingreso en el Cuerpo respectivo, pero no a la designación para una plaza determinada. Las vacantes únicas o no, de cargos de dichas Corporaciones que no se encuentren en el expresado caso, podrán agruparse por razón de su analogía de capacidad o defunción, dentro de una misma Corporación, a los efectos de reparto de cupos.

Artículo séptimo.—Dentro de las normas generales que fijan los artículos anteriores, cada Ministerio dictará las necesarias para el desarrollo de este Decreto en la parte que le concierna.

Así lo dispongo por la presente Ley, dada en Burgos a veinticinco de Agosto de mil novecientos treinta y nueve.—Año de la Victoria.—FRANCISCO FRANCO.

(B. O. del E. del día 1 de Septiembre de 1939)

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Dirección General de Sanidad

Sobre designación de personal en servicios de maternología

Hallándose en período de reorganización los Servicios de Maternología, dependientes del Estado, provincia o municipio, (Maternidades provinciales, tocólogos municipales, servicios de Maternología de los Centros primarios, secundarios y terciarios de Higiene) no se deberá proceder a hacer designación de personal alguno, sino en calidad de interino, en servicios imprescindibles, no acumulables a otros profesionales, y sin que estas designaciones supongan derecho alguno para el porvenir, ni preferencia para la designación definitiva, que se hará en su día reglamentariamente.

Lo que comunico a V. S. para su conocimiento, cumplimiento y traslado a los Sres. Gobernadores Civiles para su inserción en los «Boletines Oficiales» de las respectivas provincias.

Dios guarde a V. S. muchos años.

Burgos, 17 de Agosto, de 1939.—Año de la Victoria.—El Subsecretario del interior, *José Lorente*.

Ilmo. Sr. Director General de Sanidad. Madrid.

CIRCULAR sobre funcionamiento de los Centros Secundarios de Higiene.

El funcionamiento de los actuales Centros Secundarios de Higiene rural ha evidenciado la necesidad de que la instalación sea siempre hecha de perfecto acuerdo entre el Ayuntamiento en cuyo término haya de radicar y el Estado.

Los gastos de alquiler y de material, si han de responder a las necesidades reales, exigen una constante vigilancia que sólo el interés local puede prestarles con asiduidad.

Por otra parte, corriendo a cargo del Estado el pago de todo el personal que cada Centro precise y reclutándolo preferentemente entre los facultativos de la localidad, pueden las Corporaciones Municipales encontrar en la disminución de sus gastos por personal médico compensación y aún ahorro con respecto a la aportación que, en edificio y en material, realicen para el funcionamiento de un Centro Secundario de Higiene.

Por estas consideraciones,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer:

Primero. En lo sucesivo, la instalación de Centros Secundarios de Higiene solamente se verificará en aquellos pueblos cuyo Ayuntamiento lo solicite expresamente, ofreciendo el local necesario y el material que su funcionamiento precise:

Segundo. El Estado tendrá a su cargo el pago del personal,

cubriendo los cargos, excepto el de Director, con los profesionales de la localidad, y, preferentemente, con los que desempeñen funciones de Sanidad Municipal.

Lo digo a V. S. para su conocimiento y efectos consiguientes. Dios guarde a V. S. muchos años.

Burgos, 29 de Agosto de 1939.—Año de la Victoria.—El Subsecretario, *José Lorente*.

Ilmos. Sres. Director General de Sanidad, Gobernadores Civiles e Inspectores Provinciales de Sanidad.

Sobre caducidad de autorizaciones para llevar a cabo las prácticas sanitarias de desinfección, desinsectación y desratización.

Ilmo. Sr.: Habiéndose puesto de relieve, irregularidades y deficiencias tanto en aparatos y reactivos como en el personal encargado de la ejecución de las prácticas sanitarias de desinfección, desinsectación y desratización, muy singularmente en las llevadas a cabo por medio del gas cianhídrico que redundan en el desprestigio científico de los métodos adoptados por su eficacia sanitaria, este Ministerio, a propuesta de la Dirección General de Sanidad, ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º Quedan caducadas, a partir de esta fecha, todas las autorizaciones concedidas para llevar a cabo las prácticas sanitarias de desinfección, desinsectación y desratización, a todas las Empresas o Entidades, tanto oficiales como privadas, cualquiera que haya sido la Autoridad que hubiese concedido la autorización.

2.º Durante el período de tiempo de un mes, a contar de la fecha de la publicación de esta Orden Ministerial, pondrán las Empresas o Entidades tanto oficiales como privadas que se dediquen a estas prácticas sanitarias solicitar autorización de este Ministerio para realizar las prácticas de saneamiento citadas, sujetándose a los requisitos y condiciones que se expresan a continuación:

a) Solicitar de este Ministerio la autorización correspondiente, acompañando a la solicitud una Memoria en la que se detalle la organización que posean y se estudien técnicamente los procedimientos, aparatos y reactivos que se propongan utilizar.

b) Competencia del personal encargado de la ejecución de estas prácticas sanitarias, el que deberá estar en posesión del título de Auxiliar Sanitario, expedido por una Entidad oficial y al frente de cuyo personal figurará un Director técnico (Médico, Químico, Farmacéutico o Ingeniero Industrial Sanitario) que dirija la marcha sanitaria de la Entidad y sea quien lleve directa-

mente las relaciones de la Empresa con las Autoridades correspondientes. Toda Brigada de saneamiento no podrá funcionar sin que al frente de ella figure un Auxiliar sanitario.

c) Relación del material y de los locales que han de ser utilizados por la Empresa o Entidad y desarrollo que piensan darle a la Organización.

d) Declaración en la que se haga constar la población o poblaciones donde han de prestar sus servicios.

e) Para estas prácticas sanitarias no podrán ser utilizados otros aparatos que los autorizados y adoptados por la Sanidad Nacional, como de reconocida eficacia.

f) Los locales destinados al almacenamiento y manipulación de aparatos y reactivos, deberán encontrarse en las condiciones de aislamiento y seguridad que sean convenientes, para evitar todo peligro de intoxicación incendio o explosión.

3.º Las Empresas o Entidades, tanto oficiales como privadas, que soliciten la autorización a que esta Orden se refiere, habrán de obtener previamente y antes de la presentación de sus documentos en el Registro General de la Dirección General de Sanidad, los informes de la Autoridad sanitaria, local y provincial en donde tengan su residencia, y una vez informadas como queda hecha mención, pasarán a la Sección correspondiente de la Dirección General de Sanidad, para que, estudiadas e informadas nuevamente por la misma, se eleve la propuesta de autorización a la Superioridad, para su ulterior resolución.

4.º Las Autoridades sanitarias locales, provinciales y centrales ejercerán una constante vigilancia sobre el funcionamiento de estas Empresas con el fin de que en todo momento cumplan su cometido. Pondrán en conocimiento de la Dirección General de Sanidad toda irregularidad, deficiencia o negligencia en la prestación de estos servicios, para que sean éstas corregidas, o, en su caso contrario, retirar la autorización concedida.

5.º Las Empresas, tanto oficiales como privadas, que actualmente se encuentran autorizadas para la práctica de operaciones de saneamiento, podrán continuar prestando sus servicios durante el plazo que se concede para solicitar la nueva autorización, siempre que dentro del mismo presenten la nueva petición acompañada de los documentos citados. Las Empresas que no cumplan con este requisito dentro del plazo señalado, se entenderá que renuncian a la prestación de estos servicios.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Burgos, 17 de Agosto de 1939.—Año de la Victoria.—El Subsecretario del Interior, *José Lorente*.

Ilmo. Sr. Director General de Sanidad.

(B. O. del E. del 30 de Agosto)

DE EJERCICIO DE LA PROFESION

De los colegiados en relación con sus compañeros

Todo médico que hubiere de ejercer por más de dos días en una población, tiene el deber de hacer visar su cartera médica por la secretaría del Colegio, cuando actúe en la Capital, o por el Subdelegado de Medicina, o por el Inspector municipal de Sanidad que actuare en un pueblo.

Asimismo deberá presentarla sin excusa para hacer valer sus derechos en actos profesionales cuando pidieren su exhibición un compañero o los allegados de un enfermo a quien visitaren o hubieren de visitar. En ningún caso constituirá ofensa esta petición.

Los colegiados cumplirán las órdenes de las Autoridades facilitando su misión sanitaria, esforzándose en colaborar a la formación de estadísticas, práctica de vacunaciones y en general, a proporcionar cuantos datos y favorecer cuantas acciones contribuyan al mejoramiento directo o indirecto de la salud pública, denunciando los atentados que contra ella se cometieren y le fueren conocidos.

Todo colegiado tiene el deber de enaltecer al compañero, de excusar en lo posible sus faltas y de defender al ausente en tanto cuanto esta defensa no redundare, a fuer de notoriamente injusta, en desprestigio de la clase.

Si surgieren entre colegiados diferencias de carácter profesional que no pudieren ser zanjadas por ellos mismos intervendrá con carácter privado la Presidencia para borrarlas, y si no lo consiguiera, dará cuenta a la Junta de Gobierno que fallará el pleito con la debida justicia y discreción.

Todo colegiado cuidará de salvaguardar el buen nombre y la actuación profesional de cualquier compañero, evitando cuidadosamente cualquier acción o fase que pudiera significar crítica de la actuación del mismo. Si algo hubiere de manifestar en tal sentido, lo hará directamente al compañero en carta cerrada.

El colegiado que fuere requerido para prestar asistencia a un compañero deberá acudir al requerimiento sin pérdida de tiempo, encargándose de la asistencia gratuitamente, salvo los gastos materiales que se le originen y que por su cuantía no deban caer de parte del auxiliador, si éste lo estima así oportuno.

Cuando la asistencia de un colegiado hubiere de ser tan asídua que ocasionare por ella perjuicio al médico de cabecera, éste lo pondrá en conocimiento del presidente de la Junta del Partido que designará el número de colaboradores necesarios para una asistencia constante y cuidadosa. Los compañeros designados tienen el deber de aceptar el cargo.

Para los fines de la prestación de auxilios profesionales asíduos y gratuitos a un compañero, serán considerados colegiados no solamente quienes figuren en las listas como tales, sino todas las personas que vivieren a su costa.

La asistencia médica a un colegiado pierde su carácter obligatorio cuando entre los domicilios del requirente y del requerido exista una distancia mayor de cuatro kilómetros a recorrer entre los límites de los respectivos cascos de la población y hubiere otro colegiado que habitare en otro lugar más próximo al que resida el enfermo. Dentro de una misma población o aún fuera de ella, cuando el solicitado sea el más próximo vecino al solicitante, todo colegiado tiene el deber de acudir inmediatamente a una llamada que con carácter de urgencia le hiciera el compañero; ello sin perjuicio de las resoluciones o protestas que hubiere de adoptar o formular más tarde.

Cuando un colegiado titular falleciere dentro del último trimestre de su contrato, la Junta de Gobierno, por intermedio de la de Distrito, gestionará el cumplimiento de los compromisos adquiridos por aquel, encargando de esta humanitaria labor a los compañeros más próximos que turnarán en ella, y quedando a favor de los herederos del finado los honorarios devengados.

Ningún colegiado solicitará ni ocupará vacante ocasionada por separación notoriamente injusta del que cesare, o cuando éste hubiera sido probablemente vejado, perjudicado en sus intereses, u ofendido en su dignidad profesional por el Organismo a quien prestaba sus servicios, a menos que la Junta de Gobierno declare reparada la ofensa, satisfecha la dignidad o indemnizados los perjuicios que ocasionaron a la víctima.

El colegiado que sin haber formalizado ante el Colegio la correspondiente denuncia, atribuyere a lenidad, imprevisión o ignorancia de otro profesor el funesto desenlace o la agravación del proceso morboso padecido por un enfermo, incurrirá en falta grave que será severamente sancionada.

Es falta grave profesional, desviar clientes de un compañero, en provecho ageno o propio, cualquiera que sea el medio que para ello emplee, se haga emplear o se deje emplear.

(Artículo 47 al 59 de los Estatutos de la Corporación Médica de Cáceres).

Previsión Médica Nacional

La Comisión Ejecutiva de Previsión Médica Nacional, en su sesión del 20 del actual, acordó por unanimidad realizar con extraordinaria urgencia las medidas necesarias para verificar inmediatamente el abono de las pensiones de Vida e Invalidez a los beneficiarios cuyos pagos están pendientes del cumplimiento de la Orden de traslado de las oficinas de Murcia a Madrid, dada por el Gobierno Nacional en el mes de Abril pasado y no realiza todavía.

Esta medida tiene como fin exclusivo el hacer terminar en absoluto el plazo de tiempo excesivo y angustiosamente prolongado que llevan las viudas, huérfanos y Médicos inválidos sin percibir sus pensiones y por ello se ha dispuesto lo siguiente:

1.º Reanudar el pago de las pensiones de Invalidez y Vida concedidas con anterioridad al 18 de Julio de 1936 a todos los pensionistas que actualmente no las perciben, a cuyo efecto deberán comparecer en el Colegio Oficial de Médicos de la provincia de su residencia actual, en cuyos Centros les darán las instrucciones precisas para la efectividad de este propósito. Estas presentaciones deberán hacerlas en el plazo máximo de ocho días.

2.º La misma presentación y para idénticos fines, realizarán los perceptores de Subsidios otorgados durante el período de la dominación marxista.

3.º Que en igual plazo presenten sus solicitudes en los Colegios Médicos respectivos los familiares de Previsionistas fallecidos que aún no lo hubieran efectuado, por ser ello indispensable para poderles reconocer el derecho a que se consideren acreedores.

AYUDAD A LA INDUSTRIA QUÍMICA NACIONAL RECETAD PRODUCTOS ESPAÑOLES

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

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

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

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

Muy interesante para los colegiados

La colaboración de la Sanidad en el Movimiento Nacional

Con el fin de poder atender las demandas que llegan a esta Corporación, de diversos Centros y Autoridades del Estado, para que se le proporcionen datos de los servicios que han prestados nuestros colegiados en el Glorioso Movimiento Nacional Salvador de la Patria, se hace necesario, que con la mayor urgencia se faciliten por los interesados los datos necesarios.

Para poder controlar este Servicio, todo colegiado que haya prestado colaboración activa expedirá una Declaración jurada, en la que conste:

Nombres y apellidos. Edad. Estado. Naturaleza. Clases de Servicios prestados, indicando fechas, y certificados de Unidades u Hospitales donde prestó sus servicios.

Tiempo de Frente. Herido o Mutilado. Si ocupaba plaza de Médico titular, en propiedad o interino, y fecha de nombramiento, indicando la categoría y número de vecinos. Si pertenece a F. E. T.

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.

Sección Oficial del Colegio

Acta de la sesión celebrada por la Comisión Permanente del Colegio Oficial de Médicos el día 7 de Septiembre de 1939.—Año de la Victoria

Con asistencia de los señores Murillo Iglesias, Domínguez Villagrás y Roperó Fernández, da comienzo la sesión, bajo la Presidencia del señor Murillo, actuando de Secretario el señor Roperó Fernández, a las ocho y treinta de la noche.

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

La Comisión acuerda por unanimidad conste en Acta el sentimiento de la misma, por el fallecimiento del compañero don Blas López Díaz, de Cañamero, Vocal de la Junta de Gobierno por el distrito de Logrosán.

Se designa a don David Domínguez, para que actúe en el expediente de depuración de la Junta del Colegio, destituida por el Excmo. Sr. Gobernador Civil, en sustitución de don Blas López Díaz (q. e. p. d.)

Se acuerda pase a informe de la Junta del Distrito de Montánchez, la carta-denuncia elevada a este Colegio, por don Nicomedes Díaz Jiménez, de Botija.

Se da cuenta de la carta enviada por la Agencia EFE., como acuse de recibo a la cantidad ingresada en la misma por suscripción de acciones de esta Corporación.

Para que proponga lo procedente se acuerda remitir a la Junta de Distrito de Valencia de Alcántara, copias de los escritos recibidos sobre la denuncia hecha a don Avelino Gil Gálvez, de Salorino.

Vista la impugnación de honorarios hecha a una minuta del compañero de Aldeanueva del Camino, don Teodoro Sánchez Álvarez, se acuerda requerir al mismo para que urgentemente envíe con todo detalle los trabajos efectivos por él realizados, para resolver en consecuencia.

Se acuerda interesar de la Junta del Distrito de Hervás el envío de una Tarifa de Honorarios mínimos en aquel Partido.

Se acuerda interesar del Presidente de la Junta del Distrito de Alcántara, que compruebe la veracidad de la denuncia hecha por don Enrique Pino, de Villa del Rey, sobre introducción en su Partido médico de otro compañero ajeno al mismo, para tomar medidas definitivas en este asunto.

Se aprueban las cuentas presentadas, firmándose los Cargámenes y Libramientos correspondientes.

Se acuerda retirar de la c/c de los Sres. Hijos de Clemente Sánchez, la cantidad de 10.875 pesetas, para enviar: 1.875 al Colegio de Huérfanos; 5.000 a Previsión Médica Nacional y 4.000 al Consejo de Colegios.

Se acuerda adquirir de momento 50 carnets a la casa de don J. Luque, de Ubrique.

Y no teniendo otros asuntos de que tratar y siendo las diez y quince de la noche se dió por terminada la sesión de que yo el Secretario certifico. *José Ropero Fernández, V.º B.º* El Presidente, *Julian Murillo.*

NOTICIAS

Ha fallecido en Cañamero, donde ejercía el cargo de médico de A. P. D., nuestro distinguido amigo y compañero don BLAS LOPEZ DIAZ, Presidente del Distrito Médico de Logrosán y representante en la Junta de Gobierno de la Corporación del mencionado Distrito.

El compañero López Díaz, ha fallecido, cuando todavía se esperaba de él labor fructífera en bien de los intereses de la profesión. Siempre se distinguió por su campaña en favor de los médicos titulares sosteniendo intensas controversias en los periódicos profesionales.

Descanse en paz el distinguido compañero. Pedimos a nuestros lectores una oración por su alma. A su familia enviamos nuestro más sentido pésame.

Todos los compañeros han de colaborar en el deseo del Colegio, de que en ninguna localidad de la provincia falten los certificados oficiales que están establecidos para los diferentes certificados que han de expedir los facultativos.

El hacerlo en papel simple, además de contravenir las disposiciones vigentes, es hacer labor negativa en los intereses de nuestras instituciones benéficas y corporativas.

Como ya se anunció en otros números de la revista, los organismos «CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MEDICOS», «PREVISION MEDICA NACIONAL» y «PATRONATO DE HUERFANOS DE MEDICOS», han quedado instalados definitivamente en Madrid, calle de Velázquez número 10.

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

BOROLUNYL

FORMULA: TARTRATO BORICO POTASICO FENIL ESTERIL
LONICERA CAPSAICA BELLADONA ETC

INDICACIONES

EPILEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO

ECLAMPSIA, COREA

HISTERISMO Y OTRAS AFECIONES
DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K. Y Na.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento
científico y Radical de las

VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías
de los vasos por las

GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

FORMULA: HAMAMELIS, LUPREBUS, CASTAÑO DE INDIAS, CI-
TRATO SODICO TIROIDES HIPOFISIS, CAP SUPRARENALS ETC

Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO

MADRID

Los enfermos del
ESTÓMAGO e
INTESTINOS

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

Elixir Estomacal
SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

*Poderoso tónico
digestivo que triunfa siempre*

Venta: Principales farmacias del mundo.



YODURO BERN CAFEINADO

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

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

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

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

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

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

PREPARACION DE SOLUCIONES

Sección de Farmacia
Elaboración de soluciones para la administración intravenosa de medicamentos. Este tipo de soluciones debe ser estéril, isotónica y libre de partículas. Se describen los procedimientos para la preparación de soluciones de glucosa y salina.

FULMOTON

El Fulmoton es un medicamento que se utiliza para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda. Se administra por vía intravenosa. Este medicamento debe ser preparado en condiciones de esterilidad absoluta.

FULMOTON

Este medicamento se utiliza para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda. Se administra por vía intravenosa. Este medicamento debe ser preparado en condiciones de esterilidad absoluta.

TONDUR

El Tondur es un medicamento que se utiliza para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda. Se administra por vía intravenosa. Este medicamento debe ser preparado en condiciones de esterilidad absoluta.

AMESTON

El Ameston es un medicamento que se utiliza para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda. Se administra por vía intravenosa. Este medicamento debe ser preparado en condiciones de esterilidad absoluta.

Sección de Farmacia

Elaboración de soluciones para la administración intravenosa de medicamentos. Este tipo de soluciones debe ser estéril, isotónica y libre de partículas. Se describen los procedimientos para la preparación de soluciones de glucosa y salina.

Preparación de soluciones para la administración intravenosa de medicamentos. Este tipo de soluciones debe ser estéril, isotónica y libre de partículas. Se describen los procedimientos para la preparación de soluciones de glucosa y salina.

Cuatro productos de máxima eficacia

Señor Doctor:

Cuando quiera utilizar la QUINOTERAPIA en las enfermedades de las vías respiratorias inferiores, en la *neumonía, bronconeumonía post-operatoria, bronquitis aguda, crónica, ectasia bronquial grippe 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 grippe y sus secuelas, en las bronquitis y bronconeumonías y siempre que precise modificar o disminuir las secreciones bronquiales, haciendo una verdadera antisepsia de las vías respiratorias, lo encontrará en el producto español

PULMOTON

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

TONDIUR

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

ANESTON

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

Señor Doctor:

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

Laboratorio del Doctor Vicente. - MADRID

Calle Cartagena n.º 125