

BOLETÍN OFICIAL
DEL
COLEGIO DE MÉDICOS
DE LA
PROVINCIA DE CIUDAD REAL

SUMARIO

Circular.—Acta de Junta de Gobierno.—Sección de legislación.—La lucha antituberculosa en España.—Letras de luto.—Donativos y suscripciones.—Valor de los factores sociales en el desarrollo de la tuberculosis.—O somos o no somos.

C I R C U L A R

Se ha recibido en este Colegio una comunicación del excelentísimo señor Inspector provincial de Sanidad, que literalmente copiado dice así:

INSPECCIÓN PROVINCIAL DE SANIDAD

CIUDAD REAL

Número 164

Siendo frecuentísimos los casos en que los señores Médicos no dan parte de los enfermos que asisten y que padecen enfermedades infecciosas o infecto-contagiosas, suplico a V. S. comunique a todos los señores Colegiados el ineludible deber de ejecutar lo antedicho, para cumplir con la vigente legislación Sanitaria y con el número 10.º del artículo 3.º del también vigente Estatuto de Colegios Médicos.

Deseo llegar al limite del compañerismo amistad y cortesía, antes de hacer uso de las facultades disciplinarias anejas al cargo oficial.

Dios etc.

M. F. FERNÁNDEZ.

Señor Presidente del Colegio Oficial de Médicos de la provincia.

CIUDAD REAL.

Lo que comunico a todos los compañeros con el fin de que penetrados del contenido de la misma, cumplan lo que en ella se les interesa por el Excmo. Sr. Inspector provincial de Sanidad.

El Presidente,

ALFREDO BADÍA FOS.

Acta de Junta de Gobierno

Asistentes

Sr. Badía.

- » Messía.
- » G. Doctor
- » Mulleras.
- » Colás.

En Ciudad Real a 23 de Agosto de 1926, reunidos en el salón de sesiones los señores que al margen se expresan, al objeto de celebrar sesión de Junta de Gobierno de este Colegio para lo cual han sido citados en debida forma y una vez pasada la hora señalada para celebrar sesión, el presidente declaró esta abierta dando cuenta de los siguientes asuntos a trar:

Petición de informe del Presidente de esta Audiencia provincial sobre legalidad y equidad de los honorarios puestos por el colegial de esta capital señor Roca, con motivo de informe pericial ante la Audiencia, honorarios impugnados por la parte deudora.

Informada convenientemente la Junta de Gobierno acuerda que se informe en el sentido de considerar justos y legales los honorarios de dicho colegial.

Acuerda también la Junta de Gobierno, en evitación de reclamaciones contra los honorarios médicos, en casos de peritación, como de la falta de orden con que los médicos son llamados reiteradamente a deponer como peritos de parte ante las salas de Audiencia, sin haber sido requeridos y consultados previamente por los Letrados interesados en ello, lo siguiente:

1.º Los honorarios mínimos devengados por todo médico llamado a instancia de parte, como tal perito médico, a deponer ante los tribunales de justicia, serán de 250 pesetas por informe oral.

2.º No admitir ninguna petición, que no haya sido precedida de consulta por el abogado de la parte al médico elegido.

3.º Se harán efectivos los honorarios con fecha anterior a la celebración del acto del informe; cuando este requisito no pueda llenarse, el médico declarará sus honorarios al final de su informe, ante la sala constituida.

4.º Ofrecerse al Colegio de Abogados para las peritaciones de turno gratuitas, siempre que el abogado se dirija a la entidad Colegio de Médicos, quien por riguroso turno entre sus colegiales designará el profesor que haya de llevar esta misión,

5.º Dar cuenta al Colegio de Abogados de estos acuerdos.

Asimismo se acuerda dejar sin efecto la denuncia presentada a este colegio por el Sr. Alberdi, contra el Sr. Migallón, por contener hechos ya sancionados por el Colegio, sobre cuya sanción pesa actualmente un recurso de alzada aún sin resolver, ante la primera autoridad provincial.

Por último se acuerda también llevar a Junta General la reforma de los artículos del Reglamento interior del Colegio referentes a la votación de los cargos de la junta de gobierno, acordándose también llevar a esa junta la

propuesta de creación de un Tribunal de Honor, para la sanción de faltas que, dentro del capítulo de sanciones de los Estatutos y Reglamento del Colegio, son difícilmente reprobables.

No habiendo más asuntos de que tratar, el señor Presidente levantó la sesión.

PRODUCTOS RESOPON

PRESCRIBASE SEGUN LOS CASOS

RESOPON VASELINA, RESOPON BUJIAS, RESOPON LANOLINA
RESOPON GARGARISMO, RESOPON JABON, RESOPON POLVOS
RESOPON OVULOS VAGINALES, RESOPON SUPOSITORIOS
RESOPON SOLUCION BASE, RESOPON AGUA DENTIFRICA

El verdadero é insuperable remedio para el tratamiento de

HERIDAS, LLAGAS SUPURANTES, QUEMADURAS, ECZEMAS, FISTULAS
ABCESOS, OTITIS SUPURADAS, VAGINITIS, LEUCORREAS, BLENORRAGIA
CATARROS VAGINALES, HEMORROIDES, ULCERAS DEL RECTO, FARINGITIS
ULCERAS VARICOSAS, LARINGITIS, ANGINAS, ROENTGEN ULCUS,
PUERICULTURA Y DERMATOLOGIA GENERAL.

*Preparadas de base Sulfo-Resinosa y gran poder fagocitario
calmanter y no tóxicas.*

PEDIR MUESTRAS Y FOLLETOS á

BUSQUETS H^{nos} RONDA DE ATOCHA 23 Trip MADRID

DIFERENCIA

Preparado por los
LABORATORIOS
DEL
NUJOL
Standard Oil Company
(New Jersey)
(New York)



Muestra y folletos á

BUSQUETS HERMANOS
Ronda de Atocha 23 trip
MADRID

La diferencia que existe entre el **NUJOL** y los otros aceites de parafina consiste, en que el **NUJOL** es siempre constante, tanto en lo que se refiere a su composición como a sus efectos terapéuticos.

Los productos ordinarios varían constantemente.

EL NUIJOL NO VARIA JAMAS
Todo médico que prescribe el **NUJOL** puede tener la seguridad de que sus clientes usan un producto perfecto, preparado bajo métodos rigurosamente científicos, como lo permiten las experiencias y ensayos más modernos.

Nujol

MARQUE DÉPOSÉE
CONTRA EL ESTREÑIMIENTO
El lubricante ideal de los intestinos

LABORATORIOS OPOTERAPICOS Y BIOLÓGICOS

OFICINAS:

Balmes, 21. - BARCELONA
Teléfono, 363 A.

LABORATORIOS:

Cataluña 34 y 36--SARRIA
Teléfono, 6.179 G.

Dirección telegráfica: FHERSA

PRODUCTOS OPOTERAPICOS-SUEROS-VACUNAS-COLIRIOS

Para muestras y literatura de todos sus preparados
diríjense a la Casa Central o a su delegado regional.

D. RAMÓN DE UGARTE CHINCILLA.--CALLE DE CAMPOMANES, 11-3.º--MADRID (12)

DEPÓSITO EN CIUDAD REAL

FARMACIA MODERNA

Mercado Nuevo, número 3

SIC

CURACION RAPIDA Y SEGURA

DE LA

TOS CONVULSA

descubierto por el Dr. ZANONI, de Milán, creador de la
industria opoterápica en Italia (1898-1924)

Por unánime opinión de los más ilustres Clínicos el suero «SIC» es verdaderamente EL ÚNICO remedio dotado de enérgica virtud curativa de la Tos Convulsa; EL ÚNICO que disminuye rápidamente la violencia y el número de los accesos y que cura la Tos Convulsa en pocos días; EL ÚNICO que sea tan inocuo para suministrar también a los chicos que tienen pocos meses de edad; EL ÚNICO que en lugar de enflaquecer, deprimir y nausear al niño, le estimula el apetito y le da vivacidad.

SIC No es uno de los tantos Jarabes conocidos; es un suero humoral conteniendo los principios activos de la glándula.

SOBRERENAL INTERIOR CORTICAL

del híg. Se toma por gotas y en cada frasco van las instrucciones para su uso.

Pídase en todas las Farmacias

AGENTES EN ESPAÑA: **J. URIACH S. A.**—Barcelona

Sección de legislación

Excmo. Sr.: Los individuos que componen el Comité ejecutivo de la Asociación Nacional de Inspectores municipales de Sanidad, constituido por el Presidente, D. Ramón Velasco, titular y Subdelegado de Medicina de Medina del Campo; Vicepresidente, D. Pelayo Martorell, titular de Liñona (Lérida); Tesorero, D. Francisco Ayuso, titular de Murcia; Contador, don Pedro Ariza, titular de Quinto (Zaragoza); Secretario, D. Ubaldo Trujillano, titular de Adanero (Avila), y sus suplentes, D. Fermín Bedoya, titular de La Seca (Valladolid); D. Carlos Iglesias, titular de Lugo; D. Francisco Girona, titular de Alberique (Valencia); D. Alfredo Calzada, titular de Sotillo del Rincón (Soria), y D. Primo Gila, titular de El Espinar (Segovia) interesan se les conceda autorización para ausentarse de su residencia, siempre que los asuntos de la Asociación lo exijan, y considerando atendible la petición que se formula,

S. M. el REY (q. D. g.) ha tenido a bien autorizar a los señores que constituyen el Comité referido y sus suplentes, para que puedan ausentarse de sus respectivos partidos médicos, cuando la necesidad de celebrar reuniones para resolver asuntos de la Asociación lo requiera, siempre que dejen bien atendido el servicio y previa notificación a los Alcaldes respectivos.

De Real orden lo digo a V. E. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. E. muchos años. Madrid, 6 de Agosto de 1926.

Aplicación del 5 por 100 de los presupuestos municipales para las atenciones sanitarias.

El artículo 66 del Real decreto de 9 de Febrero de 1925 establece que para atenciones sanitarias de los pequeños Municipios se destinará el 5 por 100 del total de sus presupuestos, cuyas cantidades se invertirán anualmente en obras de saneamiento; medios de prevención y defensa contra las enfermedades infecciosas y servicios higiénicos-sanitarios.

La aplicación de este precepto durante el plazo de vigencia del Reglamento de Sanidad municipal, ha venido a demostrar que algunos Ayuntamientos lo interpretan con latitud viciosa y criterio inadmisibles, destinando el crédito referido a satisfacer las igualas de los vecinos pudientes o a otras atenciones que en nada se relacionan con obras de saneamiento, servicios higiénico-sanitarios y defensa contra las enfermedades infecciosas que constituyen su legítima justificación.

Se da también con frecuencia el caso de que aún aplicando a su debido objeto las cantidades consignadas, particularmente en lo que atañe a obras de saneamiento, por no encomendar los proyectos y su dirección a personal pe-

rito en la materia, se malogran los resultados; obligando a nuevos dispendios a más de producir decepciones y efecto deplorable en la opinión pública; y

Considerando que es inexcusable que tal precepto tenga debido cumplimiento llevando a la práctica las medidas adoptadas por el Poder público, en orden al servicio sanitario, en cuanto es peculiar a los Ayuntamientos.

S. M. el RLY (q. D. g.) se ha servido disponer:

1.º Que se recuerde a los Ayuntamientos de Municipios inferiores a 15.000 almas, que para la aplicación del 5 por 100 de los presupuestos municipales, que para atenciones sanitarias ordena el artículo 200 del Estatuto municipal deben atenerse a lo dispuesto en el artículo 66 del Reglamento de Sanidad municipal, aceptando en cuanto sea factible, los informes y propuestas que les hagan las respectivas Juntas municipales de Sanidad.

2.º Que las Juntas municipales de Sanidad deben elevar anualmente al Ayuntamiento propuesta razonada y demostrativa de la inversión que conviene dar a la cantidad consignada, prefiriendo siempre las mejores, de mayor urgencia y beneficio para la salud pública.

3.º Que, al finalizar el año económico, los Alcaldes comprendidos en esta Real orden pasarán al Gobernador civil nota de la inversión dada a la consignación de referencia, en tanto que los Inspectores municipales de Sanidad, como Secretarios de las mencionadas Juntas tendrán la obligación de comunicar al Inspector provincial de Sanidad el plan de mejoras propuesto por los mismos y su aceptación o negativa.

4.º Que esta disposición tenga carácter general y que se publique en la *Gaceta de Madrid* y *Boletines Oficiales* de todas las provincias.

De Real orden lo digo a V. E. para su conocimiento el de los Ayuntamientos, y Juntas municipales de esa provincia y demas efectos. Dios guarde a V. E. muchos años. Madrid, 12 Agosto 1926.

INSTITUTO BIOQUÍMICO "HERMES"

Roma, núm. 1 (S. G.) - BARCELONA - Teléf. 1.528 G.

VACUNA MIXTA ANTICATARRAL «HERMES»

Para uso profiláctico y curativo de las infecciones de las vías respiratorias
En frascos de 5 c. c. conteniendo por 1 c. c.

| | | | |
|-------------------------|--------------|---------------------------|--------------|
| Stafilococos | 500 millones | Pneumococo | 100 millones |
| B. influenza | 250 » | Pseudodiftéricos. | 100 » |
| M. catarralis | 200 » | Estreptococos. | 25 » |
| Pneumobacilo | 50 » | | |

Y cajas de 8 tubos de 2 c. c. dosificados en serie

Estableciendo expendedorías provinciales del sello sanitario

Habiéndose parecido error de copia en la Real orden de 20 del actual, inserta en la *Gaceta de Madrid* el día 22 de los corrientes, se reproduce debidamente rectificadada:

Excmo. Sr.: Para facilitar la adquisición de los distintivos sanitarios y aclarar varias consultas que sobre su empleo se han formulado.

S. M. el REY (q. D. g.) se ha servido disponer lo siguiente:

1.º A partir de la fecha en que se inserte en la *Gaceta* la presente disposición se establecen expendedorías provinciales del sello sanitario, a cargo de las personas que en el anejo figuran:

2.º Los encargados de las expendedorías percibirán el 3 por 100 del total ingresado por la venta de sellos, con la excepción de la Jefatura de Servicios Farmacéuticos, a cuyo cargo estará la venta de sellos en esta Corte.

Para dirigir las expendedorías de Barcelona y Valencia precisa que sus encargados depositen, a disposición del Director general de Sanidad, una fianza en valores del Estado o en metálico de 25.000 y 15.000 pesetas respectivamente.

3.º En aquellas provincias en que por atención a sus reducidas exigencias de sellos no se establezcan expendedorías, las demandas de sellos se efectuarán en la expendedoría más próxima.

4.º La demanda de sellos se ajustará a las condiciones fijadas en el artículo 5.º del Real decreto-ley de 11 de Mayo de 1926, efectuándose el pago en el momento de adquirirlos.

Como precio de venta de las especialidades extranjeras se considerará, para los efectos del distintivo que deben ostentar, el más corriente en las principales plazas comerciales en el momento de hacer la petición de los sellos.

5.º Los días 1.º de cada mes, a partir del próximo Octubre, los encargados de las expendedorías provinciales remitirán a la Jefatura Técnica de Servicios Farmacéuticos de la Dirección general de Sanidad, una copia de todas las demandas de sellos durante el mes, una relación del dinero recaudado y otra de los sellos vendidos y de las existencias.

El dinero recaudado durante cada mensualidad lo enviarán a la Jefatura de Servicios Farmacéuticos, descontando los gastos que origine el envío.

6.º Los distintivos sanitarios se inutilizarán con las estampillas de los laboratorios que los adquieran, y si se tratara de productos en depósito, con la estampilla de éstos.

7.º En el caso de los productos biológicos de actividad limitada, cuando sean devueltos a los laboratorios productores, los encargados de éstos lo harán constar en relación jurada a la expendedoría donde se surtieron, la cual previa la comprobación necesaria, facilitará sin más gravamen el número de sellos correspondientes al de ejemplares devueltos.

8.º Desde el día 1.º del próximo mes de Septiembre, los Inspectores farmacéuticos de las Aduanas impedirán la importación de los productos comprendidos en el Real decreto de 22 de Diciembre de 1925, ratificado por el Decreto-ley de 11 de Mayo de 1926, cuando, además de cumplir los requisitos vigentes, no estén provistos del distintivo sanitario correspondiente.

9.º La presente disposición se insertará en los *Boletines Oficiales* de todas las provincias.

Lo que de Real orden comunico a V. E. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. E. muchos años. Madrid, 20 de Agosto de 1926.


MARTÍNEZ ANIDO.

Señores Director general de Sanidad y Gobernadores Civiles.

Anejo que se cita.

Almería, D. Cristóbal Romero Rivas.
 Avila, D. Santiago Torres.
 Badajoz, D. Ricardo Camacho de Castro.
 Barcelona, D. J. Giménez-Salinas.
 Cádiz, D. Francisco Téllez-Ducoin.
 Castellón, D. Eruesto Soler.
 Ciudad Real, D. Antonio Gil.
 Córdoba, D. José de la Linde.
 Cuenca, D. Rafael Mombiedro.
 Gerona, D. G. Garriaga.
 Granada, D. Isidoro Sáenz de Tejada.
 Huelva, D. José Cordero Bel.
 Huesca, D. Narciso Puig.
 Leon, D. Pedro de la Rosa.
 Logroño, D. José-L. de Araújo.
 Lugo, D. José Pedraza Pérez.
 Madrid, Jefatura de Servicios Farmacéuticos.
 Málaga, D. Ramón Casares Descansa.
 Murcia, D. Antonio López Come.
 Orense, D. Luis Fábrega.
 Oviedo, D. Juan Donapetry.
 Palencia, Natalio de Fuentes Tapis.
 Palma de Mallorca, D. Francisco Rover.
 Pamplona, D. Manuel González Boza.
 Pontevedra, D. José Carrera Ramilo.
 Salamanca, D. Pedro S. Anito.
 San Sebastián, D. Fernando Zúñiga.
 Santander, D. Diego Mateo.
 Segovia, D. José Barbero Abella.
 Sevilla, D. Gregorio Escolar.

Tarragona, D. Francisco de P. Folch.
 Valencia, D. Agustin Trigo Mezquita.
 Valladolid, D. Eusebio Villanueva León.
 Vizcaya (Bilbao), D. Luis de Artaza.
 Zaragoza, D. Eloy Choliz.
 Madrid, 20 de Agosto de 1926.

| | | |
|--|---|---|
| <p>RECETANDO EL ARSENICAL</p> |  | <p>POR VIA BUCAL COMPRIMIDOS DE 0'25, 0'10 Y 0'02 GRAMOS</p> <p>EXITO SEGURO</p> |
| <p>AMIBIASIS, SÍFILIS, PALUDISMO, DIARREA DE LOS TUBERCULOSOS, ASTENIA, ANGINA DE VINCENT, CARBUNCOSIS, TRIQUINOSIS - SUBSTITUYE CON VENTAJA LOS ARSENICALES DEL CODEx - VIRA EL WASSERMANN</p> <p>DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS</p> <p>PÍDASE LITERATURA A ROBERT SOYER - AGENTE GENERAL - CONSEJO DE CIEN TO, 224 - BARCELONA</p> | | |

GRAN BALNEARIO DE MEDINA DEL CAMPO

VERDADERO SANATORIO PARA LA ESCRÓFULA, SEGUN INFORME DEL REAL CONSEJO DE SANIDAD

Aguas clorurado-sódicas sulfurosas, bromo-ioduradas, de fuerte mineralización. Unicas en España que elaboran *Aguas madres*, análogas y muy superiores a las de Salies de Bearne y Briscous, en Francia; de Kreuznach y Nauheim, en Alemania, y Lavey y Tarapp, en Suiza.

Eficacisimas para el linfalismo, *escrófulas* en todas sus manifestaciones, *tuberculosis locales*, *mal de Pott*, *artrocaces*, *coxalgias*, *oftalmias*, *corizas*, *ocenas*, *raquitismo*, *herpetismo*, *reumatismo*, *anemias*, *estado de debilidad*, *endemotritis* y *metritis*, *histerismo*, *corea*, *neurastenio* y *parálisis refleja*.

Manantial alcalino ANITA

Aguas clorurado-sódicas bicarbonatadas.—Variedad liníticas y bromuradas. Superiores a las tan famosas de Carisbad, en Austria-Hungría.—Indicadas en las afecciones *crónicas del estómago e intestinos*, *infartos del hígado y del bazo*, *cólicos hepáticos*, *cólicos nefríticos* y *catarros de la vejiga*; *diabetes*, *gota* y *obesidad*.

Gran hotel y antiguo hotel con habitaciones de 2 a 25 pesetas. Esmerado servicio de fonda. Luz eléctrica en todos los servicios. Monumental galería de baños con pilas de porcelana y mármol. Capilla con capellán para el culto. Coches y automóviles a la llegada de los trenes. Teléfono, telégrafo. Salones de recreo para bailes, músicas y juegos lícitos.

Temporada oficial 1.º de Junio al 30 de Septiembre.

MEDICO DIRECTOR:

ILMO. SR. DR. JOSÉ MORALES MORENO
 ACADÉMICO DE MEDICINA

R. O. sobre quienes han de expedir los Certificados de Médicos titulares y los Títulos de Inspectores municipales de Sanidad

Ilmo. Sr.: Establecido por los Reales decretos de 22 de Agosto de 1924 y 9 de Febrero de 1925 que todos los Médicos titulares son Inspectores municipales de Sanidad, y siendo necesario acreditar la condición de titular para pertenecer al Cuerpo de Inspectores y para concursar vacantes a partir de las próximas oposiciones es de esperar que los interesados acudan en solicitud de dichos documentos, a fin de regular este servicio.

S. M. el REY (q. D. g.) se ha servido disponer:

1.º Que los certificados de Médicos titulares o cualquier otro documento oficial relacionado con los mismos serán expedidos por la Oficina correspondiente con el V.º B.º del Director general de Sanidad.

2.º Que los títulos de Inspectores municipales de Sanidad se expedirán por la dirección del Ramo con el V.º B.º del Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación.

3.º Que los certificados, documentos análogos y títulos devengarán la cantidad de cinco pesetas, que se destinarán a sufragar los gastos de material y personal de la oficina afecta al Archivo de titulares e Inspectores, entregando el sobrante a la Asociación Nacional de estos últimos, para invertirlo de conformidad con sus fines propios.

De real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 25 de Agosto de 1926.

PREPARACIONES CON EL ASTENOL

FÓRMULA

Quinina pura. 0,21 gramos
Astamol. 0,0135 »

Cura radicalmente, PALUDISMO, de aplicación en la GRIPE, Pneumonías, Fiebres Tíficas y Paratíficas

TERMOTONA (Quino-iona-inyectable de quinina pura, completamente indoloro, inyección intramuscular e intravenosa.

FÓRMULA

Astenol. 0,012 gramos
Acido glicero fosfórico. 0,046 »
Acido cacodílico. 0,030 »
Hierro asimilable. 0 002 »
Glicero fosfato estrienina. 1/4 miligramo

SUERO ESPAÑA (Ferro-iona) inyectable ferruginosa, indoloro, indicado en las ANEMIAS, CLORO-ANEMIAS, ASTENIAS, etc. Con resultados sorprendentes que se observan desde las primeras inyecciones

FOSFOVITOGENO.—Tónico reconstituyente de sabor agradabilísimo. NEURASTENIA y en general las mismas indicaciones que el Suero España.

N. B.—Estos preparados pueden utilizarse sin inconveniente alguno aun en los niños de corta edad.

Para muestras y literaturas dirigirse:

LABORATORIOS "ETHOS"  M. CALVO CRIADO  VALLADOLID

Provisión de una plaza de Inspector de Sanidad en el protectorado de España en Marruecos

Excmo. Sr.: Vacante en la zona de Protectorado de España en Marruecos una plaza de Inspector de Sanidad, dotada con el sueldo de 6.000 peseta, más otras 6.000 pesetas en concepto de gratificación, y la consignación suficiente para dietas de viajes y locomoción,

S. M. el REY (q. D. g.) se ha servido disponer que dicha plaza se provea por concurso de méritos, con arreglo a las condiciones siguientes:

1.^a Sólo podrán optar a ella los funcionarios de la Sanidad civil de la Península pertenecientes a los Cuerpos de Inspectores provinciales de Sanidad, Directores de puertos y Jefes de Sección o de servicios de instituciones sanitarias, acreditando con la documentación correspondiente su ingreso por oposición en los respectivos Cuerpos y la aprobación de cursos especiales de Parasitología en el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII o en el Instituto de Higiene Militar, y los Médicos de Sanidad Militar a partir del empleo de Comante. Unos y otros podrán alegar cuantos méritos posean dentro de sus respectivas carreras, considerándose como preferentes las prácticas, estudios e investigaciones originales sobre Bacteriología e Higiene pública.

2.^a Los aspirantes dirigirán sus instancias en el termino de un mes, a contar de la publicación de esta Real orden en la *Gaceta de Madrid*, a la Dirección general de Marruecos y Colonias, en la Presidencia del Consejo de Ministros, acompañando los documentos y trabajos que acrediten las condiciones profesionales de los aspirantes.

3.^a El Inspector elegido tendrá su residencia en Tetuán, estará adscrito a la Dirección de Intervención y Asuntos generales de la Alta Comisaría y quedará obligado a girar visita ordinaria, dos veces en el año, a todas las regiones de la zona, además de efectuar las visitas especiales que le encomienda la Alta Comisaría. El Inspector de Sanidad asesorará a la Alta Comisaría en cuantos asuntos de orden sanitario se requiera su opinión.

De Real orden lo digo a V. E. para su conocimiento y efectos que se indican. Dios guarde a V. E. muchos años. Madrid, 30 de Agosto de 1916.

Letras de luto

Han fallecido en Castellar de Santiago, Retuerta y Villanueva de la Fuente respectivamente los compañeros señores Salas, Alonso y Cano.

El Colegio envía a las respectivas viudas y familia la expresión del sentimiento de la colectividad médica.

La lucha antituberculosa en España

Nuestros deberes para con la Sociedad

Es la tuberculosis la enfermedad social por excelencia; la enfermedad infecciosa que mas víctimas causa entre nosotros, hasta el extremo que compulsando los datos que proporciona la estadística oficial de mortalidad puede decirse sin temor a ser rectificado que origina mas muertes que todas las enfermedades infecciosas juntas. A este número hay que agregar un 20 por 100 más por los errores seguros que fácilmente se cometen por dificultades de diagnóstico o por tuberculosis secundarias a otras enfermedades, como por ejemplo las bronquitis crónicas, la gripe etc. A 50 a 60.000 muertes o quizá más, asciende la cifra y suponiendo con Sir Robert Philip que mueren solo la décima parte de los tuberculosos existentes, tendremos que la morbilidad alcanza en España la gravísima cifra de 600.000 tuberculosos activos. Estas cifras son harto elocuentes para que necesiten comentarios que pongan de manifiesto la magnitud del problema y la situación actual de este.

Nosotros los Médicos sabemos bien la importancia y transcendencia que tiene para la salud pública dejar a su libre albedrío la reproducción y propagación del mortífero bacilo de Koch. Hay que declararle la guerra pero una guerra sin cuartel, cruel y feroz como el se conduce en sus ataques insidiosos y callados con que constantemente nos combate.

Hace un año que desde las columnas del gran diario «El Sol» vengo diciendo la ignorancia que se tiene en España de tal problema y la pasividad con que se atiende y se estudia la manera de solucionarlo ya sea, claro es, parcialmente. En una encuesta por nosotros iniciada en dicho diario madrileño algunos de los más cultos y competentes especialistas de Madrid y provincias han dicho en merítísimos trabajos lo mas conveniente y que con mas urgencia hace falta realizar en España en este sentido. Nuestra campaña ha influido notoriamente en el ánimo del Gobierno por la intercesión del Director General de Sanidad y en el presupuesto extraordinario ultimamente aprobado se consigna una cantidad de 12.000.000 de pesetas para Instituciones antituberculosas.

Bien esta el rasgo, para comenzar, pero hace falta mas, mucho más dinero, El Director General de Sanidad Doctor Murillo a cuya competencia y conocimiento de los problemas de Sanidad social hay que sumar una decidida vocación y un gran celo en su estudio y posible solución me escribía, contestando a la encuesta de «El Sol», el 31 del pasado, la siguiente carta que es interesante reproducir:

La lucha antituberculosa en España

Sr. D. Tomás de Benito.

Mi querido amigo: He seguido con interés su loable campaña en favor de la lucha antituberculosa que culminó en la idea, llevada a cabo con éxito, de recabar opiniones y fórmulas de organización entre personas conocedoras del vasto problema de la tuberculosis como plaga social.

La notoria publicidad que ha merecido este plebiscito me obliga a contestar, ya sea sencillamente, su atenta invitación, evitando así que nuestro silencio pudiera interpretarse como deserción o como un olvido de la Dirección de Sanidad, de un asunto al que concede los mayores desvelos y preferentes atenciones desde el día que el Real Patronato y el ministro de la Gobernación le confirieron el honor de asumir su dirección técnica.

A este fin, redactamos un programa mínimo de organización antituberculosa que, sometido a la consideración y estudio de la Comisión asesora, ella se ha encargado de estudiarlo, desenvolverlo y perfeccionarlo, para luego de discutido y aprobado, llevarlo a la práctica. Dicho programa abarca los puntos siguientes:

I.—Organización de la asistencia

Principios: 1.º Todo tuberculoso indigente debe ser recluso.

Número de camas necesarias para la reclusión en Sanatorios y enfermerías y parte que corresponde al Estado, a las Diputaciones y a los Ayuntamientos, por sí o mancomunados.

2.º Las familias de los tuberculosos reclusos deben ser amparadas y deben recibir auxilio económico. Procedimiento y medios.

3.º Los tuberculosos curados deben ser objeto de vigilancia y han de retornar al trabajo en condiciones especiales. Creación de instituciones adecuadas.

II.—Organización de la profilaxis

Principios: 1.º La declaración obligatoria y el parte de defunción y mudanza.

2.º Los Dispensarios: como han de constituirse; funcionamiento; número; presupuesto.

3.º La profilaxis en la infancia. (Prexentorios e instituciones que promueven el desarrollo físico y la vida higiénica de los niños y púberes.)

4.º La separación de los tuberculosos que desempeñan ciertos cargos y oficios.

5.º Obligación de reducir en Sanatorios a los militares que contraen la enfermedad durante el servicio.

6.º Estímulo y subvención a los trabajos de investigación de la tuberculosis.

7.º Medidas higiénicas generales de aplicación especial a los tuberculosos.

Vivienda. Subsistencias. Higiene escolar.

III.—Funciones y atribuciones del organismo directivo y empleo de las cantidades recoudadas por la Junta administrativa y cuyo importe actual puede calcularse en 1.500,000 pesetas.

Para hacer viable este plan mínimo de lucha antituberculosa y obtener la máxima eficacia de realización, no escatimaremos ni uno solo de los elementos que requiera y que estén a nuestro alcance o de nuestra actuación personal dependa. Pero es necesario que la Prensa, con su gran influencia y singularmente los escritores médicos, promueban un estado favorable de la opinión pública, a fin de conseguir que el Gobierno dedique a la lucha antituberculosa algunos millones de pesetas, que son esenciales e indispensables para realizar esta organización. Porque si el dinero es el nervio de la guerra (de cañones y fusiles), lo es más todavía, en la guerra contra las plagas sociales. Y huelga decir que la tuberculosis es la primera entre todas.

De usted afectísimo y buen amigo, s. s. q. l. e. l. m., *F. Murillo*, director general de Sanidad.

El Dr. Badía nuestro insustituible presidente, hombre inteligente y culto y lo que es más de admirar en él, un buen compañero, oyéndome hablar de estas cosas, con el calor y entusiasmo de quien tiene motivos para sentir el problema en toda su dolorosa magnitud, me animaba a no desmayar en mi campaña brindándome amablemente nuestra tribuna del Colegio porque todo problema de índole social vale tanto o más sentirlo que conocerlo. El que lo siente es capaz de ahondar en su contenido para buscarle soluciones o remedios.

Cierto que este problema de la Sanidad pública no lo siente todo el que lo conoce y radique en esto la causa del olvido en que lo tiene el Estado, o de la mezquindad con que lo afronta cuando de él se acuerda. La responsabilidad de este hecho no puede recaer sobre otros que nosotros los médicos que tenemos obligación de conocerlo y sentirlo que tenemos el imperioso deber de darlo a conocer y hacerlo sentir a los demás, imponiéndonos la tarea de divulgar sus remedios desinteresada y perseverantemente. Labor ingrata, es verdad, porque es labor de crítica que tan mal se aviene con nuestro temperamento, pero cuando esta crítica es constructiva y tiende a ilustrar a la sociedad de cuales son sus deberes y derechos en asuntos que afectan a su salud y su vida no deben arredrarnos ni el enojo ni la persecución de los interesados en defender el silencio sobre esta cuestión. Se reciben también satisfacciones que halagan la vanidad y que eyectan optimismo para no desmayar en el sacrosanto deber impuesto. Y en último caso la satisfacción del deber cumplido, íntima sensación repasadora de las injusticias sociales, es la más grata de cuantas recompensas se pueden apetecer.

Y que cada uno escuche a su conciencia.

DR. TOMÁS DE BENITO.
de Madrid.

SUSCRIPCIÓN EN FAVOR DE LA VIUDA DE D. JUSTINO NIETO

| Nombres y apellidos | Pueblos que ejercen | PESETAS |
|----------------------------|---------------------|---------|
| <i>Suma anterior</i> | | 127 50 |
| <i>Sumas</i> | | 127 50 |
| <i>(Continuará)</i> | | |

DONATIVOS EN FAVOR DEL COLEGIO DEL PRÍNCIPE DE ASTURIAS

| | | |
|----------------------------|------------------------|--------|
| <i>Suma anterior</i> | | 227 50 |
| D.Dámaso Hernández... | Corral de Calatrava... | 1 50 |
| <i>Suma</i> | | 229 00 |
| <i>(Continuará)</i> | | |

QUEDA ABIERTA LA SUSCRIPCIÓN EN FAVOR DE LA VIUDA DEL
 COMPAÑERO DON PABLO CARRASCOSA, MÉDICO QUE FUÉ DE
 VILLARRUBIA DE LOS OJOS

“Valor de los factores sociales en el desarrollo de la tuberculosis”

Conferencia pronunciada por el Dr. D. Tomás de Benito, de Madrid, en el Círculo del Recreo de Puertollano

Comenzó su interesante disertación el Dr. de Benito dedicando un saludo a las autoridades locales y a los socios del Círculo que asistieron al acto, teniendo frases de gratitud para el Dr. D. Manuel Giraldo que hizo su presentación.

Hizo una alabanza en elocuente párrafo, de la cultura de los Puertollanenses de que es buena prueba, dice, la asistencia numerosísima, de todas las clases sociales que han venido a escucharle.

«La tuberculosis es la enfermedad social por excelencia, aquella en que las condiciones sociales de la vida ejercen mayor influencia en su desarrollo y propagación: ataca a todos los individuos sin respetar edades ni clases. Constituye la tuberculosis el tipo de la verdadera enfermedad endémica de consecuencias más graves que las que pueden originar las epidemias más virulentas y mortíferas pues, en estas, sus consecuencias y efectos son pasajeros, mientras que la tuberculosis actúa de una manera constante e ininterrumpida. Para poder formase una idea de la importancia que tiene en España la

tuberculosis, solo diremos que causa mas de 50.000 víctimas al año. Suponiendo con Robert Philip, ilustre medico inglés, que solo mueren la décima parte de enfermos, sin temor alguno podemos asegurar que en España existen más de 500.000 tuberculosos. Y lo lamentable de estas estadísticas trágicas es el hecho científicamente demostrado de que la tuberculosis es una enfermedad «evitable», una enfermedad «curable», quizá la más curable clínicamente de todas las enfermedades. ¿Cómo y por qué procedimiento se puede evitar? Por varios y distintos. Pero es esencial para poder evitar un peligro o remediar un daño conocerlo previamente y saber su extensión e intensidad. Enseñar pues a la sociedad la manera de prevenir la tuberculosis o el procedimiento para no propagarla es a nuestro juicio fundamentalmente básico y primordial a toda otra acción. Mientras esto no se haga, mientras no se prodiguen, la conferencia, el artículo, la cartilla, el folleto, el libro, el cine propalando reglas y consejos de higiene general y de profilaxis contra la tuberculosis; mientras no se actúe de una manera perseverante inspeccionando la escuela (principal factor de defusión), el cuartel, el taller, la fábrica, la cárcel, todo local o sitio de aglomeración o de concurrencia humana para buscar el foco de propagación del contagio, no será posible combatir o aislar la infección tuberculosa, reduciendo a un minimum inevitable la morbilidad y mortalidad por tuberculosis. Los Estados Unidos han gastado sumas fabulosas en educación social haciendo intensa propaganda de profilaxis antituberculosa que no ha sido en balde puesto que han conseguido disminuir la mortalidad por tuberculosis en más de un 50 por 100. El ensayo de Framinhau constituye un significativo ejemplo digno de imitar.

Es tanto más necesaria y urgente la educación del pueblo sobre estas cuestiones médicos-sociales, preferentemente de la que ocupa nuestra atención, cuanto que las constantes e incansables investigaciones sobre problemas etiológicos de la tuberculosis llevados a cabo en Francia por una pléyade de ilustres fisiólogos han hecho variar por completo criterios y conceptos que se tenían por inconcusos sobre todo en lo que se refiere a la herencia. Los admirables trabajos de los Doctores, León Bernad, Debré y Laplane, realizados gracias a la excelente y acertada obra de «le Placemeut familial des Tout-petits» creada por el sabio profesor Beznal demuestran y afirman que no existe como se pensaba, salvo rarísimas excepciones, ni herencia de «semilla» ni herencia de «terreno» y que separando al recién nacido de los padres tuberculosos inmediatamente de nacer, evitando el más pequeño contacto con ellos, este ser sigue la misma evolución fisiológica en su vida que los nacidos de padres no tuberculosos. Tal hecho, por el prestigio científico de las personas que lo firman y sostienen y por las investigaciones realizadas, que no es de este lugar exponer, ha quedado sancionado y admitido por la ciencia.

Ya no podrá defenderse más el aforismo «de un tísico nace otro tísico» como decía Hipócrates, ni tampoco la teoría de la «heredo-tuberculosis» de Landouzy».

La tuberculosis se adquiere por contagio, la causa eficiente es el contagio y sobre este punto no se puede aceptar discusión científica hoy.

El principio fundamental de toda profilaxis, de toda lucha antituberculosa, será por consiguiente evitar el contagio.

Refiere brevemente las condiciones que favorecen el contagio bacilar y dice que es el esputo el agente de difusión más importante; después los alimentos, la carne, la leche, el pan, pero que este medio de propagación es menos peligroso, ya que el bacilo bovino de la carne y de la leche es menos nocivo para el hombre.

Señala la diferencia que existe en la transmisión de las demás enfermedades infecciosas que precisa tan solo un contacto, único con la tuberculosis que requiere contactos repetidos y prolongados excepto en los niños pequeños en que solo un contacto puede bastar a tuberculizarle.

La vida del hombre en sociedad le obliga a la reunión, a la asociación y estas circunstancias, llevan inherente el peligro del contagio. Por lo tanto todo cuanto pueda favorecer la repetición y prolongación del contagio constituirá los factores más importantes de la propagación de la enfermedad.

Como principales factores enumera las aglomeraciones sociales que son causa de tuberculosis en proporción con su densidad. Esa enfermedad, dice, ha nacido con la civilización y ella es la responsable de su extensión y propagación de tal suerte que en las Antillas, por ejemplo, comienza a observarse con la supresión de la esclavitud y en Africa se propaga en las costas quedando indemne el interior. No existe ninguna inmunidad de clima ni de raza.

Otro factor importante de la tuberculosis es la vida estrecha; la convivencia íntima que causa la vida familiar. Aduce estadísticas que prueban la influencia extraordinaria de este factor de contagio, sobre todo en los niños, ya que el adulto queda protegido en cierto modo, por la inmunidad adquirida en anteriores contactos. Una estadística de Denoyelle demuestra que en las familias en donde existe el padre o la madre tuberculosos la mortalidad en los niños es de 55 por 100: por el contrario en las familias en que los padres no eran tuberculosos, la mortalidad por tal enfermedad en los niños quedaba reducida a un 25 por 100. Una encuesta llevada a cabo por el doctor Debré en la gota de leche del hospital Laenec, prueba que el 85 por 100 de los casos la infección la contagia la madre, un 10 por 100 el padre y el 5 restante era imputable a otros parientes o a contactos en el hospital.

La vida escolar es el primordial factor de difusión de la tuberculosis por que en la primera infancia se tiene una mayor receptividad para adquirirla. Hace una crítica del abandono en que se tiene al niño en España y pide la reorganización del cuerpo de Inspección medico-escolar que en todos los países cultos del mundo funcionan desde hace muchísimos años de una manera completa y ordenada rindiendo el más positivo fruto. Sanidad y cultura son los dos caminos paralelos por los que debe orientarse a la futura gene-

ración española si no queremos quedar muy rezagados del núcleo europeo del que formamos parte.

Habla de las colonias escolares tal como hoy están organizadas y censura con acritud la forma de seleccionar a los niños a «ojo de buen cubero», según el capricho del maestro o la influencia, sin la intervención del médico que es el único que puede hacer una selección acertada, y según convenga a la salud y naturaleza del niño llevarle a la montaña, a la playa o dejarle en su casa. Que se impone hacer una revisión seria del índice de la tuberculosis en los maestros y profesores, principal foco de contagio que existe en la escuela, y así mismo de los niños que a ellas asisten para aislar de unos y otros a los que constituyan un peligro de difusión.

La vida militar es otro factor de desarrollo de la tuberculosis. Dice como los militares contagiados en la ciudad difunden en el campo la afección tuberculosa.

La urbanización y la industrialización son dos factores de desarrollo de tan terrible enfermedad porque llevan consigo un aumento de la población por la falta de aire o de aire puro, por el polvo que origina el excesivo tráfico, etc., etc.

Nada muestra mejor la influencia del trabajo industrial sobre la tuberculosis que la diferencia de mortalidad entre los dos sexos en la ciudad y en el campo. El índice de mortalidad de la mujer del campo es igual o mayor que el del hombre; en las ciudades es mucho menor, asimismo la mortalidad por tuberculosis de la mujer es mucho mayor entre las que asisten a fábricas y talleres y las que no trabajan.

Las profesiones tienen también su parte como factores sociales de la tuberculosis: las profesiones sedentarias, las que se desempeñan en despachos o locales mal aireados o con poca luz, los empleados de bancos, de correos, los marinos, otras veces por exposición directa en el ejercicio de la profesión los médicos, enfermeros, etc. Los cabarets son sitios en donde con más frecuencia se adquiere la tuberculosis, no tanto por el abuso del alcohol que en ellos se hace como por respirar en una atmósfera impura y saturada de polvo que se levanta con el baile, polvo infectado por el esputo.

Dice que es necesario combatir la tuberculofobia sentimiento todavía muy extendido por ignorar el mecanismo de propagación de la tuberculosis, ignorancia tan perjudicial al progreso de la lucha antituberculosa.

Refiere lo que en la actualidad se hace en España sobre la lucha antituberculosa y tiene frases de alabanzas y elogio para la labor sanitaria que está realizando el actual Ministro de la Gobernación inspirado por el Director General de Sanidad Dr. Murillo, incansable estudioso de los problemas sanitarios más urgentes que poco a poco va resolviendo muy acertadamente.

Hace un llamamiento a las autoridades locales para que favorezcan la

instalación de un Dispensario antituberculoso que es la institución de educación social antituberculosa por excelencia.

Y termina su científica disertación, aconsejando a todos que sean avaros del aire puro y del sol, que ya decía Michelet que de todas las plantas era la humana la más necesitada del sol.

Nuchos aplausos y feicitaciones.

**Este número ha sido visado
por la censura**



GLEFINA

PREPARADO CON

Extracto Aceite de Hígado de Bacalao.

Extracto de Malta.

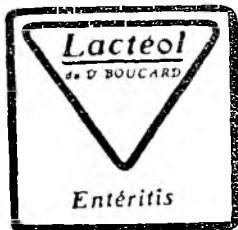
Hipofosfitos: de manganeso, de calcio, de potasio, de hierro, de quinina

y de estrignina.

Dosis: Niños de 3 a 5 años, dos a tres cucharadas de las de café, al día — Niños de 5 a 10 años, de dos a cuatro cucharadas de las de postre al día.—Niños de 10 a 15 años, de dos a tres cucharadas grandes al día.—Adultos, de tres a cuatro cucharadas grandes, al día.

GLEFINA es el único recurso para formular Aceite de Hígado de Bacalao en verano.

MUESTRAS: Laboratorios Andrómaco S. A.—Plaza Central del Tibidabo, 3.-BARCELONA



**Enteritis
Diarreas
Auto-
intoxicacion**

Muestra D^o BOUCARD, 30, Rue Singer, PARIS XVI

REVISTA MENSUAL
DE
CIENCIAS MEDICAS
DE LA
PROVINCIA DE CIUDAD REAL

COMITÉ DE REDACCIÓN

Aldama, Badía,
Morayta, Urreros,

Colás, Domínguez,
J. Ignacio, Morales.

TESIS DEL DOCTORADO

OBSERVACIONES CLINICAS SOBRE EL DIAGNOSTICO
DE LA
ESPLENO-NEUMONIA

Por el Dr. D. Alfredo Badía Fos

(Conclusión)

SEPTIMO.—ESPACIO SONORO DE TRAUBE

Ya sabemos que este espacio de Traube, es el único punto del tórax, que en condiciones normales dá a la percusión un sonido timpánico. La percusión de este espacio es de gran interés por cuanto sus dimensiones en sentido vertical nos dan a conocer la altura del diafragma en el lado izquierdo. Si el espacio aparece ampliado en sentido vertical, el diafragma ocupa un nivel elevado; al paso que cuando el diafragma desciende, se verifica una disminución de dicho espacio.

En la pleuresía izquierda el derrame llenará también el espacio de Traube, en cuanto haya alcanzado las porciones anteriores del tórax y el timpanismo que en condiciones normales, se encuentra en dicha zona, será sustituido por una macidez que irá aumentando cada vez más. A medida que el derrame aumenta, el diafragma va descendiendo y finalmente el espacio de Traube queda convertido en una zona de macidez absoluta.

En la espleno-neumonia del lado izquierdo, los autores citan la persistencia del espacio sonoro de Traube.

Primer caso clínico: Espleno-neumonia del lado izquierdo; ninguna modificación pudimos apreciar en dicho espacio.

El segundo caso clínico, se trataba de una espleno-neumonía del lado derecho y no podría presentar alteración alguna en dicho espacio.

Iguales consideraciones que he hecho al hablar de la desviación de los órganos internos, podía hacer de este síntoma, porque de igual modo que allí, los autores incurren en el mismo defecto. Niegan exista en la espleno-neumonía del lado izquierdo modificación del espacio sonoro de Traube y sin embargo admiten el abombamiento de la pared torácica. Esto por las razones dadas ya en aquel capítulo no tiene explicación posible. Tenemos también en este síntoma un elemento diferencial de gran importancia, porque aun en el caso de tratarse de una pleuresía tabicada, suele siempre haber ligero descenso del diafragma que reduce un poco el espacio sonoro de Traube.

OCTAVO.—SOPLO

En la pleuresía, el soplo se extiende tanto, cuanto más nos aproximamos al hilio del pulmón; en la base no suele haber por el contrario más que ausencia del murmullo vesicular.

En la espleno-neumonía los autores le asignan los siguientes caracteres: es más pronunciado el soplo y más fácil de percibir que en la pleuresía; resulta más extenso y hecho importante, conserva casi la misma intensidad en toda la extensión de la zona afectada, en la base y en la parte media, lo mismo que en el vértice.

Primer caso clínico: Este síntoma se presentó con los mismos caracteres que los autores le asignan.

Segundo caso clínico: Iguales consideraciones que el anterior.

Verdaderamente, este síntoma, es el de más fácil confusión y el que menos luz nos puede dar al diagnóstico; en mi concepto, solo cuando la espleno-neumonía tenga poco exudado y los alveolos pulmonares estén más bien replegados, que repletos de líquido, al dominar el elemento sólido, el soplo se hará más pronunciado y fuerte, acercándose casi al de la pulmonía; pudiendo entonces ser más fácil diferenciarlo del que se presenta en la pleuresía.

NOVENO.—PRESENCIA DE FINAS CREPITACIONES

En la pleuresía nunca se han percibido estas crepitaciones.

En la espleno-neumonía, los autores describen este síntoma del siguiente modo: existen con mucha frecuencia, siendo poco abundantes, diseminadas y muy fugitivas, para percibir las es preciso hacer que tosa fuertemente el enfermo.

Primer caso clínico; presentaba este síntoma alternativamente con el soplo, sin necesidad de hacerle toser ni de hacerle inspirar profundamente.

Segundo caso clínico; solamente se percibían en las inspiraciones profundas.

Indudablemente, este síntoma por sí solo bastaría para diferenciar ambos procesos, pero como los autores no lo admiten como constante, por eso y aun a trueque de reconocer su importancia, desconfían el poder diferenciar dichos procesos; porque este es uno de los síntomas que ellos dirigen principalmente la atención para el diagnóstico, y el no presentarse, dadas las muchísimas dificultades que según ellos existen, sería casi imposible diagnosticar la espleno-neumonía. Por el estudio que estamos haciendo, se puede ya formar juicio exacto de que aun en el caso de no presentarse dichas crepitaciones, sobran elementos diferen-

ciales para descifrar el problema, si como a tal se puede llamar, dados los pocos puntos de contacto que en mi concepto tienen los antedichos procesos.

DECIMO-EGOFONIA

En la pleuresía es donde, puedo decir se oye solo la egofonia, siendo por lo tanto uno de sus síntomas más importantes, curioso y característico.

En la espleno-neumonía dicen los autores que si que se presenta y dan como caracter diferencial, el ser menos clara que en la pleuresía y asemejarse a la bronco-egofonia. Markereel y Semoine describen casos de espleno-neumonías grippales, en los que faltaban el soplo y la egofonia.

Primer caso clínico: No pude observarla a pesar de los numerosos reconocimientos que practiqué; de igual modo, tampoco la percibió el Dr. D. Rafael Pastor, ni ninguno de los alumnos.

Segundo caso clínico: Ni el Dr. D. José Campos ni yo, pudimos apreciar en este caso la presencia de la egofonia.

Poca luz nos daría este síntoma. Para resolver las dificultades que se presentan en el diagnóstico, si solo nos atendiéramos a lo descrito por los autores. pero hé, aquí, que en los casos clínicos, aparecen diferencias tan enormes, que a no haber sido varios los observadores y a no tener su correspondiente explicación, hubiera podido haber dudas, sobre la certeza de dicho síntoma. Solo Makereel y Semoine citan espleno-neumonías grippales en las que faltaba la egofonia y para esto Faissans aun niega que falte en absoluto, asignándole solamente una desaparición relativa con intervalos en el aparecer de un día sí y otro no.

¿Que no puede haber espleno-neumonías sin egofonia? sí, y lo patntizan los enfermos observados. Añádase a la observación clínica, la explicación racional del porqué no se presentó y podremos añadir un elemento diferencial de gran importancia, para distinguirla de la pleuresía.

Veamos en primer lugar, la interpretación que de la egofonia dá hoy la ciencia. Para unos la egofonia o voz de cabra, es una resonancia particular de la voz que tiene un timbre más agudo y se vuelve temblona y vibrante. Se le compara al balido de una cabra o al sonido que se produce cuando se habla con una ficha, sujeta con los dientes y los labios. Acompaña o sigue inmediatamente a la resonancia vocal, sin llegar a obscurecerla completamente. No se le observa más que transitoriamente y en un espacio muy pequeño, casi siempre en el ángulo inferior del omóplato. La egofonia se manifiesta casi exclusivamente en los derrames pleuríticos recientes y de mediana abundancia; parece ser debida a las vibraciones independientes de una lámina de pulmón medio desprendida, que flota en la superficie de un líquido, y resuena como una lengüeta de clarinete.

Para otros la egofonia es un variedad especial de broncofonía, que se produce en su mayor grado de claridad en los derrames pleuríticos. La voz bronquial adquiere un caracter vibratorio especial, porque la comprensión ha adquirido un grado tan considerable, que solo las vibraciones sonoras mas intensas atraviesan la porción estrechada de los bronquios y se propaga hasta el oido que ausculta.

Por último. para otros, la egofonia es una modificación especial de la broncofonía, percibiéndose con preferencia en los exudados pleuríticos; consiste en una broncofonía débil, en la que la voz tiene un timbre peculiar, temblon, parecido

al balido de la cabra y depende de que los bronquios, parcialmente comprimidos, sufren grandes oscilaciones, variando con rapidez su calibre, que se hace alternativamente mayor y menor y de este modo dejan percibir la voz, unas veces fuerte e intensa y otras débil.

¿Dadas estas interpretaciones, podemos explicarnos la no aparición de la egofonia en los casos clínicos?

Sabemos que la espleno-neumonía es una congestión pulmonar con inflamación epitelial, predominando la mayoría de las veces esta última. Esta inflamación produce una descamación de células epiteliales, las cuales obturan la luz del bronquiolo supra alveolar y como consecuencia los alveolos, si apenas existe exudado, privados como quedan de aire, se replegna. Al mismo tiempo si el elemento congestivo, no es lo suficiente intenso, para que los capilares enjurgitados puedan disminuir el calibre de los bronquiolos, tenemos que el pulmón se encuentra con la luz de sus conductos aereos, libre, y sin modificación alguna en su calibre, y terminando en sus ramificaciones más finas por encontrarse obturado por el tapón de células epiteliales, tapón que impidiendo la entrada del aire en los alveolos pulmonares, si estos no contienen exudados se repliegan dando como consecuencia una superficie maciza, donde terminan los conductor aereos. Condiciones inmejorables para la producción del soplo y de la broncofonia, pero no de la egofonia.

Dada esta explicación desde luego se comprende que el primer enfermo, con su escasísima expectoración, nos demuestra la vacuidad de sus alveolos y por lo tanto la facilidad en replegarse y colocarse en inmejorables condiciones para la producción del soplo, como así lo presentaba, de modo que encajando este caso en todo lo que anteriormente he dicho, nada de particular tiene que no se presentase la egofonia.

Sin embargo el segundo enfermo presentaba una abundante expectoración y una intensa congestión, pero hay que hacer constar que la expectoración procedía en su mayor parte de las vías aereas superiores, gruesos y medianos bronquios, y que la congestión si bien era bastante intensa, como era crónica, con la completa seguridad, ya habría determinado esclerosis que aumentando la solidez del pulmón, venía a obrar en último resultado del mismo modo que en el caso anterior. Tampoco llama la atención, aunque a primera vista sí parecía, la falta de la egofonia en esta enferma.

UNDÉCIMO-PECTORILÓQUIA AFONA

En las pleuresías con derrame reciente, la transmisión de la voz cuchicheada se verifica de una manera tan clara y evidente, que el oído percibe sin dificultad cada sílaba que el enfermo articula.

En la espleno-neumonía según los autores se presenta; a pesar de esto, no hacen ningún estudio diferencial, sobre la modalidad de dicho síntoma en uno u otro proceso.

Primer caso clínico:—no pudimos apreciar la presentación de este síntoma.

Segundo caso clínico: Lo mismo que el anterior.

Iguals consideraciones que hemos hecho en el anterior síntoma, podemos hacer de este. Así los autores lo citan y sin embargo en los casos clínicos no se presentan. Con objeto de dar una interpretación a la falta de dicho síntoma en

estos enfermos, recordaremos las ideas apuntadas por Bocelli refiriéndose a este síntoma.

Bocelli llamó la atención sobre el hecho de que a nivel de los derrames pleuríticos puede percibirse al cuchicheo de la voz con especial claridad. Sobre el pulmón sano, durante el cuchicheo no se percibe más que un ruido completamente confuso; pero en los exudados serosos, por el contrario, puede oírse la voz de un modo notablemente claro durante aquel acto, al paso que la voz desaparece en los derrames purulentos y hemorrágicos. Por este motivo propuso utilizar este fenómeno para el diagnóstico diferencial entre los derrames serosos y purulentos. Explicaba él este síntoma del siguiente modo: las ondas sonoras son propagadas fácilmente a través de un líquido límpido, al paso que esta propagación es considerablemente dificultada cuando flotan en el líquido sin número de pequeños elementos figurados que hacen pasar el sonido continuamente de un medio líquido a un medio sólido y luego de nuevo a otro líquido.

Se ha confirmado que este fenómeno se presenta con mucha frecuencia en los derrames serosos y muy rara vez en los purulentos.

De todo esto se desprende, que bien sea un derrame seroso o bien uno purulento, para que este síntoma se presente, la mayoría de las veces necesita de la existencia de un derrame. Cierto es que algunos autores añaden, que en algunos casos se le puede encontrar también a nivel de infiltraciones y de cavidades del tejido pulmonar; pero aún así y todo, ninguno de los dos casos clínicos, se encuentra en algunas de estas condiciones, sabido es ya el estado del pulmón de estos enfermos y no hay por qué repetirlo. Nada de particular tiene por lo tanto que no se presentase dicha pectorilóquia áfona.

No generalizaré, sin embargo, la falta de este síntoma a todos los casos de espleno-neumonía como anteriormente lo hecho al tratar de la egofonia; por que *no dejo de comprender que en los casos de intenso exudado sero-albuminoso, éste obre como si fuera un derrame y encontrándose en las mismas condiciones que la pleuresía, rerá probable se presente dicho síntoma.*

Sólo resta decir que la falta de este síntoma en los casos objeto de nuestro estudio, les separaba aún más en la pleuresía, presentando, por este motivo, caracteres tan diferentes de ésta que hacía imposible su confusión.

DUODÉCIMA.—MENSURACIÓN

En la pleuresía, mientras existe el derrame, encontramos con el circómetro de Woillez, el perímetro horizontal de la mitad enferma del tórax, aumentado en algunos centímetros al mismo tiempo el pulmón sano, que está igualmente comprimido, por la desviación del mediastino, debe tratar de crearse espacio por medio de un agrandamiento del tórax.

En la espleno-neumonía, nada dicen los autores, sobre el aumento del perímetro torácico. Sin duda alguna, debe ser olvido, porque desde el momento que admiten el abombamiento, no se comprende pasaran por alto la medida del mismo.

Primer caso clínico: Como no hubo lugar a confundirlo con la pleuresía y además, si algo en él había de particular, era una ligera retracción más notada a nivel de los espacios intercostales, no se tomó la medida de su perímetro torácico.

Segundo caso clínico.—Por igual motivo que el anterior y por no presentar además ninguna alteración a simple vista de sus paredes torácicas, no hubo necesidad de recurrir al empleo del circómetro.

La omisión que hacen los autores en sus descripciones del perímetro torácico afirma el concepto que nos habíamos formado del abombamiento por ellos citado. Porque ¿como se comprende que ante un abombamiento que se presenta en un proceso, de parecido singular, según ellos, con la pleuresía, no intentasen su medida?. Esto era lo natural, y al no citarlo, o el abombamiento era tan insignificante que no había por qué medirlo, en cuyo caso no lo debían citar como síntoma o no tuvieron en cuenta esta medida y esto tratándose de un proceso de tan difícil diagnóstico, según su parecer, la verdad, no demuestra deseo alguno en facilitar dicho diagnóstico.

Ya he dicho anteriormente que en los casos de gran exudado e intensa congestión, podía haber un ligero abombamiento pero perceptible solamente a nivel de los espacios intercostales y esto no es suficiente causa para aumentar algunos centímetros en la pared torácica.

De modo que como en la pleuresía este aumento es casi siempre constante, tenemos en esto también un medio diferencial de bastante importancia.

Con lo dicho creo haber demostrado existen suficientes datos, para no confundir la pleuresía con la espleno-neumonía y así lo prueba la necesidad en los casos clínicos observados de la punción único medio que los autores estiman, en la mayoría de los casos, para diagnosticar ambos procesos.

Llaman la atención las diferencias que presentan estos casos, con la descripción clásica de la espleno-neumonía, pero con solo dar una ojeada retrospectiva, vemos; primero: que el abombamiento que los autores describen en la espleno-neumonía, Queirat dice suele faltar muchas veces, y segundo, que la egofonia y pectoriloquia áfona, Faissans ya las excluye en las formas grippales; de modo que los síntomas que con más estudio e hincapié he desarrollado por bastar por sí solos para diagnosticar ambos procesos, se encuentran citados ya por los autores aunque en un reducido número de casos y sin dar explicación alguna de dichas diferencias.

Queirat cita casos sin abombamiento y a estos podemos añadir los casos clínicos observados, pero con su correspondiente explicación.

Faissans excluye la egofonia y pectoriloquia áfona en las formas grippales de la espleno-neumonía, y nosotros los confirmamos en el primer caso clínico, pero además se presenta también esto en el segundo caso que no es de forma gripal, mas como tiene su explicación científica podemos aventurarnos a creer no sea solo este caso el que falten dichos síntomas, sino también algún otro.

Se dirá que dos casos no son suficiente número para afirmar lo dicho anteriormente, pero sobre esto haré algunas consideraciones:

Primera, haya dejado de presentarse, no se presente en adelante; la existencia de dichos casos, hay que citarlos para hacer acopio de datos que ayuden a resolver los problemas médicos.

Segunda: hemos dado explicación científica de todas las diferencias que presentaban dichos casos clínicos, explicación basada en su mayor parte en datos anatomo-patológicos que los autores describen, siendo la interpretación lógica y basada en conocimientos que se refieren a otros casos, podemos admitir

que de igual modo que estos casos clínicos observados no han presentado los síntomas dichos, existan otros que no los presenten, siendo así que su anatomía patológica ha de ser la misma, tan solo acaso ligeras variaciones; y

Tercera: que si bien es cierto que solo son dos casos clínicos, también hay que tener en cuenta que la espleno-neumonía no es una enfermedad muy frecuente y así lo demuestra que la mayor parte de los autores refieren sus observaciones a uno o dos enfermos solamente; de modo que bien podemos decir para terminar, que no es razón suficiente la pobreza de las observaciones para desechárlas, y por lo tanto, siendo, ese mi parecer, he aquí el porqué de la presentación de esta materia, pues no ha sido otra mi idea que presentar estas formas clínicas, por si acaso puedan ser observadas por otros que, confirmando o modificando todo lo dicho en este trabajo, faciliten el diagnóstico de este proceso, de gran importancia por sus consecuencias pronósticas, relativamente benignas comparadas con las de los procesos que con él se confunden.

C U A R T A P A R T E

Desarrolladas y explicadas todas las diferencias sintomatológicas, que los casos clínicos en cuestión han presentado, de mi estudio se pueden deducir las siguientes conclusiones.

PRIMERA.—La espleno-neumonía puede ser producida por el estreptococo.

SEGUNDA.—La espleno-neumonía, en su primer periodo puede presentar, además de los síntomas descritos por los autores, una ligera retracción de la pared torácica del lado enfermo.

TERCERA.—La espleno-neumonía, en su primer periodo no puede ser nunca confundida con la pleuresía.

CUARTA.—La espleno-neumonía, en su segundo periodo, a no haber un exudado sero-albuminoso abundantísimo, no presentará abombamiento de la pared torácica del lado enfermo.

QUINTA.—La espleno-neumonía, en su segundo periodo, aun no tratándose de la forma gripal, puede no presentar la egofonía y la pectoriloquia áfona.

SEXTA.—La espleno-neumonía, en su segundo periodo, la mayoría de las veces en las inspiraciones forzadas del enfermo, se oírán crepitaciones finas.

SEPTIMA.—La espleno-neumonía, en su segundo periodo, puede diferenciarse de la pleuresía sin necesidad de la punción.

He dicho.



TARIFA DE ANUNCIOS

Páginas en color (cubiertas)

| | | | | | |
|----------------|---|-------------------------|--------------------|-------|--------------|
| PRIMERA PLANA. | } | Media inferior. | Inserción. | 25'00 | <i>Ptas.</i> |
| | | Cuarta parte. | Id. | 15'00 | » |
| SEGUNDA PLANA. | } | Entera | Inserción. | 25'00 | <i>Ptas.</i> |
| | | Media | Id. | 15'00 | » |
| | | Cuarto. | Id. | 7'50 | » |
| TERCERA PLANA. | } | Entera | Inserción. | 25'00 | <i>Ptas.</i> |
| | | Media. | Id. | 15'00 | » |
| | | Cuarto. | Id. | 7'50 | » |
| CUARTA PLANA.. | } | Entera | Inserción. | 17'00 | <i>Ptas.</i> |
| | | Media. | Id. | 8'50 | » |
| | | Cuarto. | Id. | 4'25 | » |

Páginas blancas del texto

| | | | | |
|------------------------|---|-------------------------|--------|--------------|
| PÁGINA ENTERA. | } | Por año. | 200'00 | <i>Ptas.</i> |
| | | Id. semestre. | 125'00 | » |
| | | Id. trimestre. | 70'00 | » |
| | | Id. inserción | 23'50 | » |
| MEDIA PÁGINA | } | Por año. | 110'00 | <i>Ptas.</i> |
| | | Id. semestre. | 60'00 | » |
| | | Id. trimestre. | 35'00 | » |
| | | Id. inserción | 11'70 | » |
| CUARTO DE PÁGINA.. | } | Por año. | 60'00 | <i>Ptas.</i> |
| | | Id. semestre. | 35'00 | » |
| | | Id. trimestre. | 20'00 | » |
| | | Id. inserción | 6'70 | » |

—Gacetillas, sueltos y reclamos *una* peseta por inserción y hueco al final de página.

—Remisión de prospectos en los números del BOLETÍN, por cada vez 20 pesetas.

—Los anuncios de inserción anual, semestral y trimestral, se abonarán por trimestres adelantados; los anuncios de una sola inserción, se pagarán al encargarlos.

—Cuando terminen los anuncios anuales, semestrales o trimestrales, se considerarán prorrogados por un nuevo trimestre si antes de concluir el contrato no se da por escrito aviso para el cese del servicio.

—Todo anunciante tiene derecho a recibir gratis este BOLETÍN cuando en él figuren sus anuncios.