

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

SUMARIO

Convocatoria para Junta general extraordinaria.—Acta de la Sesión correspondiente al día 7 de Julio de 1926.—Descanso dominical de los médicos en ejercicio en Daimiel.—Sección de legislación.—Donativos y suscripciones.

Forma de tributar los Colegios Médicos

Convocatoria para Junta general extraordinaria

Disponiendo la Real Orden de 2 de Mayo último, referente a materia contributiva médica, el plebiscito de la misma, para que las tarifas en ella dictadas, se satisfagan individualmente o el cupo total se distribuya, en forma proporcional, entre todos los colegiados, precisando para ello la previa solicitud de agremiación, como así mismo es indispensable que la mayoría de los colegiados, emitan su voto en pró o en contra del duplo de la contribución actual, según la Real Orden del 14 de Julio último, se convoca a todos los señores Colegiados para la Junta General que tendrá lugar el 5 de Septiembre próximo, a las diez de la mañana en el salón de Actos de este Colegio.

Así mismo, se propondrá la modificación del Art. 9 del Reglamento Interior de este Colegio y la conveniencia de crear una Comisión que titulada Tribunal de Honor, dirima determinadas cuestiones, que por su índole, no encuadran a las atribuciones de los Colegios.

El Presidente,
ALFREDO BADÍA.

Acta de la sesión correspondiente al día 7 de Julio de 1926

ASISTENTES

Sr. *Badía*.

- *Mulleras*.
- *Dotor*.
- *Ubeda*.
- *Ibero*.
- *Colás*.

En Ciudad Real a 7 de Julio de 1926, reunidos en el Salón de sesiones del Colegio los señores que al margen se designan al objeto de celebrar sesión para lo cual habian sido citados en debida forma, y llegada que fué y transcurrida la hora señalada para celebrar sesión el Sr. Presidente declaró abierta esta, pasando a resolver los asuntos incluidos en la orden del día, una vez aprobada el acta de la anterior.

El Sr. Presidente da lectura a una denuncia formulada por D. Angel Moro Arrans, médico de Carrión de Calatrava, acusando a un practicante en ejercicio en aquella población de verificar contra él una campaña difamatoria aprovechando la existencia en el pueblo de una epidemia de Sarampión enormemente tóxico de considerable mortalidad infantil. Se acusa asimismo de intruso en el sentido de que visita, interviene pequeñas operaciones sin su conocimiento, formula recetas y llena indicaciones terapéuticas como un profesor medico.

El Sr. Presidente da cuenta de que conteniendo esta denuncia acusaciones por un lado de carácter deontológico que no compete a este Colegio resolver y sí al de Practicantes, se le ha dado traslado de ello a lo cual contesta en comunicación que lee, en la cual se incluye una declaración del Practicante D. Samuel Ortega en que después de negar las acusaciones del Sr. Moro referentes a la pretendida orfanación, acusa a este señor de amparador del intrusismo de un barbero de la localidad a quien emplea en funciones de practicante.

Comparece después el denunciante Sr. Moro, quien repite vervalmente las acusaciones ya dirigidas contra el practicante. Dice no ser cierto que él reclame los auxilios de ningún barbero en funciones de practicante, aunque es innegable que las familias lo llaman para cumplir estos menesteres de preferencia al titulado.

Oidas ambas partes, la Junta de Gobierno les exhorta por separado a unirse en el cumplimiento de sus misiones complementarias, sin rencillas ni desaveniencias que están por debajo de ellos y estando conforme el señor Moro con estas intrucciones de la Junta se dá por terminado el asunto acordándose señalar día y hora para que ante la Junta del Colegio diriman personalmente estos señores sus pretendidos agravios.

El Sr. Presidente da cuenta de una denuncia presentada por los Médicos

de Herencia contra el doctor Agnado Marinoni, que aprovechando las diferencias entre ellos y el Alcalde existentes ha aceptado una consulta gratuita en el Asilo Hospital de dicho pueblo que viene a vejar en su dignidad a los profesores denunciantes.

La Junta de Gobierno una vez oídas las aclaraciones hechas a su denuncia verbalmente por los médicos de Herencia y aprovechando el espíritu de concordia expresado por el señor Aguado en carta dirigida al presidente, estima que el Sr. Aguado ha sido llevado a este extremo por ignorar las condiciones profesionales de Herencia y dará, a indicaciones de esta Junta, cumplida satisfacción a los denunciantes lo que así se acuerda.

Se acuerda en vista de los expedientes solicitados de diversos pueblos con objeto de nombrar médicos de las Plazas de toros respectivas hacer los siguientes nombramientos que se comunicarán a los interesados y a la Asociación de Toreros.

Alcázar: Dr. José Olivares.

Almadén: Dr. Manuel F. Aldama.

Almagro: Dr. Huberto Dominguez.

Daimiel: Dr. Manuel Ibero.

La Solana: Dr. Juan Izquierdo Romero de Avila.

Manzanares: Dr. Claudio Cabanas.

Piedrabuena: Dr. Juan Martín.

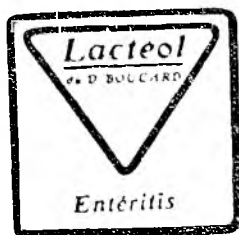
Puertollano: Dr. Juan de Dios Muñoz.

Se examina el proyecto de descanso dominical presentado por los facultativos de Daimiel que se aprueba, acordándose publicarlo en el Boletín por si el resto de los colegiados de la provincia quisieran implantarlo en sus respectivos pueblos.

Se acuerda también nombrar una Comisión que estudie y redacte una ponencia al objeto de modificar en Junta general algunos artículos del Reglamento y fundamente las bases para la formación de un tribunal de honor que resuelva los asuntos de este carácter que todos los días se presentan a las Juntas de Gobierno, la que quedará constituida por los Sres. Badía, Messia de la Cerda, Mulleras, García Dotor y Colás.

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

<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 CIENTO, 224 - BARCELONA</p>		



**Enteritis
Diarreas
Auto-
intoxicacion**

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

PREPARACIONES CON EL ASTENOL

FÓRMULA

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

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

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

FÓRMULA

Astenol. 0,012 gramos
Acido glicero fosfórico. 0,046 »
Acido cacodílico. 0,030 »
Hierro asimilable. 0,002 »
Glicero fosfato estriquina. 1/3 milígramo

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

Descanso dominical de los médicos en ejercicio en Daimiel

Copia del acta de la sesión celebrada en Daimiel el día veintidos de mayo del presente año. Dice textualmente así:

•En la ciudad de Daimiel a veintidos de Mayo de mil novecientos veintiseis. Reunidos los abajo firmantes, compañeros en ejercicio en esta localidad, con el objeto de discutir y aprobar ciertas mejoras profesionales y cumplir algunos requisitos legales, después de ser conocida la opinión de todos los presentes, se tomaron, para su exacto cumplimiento. los siguientes acuerdos:

1.º Implantar el descanso dominical y festivo, desde las seis de la mañana a las diez de la noche, comprendido el trabajo a domicilio y la consulta, dejando el servicio en excelentes condiciones de asistencia; de los seis facultativos que en la actualidad ejercen en ésta, descansarán dos, quedando de servicio cuatro. Los turnos de descanso y de servicio se anunciarán al público en el domicilio de los médicos y en las Farmacias.

2.º Se ratifica, con el propósito de cumplirlo, el acuerdo de no admitir ningún contrato de iguala (a partir de esta fecha) cuyo individuo contratante no esté al corriente en los pagos con el médico anterior: para evitar engaños en este aspecto, los médicos se reunirán una vez al mes, para cambiar impresiones sobre altas y bajas de igualados y conocer perfectamente a los que intenten jugar con la dignidad profesional; si no fuese posible la reunión, por lo menos se preguntarán unos a otros la pista de tales sujetos.

3.º A partir de esta fecha, todo cliente que tenga con su médico contrato de iguala inferior a 16 pesetas anuales (y los extraordinarios excluidos) deben elevar su cuota a las 16 pesetas anuales, velando los firmantes por el cumplimiento de este acuerdo.

Sin más asuntos por el momento, firman todos en señal de conformidad.

Firman el acta:

Gustavo Lozano.	Manuel Ibero.	Emilio Ruiz de la Sierra.
Lucas Garcés.	Ramón Ruiz Valdepeñas.	Emiliano Bermejo.

Es tan justa la pretensión de la clase Médica a marchar al unísono en los beneficios que la moderna Sociedad concede a todo el que trabaja, que el proyecto presentado por los Sres. Médicos de Daimiel, respecto al descanso dominical, no solo ha merecido el aplauso y aprobación de la Junta de Gobierno, sino que se complace en recomendar la práctica del mismo en todas las localidades, donde por el número de profesionales en ejercicio, permita llevarle a efecto.

LA JUNTA DE GOBIERNO.

LABORATORIOS OPOTERÁPICOS Y BIOLÓGICOS

OFICINAS:

Balmes, 21. - BARCELONA

Teléfono, 363 A.

LABORATORIOS:

Cataluña 34 y 36--SARRIA

Teléfono, 6.179 G.

Dirección telegráfica: FIL. RSA.

PRODUCTOS OPOTERAPICOS-SUEROS-VACUNAS-COLIRIOS

Para muestras y literatura de todos sus preparados
diríjanse 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

SICURACION 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 buey. 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

Ilmo. Sr.: La Real orden de 7 de Junio de 1906 recordando lo dispuesto en Mayo de 1880, acerca de la necesidad de hacer análisis periódicos de las aguas minero medicinales, estableció, como norma para lo sucesivo, que cada diez años los propietarios de estas aguas que gocen del beneficio de la declaración de utilidad pública quedarán obligados a presentar nuevos análisis de las mismas; fundándose en las modificaciones que la experiencia ha demostrado pueden éstas sufrir, por numerosas causas geológicas y meteorológicas, y en que la mayoría de ellos, por ser de épocas remotas, no estaban de acuerdo con los modernos adelantos de la Ciencia.

A pesar de la reiteración de estas órdenes, la mayoría de los propietarios y Sociedades explotadoras de las aguas medicinales no han cumplido con tan elemental deber, haciéndose necesario adoptar una determinación por la que exija con todo rigor la efectividad de lo dispuesto; y, por lo tanto,

S. M. el REY (q. D. g.) ha tenido a bien disponer:

1.º Al tomar posesión de sus cargos en la actual temporada los Médicos Directores de Baños, cuidarán de indagar la fecha del último análisis de las aguas medicinales, cuya dirección facultativa les está encomendada, comunicándolo a la Dirección general de Sanidad en el plazo más breve posible.

2.º La Dirección general advertirá a los propietarios, cuyas aguas no hayan sido analizadas en los últimos diez años, que en el plazo de uno quedan obligados a presentar nuevos análisis, efectuados en el Instituto de Higiene de Alfonso XIII, quedando apercibidos, para en caso de desobediencia, a las sanciones que se estimen oportunas por ese Centro.

3.º Por el Negociado correspondiente de la Dirección se abrirá un registro, con los datos que se vayan recibiendo, en donde consten la naturaleza, caracteres, composición, clasificación e indicaciones, etc., de las aguas minero medicinales españolas, cuyos datos servirán de punto de partida para la confección de una Guía oficial de los mismos.

4.º El precio del análisis, que habrá de ser químico, micrográfico y bacteriológico, no podrá exceder de 1.500 pesetas, de las cuales 1.000 quedarán a beneficio del Instituto de Higiene de Alfonso XIII para costear los gastos producidos y las otras 500 servirán para contribuir a la impresión y tirada de una Guía oficial de Balnearios y aguas minero-medicinales españolas, que ha de servir para el fomento de la industria balnearia.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 30 de Junio de 1826.

Excmo. Sr.: La Junta superior de Beneficencia, en sesión de 23 de Junio pasado, acordó solicitar de este Ministerio dicte una Real orden dirigida a los Gobernadores civiles, Presidentes de las Juntas provinciales de Beneficencia, interesando remitan al mismo:

1.º Relación nominal de las Fundaciones que administran, con expresión del capital que las mismas posean, clases de valores y rentas que producen.

2.º Circunstancias que motiven estar encargadas las Juntas del Patronato interino, desde qué fecha y en virtud de qué disposición legal les ha sido confiado.

3.º Estado actual de las instituciones que tienen a su cargo, haciendo constar si están o no clasificadas como de beneficencia particular; cuáles son las verdaderas cargas fundacionales; quienes son los llamados por el fundador a ejercer el patronazgo; si rinden cuentas al Protectorado, si funcionan normalmente por lo que respecta a los fines fundacionales y, caso negativo, los expedientes que aquellos organismos tengan promovidos y las medidas adoptadas a conseguir la regularización.

Los anteriores datos que dichas Juntas provinciales de Beneficencia deberán remitir en el plazo de tres meses se confrontarán con los que obran en la Sección del ramo y con los que existen en el Archivo general de la Beneficencia que se custodia en la Junta provincial de Madrid y servirán de base a la Junta superior para la propuesta de resolución que en cada caso convenga adoptar.

Y conformándose S. M. el REY (que Dios guarde) con lo anteriormente interesado, ha tenido a bien resolver como en el mismo se propone, ya que ello es consecuencia obligada de las facultades que el Real decreto de la Presidencia del Consejo de Ministros de 9 de Abril último creando la expresada Junta asigna a dicho organismo.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. E. muchos años. Madrid, 5 de Julio de 1926.

Ilmo. Sr.: No obstante las sanciones penales que castigan el uso indebido de títulos y de haberse prohibido en el Real decreto de 22 de Septiembre de 1925 el empleo de las denominaciones correspondientes a los títulos académicos a quienes no se hallaren en posesión de los mismos; es lo cierto que por una viciosa practica viene ocurriendo que muchos Licenciados en Facultad universitaria se atribuyen y usan indebidamente el título de Doctor sin haberlo adquirido en forma legal, lo que, desde luego; redundará en perjuicio de aquellos otros que legítimamente lo poseen, aminora el prestigio social del título citado, puesto que se ostenta libremente sin las formalidades legales, y se priva a la Hacienda de la totalidad de los derechos fiscales de expedición de dichos títulos de Doctores.

Razones tan atendibles todas ellas, si ya no existiera la más fundamental de todas, cual es el respecto a las leyes que previenen y castigan como infracciones legales tales abusos, vienen a abonar la petición que dirigen a este Ministerio los Presidentes de los Colegios de Doctores de Madrid y Barcelona; y en su virtud,

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

Artículo 1.º En todos los Colegios de Abogados, Médicos y Farmacéuti-

cos se abrirá un Registro exclusivamente destinado a anotar los títulos de Doctores que posean los colegiados.

Artículo 2.º A este fin los respectivos Presidentes requerirán a cuantos colegiados usen u ostenten el nombre de doctores, así en documentos oficiales o particulares de toda especie como en los anuncios de las profesiones que ejerzan, para que en el plazo de tres meses presenten a los Registros de sus respectivos Colegios los títulos oficiales que les confieran derecho a usar el nombre de Doctor.

Artículo 3.º A los colegiados comprendidos en el artículo 2.º que tengan aprobadas las asignaturas y las tesis preceptuada para el grado de Doctor así como a los que no hubieran terminado dichos estudios; se les concede un plazo que terminará el día 1.º de Enero de 1927, para que dentro del mismo puedan adquirir y registrar sus títulos o los resguardos provisionales que acrediten haber satisfecho los derechos de expedición.

Artículo 4.º Durante la primerá decena de Enero de 1927, los Colegios remitirán a este Ministerio, por conducto de los Rectores Jefes de los Distritos universitarios, relación certificada de aquellos colegiados que, usando u ostentando el nombre de Doctor en documentos oficiales o particulares, o en los anuncios de sus respectivas profesiones, no hubieren presentado al Registro de sus correspondientes Colegios y en el término señalado en el artículo 3.º, los títulos académicos de Doctores o los resguardos que acrediten el pago.

Artículo 5.º Después de 1.º de Enero de 1927 podrán publicarse las listas de los colegiados que se hubieran atribuido el nombre de Doctores sin hallarse en posesión del título quienes satisfarán, si mas tarde lo adquiriesen, un recargo del 40 por 100 sobre los derechos ordinarios de expedición, cantidad que percibirán en metálico los Colegios correspondientes, y les quedará prohibido en absoluto el empleo de la denominación de Doctor, bajo apercibimiento de las sanciones legales de toda clase, hasta que acrediten el pago.

Artículo 6.º Antes del 1.º de Enero de 1927, cuantos posean el título de Doctor en cualquier Facultad deberán registrarlos en la Universidad del Distrito en que tengan su residencia, excepto aquellos que figuren incorporados al Claustro extraordinario de Doctores de la Universidad respectiva.

Artículo 7.º En el mismo plazo, los Presidentes de los Colegios citados en el artículo 1.º remitirán a las Universidades certificación de las anotaciones de los Registros para conocimiento de los Rectores.

Si las certificaciones de los Colegios concordasen exactamente con los antecedentes que obren en la Universidad, el Rector comunicará la aprobación de aquellos a este Ministerio y a los respectivos Colegios.

Artículo 8.º Los Colegios remitiran en lo sucesivo durante la primera semana de cada año a las Universidades la certificación indicada a los efectos de compulsar las nuevas inscripciones de títulos de Doctor que los Colegios verifiquen en aquéllos.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid 9 de Julio de 1926.

Lo que se publica en el presente Boletín para el más exacto cumplimiento de lo que dispone el artículo 2.º de la presente R. O., requiriendo a todos los Médicos que usen u ostenten el título de Doctor, presenten dentro del plazo de tres meses, en este Colegio el Título de Doctor.

Ilmo. Sr.: Los representantes de los Colegios médicos oficiales han acudido a este Ministerio solicitando distintas reformas del régimen tributario que para la clase médica establece el Real decreto de bases de la Contribución industrial, de comercio y profesiones fecha 11 de Mayo último. En esencia, tales peticiones responden a las ideas dominantes en aquella reforma que pugna por fortificar el principio gremial y extremar la elasticidad del tributo. Han pedido también los Colegios médicos reducción de la carga fiscal que se les impone, aunque reconocen que no es superior a la exigida a otras clases profesionales, y ofreciendo, de todos modos, aumentar la hoy vigente hasta un duplo como máximo. Teniendo en cuenta esta patriótica manifestación y la conveniencia de acomodar el régimen tributario en todo lo posible a la finomía especial de cada clase contributiva.

S. M. el Rey (q. D. g.), recogiendo casi íntegramente las aspiraciones de la clase médica española, se ha servido disponer lo siguiente:

1.º Los colegios oficiales de médicos se considerarán investidos de la condición de gremios a los efectos tributarios, con jurisdicción en la totalidad de la provincia y sobre cuantos profesionales médicos ejerzan en la misma, excepto cuando de manera expresa se oponga a ello la mayoría de dichos profesionales.

2.º Las normas para determinar la cantidad global por provincias, que ha de satisfacer la clase médica, serán las siguientes:

- a) La cantidad recaudada por patente en el ejercicio de 1925-26.
- b) Déficit a repartir que haya resultado en el mismo ejercicio.
- c) Aumento de una cantidad igual a la suma de las dos anteriores.

3.º Los Colegios provinciales de médicos repartirán la cifra total que señala al apartado anterior entre todos los médicos sujetos al tributo que residan en la provincia, teniendo en cuenta las condiciones especiales que concurren en cada uno de ellos a los efectos tributarios.

4.º Los agravios y los fallidos de los profesionales que sean estimados por la Administración al resolver los recursos serán cantidades más a repartir en el ejercicio siguiente al en que se dicte la resolución.

5.º Los repartos los harán los Colegios en el primer mes del último trimestre de cada ejercicio económico, cuidando de que comprendan el total de la cantidad a que se refiere el número 2.º de esta disposición y de que queden presentados a la Administración antes de finalizar el penúltimo mes del ejercicio.

100 años de tributar los Colegios Médicos

6.º Cuando se incumpla la anterior obligación o cuando repetidamente el déficit a repartir se aumente o si quiera no se salde, la Administración podrá hacer antes de terminar el ejercicio un reparto equitativo y proporcional a las cuotas fijadas por el Colegio.

7.º Los médicos que quieran estar facultados para ejercer la profesión en provincias diferentes a la de su residencia habitual de colegiación, abonarán una sobrecuota a beneficio del Estado que será exactamente el 10 por 100 de la que como colegiado satisfaga.

El abono de dicha sobretasa dará sólo derecho a la prestación de servicios profesionales, cuyo desempeño implique una asistencia eventual y fortuita fuera de la provincia habitual del Médico por plazo no mayor de cuatro días.

8.º Los profesionales que ejerzan fuera de la provincia de su residencia habitual por plazo mayor que el marcado, o establecido con dicha condicionalidad de lugar servicios constantes o regulares, deberán pagar una cuota especial que fijará para este fin el Colegio en cuyo territorio hubieren de llevar a cabo los mencionados servicios.

Dicha cuota no podrá exceder de un tanto igual a la que satisfaga el contribuyente en el Colegio o provincia a que habitualmente pertenezca.

9.º Cuando la mayoría de votos de los profesionales, que ejercen en una provincia, no aceptare el régimen que en estas disposiciones especiales se establece, quedarán sujetos para el pago de la contribución industrial, de comercio y profesiones, a las normas generales de las demás profesiones a base de las cuotas de farifa señaladas, según base de población, en el número 6.º de la clase primera de la tarifa segunda.

10. En todo caso, la recaudación del tributo se hará por trimestres completos y los colegios de médicos facilitarán a la Administración cuantos datos y antecedentes posean para evitar el ejercicio clandestino de la profesión y para la buena administración del impuesto.

11. Con independencia de todo lo dispuesto, la clase médica seguirá obligada al pago de la contribución de Utilidades, en los casos en que procede, de conformidad con la legislación vigente.

12. Serán aplicables a los Colegios provinciales de médicos todas las disposiciones relativas a los gremios y concretamente a su modo de funcionar, responsabilidad y validez de sus acuerdos, excepto las que resulten expresamente modificadas por la presente Real orden.

13. La Dirección general de Rentas públicas dictará las disposiciones oportunas para el exacto cumplimiento de la presente.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 14 de Julio de 1926.

Ilmo. Sr.: En cumplimiento de lo que disponen las Reales órdenes de 9 y 10 del mes actual, y a fin de que las Cámaras de Comercio y los Colegios profesionales designen los vocales que han de representarles, respectivamente

te, en la Junta Superior Consultiva de la Contribución industrial, de Comercio y profesiones,

S. M. el REY (q. D. g.), a propuesta de la Dirección general de Rentas públicas se ha servido disponer:

1.º Que cada Colegio provincial de Médicos, en el plazo de quince días remita a este Ministerio el nombre del candidato propuesto por él para representarle en la Junta Superior Consultiva de dicha Contribución.

2.º Que igualmente los Colegios de Abogado propongan también, en el plazo de quince días, el candidato de su elección.

3.º Que todos los demás Colegios de Farmacéuticos, de Practicantes, de Veterinarios, Agentes, Comisionistas y demás legalmente constituidos remitan en el citado plazo el nombre de su Candidato para Vocal de la referida Junta.

4.º Que por la Dirección general de Rentas públicas se proceda al escrutinio de los candidatos propuestos por los Colegios, eligiendo el que resulte por mayoría de votos, considerando la propuesta de cada Colegio como un voto.

5.º Que en igual plazo de quince días la Junta Superior de Cámaras de Comercio proceda a designar los nombres de los cuatro Vocales que han de representar a dichas Cámaras en la referida Junta Superior Consultiva de la Contribución industrial y remitir a este Ministerio los nombres de los designados.

6.º Que tan luego se hayan hecho los respectivos nombramientos se reúna la Junta para redactar un Reglamento orgánico, que debidamente aprobado, habrá de servirle para ejercer las funciones que le confieren las bases 54 y 55 de la Ordenación aprobada por Real decreto de 11 de Mayo último; y

7.º Que los Colegios profesionales que en el plazo indicado no remitan el nombre de su candidato para representarles como Vocal en la Junta Superior Consultiva se entenderá que renuncian a su derecho reservándose el Ministro, para tal caso, la facultad de designar libremente el Vocal o Vocales representantes de los profesionales cuyos Colegios se hubieran abstenido en absoluto de proponer candidato.

Lo que de Real orden se comunica a los interesados para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid 17 de Julio de 1926.

Reglamento Provisional del Servicio de Inspección

Artículo 1.º De conformidad con lo dispuesto en el Real decreto de 12 de Enero del corriente año y en el Reglamento publicado en la *Gaceta* de 12 de Febrero del mismo, el servicio de inspección de las Sociedades comprendidas en ambas disposiciones, será realizado por las Comisiones que designe el Pleno de la Comisaría, a propuesta de sus comisiones permanentes.

Art. 2.º Dichas Comisiones inspectoras estarán integradas por lo menos por un Vocal Médico y otro no Médico, a condición de que ninguno pueda

inspeccionar aquellas entidades en las que preste servicio, tenga participación económica con sus propietarios o Gerentes o relaciones de parentesco.

Art. 3.º Cuando la inspección haya de recaer sobre los servicios de Farmacia; actuará un Farmacéutico pudiendo alternar con los Farmacéuticos Vocales propietarios los que sean suplentes. Si hubiese que realizar alguna inspección relacionada con los servicios de Practicantes, se añadirá a la Comisión inspectora un vocal que posea este título académico.

Materias sobre las que ha de versar la inspección.

Artículo 4.º Las materias a que debe concretarse el servicio de inspección, son las siguientes:

A) Condiciones higiénicas de los locales (consultorios, clínicas, salas de operaciones, etc.

B) Material existente dedicado al examen y tratamiento de los enfermos.

C) Cumplimiento de los contratos en lo que se refiere a la asistencia médico-farmacéutica y demás obligaciones sanitarias que consten en los mismos.

D) Número de socios que integran la Sociedad y número que corresponde a cada médico.

E) Lista de personal facultativo y sus asignaciones.

F) Farmacias que prestan servicio, número de recetas despachadas y tasación y factura de las mismas.

G) Revisión del libro de reclamaciones.

Del modo de realizar las inspecciones.

Artículo 5.º Según se consigna en el artículo 13 del Real decreto de 12 de Enero del corriente año y en los artículos 32 a 41 del Reglamento publicado en la *Gaceta* de 12 de Febrero, se considerarán que tiene capacidad legal para señalar las infracciones que se cometan en las Sociedades de asistencia médico farmacéutica las Comisiones inspectoras nombradas al efecto.

Art. 6.º Las actas levantadas por dichas Comisiones al señalar una infracción se considerarán documentos con valor y fuerza probatorios, salvo prueba en contrario.

Al acto de infracción acompañará la comisión un oficio, que consistirá en la exposición sucinta del hecho y la penalidad que corresponda. Al señalar esta penalidad se tendrá en cuenta: las circunstancias del caso, la importancia de la sociedad y cuanto pueda servir para la más justa determinación de la multa.

Art. 7.º Deberá exigirse en el acta la firma del patrono o Gerente de la entidad; pero no será precisa para que tenga todo el valor que le asigna el artículo 6.º.

Art. 8.º Las manifestaciones que el Director o Gerente, al facultativo de una Sociedad se crean en el caso de hacer en su descargo, las formularán por escrito, que habrá de presentarse en la Comisaría Sanitaria dentro de los

cinco días siguientes a la fecha en que se haya notificado el señalamiento de la infracción.

Art. 9.º Toda entidad o persona a quien se le imponga una multa podrá recurrir en alzada ante el Tribunal Contencioso-administrativo.

Art. 10. Transcurrido el plazo para entablar recurso, que será de veinte días, si no se ha satisfecho el importe de la multa se procederá contra el moroso por la vía de apremio. De no hacerse efectiva, se seguirá el procedimiento hasta la exacción completa con arreglo a derecho.

Art. 11. Para que se tramite un recurso será condición indispensable que se justifique el depósito de la cantidad total a que asciende la multa.

Art. 12. Las multas se satisfarán en metálico en la Tesorería-Habilitación establecida en el Ministerio de la Gobernación.

Art. 13. Todo recurrente, al consignar el importe de la multa contra cuya imposición recurra, habrá de depositar además una cantidad igual al 15 por 100 de dicha multa.

Art. 14. Las Comisiones inspectoras serán conceptuadas como agentes de la Autoridad a los efectos de la responsabilidad imputable a quien cometa atentado contra sus personas o las haga objeto de actos o palabras ofensivas para su prestigio, ya en actos del servicio o fuera de ellos, pero con motivo de su cumplimiento.

Art. 15. Las multas serán las que establece el artículo 36 del Reglamento publicado en la *Gaceta* de 12 de Febrero.

Art. 16. Se considerarán reincidentes a los efectos de dicho artículo 36, a los que habiendo sido multados por la Comisaría Sanitaria, incurran en la misma falta.

Art. 17. Los actos de obstrucción se castigarán con la multa de cien pesetas como mínimo. Se considerará como obstrucción al servicio inspector:

1.º La negativa de entrada a las Comisiones inspectoras en los consultorios, farmacias, clínicas y cuantas dependencias tengan las Sociedades.

2.º La negativa o resistencia aunque sea pasiva a presentar el fichero de cada Médico, libro de reclamaciones en lo que se refiere al artículo 38 del Reglamento y libros registros en que se consignen los honorarios percibidos por el personal sanitario.

3.º Las informaciones falsas.

4.º Cualquier otro acto que impida, perturbe o entorpezca deliberadamente la inspección.

Art. 18. Al realizar la inspección de una Sociedad se señalarán al director o Gerente las infracciones que se observaron, citando siempre el artículo del Reglamento infringido, hecho que se consignará en un libro de visita que deberá existir en cada Cooperativa o Empresa, sin perjuicio de que si procede se levante el acta que corresponda.

Art. 19. Si al realizar la inspección no está presente el Director o patro-

no, podrá realizarse ante la persona más caracterizada que se encuentre en el local.

Art. 20. El libro de quejas y reclamaciones que lleve cada Sociedad tendrá que ser sellado por la Comisaría Sanitaria

Art. 21. Todo lo que no se encuentre previsto en el presente Reglamento se regirá por lo que de modo análogo se disponga en el Reglamento de la Inspección general de Trabajo.

Madrid, 17 de Julio de 1926. —Aprobado por S. M.—El Ministro de la Gobernación, Severiano Martínez Anido.

REGLA MENTO

provisional de la Asociación nacional de Médicos titulares Inspectores municipales de Sanidad

TITULO PRIMERO

Constitución y fines

Artículo 1.º Se constituye, para los fines enumerados en este Reglamento, la Asociación Nacional de Médicos titulares Inspectores Municipales de Sanidad, en cuyas listas deberán inscribirse, como pertenecientes a la misma todos los Inspectores municipales de Sanidad de España, ya se hallen en ejercicio o ya en situación de excedentes, así como los ingresados en el Cuerpo en expectativa de destino.

Artículo 2.º Será misión y objeto de la Asociación Nacional de Médicos titulares Inspectores Municipales de Sanidad:

- a) Defender los prestigios y los derechos de los mencionados Inspectores, procurando gocen de la debida independencia en el ejercicio de su cargo.
- b) Velar por el decoro y buen nombre de los asociados y mantener la armonía y la colaboración entre los mismos.
- c) Auxiliar a las Autoridades con los informes técnicos que se le pidan.
- d) Evacuar los informes y consultas que el Gobierno de la Nación la reclame por intermedio de la Dirección general de Sanidad.
- e) Asumir las funciones que les confieren los artículos 43 y 2.º del Apéndice del Reglamento de Sanidad municipal y cuantas la Dirección general de Sanidad le encomiende.
- f) Representar a los Inspectores municipales de Sanidad ante las autoridades gubernativas y judiciales.
- g) Realizar los fines de carácter científico, benéfico y de previsión que los Inspectores municipales de Sanidad estimen convenientes.
- h) Procurar por cuantos medios se hallen a su alcance, la máxima eficiencia de la función inspectora.
- i) Colaborar en cuanto redunde en pro de la Sanidad nacional, que debe ser la finalidad suprema de la Asociación.

Artículo 3.º Todos los Inspectores municipales de Sanidad vienen obli-

gados, desde su ingreso en el Cuerpo a cumplir las prescripciones de este Reglamento y los acuerdos que tome la Asociación.

Artículo 4.º Para formar parte de la Asociación Nacional de Inspectores municipales de Sanidad, será necesario solicitarlo de la Junta provincial correspondiente a la residencia del Inspector, acreditando, documentalmente pertenecer al Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad.

Artículo 6.º Se acreditará la condición de Inspector municipal de Sanidad, a los efectos del artículo anterior:

a) Con el título o la certificación de pertenecer al Cuerpo de Médicos titulares de España.

b) Con la certificación del Ayuntamiento de haber cumplido lo que previene el artículo 1.º y disposición transitoria del Apéndice del Reglamento de Sanidad municipal.

c) Con la certificación o título de haber ingresado, por oposición, en el Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad.

Artículo 6.º Los Inspectores municipales de Sanidad se comprometerán a satisfacer las cuotas periódicas o fijas, ordinarias o extraordinarias que la propia Asociación acuerde en sus Asambleas por mayoría de votos, libremente expresados.

TITULO II

Régimen y gobierno

Artículo 7.º Los organismos constitutivos de la Asociación serán:

1.º Las Secciones y Juntas de distrito.

2.º Las Juntas provinciales.

3.º La Asamblea de representantes.

4.º El Comité ejecutivo.

Artículo 8.º En cada partido judicial se constituirá una sección integrada por los Inspectores municipales de Sanidad residentes en el mismo.

Las Secciones distritales tendrán como misión la señalada en los apartados primero, segundo y tercero del artículo 2.º de este Reglamento y las funciones que la Asamblea de Representantes les encomiende.

Artículo 9.º Las Secciones de distrito estarán regidas por una Junta distrital, formada por Presidente, Tesorero y Secretario. Estas Juntas se renovarán cada dos meses.

La renovación se efectuará por sufragio personal y postal de los Inspectores de distrito. Dudará el período electoral tres días, remitiéndose las papeletas en sobre cerrado y firmado, dentro de otro sobre dirigido al Presidente de la Sección.

En la Junta de escrutinio se abrirán los sobres, depositando las papeletas en la urna, y luego se invitará a los asistentes que no hayan remitido por correo su voto, a emitirlo, procediéndose, acto seguido, al escrutinio.

Presidirá la Junta de escrutinio, la de la Sección, y actuarán de Secretarios

escrutadores los dos Inspectores más jóvenes. El resultado del escrutinio se consignará en el libro de actas de la Sección, y se levantará acta aparte, que será remitida a la Junta provincial para su archivo.

Art. 10. Para ser elegido para los cargos de la Junta industrial será preciso ser Inspector municipal de Sanidad en ejercicio y llevar más de un año en el distrito.

Los miembros salientes de la Junta sólo podrán ser reelegidos si obtienen, a su favor los dos tercios de los sufragios emitidos. Si el reelegido obtiene mayoría, pero no reúne los dos tercios, se repetirá la votación, siendo proclamado en esta segunda el que obtenga mayoría.

Los elegidos tomarán inmediatamente posesión de sus cargos.

Art. 11. En cada provincia se constituirá una Junta provincial, que tendrá como misión la señalada en los apartados primero, segundo, tercero, sexto, séptimo y octavo del art. 2.º de este Reglamento y los que el Comité ejecutivo les señale.

Las Juntas provinciales estarán constituidas por Vocales delegados, uno por cada distrito.

Los Vocales delegados serán los Presidentes de las respectivas Secciones de distrito.

Las Vocales delegados designarán, entre ellos, los que deban desempeñar los cargos de Presidente, Vicepresidente, Secretario, Tesorero y Contador.

Las Juntas provinciales se reunirán, por lo menos, cada tres meses. La asistencia de los Vocales delegados a las mencionadas Juntas será obligatoria, pudiendo delegarla en otro Inspector del distrito.

Art. 12. Las provincias que crean difícil, por su estructura geográfica u otras circunstancias, la organización de distrito en la forma que este Reglamento prescribe, podrán solicitar y obtener de la Asamblea de representantes la autorización necesaria para su organización especial.

Art. 13. Las Juntas provinciales deberán remitir al Comité ejecutivo, antes del 31 de Enero, las proposiciones propias y las de las Secciones de distrito que deban ser discutidas y votadas en la Asamblea de representantes.

Art. 14. La Asamblea de representantes será el organismo supremo de la Asociación, señalará las normas a seguir por la misma, tomará los acuerdos que deba llevar a la práctica el Comité ejecutivo y las Juntas provinciales y de distrito y realizar la totalidad de los fines consignados en el art. 2.º.

Se reunirá una vez al año en el lugar que designe, y, a ser posible en Marzo, Abril o Mayo con carácter ordinario y con carácter extraordinario siempre que el Comité ejecutivo lo estime conveniente. Estará constituida por un representante de cada provincia, designado por la Junta provincial. Sólo podrá tomar acuerdos en los asuntos señalados en el orden del día de la Asamblea, orden del día que será remitida a las Juntas provinciales con un mes de anticipación. Los acuerdos deberán tomarse por mayoría de sus com-

ponentes. Cada Asamblea celebrará las sesiones necesarias para la completa discusión y aprobación de las ponencias fijadas.

Art. 15. Para las reuniones de la Asamblea de representantes se seguirá las siguientes normas:

1.^a El Comité ejecutivo fijará la fecha de la Asamblea y los temas a tratar.

2.^a Cada uno de los temas será confiado a una ponencia, que formularán las conclusiones.

3.^a La convocatoria, lista de temas y conclusiones de las ponencias serán comunicadas a las Juntas provinciales y a todos los asociados con un mes de anticipación a la celebración de la Asamblea.

4.^a En el programa de la Asamblea se fijarán todos los actos de la misma, con indicación de días, horas y locales.

5.^a En el plazo máximo de quince días, a contar desde la fecha de la convocatoria, se reunirán las Juntas provinciales, designando el representante respectivo.

Del acto de la reunión, que consignarán en el libro de actas, se sacarán dos copias: una será entregada al representante electo como credencial siendo remitida la otra al Secretario del Comité ejecutivo en el plazo máximo de cinco días.

6.^a Los representantes provinciales de la Asamblea serán elegidos por las respectivas Juntas provinciales, debiendo obtener en primera votación el voto de los dos tercios componentes de la Junta provincial. Si no lo obtuvieren, se repetirá la votación, siendo designado el que obtenga mayoría de votos.

Art. 16. Las sesiones de la Asamblea serán presididas por el Comité ejecutivo, que actuará como Comisión dictaminadora de actas.

Abierta la Asamblea, se procederá a la lectura y aprobación del dictamen de la Comisión de actas y al canje de las credenciales de los representantes por las tarjetas de asambleístas. Realizadas estas operaciones, se declarará constituida la Asamblea.

El orden del día de las sesiones se regulará del siguiente modo:

Lectura, aprobación y firma del acta de la sesión anterior. Las actas serán firmadas por la Mesa y los representantes de cuatro provincias distintas en cada acta y siguiendo riguroso orden alfabético de provincias.

El acta de la última sesión será leída, aprobada y firmada al final de la misma.

Lectura de las ponencias. Lectura de las enmiendas. Discusión sobre las mismas. Votación.

En los debates se concederán tres turnos en pro y tres en contra, de duración máxima de cinco minutos, y las correspondientes rectificaciones de tres minutos.

Las votaciones se efectuarán en la forma que señale la Presidencia; pero serán nominales siempre que lo solicite un representante.

Discutidas y votadas todas las conclusiones consignadas en el orden de la Asamblea, se destinarán las horas de proyectos, demandas de declaraciones y preguntas de los representantes.

De las actas de las sesiones se redactará una nota, que se pondrá a disposición de la Prensa, y se publicarán íntegras.

Artículo 17. El comité ejecutivo representará a la Asociación en todos los actos que le corresponda asistir, cuidará de la organización y administración de la misma, velará por el cumplimiento de este Reglamento y de los acuerdos de la Asamblea de representantes. Estará compuesto por diez miembros, cinco propietarios y cinco suplentes. Los propietarios se distribuirán los cargos de Presidente, Vicepresidente, Tesorero, Contador y Secretario. Durará el mandato dos años, a cuyo término se renovará totalmente. Sus miembros serán elegidos en votación secreta por la Asamblea de representantes.

Art. 18. El Comité ejecutivo se reunirá por lo menos, cada tres meses, celebrando las sesiones necesarias para el completo estudio y despacho de los asuntos al mismo encomendados.

Art. 19. El presidente velará por el cumplimiento del Reglamento de la Asociación, de los acuerdos del Comité y de la Asamblea de Representantes; representará a la Asociación en todos los actos y ante las autoridades gubernativas, judiciales y sanitarias; presidirá las sesiones del Comité y de la Asamblea, firmará con el Secretario las comunicaciones de la Asociación y pondrá el V.º B.º en todas las facturas.

Art. 20. El Vicepresidente sustituirá al Presidente en ausencias, enfermedades y cuanto éste le delegue.

Art. 21. El Tesorero tendrá a su cargo los fondos de la Asociación, llevará un libro de Caja y no pagará ninguna factura sin el páguese del Contador y el V.º B.º del Presidente. Será responsable de los fondos que le sean encomendados.

Art. 22. El Contador llevará un libro registro de entradas y salidas, y pondrá el páguese en todas las facturas y el V.º B.º en todos los balances.

Art. 23. El Secretario extenderá y firmará todos los documentos de la Asociación, cuidará del archivo y registros de asociados y llevará los libros de actas del Comité ejecutivo y de la Asamblea de representantes.

Art. 24. Los Vocales suplentes sólo formarán parte del Comité en ausencia y vacantes de los propietarios. Pero formarán parte de la Mesa de la Asamblea de representantes y podrán desempeñar, en la organización y desarrollo de la misma, cargos especializados.

Art. 25. Mientras se logra la aspiración justa y necesaria de crear en la Dirección General de Sanidad el negociado de Inspección municipal, un miembro ejecutivo de la Asociación, designando por el propio Comité y un

funcionario, nombrado por el Director de Sanidad, serán los encargados de custodiar y regir el archivo de Médicos titulares pertenecientes a la antigua Asociación.

TÍTULO III

Fondos de la Asociación

Art. 25. Constituirán los fondos de la Asociación:

- 1.º Las cuotas que se fijen por las Asambleas.
- 2.º Los donativos, legados y bienes que Corporaciones y particulares el cedan, así como las subvenciones que obtengan.

Art. 27. La recaudación de la cuota será llevada a efecto por las Juntas provinciales, las cuales remitirán al Tesorero del Comité ejecutivo las cantidades cobradas.

Art. 28. Con los ingresos percibidos se atenderá a los gastos generales de la Asociación.

Se considerarán gastos de la Asociación:

- a) Organización y celebración de la Asamblea de representantes.
- b) Reuniones del Comité ejecutivo.
- c) Gastos materiales de las Comisiones provinciales y de distrito.

TÍTULO IV

Labor científica y de previsión

Art. 29. La Asociación organizará cursillos, conferencias y cuantos actos puedan contribuir a elevar la cultura de los Inspectores municipales de Sanidad. Compete esta labor a las Juntas provinciales y al Comité ejecutivo. Organizará también bibliotecas en su local social y en los de las capitales de provincia y de distrito.

Los cursillos se pondrán bajo el patronato de la Dirección general de Sanidad. Para la organización de los mismos se solicitará de dicho Centro la autorización correspondiente y la cooperación de los organismos oficiales sanitarios, a fin de que puedan otorgarse, a los asistentes a los mismos, certificados de estudios o de aptitud.

Art. 30. La Asociación organizará una Sección de previsión que funcionará como organismo filial, con Reglamento propio.

El Reglamento de la Sección de previsión será presentado por el Comité ejecutivo a la primera Asamblea de representantes que se celebre.

Art. 31. El Comité ejecutivo gestionará de la superioridad el reconocimiento de su Sección de previsión como organismo oficial de previsión del Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad.

Art. adicional. El actual Comité ejecutivo seguirá en funciones hasta la primera Asamblea de representantes que se celebre.

Ilmo. Sr.: Formulado por el Real Consejo de Sanidad el programa de oposiciones a ingreso en el Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad, S. M. el Rey (q. D. g.), se ha dignado prestarle su aprobación y disponer

1.º Que dicho programa se publique en la GACETA DE MADRID y en todos los *Boletines Oficiales* de la provincia.

2.º Que a fin de no retrasar la provisión en propiedad de las plazas actualmente vacantes de Médicos titulares-Inspectores municipales de Sanidad, se constituya en la primera quincena de Noviembre próximo en cada capital de distrito universitario, el Tribunal que ha de juzgar dichas oposiciones en la forma señalada en el artículo 2.º del Apéndice del Reglamento de Sanidad municipal, procediendo seguidamente al anuncio de la correspondiente convocatoria para dar comienzo aquéllas en la primera quincena del mes siguiente.

3.º Que en la propia convocatoria el Tribunal señale el día, hora y local en que han de hacerse los ejercicios, forma y condiciones a que han de ajustarse y requisitos que han de cumplirse, de conformidad a lo dispuesto en los artículos 6.º y 7.º del mencionado Apéndice; y

4.º Que la Asociación Nacional de Médicos titulares-Inspectores municipales de Sanidad, designe, en la primera quincena del próximo mes de Octubre, los dos Vocales titulares que han de formar parte en cada distrito universitario del correspondiente Tribunal, con arreglo a lo ordenado en el artículo 2.º del expresado Apéndice.

Lo que de Real orden comunico a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 22 Julio de 1926.

Programa de oposiciones a Ingreso en el Cuerpo de Inspectores municipales.

I

Higiene aplicada y Sanidad urbana

1.º Insalubridad de los terrenos.—Sus causas y sus efectos.—Saneamiento de terrenos.—Drenaje, terraplenado, diques, cultivos y otros métodos.—Su importancia y aplicación.

2.º Condiciones físicas, químicas y bacteriológicas de las aguas potables.—Motivos de contaminación de las aguas desde su captación hasta su distribución doméstica.—Medidas para evitarlas.

3.º Métodos y procedimientos de depuración de las aguas y su especial aplicación al medio rural.

4.º Abastecimiento urbano y rural de aguas.—Cantidad por habitante y día.—Datos para su fijación.—Influencia del abastecimiento de agua en la salubridad general de una población.

5.º Higiene alimenticia.—Carnes y pescados.—Su valor alimenticio.—Caracteres que han de tener para su consumo.—Su conservación.—Enfermedades que pueden ocasionar, parásitos que pueden transmitir y manera de evitarlo.

6.º Leche.—Estudio especial de la de vaca y cabra.—Determinación de su densidad y de sus principales alteraciones y adulteraciones.

7.º Enfermedades que se pueden transmitir por la leche y manera de prevenirlas y evitarlas.—Vigilancia higiénica de esta industria.—Higiene de los establos y de las lecherías.—Condiciones higiénicas que deben exigirse para el transporte y venta de la leche.

8.º Alimentos vegetales.—Valor alimenticio de los principalmente usados.—Sus alteraciones y sofisticaciones.—Intoxicaciones causadas por ellos.—Condiciones higiénicas del cultivo, conservación, transporte y expedición de hortalizas y frutas.

9.º Alcoholismo.—Peligro del alcohol para el individuo y para la especie.—Medios de luchar contra el alcoholismo.

10. Vivienda.—Condiciones mínimas de higiene que deben reunir según sean o no colectivas.—La vivienda rural y medios de mejorarla.—Padrón sanitario de las viviendas.

11. Evacuación de inmundicias.—Sistemas y procedimientos más principales.—Su valor higiénico.—Crítica de los pozos negros.—Procedimientos de evacuación de inmundicias aplicadas al medio rural.—Desinfección de los excretas.

12. Basuras urbanas.—Peligros que encierran.—Diversos sistemas de alejamiento y destrucción de basuras urbanas.—Higiene de las cuadras.—Transporte del estiércol y condiciones higiénicas de los estercoleros.

13. Inspección médico-escolar.—Vigilancia sanitaria de las enfermedades transmisibles en la Escuela.—Tratamientos de los defectos orgánicos.—Higiene de los locales y en especial de los retretes y urinarios.

14. Mercados y mataderos.—Condiciones higiénicas que deben reunir.

15. Cárceles.—Hospitales.—Cementerios.—Condiciones higiénicas que son exigibles.

16. Industrias nocivas a la salud pública.—Su inspección y reglamentación higiénica.—Industrias peligrosas.

17. Desinfección y desinfectantes.—Su aplicación.

18. Desratización y desinsectación.—Aplicaciones.

19. Brigadas sanitarias e Institutos de higiene.—Funciones que deben llenar.

20. Obligaciones comunes a todos los Municipios en el orden sanitario.

21. Constitución y fines de las Juntas municipales de Sanidad.

22. Reglamento de higiene municipal—Principales bases para su redacción.

II

Profilaxis y tratamiento de las enfermedades evitables

1. Enfermedades infecciosas, contagiosas e infecto-contagiosas de declaración obligatoria—Precauciones y medidas de carácter general para evitarlas.

2. Epidemias que se transmiten por el agua, por la leche y por los alimentos.—Infecciones difundidas por los insectos—Idem por el contacto directo.—Portadores de gérmenes y su papel en el desarrollo de infecciones.

3. Toma de muestras de agua para su análisis químico y bacteriológico.—Recolección, envase y transporte de productos infectantes.—Técnica de la extracción de la sangre y de la punción lumbar.

4. Diagnóstico y profilaxis de las estreptococias humanas.

5. Diagnóstico y profilaxis de la meningitis cerebro-espinal y de la parálisis infantil epidémica.

6. Diagnóstico y profilaxis de la fiebre tifoidea.

7. Colibacilosis y fiebres paratifoideas.—Diagnóstico y profilaxis.

8. Diagnóstico de la carbuncosis.—Su profilaxis humana y ganadera y medios de imponerla.

9. Cólera asiático.—Epidemiología.—Diagnóstico y profilaxis.

10. Peste.—Epidemiología.—Diagnóstico y profilaxis.

11. Fiebre amarilla.—Epidemiología.—Diagnóstico y profilaxis.

12. Conjuntivitis contagiosas.—Tos ferina.—Parotiditis epidémica.—Diagnóstico y profilaxis.

13. Gripe.—Encefalitis letárgica.—Epidemiología.—Diagnóstico y profilaxis.

14. Difteria.—Diagnóstico y profilaxis.

15. Tuberculosis.—Diagnóstico y profilaxis.—Manera de realizar esta última.—Organización oficial de la lucha antituberculosa.

16. Lepra.—Muermo.—Tétanos.—Diagnóstico y profilaxis.

17.—Viruela.—Diagnóstico y profilaxis.—Vacunación obligatoria.

18. Alastrín.—Varioloide.—Varicela.—Sudor miliar.—Sarampión.—Escarlatina.—Diagnóstico y profilaxis.

19. Tifus exantemático.—Diagnóstico y profilaxis.

20. Rabia.—Diagnóstico y profilaxis.

21. Enfermedades sifilíticas.—Diagnóstico y profilaxis.—Lucha anti-venérea.

22. Paludismo.—Fiebre de Malta.—Diagnóstico y profilaxis.

23. Kala azar infantil.—Fiebre recurrente.—Anquilostomiasis.—Diagnóstico y profilaxis.

24. Tiñas.—Muget.—Sarna.—Díleros y Hemípteros transmisores de gérmenes.—Enfermedades que producen y que difunden.—Procedimientos para destruirlos, especialmente moscas y mosquitos.

25. Mortalidad infantil.—Medidas especiales para atajarla.—Actuación del Inspector en este sentido.

Madrid, 11 de Febrero de 1926. —El Vicepresidente del Real Consejo de Sanidad. Angel Pulido.

Madrid, 22 de Julio de 1926.—Aprobado por S. M.—El Ministro de la Gobernación, Martínez Anido.

Letras de luto

Han fallecido en esta capital y Villarrudia de los Ojos respectivamente los compañeros don Gerardo Salmerón y don Pablo Carrascosa.

El Colegio envía a las respectivas Viudas la expresión del sentimiento de la colectividad médica.

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
--	--------------------	--------

(Continuará)

DONATIVOS EN FAVOR DEL COLEGIO DEL PRÍNCIPE DE ASTURIAS

	<i>Suma anterior</i>	226 00
--	----------------------------	--------

D. Lucas Garcés.....	Daimiel.....	1 50
----------------------	--------------	------

	<i>Suma</i>	227 50
--	-------------------	--------

(Continuará)

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

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

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

EXCMO. SR.:

Al presentar este trabajo, hánme guiado, no sólo las aspiraciones que animan a todo aquel que esperanzado, con el logro del último tramo oficial de sus estudios reúne todas sus fuerzas, con el fin de salir lo más airoso posible; sino también el deseo, de que mi humilde tesis, pueda coadyuvar a esclarecer y facilitar el Diagnóstico del proceso morbozo que especializado por Grancher, le denominó Espleno-neumonía.

Con el fin de adoptar plan u orden en la exposición de esta memoria, creo conveniente desarrollarla en cuatro capítulos; en el primero, describiré del modo más breve posible, la noción que de la espleno-neumonía se tiene en el estado actual de la ciencia; en el segundo, reseñaré los casos clínicos observados; en el tercero; discutiré científicamente las diferencias sintomatológicas, que presentan, los casos clínicos entre sí, con el tipo clasico de espleno-neumonía descrita por los autores; y con la pleuresia; esta última, con objeto de demostrar, la multitud de caracteres diferenciales que presentan ambos procesos, y por lo tanto, la no dificultad de su diagnóstico; por último y formando un cuarto capítulo, deduciré las conclusiones que del anterior razonamiento se desprendan.

PRIMERA PARTE

Descripción de la Esp'eno-neumonia

Entre la congestión pulmonar y la neumonia, al lado de la bronco-neumonia, existe un estado morbosos del pulmón, una especie de neumonia aubaguda, que simula una pleuresía con derrame medio, y que merece una descripción y una denominación propias. Tal es la definición que dá Grancher de su esplenoneumonia.

Anatomía patológica.—Dada la benignidad del proceso, escaso es el número de autopsias verificados, razón por la que la anatomía patológica no está aún perfectamente dilucidada.

La esplenoneumonia es generalmente unilateral y se sitúa con preferencia en el lado izquierdo.

Grancher opina que se trata de una inflamación epitelial con exudado sero albuminoso, que casi corresponde a lo que anatómicamente se describe con el nombre de esplenización. La inflamación de las células de revestimiento epitelial y su descamación, acompañadas de un exudado sero albuminoso, son las que representan la lesión principal. Se encuentran también con frecuencia alterados los bronquiolos, por la secreciones mucosas o muco-purulentas y legera infiltración edematosa del tegido conjuntivo perilobulillar.

Por el aspecto macroscópico: pulmón liso en la superficie y en el corte uniformemente rojo obscuro, no crepita aunque sobrenada casi siempre.

Mencionó Grancher la hipertrofia del tejido conjuntivo de los espacios perilobulillares, y la esclerosis, pero consideró a estas lesiones como existentes solamente en las esplenoneumonias tuberculosas.

Resultan muy raras las autopsias de esplenoneumonia primitivas el mayor contingente lo dan las tuberculosas.

Chantemesse refiere, que en la autopsia por él verificada, en una mujer de edad encontró todos los caracteres de un atelectasia pulmonar crónica, habiendo presentado durante su enfermedad idénticos síntomas físicos que la esplenoneumonia

Rommelaere y Léviste consideraban a la esplenoneumonia como una atelectasia pulmonar primitiva.

Bacteriología.—Como la esplenoneumonia es poco frecuente, las investigaciones bacteriológicas son también poco numerosas.

Chantemesse, Alfaro y Carriere han encontrado la mayoría de las veces el pneumococo. Chantemesse halló también levaduras y un diplococo que difería del de Talamón. Alfaro observó el neumobacilo de Friedlander y Carriere vió el esiafilococo blanco. En conclusión que es una enfermedad de naturaleza infecciosa que en la mayoría de las veces está producida por el pneumococo.

Etiología.—La esplenoneumonia cuando es primitiva sucede casi siempre a un enfriamiento y la secundaria, se observa la mayor parte de las veces en la gripe, otras como las que refieren Conicli, Anché, Carriere y Méry sobrevenidas en el curso de la tifoidea, Merklen la observó también en el reumatismo y por último se ha mencionado, en la infección palúdica, en los albuminúricos, en la diabetes, y como primera manifestación o durante el curso de la tuberculosis pulmonar. La infección pneumocócica primitiva o secundaria, por una parte, y la

tuberculosis, por otra, parecen ser las dos causas principales de la esplenoneumonía.

Síntomas.—La evolución de la esplenoneumonía por lo regular es muy lenta su duración habitual es de cuatro a cinco semanas. Pueden describirse en ella tres períodos.

PRIMER PERIODO

Su principio es generalmente brusco, algunas veces precedido de malestar y ligera bronquitis; algunos escalofríos poco acentuados, observándose rara vez el escalofrío violento y único de la neumonía. Alguna que otra vez náuseas y vómitos biliosos y aparecen luego los síntomas funcionales: El dolor de costado, casi constante en el adulto, falta con mucha frecuencia en los niños, raramente intenso, es unas veces neuralgico y otras pleurodinico. La disnea es variable y puede llegar a la proptonea. La tos es seca, penosa y por golpes. La expectoración suele faltar en este período, si existe es gomoso-airada. La temperatura elevada llega con frecuencia a 40°, manteniéndose durante todo el período, con remitencias matutinas de medio a un grado.

Síntomas físicos.—Por la inspección, inmovilidad del lado afecto en los casos de intenso dolor o de gran extensión de la lesión.

Por la percusión; submatidez que va desapareciendo gradualmente a medida que nos separamos del foco.

Por la auscultación; la desaparición del murmullo vesicular; crepitaciones finas en la base del pulmón, principalmente durante las inspiraciones forzadas. Aparición luego del soplo parecido al de la bronconeumonía y por último la bronco-egofonía.

La duración de este período es de seis a ocho días.

SEGUNDO PERIODO O PERIODO DE ESTADO

Síntomas funcionales.—El dolor de costado disminuye y hasta suele desaparecer. La disnea generalmente desaparece. La tos se hace más blanda y menos molesta. La expectoración un poco más abundante. La temperatura, desciende de un grado a grado y medio, llegando en el descenso matutino hasta 37° o menos y por la tarde a 38°.

Síntomas físicos.—Por la inspección compruébase la inmovilidad del lado afecto del torax, abombamiento, sobre todo en el adulto, del torax en el lado enfermo, apreciable a veces por la vista y por la palpación bimanual y sobre todo por la mensuración con la cinta métrica; en opinión de Queirat el abombamiento falta muchas veces, sobre todo en los niños.

Por la percusión.—Matidez tan completa como en la pleuresía, que se sitúa generalmente en los dos tercios inferiores del pulmón, pudiendo ascender y prolongarse tanto por delante como por detrás, casi hasta el vértice del pulmón.

Por la palpación.—Abolición de las vibraciones vocales en la zona que hay matidez, reapareciendo gradualmente a medida que nos aproximamos a la parte superior del pulmón que ha permanecido sana,

Por la auscultación.—Ausencia del murmullo vesicular; soplo respiratorio agudo que conserva casi la misma intensidad en toda la extensión de la zona afectada; pectoriloquia áfona y egofonía que se asemeja a la bronco-egofonía. Las partes del pulmón que han permanecido sanas dan síntomas análogos a los

que se observan en las congestiones pulmonares, esto es; sonoridad exagerada y respiración pueril.

La duración de este periodo es de ocho o diez días y a veces más.

TERCER PERIODO O PERIODO DE DECLINACION

Sintomas funcionales.—El dolor de costado y la disnea desaparecen casi por completo. La tos es poco frecuente, blanda, causando insignificantes molestias. La expectoración es más abundante. La fiebre con algunas decimas verpertinas, desciende a veces por la mañana a menos de 37°.

Sintomas físicos.—Por la percusión; la matidez va disminuyendo, pasando a submatidez.

Por la palpación; reaparecen las vibraciones vocales.

Por la auscultación; el soplo se hace bronquial; reaparecen los estertores subcrepitantes de medianas burbujas, discretos y secos al principio, luego más húmedos y numerosos.

A todo esto sucede una debilitación del murmullo vesicular que puede persistir durante meses, lo mismo que las vibraciones y submatidez.

La duración de este periodo es por lo general muy lenta.

FORMAS DE ESPLENO-NEUMONIA

Se han descrito diversas formas: Queirat describió en los niños una forma subaguda caracterizada por su poca importancia, falta de síntomas funcionales y de fiebre.

La gripe deforma los caracteres de la espleno-neumonía, produciendo un tipo irregular o forma grippal, atenuado en sus manifestaciones, que según Mackerel y Lemoine se declara en el primer septenario de la gripe y se caracteriza principalmente por la oscuridad Respiratoria, falta frecuente del soplo y la egofoña, expectoración tardía y duración de tres a seis semanas.

Faissions describe otra forma grippal, con síntomas extremadamente móviles y variables, así la egofoña y el soplo desaparecen, un día, para reaparecer al siguiente, sucediéndose varias veces estas alternativas en el concurso de la enfermedad; esta movilidad de síntomas la hace extensiva a todas las formas de espleno-neumonía, pero Méry niega la exactitud de esta observación, afirmando que por el contrario, la persistencia de los síntomas físicos, es la característica de las formas habituales de la enfermedad,

Caunade ha descrito una forma crónica que duró tres meses y medio simuló una tuberculosis, aunque en los esputos no se encontrará más que neumococos; en estos casos dice están afectados simultáneamente los dos pulmones.

Otra de las formas crónicas, es la tuberculosa; los síntomas locales son idénticos, pero en los vértices pulmonares se presenta el número dos de Grancher, vibraciones y sonidos exagerados con respiración debilitada constituye un síntoma sospechoso, la persistencia de la fiebre después del tercer septenario. Grancher ha observado la espleno-neumonía como primera manifestación de la tuberculosis pulmonar y también durante el curso de la misma; en algunos casos esta forma no representa los caracteres de persistencia que acabo de mencionar, sino que por el contrario se observan síntomas físicos y muy móviles y que desaparecen con rapidez. La espleno-neumonía tuberculosa se observa en los adultos y

ee los niños Méry refiere el caso de un niño que presentó más de dos meses, síntomas de esplenoneumonía en la base del pulmón derecho, con persistencia de fiebre irregular, que no dejaba duda alguna, acerca de la naturaleza de la afección, como así lo demostró más tarde la demacración muy pronunciada y la presencia de chasquidos en el vértice.

DIAGNOSTICO

En lo referente al diagnóstico, todos los autores que se han ocupado de este proceso morboso, tales como Graucher, Bourdel; Queirat, Fainaus, Caussade, Semoine, Méry y otros, conceden gran importancia a la dificultad de diferenciarla con la pleuresía. Tal es la semejanza que le atribuyen que ya hemos visto anteriormente incluido este carácter en la definición.

No podían obrar de ligeros, en este punto, y al efecto, tal es el número de consideraciones, detalles refinadísimos, alertas y precauciones, que casi se convence el lector de la imposibilidad de diagnosticar la esplenoneumonía.

Mencionaré con relativa brevedad alguna de las consideraciones en que coinciden todos los autores.

Los escalofríos frecuentes y variables; la tos seca y penosa, el dolor de costado y la falta frecuente de expectoración, son síntomas tan exactos a los de la pleurosía, que dejan en suspenso el juicio sobre la naturaleza de la lesión. La inmovilidad del lado afecto la matidez y la abolición del murmullo vesicular, se presentan en ambos procesos; pero hé aquí un carácter distintivo; en la esplenoneumonía, durante las inspiraciones forzadas, se oyen crepitaciones finas en la base del pulmón, no observándose esto en la pleurosía.

En el periodo de estado, produce absolutamente la ilusión de un derrame pleurítico abombamiento del lado afecto y aquí establecen la diferencia en la falta de desviación del apéndice xifoides y del esternón, hacia el lado enfermo, en la esplenoneumonía y constante en la pleurosía.

La matidez es tan completa como en la pleurosía; ningún carácter diferencial puede hacerse del estudio de la matidez, a no ser en lo que se refiere a las pleuresías izquierdas; en esta la persistencia del espacio sonoro del Traubé, es síntoma de gran valor para la esplenoneumonía, sin embargo se citan casos de pleuresías tabicadas por adherencias freno-costales, con derrame de más de litro y medio y persistir la sonoridad del espacio de Traubé.

Otro carácter es la no desviación de la punta del corazón, pero se observa con frecuencia una ligera desviación hacia el lado derecho. Desaparece también el choque de la punta cardíaca aunque nunca de un modo tan absoluto como en la pleuresía.

Las vibraciones vocales están abolidas en ambos procesos, pero reaparecen gradualmente a medida que nos aproximamos a la parte sana del pulmón, en la esplenoneumonía y bruscamente aparecen por encima del límite superior del derrame en la pleuresía.

El soplo respiratorio agudo recuerda, al soplo plurítico, sin embargo presenta algunas diferencias bajo el punto de vista topográfico. es más pronunciado y más extenso, conservando casi la misma intensidad en toda la extensión de la zona afectada; mientras que en la pleuresía se extiende tanto más, cuanto más nos aproximamos al sitio del pulmón; en la base no suele haber; solo en las inspira-

ciones forzadas se percibe soplo expiratorio ligero. No puede hacerse de este carácter un síntoma constante; pero lo mencionan, sin embargo, entre los delicados síntomas que permiten el diagnóstico y concluyen diciendo: el soplo de la esple-ro-neumonía presenta todos los caracteres del soplo pleurítico; casi podríamos decir que en la espleno-neumonía es donde se oyen los soplos pleuríticos más característicos. abstracción hecha de las pleuresías con derrame acompañadas de una importante congestión pulmonar, en las que los caracteres del soplo, según Potain resultan casi idénticos.

La egofonia y la pectorilaquia afonaron idénticas, solamente la primera es algunas veces menos clara que en la pleuresia, pareciéndose a la bronco-egofonia.

De todo lo expuesto se desprende que en la mayoría de los casos la punción resolverá el diagnóstico.

Más difícil resulta el diagnóstico, en lo que se refiere a la congestión pleuro-pulmonar de Potain y Sarru. Se observará sin embargo en el primer periodo, la existencia de crepitación pleurítica o de frotos más gruesos y sólo más tarde serán mayores las dificultades; que en los casos de pleuresia, porque el líquido no constituye más que una lamina delgada, no suficiente para hacer desaparecer el espacio de Traube. En último resultado la punción decidirá.

El diagnóstico de la naturaleza de la esple-ro-neumonía es sencillo; la epidemia reinante y la anterioridad de un catarro gripal, nos demostrará esta forma, la existencia en los vértices del esquema número dos de Graucher; y el exámen bacteriológico nos dará la forma tuberculosa.

PRONÓSTICO

La curación constituye la regla, hasta el punto que son pocas las auptósias que se han verificado, sólomente la forma tuberculosa ofrece un pronóstico más serio; pero aún esta, parece se trata de una variedad de tuberculización pulmonar de pronóstico relativamente benigno y así dice Graucher «Cuando se reduce todo a un ataque aislado y sin recidiva, la circunscripción de las lesiones, dos o tres meses después del principio de los accidentes, alarma casi tanto como su extensión en los primeros días.

Omito el tratamiento, pues no tengo que hacer ninguna observación acerca de él, y paso a la segunda parte del trabajo.

SÉGUNDA PARTE

Descripción de los casos clínicos observados

PRIMRR CASO CLINICO

Isabel Martínez de diez y nueve años de edad, de estado soltera, entró en Clínica Médica de la Facultad de Valencia el día dos de marzo de 1906.

Como alumno historiador la interrogué y reconocí.

Anamnesis: Expondré los antecedentes nosológicos relacionados de un modo inmediato con la enfermedad que padecía y omitiré los restantes, por su poca importancia y ninguna relación con el proceso que nos incumbe.

Limitandose a esto; refirió que el primer día de Carnaval, después del paseo se sintió algo molesta, con quebrantamiento general, y ligera tós. Obligada por su profesión sirviente), continuó sus quehaceres ordinarios, y el Miercoles, 28 de febrero, estando en la calle, sufrió un escalofrío con náuseas y ligero dolor de costado; viéndose precisada a meterse en la cama. Al repetirle al día siguiente

el escalofrío, no desaparecer el dolor y tener bastante tós; no estando en su propio domicilio, decidió entrar en la Clínica en busca de auxilios médicos.

Los escalofríos fueron repetidos, no muy intensos y seguidos de fiebre. La tos era seca, penosa, frecuente y sin expectación. El dolor de costado se le apreció en forma de pinchazos no muy intensos. Tuvo dificultad respiratoria, cefalalgia y vómitos, pero he aquí un hecho importante; por la mañana las molestias eran insignificantes.

Estado de la enferma en el momento del reconocimiento.

Síntomas funcionales: Cefalalgia y laxitud general. Dolor de costado en el lado izquierdo del torax, que se le manifiesta por pinchazos y con puutos dolorosos, no siendo sin embargo muy intensos. Tós seca, frecuente, sin expectación. Ligera taquipnea y fiebre de 39.°.

Síntomas físicos: Inspección general: La enferma en decúbita supino, siéndole indiligente adoptar uno u otro decúbito lateral. Inspección del tórax: Inmovilidad del lado izquierdo.

Percusión: Submatidez en la base y parte posterior y lateral del pulmon izquierdo, no pudiendo precisar con exactitud su extensión, pues iba desapareciendo a medida que nos separábamos del foco, adquiriendo caracter timpánico a nivel del vértice. Limitábase por medio de una percusión delicada y superficial la submatidez pulmonar de la cardiaca, confundibles a nivel de la quinta y sexta costilla. En el pulmon derecho nada de anormal.

Palpación: Las vibraciones vocales algo disminuídas a nivel del foco que reaparece con la misma gradación que la submatidez.

Auscultación: Abolición del murmullo vesicular, con presencia de crepitaciones finas a nivel del foco; alrededor de éste, sobre todo en su parte superior, estertores subcrepitantes de finas burbujas. Respiración reforzada en el vértice. En el pulmon derecho alguno que otro roncus diseminado.

En los días tres, cuatro y cinco, no presentó ninguna modificación, teniendo sólo que mencionar la evolución de la fiebre, que ascendía a 40.° por la tarde, con un descenso matutino de 38,50.°.

Día seis de marzo: El dolor de costado no era ni tan intenso, ni tan frecuente. La tós menos penosa, húmeda y acompañada de expectoración gomoso-aireada, no muy abundante, poca disnea. Fiebre de 37,50.° y pulso de cien.

Inspección del torax: Persistía la inmovilidad del tórax en el lado enfermo; apreciándose además un ligero hundimiento del mismo lado.

Percusión: Matidez absoluta en el foco, pasando a submatidez y normal a medida que nos alejamos del foco.

Palpación: Abolición de las vibraciones locales, con los mismos caracteres que la matidez.

Auscultación: Soplo respiratorio suave, con igualdad de caracteres e intensidad en toda la zona de matidez absoluta, pero casi imperceptible en la zona de submatidez y con la particularidad que haciendo respirar al enfermo profundamente, desaparecía, percibiéndose en cambio crepitaciones muy finas y suaves. Apreciábase también broncofonía.

Día siete, ocho y nueve: La fiebre con máxima por la tarde 38,50.° descendía por la mañana a 37.° y 37,50.°.

Los síntomas físicos suministrados por la inspección, percusión y palpación continuaban lo mismo.

Auscultación: Hecho importante, un día se percibía el soplo, desapareciendo al siguiente, para volver luego a presentarse.

Día diez, once y doce: Presentando los mismos síntomas, se observaba sin embargo la tendencia a desaparecer; así la fiebre, iba disminuyendo por décima el dolor apenas si existía; lo mismo que la disnea; la tós más húmeda y con la misma expectoración anterior; y por lo que se refiere a los síntomas físicos, cada día disminuía la retracción torácica, se reducía la zona de matidez y por la auscultación los estertores subcrepitantes invadía la zona del soplo.

A partir del día trece; el dolor no existía, lo mismo que la disnea; la tós poco frecuente y con expectoración mucosa; la fiebre con dos o tres décimas de recargo; la pared torácica sin retracción seguía el ritmo respiratorio; la submatidez sucedió a la matidez; al soplo los estertores subcrepitantes en la parte superior de la zona pulmonar afectada y crepitantes en la inferior; las vibraciones locales ligeramente disminuidas.

Por último el diez y ocho de marzo, salió de la Clínica, con disminución del murmullo vesicular, en toda la zona del pulmón anteriormente afectada.

El examen bacteriológico demostró la presencia de pneumococos de Talamón Fraükel.

DIAGNOSTICO

El inteligente profesor Dr. D. Rafael Pastor, hábil y sagaz clínico; ante los síntomas que presentaba la enferma en el primer reconocimiento, indicó la posibilidad de que se tratase de la congestión pulmonar idiopática de Woillez; pero al comparar el escalofrío intenso, disnea excesivamente dolorosa, expectoración abundantísima; ampliación torácica del lado enfermo y la no abolición del murmullo vesicular en esta enfermedad; le inclinaron a pesar de la semejanza de los síntomas físicos, a desechar este juicio. Así mismo la comparó con la congestión pleurp-pulmonar de Potain, idéntica en el modo de principiar, síntomas físicos y funcionales semejantes y solo diferente, en que en esta se aprecia la crepitación pleural a veces el verdadero roce de cuero; sintoma que no presentaba nuestra enferma. Por último indicó la gran semejanza que presentaba con el proceso morboso llamado Espleno-neumonía de Granchar, diagnosticando como a tal el caso en cuestión y advirtiéndonos lo mucho de curioso e interesante que en dicha enfermedad había en su periodo de estado.

Ciertamente el diagnóstico estaba bien hecho; el periodo de estado llegó con sus caracteres propios de matidez absoluta abolición de las vibraciones vocales y presencia del soplo, pero el hecho curioso que sin duda alguna lo atribuía a la posible confusión con el derrame pleurítico, no lo pudimos apreciar, pues la falta de egofonia y pectoriloquia áfona, persistencia del espacio sonoro de Traube, la no desviación cardíaca, la gradación en la aparición de las vibraciones vocales y en la desaparición de la matidez, el no abombamiento de la pared torácica y por lo mismo la no desviación del esternón y la presencia de finas crepitaciones en inspiraciones forzadas; eran datos lo suficiente concluyentes para no dar lugar a la confusión.

No se puede refutar a esto la posibilidad de no tratarse de una esplenoneumonía; en primer lugar, porque los síntomas físicos que esta enferma presentaba solo tienen cabida en la enfermedad de Graucher; y en segundo lugar porque su evolución en tres periodos claros y precisos, de principio estado y declinación, junto con la marcha de la fiebre anteriormente expuesta, la excluyen de todos los procesos pulmonares hasta ahora conocidos y la encajan en el cuadro sintomatológico funcional que de la esplenoneumonía, describen todos los autores.

Por lo que se refiere al diagnóstico de la forma; la epidemia de gripe reinante; los datos de infección gripal, que la enferma aduce haber padecido anteriormente a su enfermedad y la variabilidad de los síntomas físicos, declaran la forma gripal de la esplenoneumonía.

SEGUNDO CASO CLÍNICO

El ocho de Julio de 1906, reconocí a María Benloch, casada domiciliada en la calle del Pié de la Cruz, número cinco (Valencia), y asistida facultativamente por el doctor don José Campos Igual.

Anamnesis: De los antecedentes patológicos de esta enferma conocidos ya, por reconocimientos practicados anteriormente por mí, solo hago constar el de padecer una insuficiencia mitral

Expuesto este dato describiré el resultado del interrogatorio practicado en aquel momento.

Refirió la enferma, haber experimentado el día anterior, un escalofrío seguido de dolor de costado, náuseas, vómitos, tos, disnea cefalalgia intensa, presa, durante toda la noche de insomnio y de abundantes sudores, se sintió al amanecer tan débil de fuerzas que casi le era imposible incorporarse.

Estado de la enferma en el momento del reconocimiento.

Síntomas funcionales: Dolor de costado situado en la parte anterior y derecha tórax, débil y no continuo. Disnea intensa. Tos por golpes y frecuente; causando fatiga extraordinaria. Expectoración muco-purulenta con algunos esputos serosanguinolentos. Fibre de 40°. Pulso pequeño, depresible, frecuente, de ciento cuarenta pulsaciones.

Síntomas físicos: Inspección general: Decúbito supino en posición semisentada. Extraordinaria demacración e intensa palidez general.

Inspección local: Alas de la nariz batiendo con el ritmo respiratorio. La respiración efectuábase a expensas de las porciones superiores del tórax, es decir tipo corto clavicular y los latidos de la punta cardíaca visibles en el quinto espacio intercostal a tres traveses de dedo por fuera de la línea mamilar.

Percusión: Matidez absoluta en la base y parte posterior de ambos pulmones. En el pulmón derecho y en su parte posterior, submatidez extendida desde la matidez inferior hasta la espina del omóplato, desde cuyo punto iba desapareciendo poco a poco hasta adquirir caracteres normales a nivel del vértice. La matidez absoluta del corazón aumentada, llegando hasta el borde derecho del esternón por un lado y por el izquierdo a dos traveses de dedos por fuera de la línea mamilar. El espacio sonoro de Traube en estado normal.

Palpación: Hecho curioso, en la porción superior de ambos lados del torax, las vibraciones vocales normales, pero a medida que se iba descendiendo, des-

aparecían poco a poco en el lado derecho manteniéndose en el izquierdo; y al llegar a la porción inferior en ambos lados estaban ligeramente reforzadas.

Auscultación: En la parte anterior del pulmón derecho y también en la porción superior de su cara posterior, lo mismo que en todo el pulmón izquierdo, abundantes estertores secos y principalmente húmedos, de grandes y medianas burbujas; estertores que en algunos puntos ahogaban el murmullo vesicular al paso que en otros, permitían se oyera perfectamente notándose algo áspero. En la zona posterior del pulmón derecho abolición del murmullo vesicular, presencia de crepitaciones finas y de estertores subcrepitantes. Por último en la base y parte posterior de ambos pulmones, estertores subcrepitantes de pequeñas burbujas.

Días nueve, diez, once y doce: Anorexia completa, con repulsión a toda clase de alimentos. Insomnio pertinaz y rebelde; cefalalgia intensa. Repetidas lipotimias pulso frecuente pequeño y blando fiebre irregular, con oscilaciones de medio a un grado, con descenso matutino. Dolor de costado casi insignificante; disnea intensa, tos frecuente, molesta y acompañada de expectoración muco-purulenta, con esputo hemorrágico. Persistencia de los fenómenos físicos anteriores.

Día trece: Síntomas funcionales idénticos excepto la fiebre que descendió a 37,50.º.

Síntomas físicos: Percusión. La submatidez de la zona posterior del pulmón derecho se convirtió en matidez absoluta que desaparecía gradualmente.

Palpación: Abolición completa de las vibraciones vocales en la misma zona y con los mismos caracteres en la desaparición que la matidez.

Auscultación: Soplo suave, ligero, apreciable en toda la zona y no perceptible en las inspiraciones forzadas, oyéndose en cambio finas crepitaciones.

Día catorce, quince, diez y seis, diez y siete, diez y ocho, diez y nueve y veinte Síntomas frecuentes: Lipotimias muy frecuentes, sudores generales fríos y copiosos con horas irregulares en su aparición; al insomnio sucedió el sopor; ligero edema maleolar; pulso incontable; fiebre irregular con máximas vespertinas de 38.º a 38,50.º; dolor de costado nulo y disnea angustiosa.

Síntomas físicos: Persistencia de los anteriores.

Día veintiuno: Síntomas funcionales: Vencida la hiposistolia por el tratamiento, las lipotimias desaparecieron; el pulso frecuente de ciento treinta pulsaciones, continuaba blando y pequeño, la fiebre se normalizó y tan solo dos o tres décimas señalaban el recargo vespertino; la disnea disminuyó; la tós no tan penosa ni frecuente y con expectoración muco-purulenta sin esputos sanguíneos.

Síntomas físicos: Percusión: A la matidez sucedió la submatidez.

Palpación: La abolición de las vibraciones vocales se redujo a pequeña zona de pulmón.

Auscultación: Los estertores secos y húmedos de ambos pulmones desaparecieron, la abolición del murmullo vesicular de igual modo que las vibraciones se redujo; el soplo dejó de percibirse y en su lugar aparecieron estertores subcrepitantes.

Los fenómenos físicos de las bases de ambos pulmones persistían.

En los sucesivos días fueron desapareciendo los síntomas funcionales de un modo lento y progresivo, lo síntomas físicos sufrieron igual evolución, así las vibraciones vocales que estaban completamente disminuídas. Los estertores sub-

crepitantes eran menos numerosos y dejaban percibir el murmullo vesicular aunque algo débil y entrecortado.

Por último el treinta de julio se le dió de alta, quedando solamente disminución del murmullo vesicular en la zona afectada.

El exámen bacteriológico demostró la presencia de numerosos estreptococos y además no existían fibras elásticas.

DIAGNOSTICO

El Dr. D. José Campos Ygual, ante los síntomas generales, de anorexia, debilidad de fuerzas, extrema demacración, fiebre irregular con ascensos vespertinos, sudores abundantes, tós, con expectoración muco-purulenta y algunos esputos hemoptoicos y la presencia en los vértices de estertores, creyó se trataba de un proceso tuberculoso, que con los síntomas de dolor de costado poco intenso matidez, abolición del murmullo vesicular y presencia de crepitaciones en la parte posterior del pulmón derecho, tenía todos los caracteres de la pulmonía caseosa. Para confirmar el diagnóstico se examinaron los esputos dos veces y al dar prueba negativa se desechó la idea del proceso fímico.

Al mismo tiempo, le hice observar por un exámen detenido, que la zona maciza no estaba limitada, sino que al contrario presentaba cierta graduación en la desaparición de la matidez. Las vibraciones vocales en vez de estar reforzadas estaban abolidas y con los mismos caracteres en su aparición que la matidez en su desaparición. El soplo si bien existía, desaparecía con las inspiraciones forzadas y por fín, que la evolución de aquel proceso no correspondía a la neumonía.

Correspondiendo todos estos síntomas, a la espleno-neumonía, como a tal se diagnosticó dicho proceso, pero como además había síntomas físicos pulmonares, que no correspondían a este proceso, como los estertores secos y húmedos generalizados; estos nos demostraban la coexistencia de una bronquitis difusa; y los estertores subcrepitantes con disminución del murmullo vesicular y macidez en la base de ambos pulmones; tratándose de una enfermedad afecta de insuficiencia mitral, con dilatación del corazón derecho, era claro se trataba de congestión pasiva de la base.

Respecto a la forma de espleno-neumonía, ya hemos visto que la enferma de repente y a raíz del enfriamiento se sintió como a tal. Corresponde esto al tipo clásico de la llamada a frigore; pero he aquí que la mayoría de estas reconocen como agente microbiano el pneumococo y en el caso en cuestión no solo es que no aparece el pneumococo, sino que se presenta el estreptococo; agente microbiano, por ningún autor citado en la espleno-neumonía. ¿Tenemos que desecher por esto el diagnóstico? Si consideramos que la anatomía patológica, lo mismo que la bacteriología de este proceso, nada en concreto han podido resolver ¿porqué, encajando exactamente el caso que nos ocupa con el tipo clínico de espleno-neumonía, no hemos de diagnosticarle como a tal? ¿Que presenta el estreptococo! pues bien; un agente más que añadir a la innumerable lista que los autores citan como observados y aún podemos decir que llevamos la mejor parte, porque aquí era único el estreptococo y los casos que los autores citan casi siempre describen dos agentes microbianos, dejándole a uno en la duda de cual será el productor.

De modo que después de lo expuesto no veo ningún inconveniente en afirmar

se trata de una espleno-neumonía a frigore que reconoce como agente infectivo el estreptococo.

Expuestos los casos clínicos, hemos visto que presentan algunas diferencias entre sí; con la descripción de la espleno-neumonía hecha en la primera parte de esta tesis, y que además tampoco ha sido posible en ninguno de los dos, la confusión con la pleuresía.

Con el fin de aclarar estas diferencias, dedicaré la tercera parte de este trabajo a un estudio comparativo razonado, de los casos clínicos entre sí; de estos con la descripción que de la espleno-neumonía dan los autores y por último de esta junto con los casos clínicos, con la pleuresía.

TERCERA PARTE

Discusión razonada de las diferencias que presentan los casos clínicos con la espleno-neumonía clásica y con la pleuresía

Como la pleuresía se divide hoy, por casi todos los autores en tres periodos llamados seco, exudativo y adhesivo, los confrontaré para mayor claridad, respectivamente con los tres periodos clínicos de la espleno-neumonía.

PRIMER PERIODO

Los autores al describir la espleno-neumonía no mencionan la posible confusión de este periodo con la pleuresía, y si consideramos que la mayoría de las veces, los facultativos son llamados a reconocer los enfermos (tratándose de procesos agudos), en su primer periodo; el juicio más o menos cierto que entonces forme ha de servirle como norma para lo sucesivo, y han de presentarse posteriormente, síntomas claros y evidentes de otro proceso, para desechar la idea que anteriormente se había formado. Así pues creo yo, dada la gran semejanza que en el segundo periodo de ambos procesos, atribuyen todos los autores, debían haber hecho también un estudio comparativo del primero para ayudar a resolver las dificultades posteriores.

Aunque en mi concepto, basado en la anatomía patológica y casos clínicos observados de espleno-neumonía, no es de difícil solución el diagnóstico del segundo periodo de este proceso con derrame pleurítico, deduciré sin embargo, las diferencias que presentan en el primero con el fin de añadir más datos a la corroboración de mi aserto.

Si bien es verdad que el principio y algunos síntomas funcionales se presentan de igual manera no por eso dejamos de ver:

Primero. El dolor en la pleuresía, en la mayoría de los casos afecta, de un modo violento en el lado enfermo y se irradia hacia la espalda, o hacia adelante hasta la región del ombligo; en muchos casos estalla de repente, apareciendo con frecuencia en una fase determinada de la respiración, muchas veces los enfermos, experimentan la misma sensación que si se les arrancara algo del pecho; en los sujetos sensibles, una simple impresión dolorosa en cualquier sitio del cuerpo puede producir un síncope, así como también el síndrome de angustia extrema.

En la espleno-neumonía, hemos visto que los autores le asignan los siguientes caracteres: constante en los adultos, falta con frecuencia en los niños y detalle interesante, es raras veces intenso.

Primer caso clínico: el dolor se le apareció en forma de pinchazos no muy intensos.

Segundo caso clínico: el dolor fué débil y no continuo.

De lo expuesto se desprende, que aunque en intensidad del dolor, puede variar, según el temperamento del individuo, no deja de ser sin embargo un carácter diferencial.

Segundo. La actitud del enfermo, en la pleuresía, tiene algo de característico así busca involuntariamente, aquella posición en la cual sus dolores son más ligeros, por regla general durante todo este periodo, está acostado sobre el lado sano. Traube ha llamado la atención sobre este hecho, diciendo, que «en el decúbito sobre el lado enfermo, la sangre remansa en las venas de la serosa, y a consecuencia de esto, el dolor se aumenta de un modo considerable».

En la espleno-neumonía, hemos visto que los autores nada dicen sobre este particular.

Primer caso clínico: la enferma adopta indiferentemente ambos decúbitos.

Segundo caso clínico: decúbito supino en posición semisentada. La actitud de esta enferma, tratándose de un caso de insuficiencia mitral, con congestión pasiva en la base de ambos pulmones, ha de adquirir por precisión los caracteres de la que en casi todos estos enfermos se presenta. No hemos de buscar por lo tanto en este caso, respecto al carácter que nos ocupa, analogías ni diferencias, pues en último resultado, de influir de algún modo la espleno-neumonía en la actitud de esta enferma, había de ser para exagerar la que tenía, porque al disminuir aún más la capacidad pulmonar y añadir nuevas cargas, al ya fatigado corazón, la ortopnea se haría mas manifiesta.

Esta indiferencia en la actitud del enfermo que hemos visto, en los casos expuestos, revela ya sus diferencias, con la que se presenta en la pleuresía; pero es que, aun en el caso de tener que adoptar los enfermos un decúbito lateral, este ha de ser racionalmente sobre el lado enfermo, porque siendo la mayoría de las veces el dolor débil y neurálgico; este influirá muy poco en el decúbito, pero en cambio, disminuido el campo respiratorio en el pulmón lesionado, el enfermo procurará compensar esta deficiencia, dejando el lado sano libre de trabas y obstáculos, en posición de poder recorrer fácil y libremente los movimientos respiratorios.

Tercero. Hundimiento de la pared torácica en el lado enfermo. En la pleuresía está considerablemente retraída. La retracción, obedece a la tensión morbosa de los músculos torácicos, que tiene por objeto impedir en lo posible los movimientos respiratorios, a este hundimiento, acompaña una desviación de la columna vertebral, con la concavidad dirigida hacia el lado enfermo y un descenso del hombro del mismo lado.

En la espleno-neumonía nada dicen los autores respecto a este síntoma.

Primer caso clínico: Aparece una ligera retracción de la pared torácica en el lado afecto.

Segundo caso clínico: No hay desviación alguna en su pared torácica.

Por lo que se refiere a este carácter, vemos que en el segundo caso clínico y en la descripción clásica de la espleno-neumonía, no aparece, pero sí, en el primer caso clínico. ¿Tiene algo de anormal la presencia de este carácter? En mi concepto no. Es más al contrario, creo yo, debe existir en la mayoría de los casos.

Razonemos: La anatomía patológica que los autores describen, respecto a la espleno-neumonía, se reduce a lo siguiente: inflamación epitelial con exudado sero-albuminoso. Veamos ahora los síntomas que nos da el caso clínico; expectoración insignificante, casi nula, y silencio respiratorio en una pequeña porción del pulmón. Este silencio nos demuestra que no entra aire en esa pequeña porción pulmonar, separo desde luego la pleurisia por los síntomas diferenciales que presenta, según se vé del estudio que de ellos estoy haciendo, y concluimos diciendo, hay un obstáculo a la entrada del aire y este obstáculo se encuentra en el pulmón.

Tratándose de una inflamación epitelial, nada tiene de particular, que el engrosamiento de las células, por una parte y su descamación por otra obturen la luz de los bronquios e impidan como consecuencia el acceso del aire. Si los alveolos no se encuentran repletos por el exudado sero albuminoso, como en este caso pasaría, dada su poca expectoración, al quedar privados de aire, han de reducirse de volúmen, y como consecuencia se retraerá la zona de pulmón afectada. Explicado esto, fácil nos es comprender el mecanismo por el que en el caso clínico en cuestión, se presentó la ligera retracción torácica. Al retraerse el pulmón, ha de producir un vacío en la cavidad pleural, y la presión atmosférica actuará sobre la pared torácica, aplastándola. Tan claro estaba que era debido a este mecanismo que observando dicho hundimiento a la vista saltaba, se hacía mucho más notable en los espacios intercostales. Del mismo modo podemos explicarnos su no aparición en el segundo caso clínico, pues solo pensar que en este domina el elemento congestivo, hemos de suponer un gran exudado, que llene por completo los alveolos, e impida disminuya de volúmen el pulmón.

Resta solamente establecer la diferencia que existe entre el hundimiento de la pared torácica que presentaba nuestro enfermo, y el que se presenta en la pleuresía. Al observar aquél, se vió que no iba acompañado de desviación de la columna vertebral, ni de descenso del hombro del lado afecto.

Cuarto. Frote o fremitos pleural; es el síntoma más característico de la pleuresía. Se presenta cuando las hojas de la pleura, que han perdido su lisura, a consecuencia de la inflamación, se deslizan una sobre otra en el momento de los movimientos respiratorios. El frote es tan fuerte, en algunos casos, que los enfermos mismos, lo perciben. El mejor sitio para buscarle, es el punto donde el dolor es más pronunciado. Este interesante fenómeno se designa también con el nombre de crujido de cuero. En muchos casos se le puede aumentar de un modo considerable, comprimiendo la pared torácica; puede también ser percibido por medio de la palpación; sin dejar por eso, de ser la auscultación el medio más apropiado para apreciar con toda exactitud sus caracteres.

En la espleno-neumonía, nada dicen los autores de la presentación de este síntoma.

Primer caso clínico: No se presentó dicho síntoma ni tan solo ningún otro que pudiera confundirse con él.

Segundo caso clínico: Lo mismo que el anterior.

Como se vé, este síntoma por sí solo, constituye un carácter diferencial de gran importancia, porque en la pleuresía constituye uno de sus síntomas patognomónicos y en la espleno-neumonía, no sólo es que no se ha presentado, sino que no puede presentarse, a no ser que coincida la aparición de ésta con una

pleuresía; y aún en este caso queda siempre la duda, pues existiendo un proceso morbosos, llamado congestión pleuro pulmonar de Potain, que como ya su nombre indica por sí sólo reúne las dos lesiones, a éste inclinaríamos nuestro juicio, y como a tal diagnosticaríamos el caso donde se presentase el frote o roce pleural. Por último; el frote para presentarse, ha de existir lesión pleural; no existe esta lesión en la espleno-neumonía, luego no se puede presentar.

Quinto. Vibraciones torácicas. Estas no experimentan modificaciones en la pleuresía seca, porque el engrosamiento de la pleura sólo podrá dificultarlas dentro de ciertos límites.

En la descripción de la espleno-neumonía, nada hemos visto referente a este síntoma.

Primer caso clínico: Las vibraciones torácicas estaban algo disminuídas.

Segundo caso clínico: Estaban también algo disminuídas.

No creo fuese error de mis sentidos, la apreciación de este síntoma; en primer lugar, por no ser yo solo el observador, y en segundo lugar porque las modificaciones del pulmón explican la producción de este fenómeno. Sabemos que las oscilaciones del aire provocadas por las vibraciones de las cuerdas vocales, se propagan hasta la pared torácica en condiciones normales; estas condiciones son, libre circulación del aire, lisura y calibre normal de los conductos y tensión ordinaria del tejido pulmonar; pues bién; basándome en las observaciones anatómo-patológicas que de la espleno-neumonía, dan los autores, veo que la circulación del aire se encuentra bastante dificultada, hay pérdida de la lisura y estrechez de los bronquiolos, y como consecuencia de esto está también alterada la tensión ordinaria del tejido pulmonar. No existiendo, pues, ninguna de las condiciones que se necesitan para que las vibraciones se propaguen, estas por precisión han de encontrarse disminuídas. Hé aquí, pues, nada tiene de particular, se presentase este síntoma físico en los casos clínicos observados porque lo regular es que fuese constante.

Sexto. Estertor crepitante: En la pleuresía no aparece este síntoma, notándose solamente, debilidad bien manifiesta, del murmullo vesicular, en toda la mitad torácica del lado enfermo.

En la descripción de la espleno-neumonía se cita este síntoma.

Primer caso clínico: Presentó este síntoma.

Segundo caso clínico: Igualmente.

Como vemos este síntoma, adquiere tanta importancia, por lo que se refiere al diagnóstico de la espleno-neumonía con la pleuresía, como el ruido de roce anteriormente dicho, pues aunque el estertor crepitante, no sea síntoma patognomónico de la espleno-neumonía como lo es el roce pleural de la pleuresía; el no presentarse nunca en esta y aparecer en la mayoría de las veces en aquellas es lo suficiente para que pueda elevarse a la misma categoría de carácter diferencial; que hemos atribuído al síntoma de roce o de cuero.

Con esto creo haber hecho notar suficientemente las diferencias que en este período presenta la espleno-neumonía, con el correspondiente de la pleuresía; como las que presentan los casos clínicos con esta última; y la de los mismos con la espleno-neumonía descrita por los autores.

Paso pues a discutir el segundo período, que es donde los autores extreman la dificultad del diagnóstico, pero antes de dar comienzo a su estudio he de hacer

constar que con la observación detenida, de todo lo anteriormente expuesto hay suficientes datos para inclinar el juicio a uno u otro proceso, y llevará por lo tanto el práctico mucho adelantado para resolver las dudas que en este segundo período pueden presentársele.

SEGUNDO PERIODO

Cuando leí por primera vez, en la obra del gran maestro Grancher, el proceso morbozo, por el mismo Grancher especializado, y cuyo nombre ya conocemos; no pude menos (al terminar el capítulo referente a su diagnóstico con la pleuresía,) que cerrar el libro y buscar en otros autores más modernos, la comprobación clínica de la insuperable dificultad diagnóstica por aquél establecida.

No pude tampoco de la lectura de todos estos encontrar tan solo uno que allanara, o por lo menos facilitara, mediante un estudio comparativo de ambos procesos, las dificultades que si tan grandes eran según ellos, más empeño por lo mismo tenían que haber demostrado en resolverlas.

Comparando el estudio anatomo-patológico que los mismos autores daban de la espleno-neumonía, con su descripción clínica; ni comprendía la presencia de determinados síntomas ni veía tan embarazoso el diagnóstico con la pleuresía, sencillo y fácil como ya he demostrado en su primer período y claro y en nada confundible como a continuación lo demostraré, por un sin número de caracteres diferenciales.

Al depararme la suerte la observación de los casos clínicos, he podido ver confirmados de un modo práctico los conceptos que he dejado traslucir anteriormente y con la satisfacción de ver que no solo yo, sino otros observadores han llegado al diagnóstico de la espleno-neumonía sin nombrar tan solo la pleuresía, hánme inducido, basándome en esto a presentar este trabajo, cuyo capítulo más importante y principal es el que ahora vá a ser objeto de nuestro estudio.

De igual modo que en el primer período, expondré en el segundo período o período de estado los caracteres diferenciales que presentan los dos procesos los casos clínicos entre sí y con la descripción de la espleno-neumonía.

PRIMERO.—ACTITUD DEL ENFERMO

En la pleuresía, el enfermo descansa sobre el lado afecto, porque ya no es el dolor, sino las condiciones mecánicas las que determinan el decúbito. Sobre el lado sano, el derrame comprimiría con todo su peso el mediastino, y coartaría también la acción del pulmón sano. Además cada movimiento respiratorio, tendría que levantar el derrame y esto impondría un aumento considerable de gasto de fuerza muscular.

Nada dicen los autores de la actitud del enfermo en la espleno-neumonía.

Primer caso clínico: Lo mismo que en el anterior período, la enferma adoptaba indiferentemente diversas actitudes; y ya como anteriormente he dicho, mi concepto es: que en este período de tener que adoptar la enferma una actitud determinada había, de ser, decúbito lateral sobre el lado enfermo, por las razones allí expuestas.

Segundo caso clínico: La actitud que la enferma presenta, es la misma que en el anterior período, pero con caracteres más cercanos, a la ortopnea, como consecuencia del estado asistólico, que en ella se presentaba.

De modo que podemos decir; en la pleuresía la actitud es casi un síntoma

patogonomónico, mientras que en la espleno-neumonía es completamente indiferente.

SEGUNDO.—PULSO

En todos los derrames, el pulso disminuye de volumen durante la inspiración y aumenta durante la expiración. Seichteustern, ha descrito la suspensión completa del pulso en el momento de las grandes inspiraciones; es decir el pulso paradójico, o de intermitencias inspiratorias.

Ningún detalle referente al pulso, describen los autores en la espleno-neumonía.

Primer caso clínico: Las modificaciones del pulso estaban acordes, con la elevación de temperatura, sin presentar alteración alguna digna de mencionarse.

Segundo caso clínico: El pulso pequeño, blando, frecuente, llegando en ocasiones hasta ser incontable, patentizaba el estado cardiaco de la enferma, y la espleno-neumonía solo pudo influir en él, como un recargo más al corazón de por sí ya debilitado.

Por lo tanto, el estudio del pulso; puede aportarnos datos para el diagnóstico de la pleuresía pero nó para el de la espleno-neumonía, en la que sólo nos servirá como en todo caso patológico, para demostrarnos el estado general del enfermo.

TERCERO.—TOS

En la pleuresía, al aparecer el exudado, la tos disminuye, se hace menos molesta y no va acompañada de expectoración. Fraentzel, ha llamado la atención sobre el hecho de que el cambio de decúbito puede ocasionarla e inculpa como elemento casual a la tracción de la pleura, que se produce en aquel acto.

En la espleno-neumonía, la tos va acompañada de expectoración gomoso-airada o muco purulenta, según sea la naturaleza del agente infectivo.

Primer caso clínico: La tos era poco frecuente nada molesta, con expectoración gomoso-airada escasa y no se presentaba con los movimientos de la enferma, es decir que no presentaba el fenómeno de Fraentzel.

Segundo caso clínico: La tos era frecuente, angustiada con expectoración muco-purulenta y algunos esputos sanguíneos y su presencia no guardaba relación con los movimientos de la enferma. La coexistencia en este caso clínico de una bronquitis difusa y congestión pasiva pulmonar, a las que se sobreañadió la espleno-neumonía, explican los caracteres que como vemos vá revestida la tos.

De la falta o no de la expectoración y de la presencia o no presencia del fenómeno de Fraentzel deduciremos se trata de uno u otro proceso.

Cuarto-Abombamiento de la pared torácica.

En la pleuresía, la pared torácica del lado enfermo, está más abultada; como consecuencia la columna vertebral está desviada, con la concavidad dirigida hacia el lado sano; el hombro del lado afecto está más alto y el esternón y apéndice xifoides, desviados hacia el lado enfermo.

En la espleno-neumonía dicen los autores: «Existe frecuentemente, sobre todo en el adulto, abombamiento del torax en el lado enfermo, apreciable a veces por la vista y por la palpación bimanual y sobre todo por la mensuración con la cinta métrica. Este abombamiento en opinión de Queirat, falta en los niños. Y a con-

tinuación añaden. Pero he aquí un primer carácter distintivo, con la pleuresía falta la desviación del apéndice xifoideo y del esternón hacia el lado enfermo.

Sin duda alguna el abombamiento que observaron debía ser producido, por alteración de las partes blandas, de la pared torácica, porque yo no comprendo como un abombamiento producido por causa interna, al hacer presión, el elemento causa de este aumento de volumen, sobre la cara interna de las costillas; desviándolas; fijas como están éstas al esternón no desvíen a éste, junto con el apéndice xifoideo.

Además, ningún autor refiere haber encontrado, en las autopsias verificadas e pulmón aumentado de volumen, pero es que aún en el caso de estar aumentado de volumen, no puede ser debido más que, a un acumulo en los alveolos pulmonares, de exudado ser-albuminoso o muco-purulento, según la naturaleza del agente infeccioso, y no creo esto suficiente causa para determinar un abombamiento en el que intervienen las costillas; pase que los espacios intercostales estén propulsados hacia afuera, pero de esto al abombamiento, por ellos descrito, hay mucha diferencia.

Primer caso clínico: Había ligera retracción torácica del lado enfermo manifiesta sobre todo a nivel de los espacios intercostales.

Como vemos en esta enferma, no solo no hay el abombamiento, sino que por el contrario, presenta una ligera retracción. Ya he dicho anteriormente la insignificante expectoración, que presentaba este caso clínico; si lo único que aumenta de volumen el pulmón es el exudado, y este apenas si existe; los alveolos pulmonares, casi exentos de aire y de exudado, (del primero debido a la estrechez de los bronquiolos que impiden su entrada); han de replegarse por precisión y disminuir por lo tanto de volumen, produciendo un achicamiento del pulmón y como consecuencia la retracción de la pared torácica que esta enferma presentaba.

Segundo caso clínico: Ninguna modificación en su pared torácica se observó.

Del estudio de este síntoma se desprende que aunque los autores lo señalen en la espleno-neumonía, por el mero hecho de no presentarse en los dos casos expuestos, puede igualmente suceder en otros y servirnos también como elemento diferencial para el diagnóstico con la pleuresía.

Quinto.—Desviación de los órganos internos.

En la pleuresía, el choque de la punta cardiaca está desviado hacia el lado sano; en los derrames del lado derecho, muchas veces llega hasta la línea axilar izquierda y en los derrames del lado izquierdo hasta más allá del borde esternal derecho. La pulsación epigástrica nos dá a conocer que el diafragma y con él, el corazón está dislocado hacia abajo. El nivel del hígado se revela, en los individuos cuyo tejido adiposo no es excesivo, por un surco que corresponde al borde hepático inferior. Si este surco se marca de un modo manifiesto, podemos ver que el borde no se desvía hacia abajo paralelamente a sí mismo, sino que ha verificado una rotación al rededor del eje sagital. En los derrames del lado izquierdo, el borde inferior del hígado, se aproxima más a la línea horizontal, y en los del lado derecho, adquiere una dirección más oblicua, porque en el primer caso la dislocación afecta más al lóbulo izquierdo del hígado, y en el segundo al derecho. Si el derrame es muy copioso el hígado puede hundirse en el abdomen hasta el punto, que se marca una depresión manifiesta entre su convexidad y el reborde costal.

En la espleno-neumonía, los autores se expresan del siguiente modo: la punta

del corazón no está desviada. Obsérvase sin embargo, con mucha frecuencia, una ligera desviación de la punta cardiaca hacia el lado derecho. El máximo de los ruidos del corazón, se halla a nivel de la cuarta o quinta articulación condroesternal izquierda. En la espleno-neumonía del lado derecho faltan estos últimos síntomas diferenciales, pero se tiene en cambio el examen del hígado y la comprobación de que conserva este órgano sus límites normales.

Basta dar una ojeada al párrafo anterior para comprender, lo lógicamente fundamentados estaban los razonamientos que anteriormente hemos hecho sobre la posibilidad del abombamiento de la pared torácica en la espleno-neumonía.

¿Cómo es posible, que un pulmón aumentado de volumen, lo bastante para producir un abombamiento de la pared torácica, no desvíe sin embargo los órganos internos, más fáciles de dislocar? No se comprende y por lo mismo hemos de suponer que en los casos donde haya abombamiento, habrá también desviación de los órganos internos; y como esta desviación los mismos autores la niegan, de igual modo se puede dudar de la existencia del abombamiento en la espleno-neumonía. Sólo pues, se explica el abombamiento, admitiendo ser producido por algún proceso que radique en las mismas paredes torácicas.

Primer caso clínica: No presentaba desviación alguna, del corazón ni del hígado.

Segundo caso clínico: Estaba desviada la punta cardiaca. No altera este caso en nada lo dicho. Sabemos que la enferma padece una insuficiencia mitral con dilatación del corazón derecho y a esto se debe la desviación sin que tenga nada que ver con la espleno-neumonía.

La importancia de estos síntomas, como elementos diferenciales, se desprenden ya, después de haber hecho su estudio y se puede casi asegurar que todo proceso pulmonar en el que haya desviación de los órganos interiores, no se trata de espleno-neumonía, siendo por lo mismo esta fácil diferenciarla de la pleuresía, donde se presentan en su mayor pujanza estas desviaciones.

SEXTO.—VIBRACIONES VOCALES

En la Pleuresía reaparecen bruscamente por encima del límite superior del derrame y están abolidas en absoluto por debajo.

En la espleno-neumonía, las vibraciones de la voz están abolidas en la zona que hay matidez pero reaparecen gradualmente a medida que se aproxima el práctico, a la parte superior del pulmón que ha permanecido sana.

Primer caso clínico: Presentaba este síntoma con todos los caracteres descritos por los autores, o sea idénticos a lo que anteriormente hemos dicho.

Segundo caso clínico: Ninguna diferencia encontramos en este caso referente a este síntoma, presentándose exactamente igual al anterior.

Aun cuando en este síntoma, es difícil apreciar la manera gradual que tiene de desaparecer en la espleno-neumonía, necesitándose para ello cierta educación y hábito en la palpación y una observación detenida del enfermo; podremos sin embargo, distinguir esta gradación, de la brusquedad que se presenta en la pleuresía, sirviéndonos por lo mismo esta diferencia como elemento para su diagnóstico.

(Continuará)

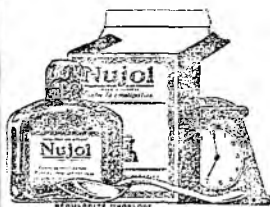


DOSIS: Niños de 3 a 5 años, dos a tres cucharadas de las de café, al día — Niños de 5 a 10 años de dos a cuatro cucharadas de las de postre al día.— Niños de 10 a 15 años, de dos a tres cucharadas grandes al día. — Adultos, de tres a cuatro cucharadas grandes, al día.

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

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

Preparado por los
LABORATORIOS
DEL
NUJOL
Standard Oil Company
(NEW JERSEY)
(NEW YORK)



Muestras y folletos :
BUSQUETS HERMANOS
Ronda de Atocha, 23 trip
MADRID

DIFERENCIA

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 NUIOL 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 DÉPOSÉ
CONTRA EL ESTREÑIMIENTO
El lubricante ideal de los intestinos

TRABAJOS ANALIZADOS

Tratamiento del reumatismo articular agudo y sus complicaciones en el niño.—*G. Boulangier Pilet-Paris Medical-número 15 Abril 1925.*

El tratamiento curativo de la crisis reumatismal, precisa además de la inmovilización metódica prolongada y vigilada, y la aplicación local de preparaciones saliciladas, el tratamiento intenso específico por el salicilato de sosa. Además de su acción analgésica y antifebril, tiene una acción positivamente específica contra el reumatismo agudo al contrario de lo que se creía antiguamente. Para su máxima utilidad precisa su administración a grandes dosis y en soluciones de bicarbonato de sosa, sobre todo por vía oral, evitando en esa forma los trastornos gástricos. Contrariamente a la opinión clásica el niño soporta grandes dosis pudiendo administrarlo a medio gramo por año de edad hasta los 5 años y de 5 en adelante se puede alcanzar la dosis de 4 a 8 gramos, siempre añadiéndole cucharadas de solución de bicarbonato de sosa.

Es condición esencial prolongar el tratamiento lo menos durante diez días después de la desaparición del ataque agudo y en lo sucesivo, persistir en curas periódicas de 5 a 10 días por mes.

Salicilato sódico y acidosis.—*P. Delore-Journ de Med. de Lion núm. 127.—1925.*

Sabido es que desde hace tiempo, los clínicos recomiendan el salicilato sódico asociado al bicarbonato de sosa. El cuadro sintomático que presenta la intoxicación por salicilato consistente en trastornos gástricos, sensoriales y en las más graves, fenómenos cardiacos y respiratorios tipo disnea sine materia tipo Kusmaulí, y por último coma, con olor cetónico en el aliento y en la orina, poniéndose en parangon con el coma diabético. A pesar de este síndrome únicamente Langmead observó la desaparición de este síndrome asociando la cura salicilica a las dosis altas de bicarbonato de sosa y atribuyó el coma salicílico a un estado de acidosis. En efecto tanto la hipotermia como las muertes subitas son comunes a la intoxicación cetónica y a la intoxicación salicilica, pero es que además el reumatismo se acompaña de un estado acidósico, depresor del miocardio al que hay que añadir la acidosis salicilica.

Los antiguos prescribieron los alcalinos en el reumatismo suponiendo que este era debido a una discrasia ácida. Más tarde al aparecer el salicilato Bouchard lo aconsejaba asociado al bicarbonato de sosa y los clínicos ingleses creían que los alcalinos hasta disminuían la frecuencia de los accesos reumáticos. A pesar de estos

ensayos, los alcalinos se utilizaban a dosis insuficientes para neutralizar los inconvenientes de la cura salicilada. El descubrimiento de la intoxicación ácida salicílica, contribuyó a la continuación de la medicación alcalina pero en altas dosis, mucho más teniendo en cuenta según Ehrmann, que el bicarbonato a grandes dosis, y asociado al salicilato favorece la eliminación de este último.

Recientemente Danielopolu, evita las complicaciones del reumatismo, aumentando todo lo posible la dosis de salicilato, haciendolo tolerable con la administración de altas dosis de bicarbonato de sosa. De este modo pacientes que presentan intolerancia con 2 o 3 gramos de salicilato, soportan hasta 20 gramos del mismo a condición de administrar doble cantidad de bicarbonato.

El tratamiento del reumatismo articular agudo por el salicilato de sosa a dosis masivas.—
P. Blamoutier.-Paris Medical.- núm. 44.-1925.

Es tema de constante actualidad médica las dosis de salicilato de sosa y la forma de su más fácil absorción y tolerancia. Según Keersmackers, las dosis elásicas son siempre insuficientes. Los fenómenos de intolerancia son siempre suprimidos y mejor dicho evitados asociando sus tomas

al doble de bicarbonato de sosa o de carbonato calcico. El primer día administra en el adulto 10 gramos de bicarbonato, 5 de salicilato y aumenta 2 gramos por día del último con doble por lo tanto del primero, hasta alcanzar la dosis de 18 gramos de salicilato de sosa, administrando estas dosis altas, en grandes cantidades de agua. Sostiene estas dosis hasta la desaparición de los dolores y desciende a la dosis de 8 gramos de salicilato por día, sosteniendo esta dosis durante 2 o 3 semanas.

A. BADÍA

NOTA.— Los precedentes trabajos han sido analizados entre los múltiples que tratan de esta materia, para que los lectores del número del mes de Junio del Boletín del Sanatorio Quirúrgico de Almagro no ignoren quienes son los Drs. X. que prescriben el salicilato de sosa asociado al bicarbonato de sosa y al atónito embajador de la receta prescripción en que se aconsejaba esta forma de administración así como al irónico comentarista y apostillador de la misma, así le temen al clima polar en que se desenvuelven estos Drs. X. refugiense en cualquiera de las múltiples regiones de la zona Ecuatorial donde entre otras ventajas tendrán, la de, exuberancia de temperatura y ya es de sobra conocido que el calor predispone al vago... tonismo... científico.

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

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. Únicas 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.

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

Manantial alcalino ANITA

Aguas clorurado-sódicas bicarbonatadas.—Variedad linfáticas y bromuradas. Superiores a las tan famosas de Carlsbad, en Austria-Hungría.—Indicadas en las afecciones *crónicas del estómago e intestinos*, *infartos del hígado y del bazo*, *cólicos hepáticos*, *cólicos nefríticos* y *catarras 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

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	50'00	»
	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.