



BOLETIN

DEL COLEGIO OFICIAL
DE PRACTICANTES DE
MEDICINA Y CIRUGIA DE
MADRID Y SU PROVINCIA

DIRECTOR:
LUIS TRÁPAGA Y SÁNCHEZ BRAVO

SECRETARIO DE REDACCIÓN:
EDUARDO MEDINA RODRÍGUEZ

SE PUBLICA LA PRIMERA DECENA DE CADA MES

Redacción y Administración: CONDE DE ROMANONES, 10, 1.º.—Teléfono 76852

COMITÉ DE REDACCIÓN

Antonio ESTEBAN-IBAÑES.—Alfredo JUDERÍAS.—Eliseo COBO DE BLAS.
Rafael ORTIZ ATIENZA.—Mario LÓPEZ-GUERRERO

COLABORACION CIENTÍFICA

Dr. MORALES DÍAZ (Cardiología).—Dr. LAFORA (Psiquiatría).—Dr. JUARROS (Psiquiatría).
Dr. CAMINO-GALICIA (Psiquiatría).—Dr. BLANC FORTACÍN (Cirugía).—Dr. PULIDO (Urología).
Dr. HINOJAR C. (Otorrinolaringología).—Dr. TABOADA (Dermatología).—Dr. CASTRESANA
(Oftalmología).—Dr. SICILIA (Sifiliografía).—Dr. LLOPIS (Pediatría).—Dr. CODINA F. (Tisiología).
Dr. FERNÁNDEZ-RIESGO (Cirugía).—Dr. ALBERCA MONTOYA (Aparato digestivo).—Dr. NA-
VARRO-BLASCO (Ginecología).—Dr. RIESGO DEL CAMPO (Obstetricia).—Dr. VALLEJO DE
SIMÓN (Medicina interna).—Dr. CUBERO DEL CASTILLO (Dermatología). Dr. MALLOL DE LA
RIVA (Odontología).



EDITORIAL

Tenemos que lamentar el efecto que nos ha causado la disposición ministerial del 24 de enero último. En su apartado segundo se confiere la facultad a los Colegios Médicos de confeccionar unas listas de profesionales parados, ya sean odontólogos o practicantes y que aspiren a las titulares vacantes con carácter de interinos, previa la oportuna propuesta de la sección de titulares de los Colegios Médicos.

Hemos leído y releído la susodicha disposición para buscarla un fundamento que con causa suficiente absorviera esta función en la exclusiva de los titulares médicos. Y francamente, no lo hemos encontrado; antes bien, se nos antoja como lesiva para la autonomía que deben de tener los Colegios respectivos, que lleven el aval de un calificativo oficial. Y como una incapacitación para recoger, y aun admitimos que seleccionar, a sus profesionales, que con arreglo a estas normas han de estar supeditados al visto bueno de la propuesta de un Colegio ajeno al suyo.

Ya no somos tan sólo nosotros los declarados «menores de edad» en el terreno sanitario; son también los odontólogos, a los que se les considera incapaces de resolver uno de sus principales problemas, como es el de colocar a sus profesionales. Ignoramos qué espíritu habrá animado la redacción de esta disposición, pues aun suponiendo que fuera el de centralizar unos servicios en un solo lugar, creemos que antes que resolverlo lo que hace es enmarañarlo. En la Secretaría de nuestro Colegio vienen estos días presentán-

dose compañeros a los que se les exige un certificado de colegiados y de su conducta, para poder inscribirse en las listas del Colegio Médico en espera de que sean propuestos por la sección de titulares para ocupar puesto. Estos datos, fáciles de comprobar cuando se trata de colegiados de un mismo Colegio, vienen a recargar el trabajo de nuestras oficinas y a entorpecer el procedimiento rápido con el engorro de trámites burocráticos, que retardan toda gestión directa. A nuestro modo de ver, el problema sería simplificado, si cada Colegio llevara por su cuenta y como por su autonomía le corresponde, estas listas de parados y fuera él el que, una vez al tanto del comportamiento de sus colegiados, remitiera al departamento oficial correspondiente (en este caso creemos que a las Inspecciones Provinciales de Sanidad) la relación de sus profesionales para que éste les fuera dando ingreso a medida que las necesidades de los servicios lo reclamasen.

No despreciamos la tutela que nos impone esta disposición. Pero estimamos que es completamente innecesaria por creer que el tiempo nos es preciso a todos para trabajar en favor de nuestros problemas y de nuestros intereses. Y la clase médica, que tan acentuado tiene su problema de paro forzoso, a resolverle de manera rápida y eficaz, sin complicaciones de ningún otro género, es a lo que debe de dedicar sus principales energías. Con esto creemos, que cada uno en su puesto y sin invadirnos unos a otros, saldríamos ganando todos.



“Ceregumil“ Fernández

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO

Insustituible en las intolerancias
gástricas y afecciones intestinales.

Fernández y Canivell

MÁLAGA



JUNTA DE GOBIERNO

CIRCULAR NÚMERO 4

No basta en las organizaciones que se rigen democráticamente ser mero cotizante. Es preciso que cada uno de sus componentes sea portador de ideas, iniciativas; control noble de la actuación de quienes sienten en determinados momentos la responsabilidad de estar al frente de aquéllas. Muere, se deja morir, la entidad cuyos miembros son peso frío en la lucha. Espectadores circunstanciales del momento que bulle con inquietante zozobra de marejada. Y esto no es admisible en la sociedad humana, cuando se exige del esfuerzo ajeno el velar por los intereses comunes, que resultan propios cuando al individuo se aplican.

Esta Junta de Gobierno, que sin banderías accedió a representar a nuestro amado Colegio, se dirige nuevamente a vosotros, colegiados todos, pidiendo la aportación personal, el esfuerzo de cada uno, la inteligencia puesta al servicio de la causa honrada por la que incansablemente ha de pelearse. La indiferencia observada en algunos sectores, la desatención de cargos y la pasividad con que muchos pretenden justificar determinados nombramientos, nos obliga a advertir a la colectividad del peligro que le amenaza si no se halla presta a colaborar con el puñado de hombres, casi siempre los mismos, que discuten los vitales problemas que afectan moral y materialmente a más de un millar.

Pasan de mil los colegiados, y sólo un centenar escaso viene preocupándose con intensidad agotadora de aquello que, repartido, podría llevarse cómodamente y ser estudiado con minuciosidad, buscando en el contraste admirable de las opiniones la resultante mejor al fin propuesto. ¿Quiere decir esto que exista rebeldía? No. Cuéntase con la disciplina, que responde a cualquier llamada que se haga. Mas, después de mostrar una fuerza latente, los individuos retirarse a esperar despreocupados el clamor de la nueva necesidad.

De quienes ya dieron su trabajo, nada pedimos, porque está justificado su apartamiento de la lucha activa. Ahora bien, queremos que ellos sean a manera de poder moderador; pues su experiencia, no en balde adquirida, evitará desaciertos. Si aún conservaran energías, esperamos hagan un minúsculo esfuerzo, porque siempre son aprovechables.

A los que nada hicieron, les decimos que profundicen en lo íntimo de su conciencia y vean si es justo su ociosidad en tanto tengan hermanos de profesión afanosos en reivindicar la clase, a la cual se deben por pertenecer a ella.

Vosotros, llegados hoy, tenéis el ineludible deber de capacitaros para ser mañana continuadores de una obra que recogéis tras de no pocos sinsabores y amarguras pasadas.

Todos, en la medida de las posibilidades, tenemos la obligación de contribuir a formar el camino recto por el cual se asciende día tras día; a quitar obstáculos que impidan colocar en el picacho la bandera gloriosa de aspiraciones conquistadas.

Esta Junta de Gobierno procura trabajar, y lo hace confiada en la fe de sus ilusiones. Pero si le falta calor, si carece de apoyo, si no encuentra leal colaboración, le sucederá como a tantas otras que han pasado por la dirección colegial. Caerá, y en su caída dejará la estela del tiempo pasado con jirones de obra realizada, sin terminar ya que la por venir recogerá para seguir la misma trayectoria. ¿Qué se gana con esto? Absolutamente nada. Las Directivas precisan imponerse en los problemas, batallar en ellos; hacer.

Esta Junta de Gobierno cree contar con la confianza de la General, pero se extraña de la falta de cooperación por parte de los colegiados. Si no la tuviera, elegid otra. Prestarla todo el aliento que necesita y hacerla duradera. Pues la realidad demuestra la ineficacia de las colectividades cuando éstas se encuentran dominadas por constantes cambios de dirigentes.

He aquí por qué, una vez más, la Junta de Gobierno os requiere para que trabajéis por y para el Colegio, que es trabajar por y para sí mismo.

A vuestra consideración confiamos, por tanto, este llamamiento. ¡Ojalá que sea escuchado con atención!

Madrid, febrero de 1936.—El Secretario general, *Eliseo Cobo de Blas*.—V.º B.º: El Presidente, *Balbino Díaz Morcillo*.

RURALES

Señor Subsecretario de Sanidad y Beneficencia.

Ilmo. Señor : Los Reglamentos de los Cuerpos de Practicantes y Odontólogos de Asistencia pública domiciliaria y de Matronas titulares municipales, aprobados por Decreto de 14 de junio de 1935, así como el de Médicos de Asistencia pública domiciliaria de 29 de septiembre de 1934, confirmado a su vez por el mencionado Decreto, establecen entre sus disposiciones que al ocurrir la vacante de una plaza, y a fin de que no quede interrumpido el servicio, la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia nombrará un interino en la forma reglada que en los mencionados preceptos se especifica, estableciendo igualmente que en aquellos casos en que no haya solicitantes para la interinidad podrá delegar la citada Subsecretaría la facultad del nombramiento de interino en el Inspector provincial de Sanidad, el cual haría el nombramiento correspondiente designando a un profesional, aun cuando no pertenezca al Cuerpo respectivo.

Y es lo cierto que el servicio correspondiente a las citadas plazas, en situación de interinidad, se ha resentido considerablemente en gran número de casos como consecuencia de la centralización de estos nombramientos en esa Subsecretaría desde la promulgación de los citados Reglamentos, pues hechos aquéllos sin otras normas que el número del aspirante en el Escalafón del Cuerpo, como en los preceptos de referencia se establece, sin tener en cuenta otras múltiples circunstancias, que influyen poderosamente en la aceptación de una plaza con carácter interino en una localidad determinada, ha dado origen, con gran frecuencia, a que el funcionario designado haya dejado de tomar posesión de la misma, pues que realmente esta situación, aunque en algún caso excepcional llegara a prolongarse por no dejar de ser transitoria y no crear derecho alguno con respecto

a la provisión de la plaza en propiedad, hace que prácticamente sean inaplicables los preceptos de referencia con la rigidez establecida en los citados Reglamentos, todo lo cual determina un perjuicio manifiesto en los servicios propios de estas plazas durante su interinidad, con detrimento, asimismo, de la autoridad y prestigio que corresponden a esa Subsecretaría, no siendo admisible, por otra parte, que no haya solicitantes para cubrir interinidades, dada la desproporción enorme que existe entre el número de profesionales que integran cada uno de los Cuerpos referidos y el de las plazas que figuran en la clasificación vigente.

Por todo lo expuesto,

Este Ministerio, haciendo uso de la facultad conferida por Decreto de 14 de junio de 1935, y con el propósito de que los servicios se encuentren en todo momento debidamente atendidos, ha tenido a bien disponer lo siguiente :

1.º Que el nombramiento con carácter interino de médico, practicante, odontólogo y de matrona de Asistencia pública domiciliaria, así como de todo el personal sanitario al servicio de la Administración municipal, cuyas plazas se hallen reconocidas por la respectiva clasificación vigente (excepto inspectores farmacéuticos municipales e inspectores municipales veterinarios, por ser de la competencia de la Administración municipal la provisión interina de estas plazas según sus propios Reglamentos, artículos 31 y 11, respectivamente), será hecho en todos los casos por la Inspección Provincial de Sanidad respectiva en término de cinco días desde la fecha en que haya sido comunicada la vacante por la Corporación interesada al hacer la previa declaración de la misma, según lo dispuesto en cuanto a las de los médicos en el apartado segundo de la Orden ministerial de 6 de diciembre último.

2.º El nombramiento será hecho previa

propuesta de la Sección de titulares (médicos de Asistencia pública domiciliaria), de las Juntas Directivas de los Colegios Oficiales de Médicos, en cuyas organizaciones profesionales se abrirá una lista de parados, inscribiéndose en la misma los aspirantes a interinidades que no posean nombramiento alguno, en propiedad ni interino, del Estado, Provincia o Municipio.

3.º El nombrado fijará su residencia necesariamente dentro de la demarcación de la plaza, en armonía con lo dispuesto en el Reglamento respectivo.

4.º Los interinos cesarán al hacerse cargo del servicio los nombrados en propiedad, lo que tendrá lugar en todos los casos con arreglo a las disposiciones del apartado quinto de la Orden ministerial de 30 de agosto de 1935 respecto de los médicos de Asistencia pública domiciliaria. Todo nombramiento interino será comunicado telegráficamente por la Inspección Provincial de Sanidad respectiva a esa Subsecretaría, para su conocimiento y resolución definitiva si contra el nombramiento se entablase recurso.

Los nombramientos hechos con carácter interino durante el período electoral, en relación con las plazas de que queda hecha referencia, habrán de hacer constar de una manera expresa la imperiosa e inaplazable necesidad de los mismos, por la índole de los servicios, dada su relación tan directa con la salud pública; debiendo publicarlos en el *Boletín Oficial de la Provincia*, en armonía con los preceptos del artículo 68 de la Ley electoral de 8 de agosto de 1907.

Por la Sección correspondiente de esa Subsecretaría se remitirán a la Inspección Provincial de Sanidad respectiva las peticiones de nombramiento interino que obren en la misma.

Los preceptos de la presente Orden serán aplicados desde la fecha siguiente a su publicación en la *Gaceta de Madrid*.

Lo que comunico a V. I. para su conocimiento y efectos oportunos.—Madrid, 24 de enero de 1936.—P. D., S. Ruesta.

Señor Subsecretario de Sanidad y Beneficencia.

Colegio Oficial de Enfermería
de Madrid

Contra las heridas

Heridas infectadas. Flemones
Quemaduras. Sabañones ul-
cerados. Alteraciones de la
piel de carácter infeccioso.

útese

"DERCUSAN"

Laboratorios del Norte de España
Director: J. Luó, Farmacéutico, / Maonou, Barcelona.

Colegio Oficial de Practicantes de Madrid y su provincia

Relación de vacantes de Practicantes de Asistencia pública domiciliaria, que existen en la provincia de Segovia, con arreglo a la clasificación de partidos médicos de la misma.

DE SEGUNDA CATEGORIA

Adrados y Perosillo	1
Aldeanueva y Aldehuela del Codoval ...	1
Arcones	1
Armuña, Miquelibáñez y Pinilla-Ambroz.	1
Barbolla y Aldeonte	1
Boceguillas, Grajera y Turrubuelo	1
Cantalejo	1
Carrascal del Río, Castrogimeno y Cobos de Fuentidueña	1
Chañe y La Fresneda	1
Fuente el Olmo de Fuentidueña y San Miguel de Bernuy	1
Fuente de Santa Cruz, Bernuy de Coca y Puras	1
Fuentemilanos	1
Gomeserracín y Chatún	1
Hontalbilla	1
Laguna de Contreras y Aldeasoñe	1
Madriguera, El Mayo, Serrecín, Becerril y Villacorta	1
Madrona	1
Martín Muñoz de las Posadas	1
Marugán y Lastres del Pozo	1
Montejo de Arévalo, Tolocino y Donhierro	1
Muñopedro	1
Navas de San Antonio	1
Sacramenia	1
Sepúlveda y Villar de Sobrepeña	1
Torre Val de San Pedro, Santiuste de Pedraza y La Salceda	1
Urueñas, Castrillo de Sepúlveda y Castroseracín	1
Valdevacas y Guijar, Cubillo y Arevalillo	1
Valleruela de Pedraza y Orejana	1
Vega de Matute y Valdepredos	1
Villacastín, Ituero y Lama	1

Zarzuela del Monte y Monterrubio	1
Zarzuela del Pinar	1

DE TERCERA CATEGORIA

Aldehorno y Aldeanueva de Serrezuela.	1
Basardilla y Santo Domingo de Pirón ...	1
Bercimuel, Campo de San Pedro, Cilleruelo de San Mamés y Pajarejos	1
Cabezuela y Puebla de Pedraza	1
Carbonero de Ahusín	1
Casla, Siguero y Siguero	1
La Cuesta	1
Cuevas de Provanco	1
Duruelo, Sotillo y Santa Marta	1
Escobar de Polendos y Cabañas de Polendos	1
Fresno de Cantesfrío, Pajares y Cascajares	1
Fruuelas y Moraleja de Cuéllar... ..	1
Fuente el Olmo de Iscar	1
Fuentepelayo	1
Fuentesauco y Membribe de la Hoz	1
Fuentidueña y Cababares	1
Gallegos y Aldealengua de Pedraza	1
Garcillán y Anaya	1
Lastres de Cuéllar	1
La Losa y Ortigosa del Monte	1
Lovinegos, Fuentes de Cuéllar y Las Dhesas	1
Marazuela y Marazoleja	1
Moroncillo	1
Navalmanzano	1
Olombrada y Vegafría	1
Otero de Herreros	1
Perorrubio y Duratón	1
Prádena	1
Rapasiegos, Martín Muñoz de las Posadas	1

Reaguas de San Bartolomé, Alconada y Riamuelas	1	Torrecilla del Pinar	1
Rueda de Eresma, Encubillas y Los Huertos	1	Torreiglesias y Lozana	1
San García y Etreros	1	Turégano	1
San Pedro de Gaillos y Aldeaalcorbo ..	1	Valseca y Hontanares	1
Santa María de Nieva, Hortigosa del Pesteño y Pascuales	1	Valtiendas	1
Santibáñez de Ayllón, Grado del Pico, Negrodo y Noviales (Soria)	1	Valverde del Majano	1
Sabulcor y Aldeosancho	1	Valle de Tabladillo e Hinojosas	1
Sotosalvos, Collado Hermoso y Belayos.	1	Veganzones	1
Torreradrada y Castro de Fuentidueña ..	1	Villaverde del Iscar	1

La asignación de las de segunda categoría es de 1.050 pesetas.

La asignación de las de tercera categoría es de 900 pesetas.

LA PURA VERDAD

Por circunstancias varias que no son del caso, llegó a mí con tal retraso la solicitud, que tanto me honra, de colaborar en el número extraordinario del BOLETÍN del Colegio Oficial de Practicantes de la provincia de Madrid, que no dispongo del tiempo suficiente para preparar el artículo que yo hubiese querido ofrecer a los simpáticos profesionales de esa tan modesta como abnegada clase sanitaria auxiliar. Sin duda ninguna era para mí lo más cómodo haber declinado el honor y en consecuencia haberme desligado del compromiso, con tal excusa de la falta de tiempo. Mas entonces habría perdido esta buena ocasión que se me ofrece para decir unas cuantas cosas que quizá no caigan bien sobre algunos espíritus, pero que siendo ciertas, estimo más conveniente decirlas que callarlas. Vaya por delante, renovada, puesto que es cosa vieja, pública expresión de la simpatía y el verdadero cariño que los practicantes me han merecido siempre.

La premura con que escribo me obliga a servir a los lectores de este BOLETÍN una especie de «sopa al cuarto de hora», un guiso de fortuna cuyos ingredientes son unas ideas corrientes y vulgares, comparables a esos abastecimientos que no faltan ni en las más modestas despensas: pan, aceite, cebollas, ajos, especias y algún trozo de carne y de pescado. Y como no hay más y el tiempo

apremia, hagamos el plato aun sabiendo de antemano que a todos no les ha de gustar, que algunas no les sentará bien al estómago y, desde luego, que la preparación de este condumio no puede ser motivo de honra ni de gloria para el cocinero.

Conste que lo que yo diga, no supone en modo alguno intención de menosprecio para nadie, por eso declaro en primer término que con el debido respeto a las personas, absolutamente a todas las personas, nadie puede ni debe sentirse molesto si al hacer su exégesis, sale mal parada la profesión de practicante. Es mi deseo señalar el mal para combatirlo y, si es posible, que se convierta en bien; señalar cosas absurdas y presentarlas descartadas, pero sólo con idea de corregirlas.

La profesión o carrera de practicante es un producto HIBRIDO que se engendró sobre el duro lecho de la necesidad, mediante el maridaje de la CIENCIA con la PACIENCIA. Nació en un período de tiempo en que se sentía una gran escasez de facultativos, agravada singularmente por el azote de la guerra civil. Como entonces las mujeres, eran nada más que eso: mujeres que sólo aspiraban a llegar a ser esposas, para ser madres; mujeres que es decir sostenes de la vida familiar; mujeres, no marimachos que se meten en el taller y en la oficina y comen en el restaurant y duermen fuera de casa, porque dicen tener

derecho «a vivir su vida»; como entonces las mujeres en general, justo es también decirlo, andaban un poco retrasadas en cuestión de estudios y se las tenía quizá demasiado cohibidas, no eran aptas para asistir enfermos, salvo en materia de caldos, ropas, servicios de limpieza, obscuridad y silencio que, lo dicho y llorar, era todo lo que a una mujer *de su casa* podía pedírsele en aquellos tiempos, el papel de auxiliar de los médicos hubo forzosamente de recaer en los hombres. Para hacer sangrías, que entonces menudeaban mucho; colocar vendas, sobre apósitos con hilas y cerato, a los heridos; para aplicar ventosas, pinchar diviesos y arrancar postemas; para administrar la medicación evacuante—enemas, vomitivos—; la medicación revulsiva—cantáridas y sinapismos—; la medicación emoliente—cataplasmas y unturas—; para ayudar al médico a coaptar una fractura, o a reducir una luxación, hacían falta hombres animosos y, a la vez, hombres de buen conformar y de poco exigir, ya que sus servicios de segundón, dejaban poco margen de beneficio.

Naturalmente que a fuerza de oír y de repetir y también por el afán de saber, que es innato en toda criatura humana, esos auxiliares de los médicos adquirieron algunos conocimientos de la profesión en que practicaban, y como sus servicios llegaron, por ser casi los únicos de que podía echarse mano en las pequeñas localidades rurales, a hacerse indispensables, se creyó conveniente, a través de unos sencillos y benévolos exámenes demostrativos de su aptitud, convertirlos en profesionales titulados con la denominación de «Practicantes de cirugía menor».

Así nació esa *profesioncita*, esa *carrerita*, que si en aquellos tiempos tenía razón de ser, hoy en cambio hay muchas razones para que no exista.

Creo haber demostrado cumplidamente la totalidad de mi proposición al definir al practicante como «producto híbrido engendrado por la necesidad», etc., etc.

Ahora quiero también probar que ese calificativo de HÍBRIDO, no se lo adjudiqué a la carrera de practicante, a humo de pajas. Carácter biológico de los híbridos es el de ser

infecundos, e infecundos también los practicantes, que por haber tenido siempre cerradas las puertas del Profesorado, jamás han alumbrado, jamás han podido reproducirse creando *por sí mismos* otros practicantes. Tampoco se les concede el que parece natural y legítimo derecho de poder discernir suficiencia bastante a sus co-profesionales, cuando se trata de provisión de cargos, pues vemos que sistemáticamente y en todas partes se prescinde de ellos al formar los tribunales calificadores.

Tal merma de derechos, por su invariable reiteración, la considero ofensiva para el espíritu de clase. Y si se tolera merced a la costumbre, bien está que se piense que el límite de la mansedumbre se halla marcado por el del vecino campo en que se cultiva la dignidad humana; y ambos forman una sola heredad.

Suprema aspiración colectiva de la profesión debe ser la de que desaparezcan las señaladas injusticias de incapacitar a los practicantes para enseñar las asignaturas de su propia carrera, y negarles su legítimo derecho a formar sus tribunales de oposición. Mientras eso no se logre, seguirá siendo el porvenir de la carrera un *futuro imperfecto*.

Entre el médico y el enfermo es indispensable un eslabón intermedio que los ingleses realizaron con la NURSE que, pudiéramos decir, copiada, o adoptada por casi todos los países, ha creado el tipo de la enfermera profesional, religiosa o laica, universalizado por la benemérita Institución de la Cruz Roja, con la Dama Enfermera.

Ahí tienen los practicantes su «peligro amarillo»—cabellos dorados, batas blancas, «*Sexe appeal*»—. Sus estudios mucho más fáciles y breves; su campo de acción todavía sin jalonar, sin delimitar por completo y con la claridad necesaria.

Hermano practicante: ¿Está usted completamente satisfecho moral y materialmente con su carrerita? ¿Verdad que no? Busquemos el remedio.

DOCTOR IÑIGO.

Zaragoza, enero 1936.

Willy Kuehne descubrió la tripsina en 1874.

Lo que podría hacerse con los practicantes

Tengo el firme convencimiento de que en todas aquellas cosas que en la vida fueron muy discutidas, y discutidas con verdadero encono, los contendientes de ambos lados tenían en el fondo un algo de razón. Así ocurre con el problema de los practicantes españoles, en el que por un lado se pretende convertirlos en médicos de segunda clase, sacándolos de su verdadero papel de elementos auxiliares, y por otro lado se les desprecia hasta el punto de presentarles como algo inútil, como clase social, que debe desaparecer.

Pues bien, en esta discusión, que a veces llega a ser apasionada, voy a intentar dar mi opinión, opinión sincera, con la que es posible que no estén conformes ninguno de ambos bandos, pero en la que debe verse el buen deseo de poner cada cosa en su sitio en beneficio de una clase sanitaria tan sufrida, tan hermosa y tan necesaria como la clase de practicantes de Medicina y Cirugía.

Los practicantes españoles, clase estudiosa como la que más, tiene un anhelo constante: la ampliación de su plan de estudios y el aumento por tanto de su caudal de conocimientos médicos; y con este deseo individual de estudio no ven que, como clase, van a su desaparición, pues se colocarían en un plano intermedio de pseudo médicos y que inevitablemente tropezarían con los médicos, que en momentos de crisis como los actuales por plétora de profesionales, no les dejarían campo para desarrollar sus actividades, mientras que el verdadero terreno en que deben moverse, que es el de auxiliares y en el que nadie puede discutirles, iría siendo ocupado por esa planta parásita como son enfermeras, preparadores técnicos, etc., etc., que terminarían ocupando sus puestos y dejando a los practicantes en Medicina y Cirugía como esos señoritos pobres, que no son más que unos pobres señoritos que se mueren de hambre.

No creo, por tanto, que sea cuestión de aumentar los conocimientos del practicante, sino de orientar mejor los estudios que éstos realizan.

Veamos, en esbozo, aquello que creo pudiera hacerse: En primer lugar, supresión de toda clase de títulos auxiliares (enfermeras, matronas, preparadores técnicos, etcétera, etc.), y crear el título único con un nombre cualquiera—que el nombre no hace al caso—y que bien pudiera ser el de «Auxiliar técnico de Medicina y Cirugía».

Para empezar estos estudios sería necesario un examen previo de cultura general; examen en el que realmente se hiciese una selección, no permitiendo pasar a todos aquellos que no demostrasen poseer un nivel de cultura conveniente.

Una vez aprobado este ingreso vendrían dos cursos de estudios generales, similares a los actuales, pero con un arreglo lógico de programa y materia.

Al final del primer año obtendrían el título de enfermeros graduados, obligándose naturalmente el Estado, que daba el título con toda clase de garantías, a no consentir otros enfermeros en hospitales, sanatorios, etc., que aquellos de ambos sexos que obtuvieran su grado en las Facultades.

Al final del segundo curso, la mitad del cual había de ser eminentemente práctico en relación con la función auxiliar que habían de desarrollar, pero sin olvidar las veces que el practicante tiene que actuar por su cuenta y riesgo en tanto llega el médico (rurales, militares, navales), recibiría el título correspondiente que las autorizaba a ejercer libremente su profesión.

Pero aún quedan grandes campos en los que apenas si pueden entrar los practicantes como tales profesionales: desde los auxiliares de laboratorio—laborantes o laborandis, que de todas estas maneras se les llama—hasta los auxiliares en Tología, que hoy desempeñan las llamadas matronas, título que, lógicamente, desaparecería.

La manera de penetrar en ellos es sencilla: veamos cómo. Terminados los dos años de estudio, el de enfermeros graduados y el de auxiliares técnicos en Medicina y Cirugía,

vendrían las especializaciones, las cuales se llevarían a efecto en centros del Estado, en donde con toda garantía se practicasen las especialidades y en las que sería condición precisa estar por lo menos un año practicando como auxiliares técnicos. Al cabo de este año y después de un riguroso examen práctico, se les daría a los alumnos el título de auxiliar técnico en Medicina y Cirugía diplomado en su especialidad (diploma en Tocología, o en Radiología, o en laboratorio, ecétera, etc.).

El practicante español, honrado, laborioso y culto, merece un porvenir. Yo le ofrezco este proyecto como prueba de la estimación que siento por la clase.

Y termino estas líneas, trazadas a vuela

pluma, con un ruego a mis compañeros, desde el más humilde a los más poderosos: en el fondo de todas las conciencias está la gran labor que desarrollan nuestros auxiliares; pues bien: nunca piden pan material. Tienen hambre de justicia, y aquí viene mi ruego: pongamos todos un poco en conseguir esta justicia, pues seremos los primeros favorecidos con un personal auxiliar mejor dotado; pero mientras consiguen ese pan espiritual, no olvidéis llevar a su mesa el pan material que muchas veces tenéis en vuestras manos, que en la mayor parte de los casos lo tienen bien ganado por buenos, disciplinados e inteligentes.

Madrid, enero 1936.

DR. ANTONIO UTRILLA.

CASA DEL VENDAJE "MAGIC"

especializada en el tratamiento herniario y fajas médicas

Plaza de Provincia 3

(Soportales de la Pza de Sta Cruz)

teléfono 13046 · Madrid

VIUDA DE
HERNANDEZ

Colegio Oficial de Enfermería

CON DOLOR...

Medita:

Los hombres se fijan ellos mismos su precio, alto o bajo, según mejor a ellos les parece, y nadie vale sino lo que se hace valer. Tásate por lo tanto como libre o como esclavo, ya que en tu mano está.

EPITECTO.

Gran diferencia existe entre los compañeros que ejercen la profesión en las capitales, y aquellos otros que prestan sus servicios en medios rurales. Los primeros están rodeados entre las gentes, de cierta autoridad científica y capacidad técnica reconocida por prestigiosos profesores también, y se les guarda aquellas consideraciones inherentes a profesionales titulares.

A los segundos—compañeros que ejercen en medios rurales o pueblos de poca importancia—no se les guarda en la mayoría de los casos las consideraciones por parte de muchos sectores de la sociedad, incluyendo a los señores médicos (hay excepciones, y ello nos satisface muy mucho) que les corresponde. Gran parte de estos galenos de pueblo (ex monterillas y caciques) convierten al practicante en un elemento que, a la par de atender a los enfermos en su «cometido oficial», ejercen funciones de cobradores, repartidores de cartas, etc., etc. Claro está, que si examinamos la cuestión a fondo, nos sorprenden los resultados: la inmensa mayoría de los servicios prestados «no clínicos» lo hacen por

congraciarse con los «amos» (perdonad la expresión), y esto a nuestro juicio es debido a que todavía en los pueblos no ha evolucionado nuestra profesión con la misma intensidad que en las capitales de provincia y pueblos de alguna importancia. Hay compañeros que con más de veinte años de servicios realizados casi por completo bajo la dirección del mismo médico, siguen creyendo éstos que el practicante de hoy es como el de antaño: el barbero sangrador o el maese Nicolás del inmortal Cervantes en su «Quijote». Gran error es el suyo, *pero...* a estos «viejos» cualquiera les hace apearse «del burro».

Si los compañeros que están en las circunstancias que comentamos se dieran cuenta del gran daño que causan a la clase, creemos lealmente que cambiarían de táctica. No ignoran los médicos rurales la necesidad imprescindible del practicante, tampoco lo ignoras tú. Entonces, ¿para qué seguir tan torpe conducta? ¡Ah, si nosotros tuviéramos la certeza de que al leernos meditases! Tendríamos también la completa seguridad que harías propósito de enmienda, y ¡qué gran servicio prestarías a tu causa en beneficio de la dignificación colectiva! Beneficio que, naturalmente, redundaría para acrecentar en mucho tu prestigio y autoridad.

A veces pensando un poco en nuestro pasado como clase, y comparándola con otras profesiones, a la de maestros de escuela, por citar una. ¿Te has dado cuenta de su evolución? ¿No recuerdas ya de aquella frase de «tienes más hambre que un maestro de escuela»? Pues observa en la actualidad el plano que ocupan en la sociedad. No es menos

cierto que también nuestra profesión ha evolucionado. Pero ¿en qué proporciones? Claro está que los maestros—y eso lo sabemos bien los que hemos convivido con ellos—han dado siempre pruebas de una solidaridad digna de elogio cuando se trataba de problemas que afectaban a la dignidad de la profesión.

Hay todavía en pueblos—y esto nos sorprende muchísimo—rótulos en las peluquerías, como éste que copiamos: «Manolo X.», y debajo del citado nombre: «Practicante autorizado a partos», y en otra línea inferior: «Servicio de Peluquería a domicilio».

Es sorprendente el interés que tienen estos individuos de aunar el oficio de barbero (digno desde luego) con la profesión de practicante. Creemos sinceramente que en casos como éste—y de éstos hay muchos—debían de intervenir enérgicamente nuestros organismos oficiales para que desapareciese esa dualidad entre las dos citadas profesiones en los rótulos callejeros, ya que en la práctica este caso actualmente ha desaparecido en lugares como a los que hacemos referencia en nuestros comentarios.

Al dar fin a estas líneas, todavía suenan en nuestros oídos las palabras de un compañero nuestro, que viajaba con nosotros, al regreso de una excursión a un pueblo de Castilla «de cuyo nombre no quiero acordarme». «Los hombres se fijan ellos mismos su precio, alto o bajo, y nadie vale sino lo que se hace valer. Tásate por lo tanto como libre o como esclavo, ya que en tu mano está el hacerlo.» (leía a Epitecto). Gran pensamiento el suyo.

En el tren, a 12 de enero de 1936.

HELIOPHONTO.

dolores · golpes · contusiones

EMBOCACION MERCULES

(líquido especial)

preparados que no deben faltar en las casas
útiles a todos · e nadie perjudica · en todas las farmacias
de curiosos · autor gozido · feruier de la meta · de brúze (león)

heridas · úlceras · rozaduras

CICATRIZANTE VELOX

mejor que el iodo, sublimado y yodados · no necesita apósitos

Algunos juicios de la Prensa acerca de nuestro número extraordinario

BOLETIN DEL COLEGIO OFICIAL DE PRACTICANTES DE MADRID

Hemos recibido un ejemplar de esta publicación mensual que editan los practicantes madrileños, correspondiente al mes de enero. Por su carácter de número extraordinario, consta de una crecida cantidad de páginas, ocupadas por artículos de valiosas firmas de nuestra Medicina y Sanidad, que forman un sumario de gran interés para las clases sanitarias. Su colaboración científica la integran los doctores Juarros, Vallejo de Simón, Castresana, Soldevilla, Morales Díaz, etc., además de los inspectores médicos del Ejército y de la Armada, de varios catedráticos de las Facultades de Zaragoza, Valencia y Sevilla, un crecido número de profesionales y del presidente de la Federación Nacional, señor García del Real.

(De A B C)

UN NUMERO EXTRAORDINARIO DEL BOLETIN DEL COLEGIO DE PRACTICANTES DE MADRID

Hemos recibido el número extraordinario editado por el «Boletín del Colegio Oficial de Practicantes de Medicina y Cirugía de Madrid», que dirige el culto practicante don Luis Trápaga.

Consta de 92 páginas, en magnífico papel couché, y contiene informaciones y opiniones del subsecretario de Sanidad, D. Santiago Ruesta, del general médico D. José Potous; del de la Armada, D. Luis Ubeda, del doctor Morales, médico mayor del grupo de ambulancias de la Cruz Roja. Temas científicos y sociales de los doctores Piga, Juarros, Vallejo de Simón, Castresana, Soldevilla (don Vicente), Morales Díaz. Opiniones de los doctores D. Rafael Campos, de Valencia; Her-

nández Iribarren, de Zaragoza, y de los periodistas sanitarios doctores Taboada (Doctor Hillo), Llopis y García del Real (Auxiliar-Hillo), y un sentido trabajo de nuestro director Sr. Villanueva, de quien inserta un retrato debido al lápiz de Molina.

También publica reportajes y originales de los Sres. Trápaga, Morcillo, Esteban Ibañes, Cuyás, doctores Escardó, Royo, Valenciano y Gorri; Sres. Calvo Pedrero, Santacruz Broto, Morales Castro, Marzo Carsí, Ortiz, Brotons, Medina (D. Eduardo y D. José), Lafuente, Panero, Cobo, Martínez Bañón, Mares y otros varios.

Va ilustrado con numerosas fotografías, y desde el punto de vista tipográfico es de una presentación perfecta.

Dicho extraordinario, en fin, denota el grado de cultura de la meritoria clase de practicantes y honra al Colegio madrileño que le ha editado, acreditando la competencia de su director y de su cuerpo de redacción, a quienes felicitamos sinceramente.

(De El Liberal)

BOLETIN DEL COLEGIO OFICIAL DE PRACTICANTES DE MADRID

Este Colegio ha editado un número extraordinario de su publicación mensual.

Consta de una escogida colaboración científica, en las que intervienen los Excmos. Señores Inspectores médicos de Sanidad Militar y de la Armada, los doctores Juarros, Vallejo de Simón, Castresana, Llopis, Soldevilla, Morales Díaz, varios catedráticos de las Facultades de Zaragoza, Sevilla y Valencia, un buen número de profesionales y el presidente de la Federación Nacional de Colegios, señor García del Real.

(De El Debate)

GONO A GONO Z

PARA INYECCIÓN URETRAL DE FACIL APLICACIÓN

MODERNISIMA MEDICACION ANTI-BLENORRÁ-
GICA DE EFECTOS RÁPIDOS Y SEGUROS

SECCION



CIENTIFICA

El complejo edemoneclósico sin cuadro convulsivo

por GERMÁN RIESGO DEL CAMPO

Médico interno de guardia del Instituto Provincial de Obstetricia y Ginecología.
Médico agregado al Servicio.

Trabajo galardonado con el PRIMER PREMIO «SEBASTIÁN RECASENS» 1935

Con el nombre de gestosis distinguió Seitz aquellos estados patológicos de carácter tóxico que aparecen en el curso de la gestación (así como durante el parto y a veces el puerperio) presentando un carácter particular propio de la misma y cuyos elementos casuales, aunque de origen seguramente ovular, son desconocidos hasta el presente.

Se reúnen en dos grupos principales: uno, llamado gestosis de primera mitad, con un carácter sobresaliente de falta de adaptación del huevo a la madre, de desequilibrio, y en el que la hiperemesis *gravidarum* forma a la cabeza. Otros, gestosis de segunda mitad, de aspecto francamente tóxico, entre cuyos componentes se encuentra el complejo edemonefrósico y eclámptico o, por otro nombre, complejo edemoneclósico.

Esta clasificación, lanzada por Seitz, fué adaptada por varias escuelas, particularmente por nuestro maestro el profesor Torre Blanco, en cuyo servicio se realiza por nosotros, bajo su dirección, estudios acerca de ellas.

Sin embargo, han sido muchas las clasificaciones que se han hecho bajo la mira de agrupar estas enfermedades, tan propias de la gestación. Las escuelas americanas han aportado aquí su parecer, siendo muy numerosas las hechas por sus autores. Willians, en la última edición de su libro, las clasifica como sigue: vómitos perniciosos, atrofia amarilla aguda del hígado, nefritis toxémica, pree-

clampsia, eclampsia y toxemia presumible. Conocidas son las de De-Lee y Zangemeister, así como las de Mussey y Keith. Nosotros nos referimos aquí a las de Young y Stander.

Young las llama del principio del embarazo, del fin del embarazo y toxemias combinadas. El primer grupo estaría constituido por los vómitos excesivos y la inanición, teniendo como *substratum* anatómico cambios degenerativos en el hígado. Los del segundo grupo comprenderían el tipo eclámptico y preeclámptico, caracterizado por la hipertensión, albuminuria, edema y, en ocasiones, convulsiones, produciéndose alteraciones características en los riñones e hígado, en el que se encontrarían lesiones hemorrágicas, degeneraciones, etcétera; en estos dos se reúnen casi todas las posibilidades, pero aun crea un tercer grupo, que aparecería frecuentemente al final del embarazo con vómitos preexistentes, hipertensión, albuminuria, etc., encontrándose lesiones degenerativas en el epitelio renal y el mismo hígado, como en los casos anteriores. Stander, fijándose más en las lesiones renales, reúne las toxemias en los siguientes grupos: a) vómitos del embarazo; b) baja reserva renal; c) nefritis complicada con embarazo; d) preeclampsia; e) eclampsia; f) atrofia amarilla aguda del hígado. La baja reserva renal es probablemente idéntica a riñón de embarazo de von Jaschke, así como también

con cierto número de nefrosis de embarazo.

De otra parte, las gestosis son alteraciones patológicas del organismo de una gestante con un cuadro anatómico y metabólico manifiesto, siendo, por tanto, de tener en cuenta la persistencia de sus lesiones después del embarazo cuando no sucumben a ellas, quedando alterado y pudiendo ocurrir que el restablecimiento no se realice.

Aparece así un estado de menor defensa, estableciéndose en sucesivos embarazos nuevas gestosis. Y de hecho así ocurre; la recurrencia de la toxemia ha sido estudiada por Young, Pechman, Rucker, los que dan como cifras de recurrencia hasta el 10 por 100 de las eclámpicas. Von Geldem, estudiando veintisiete mujeres con toxemia de embarazo, encontró que en 14 había recurrencia, diciendo que en estos casos, sin daño aparente del riñón, el diagnóstico era dificultoso. Aunque esto sea objeto de posteriores publicaciones de la misma clínica en la que prestamos servicio, recordaremos que en los protocolos de la misma se encuentran estudiados varios casos de repetición. Ha poco observamos uno en que se trataba una gestosis de primera mitad, la cual había aparecido en embarazos anteriores y desaparecía a la muerte fetal, como es frecuente, expulsando el huevo por aborto. Otra de las estudiadas, y por demás demostrativo de ello, había sido operada por mí en el curso de una eclampsia, curación posterior. Hace poco reapareció con una gestosis, vómitos, cefalalgia, etc., en el séptimo mes de un embarazo; muchas más podíamos citar.

Los tejidos todos del cuerpo se encuentran envueltos por la intoxicación; no hay manera alguna de evidenciar el trastorno local que sea el *primu movens*. El hígado, riñón, sistema vascular, cerebro, tanto en sus funciones como en su estructura, son atacados por el tóxico. A esto se añade la alteración de un órgano nuevo: la placenta, regulador de los cambios entre la madre y el feto, y cuyo funcionalismo tiene tantos lugares oscuros. En el caso que hoy presento tenemos un típico conjunto que forma el complejo edemoneoclósico, sin síndrome convulsivo.

HISTORIA.

Enferma número 2.995, de treinta años de edad. Ingresa en el servicio de embarazadas en el día 6-IV-34 y cuya historia es la siguiente:

Padres, que viven, sanos; no hay antecedentes familiares dignos de mención. Tipo pícnico. Viruela a los siete años. Adenopatía cervical de pequeña, que pasó sin dejar rastro alguno. No anginas, faringitis, etc. Dentadura bien conservada. Sin estreñimiento. Menarquia a los catorce años, tipo 4/28, sin dismenorrea.

Ha tenido seis embarazos, todos buenos. Lactó todos sus hijos. Esposo sano al parecer.

Última regla en julio, no precisa el día, duró tres, abundante. Primeros movimientos fetales en diciembre pasado.

Hasta las seis faltas la enferma se encontraba francamente bien; desde esa fecha comienza el cuadro. Ligera cefalalgia, que aparece primero y se acentúa poco a poco. Edemas maleolares, que no ceden al reposo, aumentan paulatinamente, llegando a invadir todo el miembro inferior en ambos lados. Sed intensa. Ni acidez gástrica ni salivación. Sin vómitos. Ve y oye bien.

Este cuadro aumenta rápidamente hasta el momento en que es vista por nosotros. Entonces los edemas se extienden al hipogastrio, vulva, región perineal, cara, párpados. Oliguria, con nicturia ligera. Disnea y opresión. Palpitaciones. Ráfagas. Sin ataques.

Fondo de útero entre el octavo y noveno mes: Blando. No se contrae bajo la mano. Voluminoso. Fluctuación intensa. Hechas las maniobras apropiadas, encontramos que hay dos fetos: uno, en una presentación cefálica; el segundo, en una de nalgas. La cabeza del primero está libre por encima del estrecho superior.

Pelvimetría: Biespinoso, 22; bicrestal, 26; bitrocantéreo, 32; Baudelocque, 20; bisquiático, 9; subpubocóxigea, 11; no se toca promontorio. Rombo de Michaelis, normal.

Aparato respiratorio: No hay síntoma subjetivo alguno. Por auscultación, algún estertor blando. Radioscopia: campos pulmonares, limpios. Ligera reacción hiliar.

Aparato circulatorio: Disnea de esfuerzo y escalera. Dolor retroesternal fijo. Duerme con dos almohadas. Algún hormigueo en los brazos. Pulso, 88, poco amplio. Regular. En hígado y bazo la palpación no da nada de anormal.

Por percusión, zona cardíaca, elevada, de amplitud normal. No hay corazón a la derecha.

Ortodiagrama y electrocardiograma (practicadas en el servicio del profesor Marañón): Corazón acostado, eje horizontal. En la posición O. A. D., mediastino posterior ocupado. El electrocardiograma acusa: eje eléctrico horizontal, alternancia de R. en I., retardo interventricular.

Tonos cardíacos, normales.

Reacción local y general a la adrenalina.

Reserva alcalina a 17 grados centígrados y 760 mm. de Hg; 39,4 por *erectore pili* ni temblor intencional.

Curva de glucemia, con 25 gramos de glucosa. Determinaciones cada media hora:

I	86
II	80
III	133
IV	105

Reserva alcalina a 17 grados centígrados y 760 mm. de Hg 39,4 por 100 de CO₂. Abundantísima cantidad de albúmina en la orina.

Urea en sangre, 0,31.

Tratamiento empleado: Ingresó en la cama 12 de la sala 7. Se le ordena reposo en cama. Disponiendo una cura de hambre y sed de veinticuatro horas, preparatoria para el tratamiento posterior, y que da por resultado una escasa eliminación de orina, 400 c. c. con fuerte albuminuria. Establecimos al día siguiente un régimen vegetariano exclusivo, con restricción de líquidos. No habiendo obtenido resultado alguno, ordenamos la administración de la tiroxina y régimen cárneo.

El estudio del tratamiento es llevado con toda la exactitud. La cantidad de orina eliminada en las veinticuatro horas y la albuminuria son observadas. El 3 de mayo se inicia el aumento al régimen de una chuleta asada a la parrilla de manera que quede casi cruda en su interior.

La enferma da a luz espontáneamente. Duración del parto, quince horas. Rompe bolsa

sin dolor alguno. Los dolores son poco intensos. Expulsa dos fetos en las presentaciones antes indicadas. Alumbramiento seis horas después, sin hemorragia.

Una placenta al parecer única, con dos cordones, situados ambos, en cuanto a su inserción, marginalmente, voluminosa. Uno de los cordones más grueso que el otro. Poniendo éste, el más delgado, hacia arriba se observa que la cara fetal está cruzada con un tabique que se dirige de izquierda a derecha y de arriba abajo. Se encuentra formado por el amnios en sus dos caras, unido entre sí por restos de corión leve. En la superficie fetal de la placenta, así como en la materna, no se observa ninguna separación más. La forma era oval.

La cara materna tenía unas zonas blancas, duras, que contrastaban claramente con la superficie rojiza que la rodeaba. Dándole una serie de cortes transversales, aparecía a nuestra vista una abundante cantidad de zonas blancas, algunas triangulares, separadas de las demás porciones placentarias por una línea limpia. Correspondían algunas a las ya vistas en la superficie materna. Tratábase de una gran cantidad de infartos placentarios, unos más recientes que otros, y que tanta importancia, como luego veremos, tienen en la génesis de las gestosis.

Los fetos (dos, uno del sexo masculino y otro del femenino) pesaban, respectivamente, 2,050 y 2,060.

El puerperio cursa sin fiebre.

No ha tenido ataque alguno. La cefalalgia y los mareos cedieron ya antes del parto. Paralelo a ello, la albuminuria descendió también, así como la presión arterial.

Antes de darla de alta se practicó una curva de glucemia en las mismas condiciones que la anterior. Su resultado fué:

I	90
II	120
III	140
IV	95

Alta, curada, el 21-V-1934.

EXAMEN DEL CASO

Es la primera vez que esto le ocurre. Ha tenido seis embarazos buenos, no teniendo, como con el monememotivo se desprende,

molestia alguna durante ellos. Ningún aborto.

No hay antecedentes de focos sépticos que nos hicieran sospechar la existencia de una posible lesión renal, aun cuando no olvidamos que posiblemente muchas gestosis tienen una base orgánica anterior al embarazo.

La sintomatología no salta hasta el sexto mes. La reacción de Asheim y Zondeck demuestra que en la hembra fecundada tienen lugar una serie de cambios desde los primeros días de la gestación, y Munro-Kehr mantiene que las toxemias graves están en relación con síntomas leves, tales como vómitos matutinos, etc., y que aparecen muy precozmente en el embarazo. La madre, en las primeras semanas, entra en una actividad endocrina muy grande; una considerable destrucción de *sincitium* tiene lugar, así como de mucosa uterina; transportados estos productos por la circulación invaden el organismo materno, dando lugar a una serie de alteraciones del metabolismo general. La placenta comienza a degenerar al sexto mes; los productos de su autólisis son difundidos por el organismo, siendo destruidos en él, dando como resultado una gama de trastornos, los que siendo compensados en cierto modo, sin embargo, salen un poco a la superficie. En el caso que presentamos hoy los acontecimientos parece que se sucedieron de otro modo, o un exceso de sustancias tóxicas hicieron a los órganos encargados de destruirlos entrar en disfunción o una disfunción previa provocada por otra causa. Sin dejar de aceptar el concepto clásico acerca de la curabilidad de las gestosis, es decir, que la alteración orgánica producida por ellas desaparecía con el término del embarazo, llegando a pensar que sólo podrían clasificarse en este grupo aquellas que cumplían este requisito, hemos de señalar que un tanto por ciento muy elevado de ellas tiene una base orgánica manifiesta anterior a la gestación, y que si con cuidado estudiamos estas enfermas en los intervalos entre los embarazos, podríamos encontrar alguna función alterada, algo que, si bien en el momento de su estudio no produce trastorno alguno aparente, es reactivado con la presencia de la gestación, que, poniendo en mayor tensión los órganos afectos, cuya labi-

lidad es extremada, desencadena el cuadro patológico. Para nosotros y otros muchos autores, Torre Blanco, Young, Seitz, etc., la toxemia es, pues, el resultado de la lucha entre las fuerzas protectoras de la madre, por una parte; por otra, los ataques de las autólisis de la placenta, mucosa uterina y las fuerzas que las secreciones internas viciadas ponen en juego. Experimentalmente vieron Hofbauer, Kauffman, Bergman y otros más que inyectando proteínas extrañas a un animal al cabo de cierto tiempo encuéntrase una disminución de glucógeno hepático y de la función de este órgano, así como una serie de cambios anatomopatológicos.

Bartolomew asegura como causante de la toxemia a una serie de productos tóxicos formados por la placenta a expensas de las proteínas en ella contenidas, particularmente a la guanidina y a la histamina, que procederían de la autólisis de los infartos agudos; Corbit y Collip observaron la acción hipoglucemian-te de la guanidina y sus sales (base firme para el estudio de las relaciones químicas entre estos cuerpos y la molécula de la insulina). Admitido esto también por Anselmino y Hoffman como causante de la acidosis, de quien luego nos ocuparemos. A veces estos infartos se localizan en el borde placentario de la superficie materna, y serían de una gran lentitud, al parecer, no dando lugar a síntomas, ya que sus efectos serían equilibrados.

Cuando son muy grandes o de un curso rápido, la autólisis daría lugar a los productos antes mencionados, los que por su gran cantidad o aparición en masa no serían destruidos en su totalidad (Bartolomew y Parker).

En la placenta del caso que hoy describimos encuéntrase una serie de infartos blancos localizados en todo su espesor, pero principalmente en el borde materno de ella, redondos o triangulares, de límites precisos, duros, fibrosos; entre ellos, unas zonas rojizas, demostrativas de la congestión en aquel lugar.

Hofbauer, examinando los agentes causales de las lesiones hepáticas por él encontradas, expuso la teoría de que la congestión pasiva del hígado era determinada por la degeneración insuficiente de las proteínas endógenas, que, afluyendo en gran cantidad, colocarían

al hígado en un superesfuerzo que daría como resultado un deficiente funcionamiento del mismo. Parece bien establecido el hecho de que durante el embarazo y sus diferentes períodos algunas porciones de ectodermo serían arrastradas por la corriente sanguínea de la madre, las cuales llegarían al hígado, donde producirían lesiones diversas. Estas lesiones hepáticas fueron comprobadas por Hofbauer y por Ueber en experimentos realizados en animales. Habrá, pues, una insuficiencia de todas o una parte de las funciones del órgano central del metabolismo, la cual sería una base patogénica, aunque no única, de las gestosis, y en el caso que nos ocupa del complejo edemoneoclósico. Hofbauer encontró una disminución del glucógeno en la parte central de los lobulillos, que por dar un cuadro tan característico les dió el nombre de «hígado de embarazo».

Harding y Fort, entre otros, analizando la placenta, encontraron que contenía un 24,08 de arginina y un 2,32 de histidina. La primera se produciría en el intestino; conducida al hígado, sería en él destruida en urea y ornitina (Bartolomew y Parker). La ausencia de arginasa podía posiblemente impedir la destrucción de la arginina, liberándose la guanidina por un proceso de oxidación final. Esta degradación anormal de los componentes citados daría como resultado, por una parte, guanidina; por otra, histamina, con las cuales ya no podemos explicar una parte de los trastornos observados. En la transformación normal de arginina influye de una manera decisiva la reacción del medio; si es alcalina, la transformación tiene lugar. Según Bradley, éste sería el caso de los infartos pequeños y tardos en producirse, y quizá por este motivo no haya ruptura del equilibrio feto-madre-placenta, no dando síntomas o solamente aquellos que son la expresión de la adaptación funcional del organismo materno, tales como ligeros edemas, algún vómito, hipoglucemia, acidosis, hiperlactacidemia, etc. Pero cuando los infartos son muy recientes la reacción alcalina neutralizante no aparece; en su defecto, la acidez, aumentada por la intervención de los productos de desecho dentro del mismo infarto, inhibiría la acción de la argi-

nasa, favoreciendo de esta manera la oxidación de la cadena de la arginina (Bradley) para formar guanidina. Titus pensó que se formaría directamente de la creatinina, y observó también que la inyección de guanidina producía hipertensión, edema, hipoglucemia, etcétera; en fin, una serie de alteraciones parecidas a las anteriormente descritas. Su intoxicación daría lugar a un cuadro muy parecido al de la eclampsia. De esta manera tendría una gran importancia este cuerpo en la génesis de la gestosis. La producida por la histamina tendría un carácter hemorrágico, apareciendo en primer término en los casos de apoplejía útero-placentaria.



La placenta humana produciría la histamina desde la histidina, pasando por el ácido pirúvico.

Acusaba Bar al feto de una intervención en la patogenia de las toxemias. Fundábase para ello en la comprobación del paso de determinadas sustancias desde el feto a la madre, paso demostrado por él mismo en 1881 para la estricnina, y por Charng para otras sustancias en la misma fecha. Bar creía, pues, en la posibilidad de la intoxicación de origen fetal por el paso de toxinas al organismo no inmunizado de la madre.

Baron y Castaigne, en su «Contribution à

l'étude de la pathogénie de la eclampsia puerpérale» (*Arch. de Med. Exper.*, 1898), creían que se producirían lesiones fetales que, determinando un estado de enfermedad sus productos de desecho, pasarían a la madre, donde podían provocar la eclampsia. Las lesiones observadas en el hígado y riñón fetal (procedentes de madres gestósicas), bien estudiadas hoy día, son, aparte de poco extensas, secundarias al estado materno y menos constantes que las de éste, correspondiendo a una alteración metabólica a la altura de la placenta. Cattaneo afirma el paso de ciertas hormonas fetales, insulina entre otras, a través de la placenta. Varnier ha observado un caso de hiperemesis cuyos vómitos continuaron, a pesar del aborto provocado, pero que cesaron algunos días más tarde, después de la expulsión de un segundo huevo.

En el protocolo del doctor Torre Blanco (Instituto Provincial de Obstetricia) existen varios casos de toxemia (gestosis de primera mitad casi siempre) que curaron después del aborto. En el mismo lugar hemos estudiado un caso de vómitos graves, que falleció a pesar de cuanto se hizo por aliviarla y que habiendo sido operada encontramos una degeneración molar del huevo.

También se acusa al cuerpo amarillo de desencadenar la gestosis. Algún vómito grave sería del tipo suprarrenal. La inyección de cortihormona hace descender la curva de lactacidemia (cuya cifra inicial se encuentra muy elevada en la gestación normal ya y mucho más en la gestosis), disminuyendo a la vez la acidez, como puede comprobarse por la aparición de un aumento de la reserva alcalina sin variación aparente de la glucemia. (Torre Blanco y Riesgo del Campo). Este descenso mejoraría la función hepática, como veremos después; según esto, habría una disfunción o insuficiencia de la corteza suprarrenal que provocaría el estado de enfermedad. La hipertrofia de corteza suprarrenal ha sido encontrada por diversos autores (Turenne). La cifra de colesiterina de la sangre se encontraría aumentada (Riesgo del Campo). En esta misma hipertrofia podemos apoyar la hipertensión en algunas formas de gestosis.

Se atribuye por Anselmino y Hoffman una

gran importancia en la aparición de las gestosis a la acción del lóbulo posterior de la hipófisis. Fauvet afirmaba la acción tóxica que en el exceso de hormona tiene sobre el hígado y el riñón. Sin embargo, Rosseberg, repitiendo los trabajos de este último, no encontró resultado alguno. Mas no parece probable que la teoría uniglandular tenga una acción tan importante en la patogenia de la gestosis. Si lo que creen Anselmino y Hoffman fuese verdad, serían más frecuentes las convulsiones en los edemas amplios, cosa que no está de acuerdo con la clínica; el caso presente es buena prueba de ello. No hemos de olvidar la existencia en la placenta de una hormona parecida a las hipofisarias y cuya secreción alterada podía también tener influencia. Sabido es que la pituitrina está contraindicada en los procesos que nos ocupa, principalmente en el síndrome convulsivo o en los accesos de simple hipertensión, por poder desencadenar el ataque.

La inyección de insulina practicada por nosotros en el estudio del metabolismo de estas enfermas a la vez que la prueba de Althausem y otras, nos da, además de una hipoglucemia manifiesta, la no variación de las cifras de la presión arterial, como encontraron Norted, Noorgard, Thaysen y otros, los que creían que el aumento de máxima y el descenso de la mínima estarían condicionados por la adrenalina, coincidiendo con las cifras más bajas de la glucosa, apareciendo de esa manera un mecanismo regulador.

Una alteración de la función tiroidea también fué puesta sobre el tapete. La elevada función tiroidea acompaña a veces al hiperfuncionamiento hipofisario, pero hay casos de eclampsia sin hipertiroidismo. De otra parte, ese aumento del trabajo del tiroides podía ser debido a una medida de defensa. La síntesis del ácido láctico, parece demostrado, se hace bajo su vigilancia, ayudándose a la vez del funcionalismo suprarrenal (corteza). La falta de este mecanismo ocasionaría la falta de resíntesis del ácido láctico a glucosa y de ésta al glucógeno; aparece, por lo tanto, la acidosis, que tiene como base firme la hipoglucogemia (Marañón; nosotros creemos haberlo comprobado también).

El origen paterno de la toxemia fué estudiado por Lelorier; otros achacaron a la mama una intervención activa en su patogenia (Selheim). Como ocurre en estos casos, cada uno cierra el círculo con objeto de su orientación.

Inaugúrase posteriormente con Bouchard y Brow la teoría intestinal, las toxinas llegarían al hígado procedentes del intestino. Añaden sus defensores, y es de observación corriente en clínica, que una prueba de ello sería el estreñimiento pertinaz que sufren las enfermas. Creen que aparecería después de transgresiones dietéticas (nosotros lo hemos observado siempre).

Otras muchas podríamos dar; solamente recordaremos de paso a Teobald, que acusa como base suficiente de la gestosis la acción mecánica del útero grávido sobre el riñón y el hígado (principalmente éste).

Tal variedad de explicaciones se unen dentro de una serie de puntos comunes: 1.º, se trata de una intoxicación; 2.º, entre otras, es el hígado el más afecto.

Del resumen de lo antes enumerado puede resultar:

Las gestosis son debidas a:

- Intoxicación por elementos formeseftales (ectodermo, etc.).
- Intoxicación por metabolitos fetales.
- Intoxicación por productos que provienen de la placenta.
- Intoxicación por reacciones anafiláticas.
- Cambios físicoquímicos del metabolismo de la gestante.
- Alteraciones endocrinas.
- Origen paterno de la toxemia.
- Origen intestinal de la misma (alimentación, etc.).
- Acción mecánica (Theobald).

El proceso se desencadenó, en el caso presente, teniendo en cuenta los procesos de degeneración y trombosis señalados, entre otros autores, por Bartolomew, como se deduce de la aparición tardía del cuadro y del estado de las placentas.

La existencia de ambos gemelos podían ya de por sí haber influido en la génesis de esta gestosis, pues en los anteriores embarazos las cosas pasaron perfectamente bien. Por otra

parte, el embarazo doble predispone ya de por sí a la gestosis; las estadísticas apoyan este sentido (Winkel). Nosotros hemos visto la frecuencia de algunas formas de edemas, frecuentemente el suprapúbico, que ceden mal al reposo, y cuya presencia en estos casos es tomada por algunos como un signo patognómico.

Veamos ahora de esclarecer en lo posible la sintomatología.

¿Estamos frente a una insuficiencia total o parcial del hígado?

Admitida por todos los autores (Young, Hofbauer, Kaufman, Bergmann, Tarnier, Pinard, Riesgo del Campo, Torreblanco) está esclarecida perfectamente por el hecho de la existencia de una acidosis que aparece en las embarazadas normales, hipoglucemia (Titus, Riesgo del Campo); hiperlactacidemia (Seitz y Riesgo); pobreza de glucógeno hepático, estudiada recientemente por Riesgo del Campo y anteriormente por Marañón en el año 1930.

La acidosis es producida por un aumento de los ácidos fijos de la sangre, principalmente del ácido láctico, que lleva un 12 por 100 del total de ellos. No faltan, sin embargo, autores que encuentren una alcalosis y los síntomas señalados quieran achacarlos a esta reacción (Planelles). Pero nosotros no estamos conformes con esta manera de pensar; por la comprobación que hicimos personalmente y lo encontrado por otros, que, como Botella, lo repitieron en múltiples ocasiones; Anselmino observó que la concentración de la mezcla ácida era alrededor de 1/110 N y la disociación media calculada P_k 3,6.

Acompaña a esto la hipoglucemia, muy ligera en el caso presente, pero que se encuentra con bastante frecuencia en las toxemias, aunque no siempre, y sigue de cerca a la hipoglucemia, siendo a la vez un eslabón más en la acidosis (Marañón). Stander, en 1919, observó que en la mayoría de las eclampsias cursan con hipoglucemia. Titus (1929) cree que en amplias fluctuaciones del azúcar sanguínea, afirmando, con Stander, que el estado convulsivo debe de ir precedido de un gran descenso de la cifra de azúcar, aunque ya no esté tan conforme al tratar de

la hiperglucemia al final del ataque. Igualmente pensaron Kaplan y otros.

De lo dicho se deduciría que las toxemias mejorarían con la administración de glucosa intravenosa. Stander, Harrison, etc., recomiendan la administración de insulina, cosa que nos parece un contrasentido administrándola sola, ya que hemos dicho, y está comprobado, que existe un descenso de la cifra media de la glucosa. Las causas de esta hipoglucemia serían muy variadas: consumo excesivo de glucosa por la madre, abuso por parte del feto. En cuanto a la génesis de la acidosis, creen algunos que habría una alcalipenia primitiva (Borcenlerg). Para explicar esta acidosis podemos pensar en una alteración funcional de origen endocrino, posiblemente del tiroides, que de hecho existe, apoyándonos en lo dicho más arriba. Pensamos, sin embargo, en la intervención de otros productos secundarios autolíticos. En las embarazadas normales, con el pH normal, estaría compensada, no ocurriendo lo mismo en las gestosis. Dieckmann, en este particular, está de acuerdo con Anselmino.

Por todo ello el organismo se empobrece en base alcalina, los riñones las utilizan para formar ácido. La eliminación de amoníaco está aumentada.

ORIGEN POSIBLE DEL EDEMA

Hay pocas evidencias de que sea de origen renal, pues todos los tejidos están por igual envueltos en la intoxicación. Hemos quedado convencidos de que el edema se puede acompañar de nefritis, pero creemos firmemente que la nefropatía no es la causa del edema.

Para conocer la patogenia de estos edemas es necesario recordar la participación que diferentes factores tienen en ella, entre los que podemos contar: de una parte, el desequilibrio entre los constituyentes del plasma, y por otra, las alteraciones de las paredes capilares. En cuanto a éstas, un signo propio serían las petequias que aparecen en la piel del brazo después de la detención de la circulación de retorno mediante un tubo compresor (signo de Rumpf y Philipp); negativo en el caso presente, y que, a pesar de todo, no lo hemos visto por ahora de una manera clara.

El desequilibrio físicoquímico de la sangre, conocido ya merced a los trabajos de Levy, Laudat, Kaboth, Zangermeister, Riesgo del Campo, Botella, Peña, y otros muchos, es patente. Nos interesa en este instante el estado de algunos de estos componentes, tales como los prótidos, las sustancias minerales y los lípidos, que juegan en la retención del agua un importante papel.

Ya en la gestante normal Levy encontró hipoprotidemia, confirmación de las afirmaciones de Kaboth y Zangesmeister, los que incluso llegaron a obtener cifras de 0,66 g., muy baja si se tiene en cuenta que la cifra media admitida es la de 0,78 g., variando entre 82 a 74 (Laudat).

La relación serina-globulina fué hallada disminuída por Levy mismo, encontrando este autor que la serina disminuía más que la globulina. Kaboth daba aún cifras más bajas que Levy Solal. De éstos podemos deducir que hay una tendencia a favorecer el edema, pues la alteración serina-globulina tiene como consecuencia la disminución de la tensión oncótica del suero. Comparte en este aspecto las mismas conclusiones que P. Meyer.

Otro factor edematizante es la retención de agua por el organismo de la embarazada, comprobada con los trabajos de Stander y Creadich, Bar y Baunay, Bohnen y Bormann, al estudiar, mediante métodos especiales, la proporción de agua de la sangre de la gestante normal. El mismo tantas veces citado Levy Solal afirma esta retención, teniéndola por muy importante, siendo mayor a medida que avanza el embarazo. Sin embargo, la hipoprotidemia es precoz, aparece en ocasiones cerca de la quinta semana y la retención acuosa es más tardía. No se puede decir lo mismo de la alteración albúmina-globulina, hoy tenida como una de las bases esenciales del edema.

Al contrario que los prótidos, los lípidos están aumentados; los ensayos hechos por Tyler y Underhill así lo demuestran, pero no parecen influir en el contenido tisular acuoso.

Las sales minerales también tienen su importancia. Sólo de una manera somera recordaremos aquí los trabajos de Bar y Baunay, Laffont y Malmejac, dando como resultado la

existencia de una hipocloremia plasmática, mientras que Levy Solal no vió alteración alguna. Pongamos, pues, en marcha un mecanismo anormal o una mayor variación hacia lo patológico de los términos expuestos y tendremos en pocas líneas resumido, aunque ya sabemos que hace falta aun aclarar mucho en estos extremos, la patogenia del edema de las gestosis. El coeficiente albúmina-globulina está alterado aquí en la misma forma que en las nefrosis y en los perros sometidos a dieta de hipoalbuminosis.

El edema de las embarazadas cede mal al reposo; llega, empero, a disminuir en parte, pero no del todo; esto, que ya es patente en las normales, está exagerado en las gestosis, dando lugar a esos edemas, como el del caso presente, que no ceden a nada; reposo en cama, prueba de hambre y sed, etc., cedieron al tratamiento con la tiroxina y régimen cárneo, dejando, por otra parte, en ocasiones, una secuela renal.

Se acompaña casi siempre de albuminuria, lo que es, en cierto modo, frecuente en la mujer embarazada, pudiendo tener un carácter protector como el de la glucosuria en la excesiva hiperglucemia de la diabetes. En una época se creía que sería debida a un estasis renal por compresión de las venas renales por el útero grávido; aparecerían al final del embarazo y desaparecerían durante el puerperio. Rayer (1840) demostró el primero la importancia de la albuminuria de las gestantes.

Nóvoa Santos hace hincapié en la existencia en la orina normal de albúmina bajo la forma de cuerpos coloides no dializable, que tienen como misión favorecer la dilución del ácido úrico formado por ácido nucleínico y condroitinosulfúrico, procedentes, con toda seguridad, de las células renales descamadas. Su presencia en la orina normal es muy difícil de establecer, variando con múltiples factores. Ya en la no embarazada aparece con frecuencia (régimen de vida, profesión, menstruación, deporte, etc.), como recientemente demostró Theobald.

Asóciase con frecuencia al edema y a la hipertensión, viniendo a ser como un exponente de él.

Cuando aparecen los trastornos antes señalados el organismo tiene como restaurador al hígado, al tiroides y al lóbulo anterior de la hipófisis.

En la gestación normal demostraron Küstner y sus colaboradores un aumento de la hormona antiurética de la hipófisis. Conocida es por todo el mundo la aplicación práctica de la pituitrina en la diabetes insípida.

Rosemberg demostró el aumento de esta hormona en la sangre. El hipertiroidismo sería un antagonista de esta acción exagerada, pues de una parte, el equilibrio del embarazo estaría representado por la fórmula:

Placenta-Hipófisis	—	Tiroides-Corteza suprarrenal
	Hígado	

El lóbulo anterior, o su equivalente la placenta, provocaría un empobrecimiento del glucógeno hepático, lo que tendría como consecuencia la insuficiencia de todo el órgano estudiada en líneas anteriores. La hormona de esta forma alterada, su destrucción en el hígado, se encontraría en exceso en la sangre; a más de los productos tóxicos resultantes del metabolismo de la placenta, acentuaría esta insuficiencia.

El riñón en este caso no ha intervenido primariamente en el asunto. El riñón es, pues, un lesionado más. Tanto más podemos afirmar esto cuanto que el mismo Graves ya indicó más de una vez que la mayor parte de los nefróticas eran insuficientes hepáticos.

Por todo ello dimos a nuestra enferma una dieta en que la carne a la parrilla era un elemento constante, pensando que debimos reponer en el cuerpo la albúmina perdida. Añadimos al tratamiento de los edemas la tiroxina, 1 c. c. al día, viendo en poco tiempo el sorprendente efecto conseguido. Dieta ligeramente hipoclorurada.

La eliminación de agua aumentó más cada día, llegando pronto a sobrepasar la ingerida, buena prueba de la deshidratación tisular. A los nueve días de empezar con la tiroxina se le administra una chuleta de ternera pasada por la parrilla de manera que quede casi cruda en su interior. La albuminuria, que hasta ahora estaba casi estacionada, comienza a descender, hasta que el día anterior al

parto llega a tener solamente gramo y medio, desapareciendo totalmente en el segundo día del puerperio. El edema desaparece rápidamente; la enferma comienza a adelgazar de una manera rápida; en pocos días aquel edema intensísimo ha desaparecido, quedando solamente una pequeña porción, que persiste hasta cinco días después del parto. La cefalalgia, que acompaña frecuentemente a la albuminuria, disminuyó francamente en el transcurso de esta dieta, desapareciendo totalmente antes del parto. La tensión arterial permanece moderada durante todo el tratamiento.

¿Por qué no se presentó el ataque?

Sencillamente, a causa de tratarse de una toxemia de marcha lenta, el organismo tuvo

tiempo de situarse en una posición de defensa. El ataque aparece cuando las defensas, siendo sorprendidas por la acción tóxica brusca, no pueden destruir cuanto a ellas llega, quedando vencido de esta manera todo mecanismo de adaptación que se ponga en juego para lograrlo. Un signo muy importante fué la falta de hipertensión. Tenemos la convicción de que el agente productor de las toxemias ya existe en las gestantes normales; está representado seguramente por un tóxico de naturaleza desconocida por ahora, cuyo aumento en la sangre, ya de una manera brusca o lenta, produce los diferentes cuadros que, bajo el nombre de gestosis, son conocidos.

Industrias Sanitarias, S. A.

(Antigua "Casa Hartmann")

Apósitos esterilizados marca «Hartmann».
Material de sutura aséptico.
Instrumental quirúrgico - Mobiliario clínico.
Aparatos y Utensilios de Laboratorio.
Instalación completa
de Consultorios médicos.

BARCELONA - MADRID - SEVILLA - VALENCIA

Neisserina

Blenorragia uretral, uretro-vexical y vaginal. 1 pp. en un litro de agua para lavados.

Blenargil

Blenorragia, frasco para inyección uretral y uretro-vexical.

Dos excelentes productos preparados en el Centro Farmacéutico Nacional.

GINGIVITIS Y ESTOMATITIS

Hay dos procesos inflamatorios que por su localización se prestan a alguna confusión diagnóstica, máxime si no nos fijamos demasiado en el cuadro clínico de ambos procesos y en su lugar de asentamiento.

De una vez para siempre, diremos que conviene nos fijemos en los hechos diferenciales de ambas lesiones para orientar un buen tratamiento curativo.

Las lesiones a que hago referencia son las *gingivitis* y las *estomatitis*, que con harta frecuencia se confunden en la clínica, por hacer quizá un poco a la ligera una detenida exploración.

En términos generales diremos que cuando la inflamación de la mucosa bucal se encuentra limitada a las encías, recibe el nombre de *gingivitis*. Por el contrario, cuando aquella inflamación se generaliza por el tejido mucoso de la boca lleva el nombre de *estomatitis*.

Las causas productoras de estas lesiones podemos agruparlas en dos grandes órdenes; unos locales y generales otros. Entre los primeros tenemos los irritantes mecánicos y los químicos. Y entre las causas de origen general, tenemos ciertos medicamentos del grupo de los metales, que al eliminarse por la saliva irritan la mucosa bucal (arsénico, bismuto, mercurio), hecho éste de gran importancia, pues ello nos hará tenerlo siempre presente cuando nos encontremos con enfermos en los que haya necesidad, por sus dolencias, de emplear aquellos fármacos.

Quiero orientar este trabajo en un sentido de vulgarización de conocimientos a este respecto; por ello dejo intencionadamente de consignar todo aquello que pudiéramos catalogar de doctrinal, al objeto que de su lectura nos proporcione los conocimientos indispensables para el conocimiento de ambas dolencias.

Los signos que caracterizan las *gingivitis*, son rubicundez de los bordes libres de las

encías, acompañada de dolor en las mismas. Asimismo podemos comprobar que aquellas sangran con gran facilidad al más ligero contacto, y ejerciendo sobre ellas una pequeña presión podemos comprobar la salida de un pus cremoso alrededor del diente.

Con estos ligeros conocimientos podemos hacer, sin ser verdaderos especialistas, un diagnóstico y por ende indicar un tratamiento eficaz para el enfermo.

No olvidemos que en los respiradores bucales se presenta con gran frecuencia este proceso inflamatorio de las encías, y nuestro deber es dirigir la atención al tratamiento de la obstrucción nasal, si existe, e instituir un tratamiento adecuado si la enfermedad se debe a una causa general.

Como tratamiento local concederemos especial importancia a la higiene de la boca, eliminando de los espacios interdentarios todo material extraño. Están indicados, y por tanto habremos de recomendar al paciente, el uso de colutorios y astringentes. Pulverizaciones de tanino en las encías, y cuando exista dolor en las encías, debemos recomendar el empleo de tintura de yodo y alcanfor.

En casos más graves haremos uso del nitrato de plata al 2 por 100.

Paso por alto todo lo concerniente a las *estomatitis* crónica y ulcerativa, así como también aquello que se refiere al diagnóstico diferencial de ciertos estados patológicos que tienen su asiento en los bordes gingivales y que se encuentran en ciertas intoxicaciones metálicas, porque ello daría unos términos de extensión a este trabajo, que estimo por otra parte no debe salir del encuadramiento que me propuse darle de vulgarización de conocimientos que de consuno interesa a todos los no especializados en estas disciplinas.

Son las *estomatitis*, la segunda de aquellas afecciones que se prestan a error diagnóstico y que hacíamos referencia al principio de nuestro artículo.

Si variadas y multiformes son las clases de *gingivitis*, las *estomatitis* sobrepasan en número y variedades a aquéllas, y no pecaríamos de exagerados si también dijéramos en importancia. De aquí, que el profesional debe poner sumo cuidado en recoger todo el cuadro sintomático del enfermo, para que de él podamos deducir un diagnóstico y por ende establecer un acertado tratamiento, pues desde la *estomatitis* catarral, pasando por las de forma ulcerosa hasta llegar a la gangrenosa, con su peculiar y característica gravedad, constituyen una gama de procesos de tal índole y de tanta importancia, que bien merecen la divulgación y conocimiento de estas afecciones.

No olvidemos que en el decurso de las fiebres eruptivas y en las inflamaciones de la garganta y de la nariz, solemos encontrarnos con *estomatitis* de tipo catarral, cuya terapia se basará en el empleo de astringentes, anti-sépticos y en la supresión de la causa que la motive.

En la *estomatitis* ulcerosa el tratamiento estará a base de administrar clorato potásico al interior (parece este medicamento un específico para esta forma de *estomatitis*), pudiéndose administrar hasta cincuenta centigramos, reforzando su acción curativa si con-

juntamente administramos al enfermo algún preparado de hierro.

En la *estomatitis* gangrenosa (*Noma*), es una forma tan grave y de tanta malignidad que bien pudiéramos decir que todos los tratamientos son impotentes para contener el mal; no obstante, debemos extirpar las porciones gangrenosas y cauterizar la superficie resultante con ácido nítrico o con el cauterio. Esto como medida local, y como tratamiento general debemos preocuparnos en sostener las fuerzas del paciente suministrándole grandes dosis de extracto de buey y algún otro reconstituyente.

En cuanto a lo que pudiéramos llamar *estomatitis parasitarias*, cada una es tributaria de un tratamiento específico en armonía con los agentes productores de aquéllas, siendo esto del dominio del especializado en estas materias.

He aquí, trazado a grandes rasgos, algunos conocimientos que todos debemos de tener de estos problemas de infecciones bucales, debiendo poner a contribución de los enfermos algunos de sus remedios si queremos obtener la curación de sus dolencias.

Madrid, 27-VII-1935.

DR. MALLOL DE LA RIVA.

SONOTONE
PARA OIR;
GAFAS
PARA VER.

ULLOA-ÓPTICO
CARMEN, 14
TEL. 25210
MADRID

LABORATORIOS JUSTE

HEPAL
SALICITIRO
PEPSIN
OFTALMOXYL
VITOLO
SALIVENAL
ZINOSAL
ATOFTIRO
HISPANOFEDRINA

PRODUCCION NACIONAL MADRID

CALLE DE FRANCISCO DE VACERADA, 3 - HOTEL APARTADO POZO
TELÉFONO 15725

Vómitos acetonémicos

por el Dr. ALEJANDRO SIERRA CARRE

Son frecuentes en los niños los vómitos, presentando una personalidad clínica bien definida y ya estudiada por muchos autores, los que van acompañados de la presencia de acetona en la orina, según demostró Marin.

Ya señaló el Dr. Morales Díaz que no son sólo los vómitos manifestación del estado de acidosis (LA MEDICINA IBERA, agosto 1933), sino que es más frecuente el cuadro clínico de ataques de tipo eclámpico, debiendo investigarse en todo niño con crisis convulsivas la acetona en orina. Nosotros hemos podido observarlo repetidas veces.

El hecho fundamental es que el vómito denuncia una cetosis fácilmente comprobable. El mayor interés radica en conocer este estado de acidosis y la razón de su presencia.

El desequilibrio ácido-básico, que llega a su grado máximo en las diabetes descompensadas, puede existir sin acetonemia cuando el descenso del pH no pasa de los límites fisiológicos. La reserva alcalina es suficiente a compensar la acidosis provocada, y no hay formación de cuerpos cetónicos (ácido acetoacético y oxibutírico); pero cuando el descenso del pH obliga a un gasto mayor de bicarbonato sódico sanguíneo y el álcali es insuficiente para neutralizar los ácidos grasos, éstos aparecerán en la sangre y en la orina. Hay que tener presente que otros ácidos no cetónicos pueden ser los causantes de la acidosis, como ocurre en la uremia. De forma que tenemos acidosis compensada, acidosis sin cetosis (uremia) y acetonemia, de acuerdo con el criterio de Pearzon.

Desde el punto de vista metabólico, la cetosis o acidosis acetonémica puede ocurrir: 1.º, por déficit alimenticio de hidratos de carbono, como en el ayuno de lípidos y proteínas; 2.º, por incapacidad para digerirlos, como en las dispepsias; 3.º, disminución de capacidad para metabolizarlos, como en la diabetes. Un aumento de ingestas grasas puede ser también la causa en el primer caso.

Ocurren, cuando se estudian atentamente enfermos con acetonemia, que no hay una estrecha relación entre las ingestas y las crisis de vómitos o ataques, apareciendo temporalmente y con motivo de procesos más o menos benignos del aparato digestivo o procesos toximfectivos con repercusión secundaria en dicho aparato, así en el estreñimiento, gastroenteritis, ictericia, anestesia, intoxicaciones alimenticias y en los procesos febriles, como si el glucógeno se agotase rápidamente

y fueran las grasas las empleadas en las combustiones orgánicas con formaciones cetónicas y acetonemia consecutiva. Fischer experimentando en perros con fistula de Esk, ha demostrado el papel que representa es función glucogénica en la acetonemia.

Ultimamente hemos observado enfermos que nos han movido a publicar esta nota, expresivos de una participación indudable, fundamental, del hígado en los vómitos y ataques con acetonemia. Enfermos en los que coincide la acetonemia con ictericia, en un caso postanestésico. Claros coléricos familiares, en los que una causa toxiinfecciosa de las apuntadas anteriormente destaca la labilidad hepática en su función glucogénica, o un ayuno exagerado de hidratos de carbono movilizó las grasas con presencia de cuerpos cetónicos en sangre.

Richardier (Société de Pédiatrie, enero 1905) ya apuntó y estudió la posible participación hepática en estos trastornos, y nosotros hemos podido comprobarlo en contra de las teorías patogénicas de Terrien, Krotkov, Hutinel y Nobécourt, llegando a la conclusión de que en la acetonemia existe una *insuficiencia hepática latente constitucional o adquirida*, que se pone de relieve en su función cetógena por causas toxiinfecciosas. Los enfermos mejoran rápidamente, de acuerdo con esta doctrina, aparte del tratamiento de la causa toxiinfecciosa, por la dieta de hidratos de carbono y extractos biliares.

Un caso muy demostrativo, entre muchos, es el siguiente:

A. G., de seis años. Ingresó por parálisis infantil, sin más antecedentes que sarampión. Velocidad de sedimentación de los hemates, 10-20. Orina y fórmula leucocitaria, normal. Vendaje de yeso «Monsen» en cadera. A mediados del pasado diciembre, foco neumónico en lóbulo inferior derecho, que sigue favorable evolución, curando por crisis a los siete días.

A los veinticinco días de este cuadro se le practica un descenso de cresta, que hace necesaria la anestesia con éter, y desde entonces fiebre que no pasa de 37,5, somnolencia, intensa ictericia, atonía intestinal y pulso frecuente. Leucocitosis (11.000) con polinucleosis a expensas de los linfocitos. Urea en suero sanguíneo 10 por 1.000. Reacción de acetona en orina intensamente positiva (Imbert). Parásitos en heces negativos (Telementann y Willis).

Se le trata con glucosa-insulina, sin resultado.

Le sometemos entonces a un régimen severo de hidrocarbonados y, como único medicamento, extractos biliares. Se suspende la insulina-glucosa. A los dos días desaparece la acetonuria y el niño recobra la normalidad que continúa actualmente.

LAS INYECCIONES DE NEO SALVARSÁN

I.—Introducción.

El descubrimiento del Salvarsán, por el gran sabio Pablo Ehrlich y su introducción en terapéutica como tratamiento específico de la sífilis, representa un progreso de primera magnitud. Al abriarnos nuevos caminos para la lucha contra la sífilis demostrándonos que la curación rápida y completa de esta terrible enfermedad es posible. El gran químico biólogo alemán, demostró al mundo que, partiendo de producto de extraordinaria toxicidad, es posible obtener compuestos químicos que al mismo tiempo que ejercen una acción terapéutica exaltada al máximo ya no son tóxicos, por lo menos en dosis terapéuticas. Después de mucha preparación y de numerosas combinaciones orgánicas del arsénico, en el año 1909 logra finalmente Ehrlich su gran descubrimiento, y pudo informar por primera vez acerca de su medicamento, ante una selecta reunión de eruditos. Destacados sifilígrafos de todos los países que habían prescrito en sus clínicas el preparado de Ehrlich informaron unánimemente acerca de la brillante acción del mismo, que rayaba verdaderamente en lo maravilloso. Era el llamado 606 de la serie. Comunicaron los clínicos la desaparición instantánea de manifestaciones sifilíticas de la piel, negativación de la reacción de Wasserman, ya desde la primera inyección de Salvarsán, y éxitos asombrosos en afecciones sifilíticas antiguas, resistentes al tratamiento mercurial hasta entonces empleado. La prensa del mundo entero se ocupó, durante mucho tiempo, del más grande acontecimiento del siglo. A pesar de que Ehrlich encontró muy pronto para su preparado la aprobación más completa por parte de la inmensa mayoría del cuerpo médico, no podía sin embargo menos de ocurrir, que se produjera una violenta discusión acerca del valor terapéutico y de la tolerancia del Salvarsán, maquinada por gente sin conciencia que envidiaban al modesto sabio, por sus éxitos mundiales. La lucha persistió durante años, y a

pesar de la violenta persecución, al anunciar el 914 de la serie, logró triunfar plenamente, constituyendo este medicamento, por sí solo, el mayor argumento de las ventajas del preparado.

II.—Técnica de la inyección.

El tratamiento de la sífilis, por medio del Neo, debe ser por vía intravenosa y con un poco de cuidado, fácilmente dominaremos la técnica. He observado que en las revistas y obras especiales se le consagra, por regla general, poco espacio a esa porción de detalles de orden técnico, que parece que no tienen importancia, pero cuyo perfecto conocimiento es lo que da seguridad de hacer bien las cosas. Yo procuro atenerme a las siguientes normas: Uso jeringa ordinaria de cristal, de 10 cc. y aguja de mediano calibre; vierto en la ampolla el agua bidestilada, haciendo, de esta forma, la solución en la misma ampolla, aspiro la solución, doy salida al aire y enjuago la aguja, en lo que me sobre de agua bidestilada. Una vez hechos todos esos preparativos, procedo a sentar al enfermo en una silla, con el brazo extendido en la mesa, el puño cerrado y disponiéndome, acto seguido, a hacer la compresión para el ingurgitamiento de la vena.

Una constricción muy apretada podría suspender la circulación arterial y como consecuencia impedir que las venas se hicieran visibles por no pasar la sangre a las mismas. Por eso antes de proceder a la práctica de la inyección nos aseguraremos de haber hecho una buena compresión, tomando el pulso en la arteria radial, el cual nos demostrará que a pesar de la compresión del brazo la circulación continúa. Para ello me valgo de una goma flexible y blanda, que aplico, sin olvidar, las siguientes precauciones:

No inyecto nunca con el enfermo tendido en la camilla, porque entonces queda el brazo en una posición incómoda para el paciente y difícil para mí, y además, porque al abandonar la posición horizontal, son fre-

cuentos los vértigos, cosa que no ocurre si se inyecta sentado.

Ahora bien, hay enfermos que se marean con relativa facilidad, y entonces los inyecto tendidos, obligándoles a permanecer un buen rato, después de inyectados, en la referida posición. Claro que esto se refiere a las inyecciones de los casos que se tratan en la consulta, pues cuando hay que hacerlo en el domicilio del paciente, tenemos que atenernos a las circunstancias que nos rodean. También debemos evitar que los enfermos estén mirando cuando se les inyecta, pues si tardamos en encontrar la vena, se impacientan y nos hacen observaciones, o bien al ver afluir la sangre a la jeringa, sufren con frecuencia, desvanecimientos.

Ya tenemos al paciente, con la compresión hecha y el brazo colocado sobre la mesita; procedemos a desinfectar la región y ahora viene el momento de entrar con la aguja en la vena. Elegiremos una vena (cefálica, basilica o medianas), que descansa sobre un plano, todo lo más horizontal posible, pues cuando forman arcos, como ocurre algunas veces en la flexura del codo, por las irregularidades propias de la región, es más fácil atravesar el vaso. Se debe también buscar una vena que no sea rodadiza, pues éstas resbalan mucho y cuesta más trabajo entrar en ellas. Cuando las venas hacen gran relieve y están muy fijas, tendremos más garantías de que nos salgan las cosas bien y podemos entrar en ellas, en un sólo tiempo, atravesando a la vez, la piel y la pared venosa, pero en venas pequeñas y rodadizas, conviene atravesar, primero la piel y luego buscar la vena. Elegida la vena, cerciorados de que la jeringa funciona bien, que se hace el vacío perfectamente y que la aguja enchufa, sin dejar pasar aire, haremos la punción, con relativa rapidez. Cuando la aguja ha entrado en la vena, si se tiene un poco de costumbre, se notará una disminución de resistencia y la sangre aparecerá en la jeringa, con gran facilidad, si la vena está bien cogida, este es el momento más delicado, nada de precipitaciones; se sujeta la jeringa, sin moverla, con la mano izquierda y con la derecha se suelta suavemente la goma, en este momento abrirá el pacien-

te la mano, despacio. Sujeta siempre la jeringa con la mano izquierda y una vez retirada la goma, no se inyecta inmediatamente, sino se aspira sangre para cerciorarnos de que no se nos ha escapado el vaso, y si vemos que la sangre sigue entrando con facilidad en la jeringa, empezamos a inyectar, muy despacio unas cuantas gotas, deteniéndonos enseguida y preguntándole al paciente si siente dolor alguno. (Cuando el líquido entra bien, no debe haber dolor ninguno, pues el que produce el pinchazo de la piel, es pequeño y pasa en seguida). Si el enfermo no acusa dolor, seguiremos inyectando, muy despacio, pero no continuamente, sino con intermitencias, es decir, inyectando líquido y aspirando sangre;



Espiroqueta pálidum, agente causal de la sífilis
(frotis de unalestón primaria)
Descubierto por Schaudinn y Hoffmann en 1905.

repetiendo esta operación ocho o diez veces en e curso de la inyección. Puesta la inyección, se retira la aguja, con un movimiento rápido, se vuelve a dar alcohol en el sitio de la punción, se frota este ligeramente, para quitar el paralelismo de los agujeros de la vena y la piel y se coloca el antebrazo en flexión sobre el brazo. Si en un determinado momento la sangre no refluye a la jeringa al hacer la aspiración, o se ha obstruido la aguja o se ha salido de la vena, ante la duda es preferible no inyectar a dejar el Neo depositado en el tejido celular. Hay un dato muy importante que puede servirnos de orientación en algunas circunstancias, me refiero a un olor especial que perciben los pacientes

en el momento de inyectarlos y que tarda en presentarse unos diez segundos, desde que empieza a entrar la solución. Es un olor etéreo, que lo perciben con más o menos intensidad todos los pacientes; olor posiblemente debido a la eliminación, por vía pulmonar de

Estas son, a grandes rasgos, las reglas generales que pueden trazarse para manejar con seguridad, la vía intravenosa.

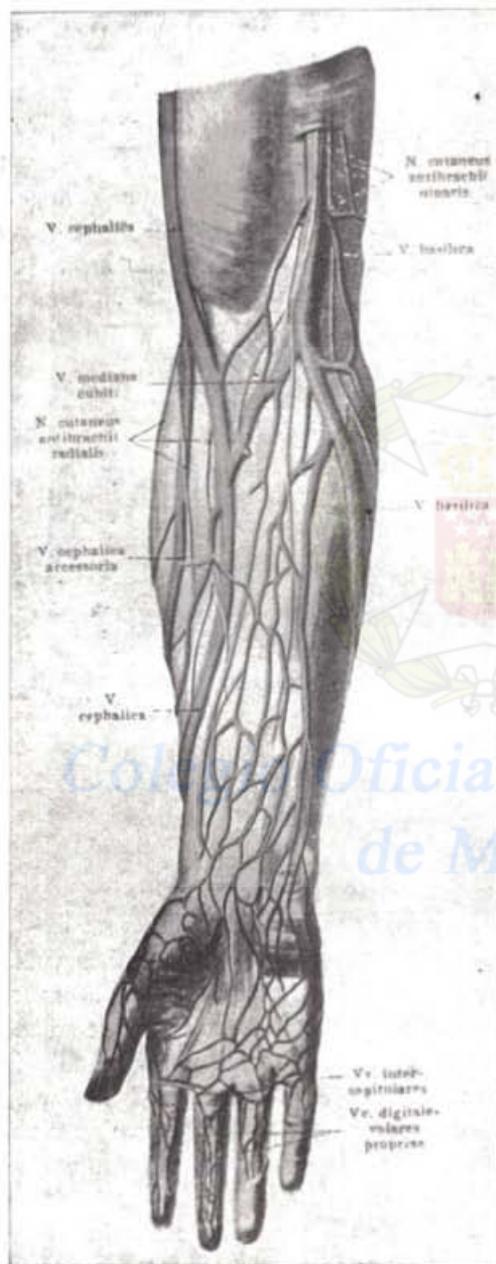
III.—Accidentes.

Si por defecto de técnica se extravasa una inyección, se originan infiltrados dolorosos en los tejidos que rodean a la vena o en las paredes de ésta, apareciendo tumefacciones que sólo se reabsorbe lentamente y en mayores proporciones pueden llegar a influenciar intensamente la movilidad del brazo. Si a pesar de todas las precauciones hubiese tenido lugar una inyección paravenosa, se abandonará la aguja en su falsa posición e inmediatamente, en el mismo sitio, se inyecta, por vía subcutánea, de 5 a 10 c. c. de solución fisiológica, para diluir cuanto sea posible la solución del Salvarsán y debilitar, de este modo, la lesión de los tejidos. Se mandará aplicar fomentos calientes, y se recomienda tomar algún analgésico.

Nunca debemos inyectar Neo, sin tener a mano, en sitio visible, unas ampollas de Adrenalina al milésimo, pues el único accidente, poco frecuente, pero algo serio, en el que pelagra la vida del individuo y que suele presentarse bruscamente, es la *crisis nitrotoide* (se produce una rápida vasodilatación, el enfermo presenta síntomas congestivos y tiene grandes sensaciones de ahogo que crecen por momentos). Se domina rápidamente con una inyección subcutánea de Adrenalina al producirse efectos opuestos, es de cir, una vasoconstricción. Los vértigos y las lipotimias, no son atribuibles al Neo, pues se presentan al hacer cualquier intervención, se combaten colocando al enfermo en posición horizontal, con la cabeza más baja, y si llega el síncope, no hay nada mejor que introducir un dedo y excitar fuertemente el reflejo faríngeo. Estos son los detalles que hay que tener presentes para llevar a la práctica, con éxito, un buen tratamiento.

IV.—Acciones secundarias.

Antes de proceder a realizar algún tratamiento antisifilítico, lo primero que hay que hacer es un reconocimiento general de aparatos y un detenido examen de la orina del enfermo (haciendo un análisis en laboratorio



Las venas superficiales del antebrazo según Spalteholz)

algún cuerpo volátil que se forma al llegar la sangre cargada de la solución arsenical. Este dato, como se ve, tiene gran valor y puede sernos utilísimo en muchas ocasiones.

e investigando glucosa, abúmina, etc.), para ver si está en condiciones de ser tratado y con qué productos ha de tratarse.

Prescindiendo de las alteraciones o daños debidos a una deficiencia técnica en la administración del Neo, encuéntrase alteraciones generales de diverso grado y con distinto pronóstico atribuibles a dicho producto. Pueden presentarse alteraciones cutáneas de poca importancia, son los llamados exantemas fijos, (se presentan siempre en el mismo lugar), después de cada inyección en forma de eritema ligero y tumefacción, son inofensivos se reabsorben espontáneamente y no presentan contraindicación alguna para proseguir el tratamiento; al contrario de estas complicaciones inofensivas, exige la dermatitis por Salvarsán, la mayor atención. Aparecen como síntomas anunciadores de la intolerancia, escozor en la piel, con fiebre, después de cada inyección y otra serie de alteraciones generales indeterminadas. Si no se presta la debida atención a estos síntomas iniciales anunciadores de una dermatitis, y se prosigue el tratamiento, aparece inevitablemente una dermatitis salvarsánica general, cuyo pronóstico puede ser muchas veces grave. Cuando los fenómenos inflamatorios de a piel y tejidos subcutáneos alcanzan un mayor grado, aparece un cuadro patológico especial, la exudación es intensa, fórmanse placas, con salida de suero, costras y maceración de la flexura de las articulaciones con formación de erosiones. Estos cuadros patológicos son muy graves y van frecuentemente asociados con temperatura hasta 40 y muy mal estado general. Debo mencionar también las alteraciones de los órganos internos, especialmente hígado, riñones y sistema nervioso central. Sucede algunas veces que al no estar el hígado en condiciones de tolerar las grandes cantidades de arsénico administradas puede presentarse una ictericia; estos pacientes deben observarse muy concienzudamente para evitar que ligada a a ictericia se nos presente una *atrofia amarilla de hígado*. Pueden presentarse dos clases de ictericia, una grave y otra no grave, desgraciadamente no existe posibilidad alguna de distinguir con seguridad ambas formas de ictericia por medio de investiga-

ciones funcionales. Por eso no estando seguros de la naturaleza del proceso será mejor abandonar, de momento, el tratamiento específico y tratar de vencer la ictericia por un tratamiento dietético o general. Si desaparece ésta sólo con el tratamiento dietético puede suponerse que existía una ictericia mecánica y por lo tanto debemos continuar muy cuidadosamente el tratamiento, en caso contrario será mejor abandonarlo y continuar con otros medicamentos antilúéticos la cura interrumpida. Al igual que en el hígado pueden originarse también, alteraciones renales, tanto por la sífilis como por el tratamiento, según sea el concepto sobre la clase de alteración renal deducible del análisis de orina, deberá continuarse cuidadosamente el tratamiento llevando un control continuo de la orina, siendo el momento más indicado para el análisis inmediatamente antes de la inyección de Salvarsán (la experiencia clínica ha enseñado que el Salvarsán puede atacar especialmente a la porción vascular del parénquima renal y los metales pesados—mercurio y bismuto—a la tubular). Las embarazadas, con gran tendencia a las afecciones renales, deben someterse, de manera especial a una observación muy cuidadosa. Si el examen renal no nos diése un resultado intachable, será necesario investigar por tanteos cómo tolera el paciente el tratamiento. Las alteraciones del sistema nervioso central, afortunadamente, son muy raras; se presentan en forma de encefalitis hemorrágica y parálisis espática. Los síntomas toman primero el carácter de alteraciones motoras, transformándose luego en convulsiones epileptiformes, clónicas y finalmente pérdida de conocimiento y muerte. La aparición repentina de una parálisis espática, observada a veces después de inyecciones de Salvarsán, puede considerarse como una inflamación de un foco meníngeo latente. Tanto a encefalitis como la parálisis espática se tratan por punciones lumbares, inyecciones de adrenalina, sangrías, infusiones de sal común y enemas. Hace unos años eran algo frecuentes las alteraciones del sistema nervioso central, pero hoy se observan muy raramente, por haberse acumulado ya una gran experiencia sobre el tratamiento con el Sal-

varsán y usarse dosis adecuadas y soluciones preparadas con todo cuidado. Las otras intollerancias antes mencionadas también ocurren con relativa rareza.

V.—Principales indicaciones del tratamiento salvarsánico.

La indicación principal del Neosalvarsán está constituido por la sífilis en todos sus períodos de evolución. Fuera de los procesos sífilíticos se ha ensayado la quimioterapia salvarsánica en el curso de los años, en toda una serie de enfermedades más o menos resistentes a los tratamientos usuales, en muchas de ellas se han obtenido resultados muy brillantes. Las principales indicaciones son: fiebre de Malta, e infecciones debidas al bacilo de Bang, tífus y paratífus, pústula maligna, gangrena y absceso pulmonar, angina de Plaut-Vincent y noma de a boca, estomatitis ulcerosa, septicemia puerperal, triquinosis y en numerosas dermatosis: eritema indurado,

liquen, lupus tuberculoso y en la lepra pueden obtenerse alivios considerables.

VI.—In memoriam.

Tres han sido los descubrimientos memorables, en la lucha contra la sífilis, que ha registrado la historia: 1.º El descubrimiento del agente causal de la sífilis por Schaudinn y Hoffmann, en 1905; posteriormente Wassermann descubre la reacción serológica de investigación que lleva su nombre, y más tarde, aún en 1909, el maestro Ehrlich, después de incesantes trabajos descubre el Neo, llamado 606 de la serie, que perfeccionado por él mismo, había de dar el 914, llamado Neosalvarsán, que es el que hoy se emplea. Ehrlich alivió considerablemente en su dolor a la humanidad, a esta humanidad que nunca sabrá estarle agradecida.

MARIO LÓPEZ-GUERRERO.

(Premio de la F. de Medicina.)

NO OLVIDE QUE PARA

Instrumental Quirúrgico
de Madrid y
Mobiliario Médico

La Casa del Médico

(Marca registrada)

ANTONIO P. GONZÁLEZ

Dr. Mata, 1, 1.º (Frente a San Carlos) Teléfono 71351

MADRID

Solicite Catálogo que envío gratis.

... POLITICA

Vida, supone lucha y lucha, triunfo o derrota.

Tal sucede desde la génesis del mundo; en la prehistoria, con sus luchas de elementos y a través de todas las edades, el hombre pasa por cada una de ellas, camina con un sublime afán de engrandecerse y busca la fórmula para vencer y no ser vencido.

En el movimiento browniano vital, y en la gran dispersión que constituye el Universo, vencen las micelas más capaces, más superdotadas, más potentes, más valientes; cumpliendo el axioma «Triunfo para los fuertes».

Comparando el organismo celular con el aparato más vivo y potente, vemos en uno y en otro, defensa y deseo de progreso.

Todo es arte, ciencia, trabajo y política.

Política es lucha...

Felicidad o muerte, supone el fin de toda política.

En política, siempre encuadra la frase shakesperiana «ser o no ser». Y el verbo «ser», es sinónimo de vida.

¿Y por qué estando en la vida no seguimos el cauce que ella nos señala?

Parapetados en nuestro Colegio y en discusión tras discusión, entre nosotros mismos, muy beneficiosa si cabe y que puede servir para controversias posteriores; vemos pasar días y más días, sin que nadie nos saque de nuestro marasmo.

Y se cumple la fábula de la cigarra y la hormiga.

Otros u otras recogen laureos que sólo para nosotros fueron creados.

Y siempre esperando...

Cruel esterilización la que nosotros mismos nos hemos impuesto.

Más de cuatro años de República, que se nos prometía redentora y poco o nada se ha legislado, más en contra que en provecho. Y registrando nuestras calendas vemos; que aparte de las misericordiosas y breves intervenciones de dos o tres médicos en el Parlamento, de las quince plazas que el gestor y compañero don Juan Carballedo convocó en la Excelentísima Diputación, en su breve y beneficioso mandato, y últimamente unas pocas plazas puestas a voleo, para ver qué feliz compañero logra ser el escogido; aparte de todo ello, nada o casi nada se ha hecho en estos tiempos últimos en favor nuestro.

Culpa nuestra es...

Mas terminemos con nuestro silencio. Pensemos en nuestro futuro.

No dejemos que nuestras aspiraciones, ni nuestros viriles derechos esperen tregua. Invoquemos a Diógenes de Sinope y destaquemos de entre nosotros a los más valientes, a los más dinámicos, a los más capaces y dialectos de la profesión, para que se oiga su voz, que es la nuestra, en Ayuntamientos, Diputaciones, Parlamento y Ministerios; para que ellos nos representen, ya que como un solo hombre todos hemos de votar por quien o quienes designemos y les podamos exigir en su día cabal cuenta de sus hechos y defensas en favor de todos y que para todos sea el maná amasado con nuestro esfuerzo.

Así es cómo únicamente saldremos de este incógnito.

MANUEL RUIZ GALÁN DE ZALDÓS.

SOCIEDAD ANÓNIMA CLAUSOLLES BAZAR MÉDICO Carretas, 35

Esta antigua y acreditada Casa ofrece a los señores Practicantes un gran surtido de artículos para **Cirugía, Higiene y Gomas** de las marcas más acreditadas y precios muy económicos. Especialidad en **medias de goma, pulverizadores, jeringas, sondas, termómetros clínicos, etc. etc.** En sus talleres se construyen con toda perfección **piernas y brazos artificiales, corsés, muletas** y toda clase de aparatos ortopédicos, bajo inspección facultativa. Suministros a Hospitales y Clínicas de **autoclaves, mesas de operaciones, estufas, aparatos electro-medicales, algodones, gasas, vendas** y todo lo concerniente a la cura antiséptica.

Ventas al por mayor y menor

NOTA.—Esta Casa hará una bonificación de importancia a los señores Practicantes que presenten el carnet de colegiado, en iguales condiciones que lo hace con los señores Médicos.

SECCION



LITERARIA

REMACHANDO

Qué doloroso es tener que estar repitiendo siempre las mismas o parecidas cosas. ¡Y qué triste!

Notarse uno las manos agudas, cansadas, las ideas doloridas y continuar remachando un día y otro sobre el mismo o parecido tema. Mariposeando alrededor de la verdad, pero sin volar rectamente a ella.

Bucear hasta el fondo—existirá también subfondo—de nuestro cerebro en busca de nuevos y jugosos pensamientos y regresar después con los de ayer, con los de siempre. Los eternos y constantes tópicos abarquillados manoseados y sucios ya de tanto uso. Como los naipes de una baraja intelectual con la cual hemos jugado ya muchas partidas.

Y eso que algunos pretenden disimular su fracaso vistiendo sus viejas ideas con nuevas combinaciones—vinos viejos en odres futuros—para que a posteriori al lector amigo le parezcan otros.

Vieja elegancia de viejo malabarista del lenguaje, pero cuyos trucos nos son ya harto conocidos.

Como si a falta de grandes partidas, que contrario siempre los hubo, hubiese quedado sobre la mesa camilla de su alma haciendo modestos solitarios. Pero con bufanda al cuello y cigarrillos de setenta.

O de otra forma; el tableteo del Morse de su sustancia gris no supo lograr una imaginación interpretativa que pudiese traducir los signos que le enseñaron a leer.

Ni interpretativa ni creadora.

¡Una pena!

Y naturalmente se puso a inflar cuartillas afirmando que Recine siempre tuvo más razón que Shakespeare, o se perdió en obscuras laberínticas divagaciones metafísicas acerca del puro significado de los treinta y dos signos de la belleza búdica.

De todas formas, eternos emborronadores de cuartillas con tinta de café con leche.

Que en el epílogo de su peña de café, su estilográfica se fué llenando de prosaica palabrería de tertulia.

Que tendría disculpa si la hubiese cargado en tinta de interrogantes, que es futuro. ¡Verdad, amigo Trápaga!

Pues ni eso.

Será porque el hombre tiene miedo a confesarse a sí mismo.

A palparse interiormente y encontrarse hueco. Esto es, des-ha-bi-ta-do.

Y no es que les resultase difícil charlar sobre un tema, casi sería entretenido el buscar una solución al punto problema, pero es que acaso no podrán enfocar hacia un lugar determinado teniendo muchas cosas de qué hablar, muchos caminos que recorrer o volver a recorrer, muchos puntos que contraatacar, que lógicamente no consiguieron nunca fijar o clavetear un sistema.

Y fijar un sistema, ¿no es crear una personalidad?

Claro que lo difícil para todo el mundo es tener que «RECREARLA» cuando ya se tenía perfectamente deslindada y clara.

Que su fe y su trabajo quedó traspapelado en instancias y revistas.

Y no los quisieron leer.

Y ahora es doloroso el tener que estar remachando.

Doloroso y monótono.

Por eso los artículos se tendrán que hacer largos y agudos como un silbido de protesta. Noviembre, 1935.

ALFREDO JUDERÍAS.

No hay libro tan malo que no tenga algo bueno.—Cervantes.



Acta de la primera sesión de Junta Consultiva verificada en Madrid el día 13 de diciembre de 1935.

Se da principio, a las diez y media de la noche, con asistencia de los Colegios de Córdoba, Valladolid, Burgos, Sevilla, León, Madrid, Guipúzcoa, Cataluña, Huesca, Pontevedra, Teruel, Jaén, Palencia, Almería, Toledo, Guadalajara, Zamora, Albacete, Badajoz, Ciudad Real, Cáceres, Valencia, Castellón, Logroño, Avila, Segovia, Cuenca, Zaragoza, Coruña, Soria, Navarra y Santander.

El Presidente del Comité, después de saludar efusivamente a los Colegios que asisten a la Junta Consultiva, hace constar que, creyendo interpretar estrictamente el artículo 16 del Reglamento de la Federación, el Comité no ha aceptado delegación de los Colegios en compañeros ajenos a los Colegios respectivos. Expone al juicio de la Junta esta decisión para que se manifieste en pro o en contra, y la Junta la aprueba por unanimidad.

Se procede a elegir la Comisión Revisora de Cuentas, y son elegidos los Colegios de Huesca, Madrid, Jaén, Almería y Toledo.

En el segundo punto del Orden del día, el Presidente del Comité Ejecutivo comienza a dar cuenta de las gestiones realizadas por éste a partir del mes de junio de 1934 hasta la fecha.

Los Colegios de Valladolid y Sevilla hacen preguntas al tratarse del asunto que se refiere a la elección de Vocal en la Junta Superior Consultiva de Contribución Industrial.

Con relación a la disposición del Reglamento de Policía Minera, que obliga a la existencia de practicantes en las enfermerías de las minas, nos hace otra pregunta Santander, que es contestada satisfactoriamente.

El Colegio de Pontevedra hace una pre-

gunta relacionada con los practicantes de barcos de pesca y expone su criterio en este punto. A propuesta suya se acuerda que el Comité gestione la obligación de llevar practicante en el barco-hospital que se proyecta para acompañar a las flotas pesqueras. El Colegio de Guipúzcoa aporta indicaciones a esta misma gestión.

Sobre la disposición de Instrucción Pública de 1934 (incompatibilidad del ejercicio de las profesiones de médico y practicante simultáneamente) intervienen los Colegios de Córdoba, Cataluña, Valencia y Logroño.

Cataluña solicita que especialmente se le tenga al tanto de la marcha que siga el recurso contencioso-administrativo incoado por determinados practicantes-médicos, a quienes perjudica la disposición citada por tener el Colegio de Cataluña caso semejante.

Valencia pregunta por la situación de una instancia dirigida por este Colegio al Ministerio de Instrucción Pública en este sentido, y es contestado por el Comité, a quien ruega que insista nuevamente sobre la inmediata resolución de dicha instancia.

Valladolid plantea otro caso afectado por esta cuestión.

Sevilla ruega que se intensifique la resolución de su instancia.

Cáceres manifiesta adherirse a la gestión del Comité Ejecutivo en lo relacionado con el recurso contencioso-administrativo, ya que por circunstancias especiales no pudo hacerlo a su tiempo.

Castellón, por su parte, hace presente la actuación favorable del Colegio de Médicos de aquella provincia en todo lo que se refiere

a esta cuestión. El Comité ratifica su propósito de procurar por que esta disposición se cumpla en toda su extensión.

En la exposición de lo relacionado con los Comités de enlace de clases sanitarias, el Colegio de Córdoba solicita se gestione del Central estimule al de aquella capital para que se organice y funcione, lo que en ningún momento ha realizado.

Almería hace varias manifestaciones sobre este asunto y pregunta por qué no se ha verificado la anunciada Asamblea Nacional de Clases Sanitarias.

El Comité le contesta a este respecto detalladamente. El Colegio de Jaén da cuenta del funcionamiento del Comité de enlace de aquella provincia, como asimismo lo hace el de Valladolid.

Pontevedra hace presente la absoluta inactividad del de esta provincia, y Zamora se lamenta de la actuación pasiva del Comité Central, dejando a salvo la intervención en el mismo de los representantes de la clase.

Se da cuenta del desarrollo de la preparación y aprobación del Reglamento de practicantes de Asistencia pública domiciliaria, e intervinen los Colegios de Zaragoza, Avila, Segovia, Burgos, Valladolid, Cataluña, Cuenca, Córdoba, Cáceres, Almería y Castellón, pro-

poniendo este último un voto de gracias para el Comité por su actuación en todo lo relacionado con este asunto.

A propósito de la Comisión nombrada para estudiar las dificultades de aplicación de los Reglamentos derivados de la Ley de Coordinación Sanitaria, el Colegio de Almería da cuenta de una circular-cuestionario remitida por dicha Comisión a las autoridades provinciales y Colegios profesionales, y recomienda que el Comité Ejecutivo se dirija a los de Practicantes para que éste influya en autoridades y demás Colegios en el sentido de que la contestación de esto sea favorable a nuestros intereses.

Al dar cuenta el Comité Ejecutivo de sus gestiones en pro de la creación del Cuerpo de Practicantes en las Compañías de Guardias de Asalto y Seguridad, Cataluña propone se hagan extensivas estas gestiones para crearlo en la Guardia civil. Sevilla solicita se amplíen al Cuerpo de Carabineros.

Se acuerda que la Comisión Revisora de Cuentas se reúna el día 14, a la una de la tarde, y se levanta la sesión, para reanudarla dicho día, a las tres.

El Secretario general, *José Saavedra y Morales*.—El Presidente, *Antonio Sánchez García del Real*.

Acta de la segunda sesión de Junta Consultiva verificada en Madrid el día 14 de diciembre de 1935

Se abre la sesión a las tres horas y cuarenta minutos. Santander pide que se continúe, dando cuenta de las gestiones del Comité.

El Presidente del Comité sigue exponiendo las gestiones de éste. Trata de la elaboración del Reglamento de los Institutos de Higiene, asunto en el cual manifiesta que el Colegio de Almería cooperó de manera activa. A continuación dice que el Colegio de Jaén ha nombrado socio de honor al Comité, lo que éste agradece. Manifiesta que el Presidente del Comité ha sido invitado por varios Colegios a dar conferencias, habiendo asistido con tal objeto al de Guipúzcoa, Vizcaya y Logroño, quedando agradecido a las atenciones tenidas con él y gratamente impresionado por el entusiasmo latente pro-clase, que pudo apreciar en dichas organizaciones.

Asistió asimismo al homenaje que en Albacete le fué tributado al Dr. Pérez Mateos.

También da cuenta de haber tenido que desempeñar el grato cometido de representar al Comité en el merecido homenaje que los com-

pañeros de Toledo hicieron al Presidente de dicho Colegio, compañero González Iniesta.

Refiere el acto celebrado en Castellón y el homenaje de que fué objeto por parte de dicho Colegio, quedando altamente reconocido a aquellos compañeros.

Manifiesta el sentimiento que le ocasionaba el no haber podido asistir a otros requerimientos por falta de tiempo.

Da cuenta de las felicitaciones recibidas de varios Colegios por las gestiones del Comité, lo que agradece en nombre de éste.

Advierte que la clase debe manifestar que ve con agrado sumo la actuación del Inspector de Almería por el celo que demuestra en el exacto cumplimiento de las leyes sanitarias, y pide se acuerde enviarle un oficio felicitándole. Se acuerda así por unanimidad.

Explica a seguido la satisfacción con que ve el Comité el auge de las Revistas profesionales. Manifiesta el desagrado con que el Comité vió cómo al margen de la organización vigente pretendían crearse otros organismos

pro-defensa de la clase, advirtiendo el Comité lo peligroso que sería el que precisamente ahora que los practicantes están unidos y disciplinados, y que gracias a esta unión se van consiguiendo éxitos evidentes, estas actitudes extrañas llegaran a encontrar ambiente en algunas organizaciones provinciales, dando con ello lugar a que la clase se desorientara y que precisamente en estos momentos tan críticos se llegara a una desmoralización.

Acerca de esta cuestión intervienen los Colegios de Valladolid, Sevilla, Santander, Cáceres, Córdoba y Logroño, manifestando que algunos habían recibido invitaciones procedentes de Badajoz en el sentido de que se adhiesen a la creación que se pretendía hacer de una Asociación de Practicantes titulares, invitación que todos rehusaron por entender que no debían acatar otras disciplinas que las emanadas de la Federación Nacional.

El representante de Badajoz dice que el intento de la creación de la referida Asociación fué obra exclusiva de unos cuantos individuos, pero que nunca tuvieron el asentimiento del Colegio, sino que al contrario, éste trató en todo momento hacerles desistir de su empeño.

Los reunidos se manifiestan unánimemente en el sentido de mantenerse cada vez más estrechamente unidos dentro de la Federación Nacional y hacer lo posible por evitar todo lo que pueda ser motivo de desunión dentro de la clase. Para mayor abundamiento en este punto Toledo hace constar que el Colegio de esta provincia, sin necesidad de nuevas organizaciones, con la exclusiva del Colegio, ha

logrado la reivindicación de sus practicantes de la Beneficiencia provincial, consiguiendo que aquella Diputación los haya asimilado, para todos los efectos, a oficiales administrativos.

Al dar cuenta el Comité del ruego llegado a éste de algunos Colegios para que les sean condonadas las deudas por cuotas federativas correspondientes a años anteriores al de la fecha, intervienen los Colegios de Sevilla, que pide se le reserve turno en el punto del Orden del día de ruego y preguntas para tratar de este asunto; y Almería, que propone se forme una Comisión que, teniendo a la vista las cuentas de la Federación, oiga a los Colegios interesados y dictamine acerca de su petición.

Después de breve discusión se aprueba la mencionada proposición y queda constituida la Comisión por los Colegios de Almería, Huesca, Santander, Valladolid y Palencia.

Al dar cuenta de la organización y funcionamiento de la Secretaría del Comité Ejecutivo, Almería propone que la Junta Consultiva dé un voto de confianza para que aquél lo utilice cuando sienta la necesidad de ampliar o reformar la organización de la Secretaría del Comité. Santander y Castellón se adhieren a la proposición de Almería, que es aprobada por unanimidad. Almería propone y se aprueba, se dé una gratificación al personal de Secretaría por sus trabajos extraordinarios con motivo de la confección de Fichero y Escalafón del Cuerpo de Asistencia pública domiciliaria. Así se acuerda.

(Continuará)

TALLERES PROPIOS

LA ORTOPEDIA MODERNA

GRAN CASA CONSTRUCTORA

APARATOS ORTOPEDICOS

CESAREO ALONSO

**ORTOPÉDICO DEL HOSPITAL MILITAR
Y DE OTROS CENTROS**

Fuencarral, 104 · MADRID · Tel.º 15.724

MEDALLA DE ORO
MADRID · BARCELONA · MADRID

GRAN PREMIO
SEVILLA · PARÍS · NIJME

PIERNAS Y BRAZOS
UNICA EN CORSES
DE CELULOIDE
MULETAS

GASAS Y ALGODONES
VENDAJES
FAJAS BRASILEROS
GOTIERAS
GOMAS



De la Gaceta.

Orden disponiendo que por la Subsecretaría de Sanidad se convoquen las oposiciones y concursos para proveer todas las vacantes existentes en el presupuesto de Sanidad vigente.

(«Gaceta», número 22.)

* * *

Decreto declarando en suspenso la aplicación de los de organización de los Servicios Centrales de Sanidad y Beneficencia, cuyas fechas se indican, y disponiendo continúe en vigor la organización existente con anterioridad a dichas disposiciones.

Artículo 2.º Continúa en vigor la organización existente con anterioridad a los referidos Decretos hasta que recaiga nueva y más meditada resolución, así como la Comisión permanente de investigaciones sanitarias el Consejo Superior Psiquiátrico y la Junta administrativa de fondos extrapresupuestarios, con la composición que anteriormente tuvieron restableciéndose los derechos y deberes de todos los funcionarios afectados, y las situaciones administrativas que anteriormente tuvieron, aunque con respecto a todas las legítimamente adquiridas en la vigencia de la organización que ahora se declara en suspenso, creadas definitivamente a virtud de resolución ministerial.

(«Gaceta», número 24.)

* * *

Ilmo Sr. : Habiéndose dispuesto por orden ministerial de 7 de enero corriente que por esa Subsecretaría sean convocados los concursos y oposiciones necesarios para cubrir las

plazas que actualmente se encuentran vacantes en los servicios sanitarios, y teniendo en cuenta que si bien existen para la mayor parte de los concursos preceptos reglamentarios a ellos aplicables, faltan en cambio normas restablecidas que rijan las oposiciones en general.

Este Ministerio, para subsanar la deficiencia señalada, ha tenido a bien disponer lo siguiente :

1.º Los tribunales que hayan de juzgar las oposiciones aun los ya constituidos que no hubieren comenzado los ejercicios, estarán siempre integrados por cinco miembros, ya sean éstos designados libremente o nombrados con arreglo a normas reglamentarias.

2.º En ausencia de programa y reglamento que figuren en la convocatoria de las plazas que hayan de cubrirse por oposición, los tribunales darán a conocer a los aspirantes, por lo menos con cuarenta y ocho horas de antelación los temas que hayan de ser desarrollados en los ejercicios.

3.º Siempre que en una oposición se realicen por los aspirantes ejercicios escritos, éstos serán leídos en sesión pública ante el Tribunal oficialmente constituido.

4.º En cumplimiento de lo dispuesto en la base sexta del artículo 3.º de la Ley de 1.º de agosto de 1935, los Tribunales no podrán, en ningún caso, ni bajo pretexto alguno, aprobar ni proponer a más aspirantes que los que comprenda el número de plazas que figure en la respectiva convocatoria.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos, Madrid 27 de enero de 1936, P. D. S.

Ruesta.—Señor Subsecretario de Sanidad y Beneficencia.

* * *

Excmo. Sr.: Por orden ministerial de 25 de mayo de 1935, publicada en la «Gaceta de Madrid» de 28 del mismo mes, se estableció que quedaban en suspenso todos los anuncios de concursos u oposiciones para provisión de plazas, de cualquier naturaleza, en los servicios de Beneficencia y Sanidad publicados con anterioridad al día 15 de mayo del año precedente 1934, por existir distintas clases de plazas vacantes, cuya provisión convocada en algunos casos en plazos ya muy lejanos en la citada fecha, sin que a la sazón hubiera tenido lugar la celebración de los concursos y oposiciones, lo que ponía de manifiesto, según la expresada disposición, que los servicios asignados a las plazas vacantes de referencia, necesitaban ser objeto del correspondiente reajuste.

Y habiendo desaparecido las causas que motivaron la suspensión establecida por la mencionada Orden ministerial, y siendo de imperiosa y urgente necesidad que las plazas a que la misma se refiere, se hallen provistas en propiedad en forma reglamentaria.

Este Ministerio, en armonía con lo expuesto, ha tenido a bien disponer que quede anulada la orden ministerial de 25 de mayo de 1935, referente a la suspensión de oposiciones y concursos anunciados con anterioridad a la fecha de 15 de mayo de 1934, para provisión de plazas correspondientes a los servicios de Sanidad y Beneficencia, y por consiguiente, que con la mayor rapidez posible se

proceda a la celebración de los concursos y oposiciones de referencia, para la provisión en propiedad de las plazas a que afectan.

Lo que comunico a V. E. para su conocimiento y efectos consiguientes.—Madrid, 24 de enero de 1936.—P. D. S. Ruesta.—Señor Subsecretario de Sanidad y Beneficencia.

II Congreso Internacional de Higiene Mental.

La Secretaría de la Liga Española de Higiene Mental ha recibido la siguiente comunicación del Comité Ejecutivo del II Congreso Internacional de Higiene Mental de París:

«Debido a las condiciones especiales en que se encuentra actualmente el mundo y al hecho de celebrarse en París, en 1937, una Exposición Internacional, que seguramente interesará a los asistentes al Congreso, éste, que debía celebrarse en julio de este año, ha sido aplazado hasta el mismo mes del año próximo.

Aún no se han fijado los días precisos del Congreso, pero se consideran como fechas probables de la inauguración el 19 o el 26 de julio de 1937.

La fecha exacta se comunicará oportunamente.»

Permuta.

Don Pedro Narbona y Fernández Cueto, practicante numerario de Asistencia Pública domiciliaria de la capital de Córdoba, desea permutar con uno de la misma categoría de Madrid, o provincia.

Para detalles dirigirse al interesado, señas: Claudio Marcelo, 4, pral. Córdoba.

PREPARACION PARA EXAMENES Y OPOSICIONES DE PRACTICANTES Y MATRONAS Por FELIPE SIMON Y PIMULIER

Ayudante de clases prácticas de la carrera de practicante en la Facultad de Medicina de Madrid, Ex-interno por oposición del Hospital General y maternidad provincial.

CLASES EN GRUPOS DE 10 ALUMNOS

APUNTES De 1.º y 2.º cursos. Son los únicos completos y con grabados intercalados en el texto adaptados a los actuales programas oficiales teórico y práctico y explicaciones del catedrático. No requieren comprar libros anejos. Precio 20 pesetas cada curso.

INFORMES-MATRICULA Y VENTA DE APUNTES En la academia ROQUE BARCIA 16 bajo (antes calle de S. Ildefonso, próximo a la Facultad de Medicina) o en Cardenal Cisneros, 76. Tel. 30743 de 2½ a 3½. Portería de la Facultad de Medicina y librerías médicas. Los programas oficiales de actualidad se facilitan gratis en los sitios indicados

ASOCIACIÓN MUTUO-BENÉFICA

SOCORROS QUE OTORGA LA MUTUO BENÉFICA A LOS SEÑORES ASOCIADOS

Socorros de enfermedad

Noventa días al año natural, los sesenta primeros a 5,00 y los treinta restantes a 7,50 pesetas.

Socorros de defunción

Al año 100 pesetas, aumentando 50 por año hasta el máximo, que es a los nueve años, 500 pesetas.

Socorros de inutilidad y vejez

A los quince años de la implantación de este socorro, o sea, en el año 1946.

Cuota mensual para los señores Mutuualistas: 3.00 pesetas.

Los señores Colegiados de nuevo ingreso, desde primero de enero de 1931, abonarán la cuota de entrada, ajustándose a la escala siguiente:

Art. 16. Hasta los treinta años, 10 pesetas; de treinta a cuarenta, 25 pesetas; de cuarenta a cincuenta, 100 pesetas, y de cincuenta en adelante, 250 pesetas.

Art. 17. Las dos cuotas superiores que establece el artículo anterior, podrá abonarse fraccionada en plazos mensuales a voluntad, pero no inferiores en cuantía a la dozava parte de cada uno, debiendo así estar satisfechas por completo, en el primer año como máximo.

Por la Junta de Gobierno, el Secretario,
Ricardo Ficher.

ASOCIACION MUTUO BENEFICA DEL COLEGIO OFICIAL DE PRACTICANTES DE MADRID

Relación de socorros devengados durante el mes de noviembre de 1935, por decenas.

Primera decena

D. Angel Vargas. del 1 al 10=10 50,00
50,00

Segunda decena

D. Angel Vargas. del 11 al 20=10 50,00
D.^a María del Pozo del 10 al 20=11 55,00
D. Joaquín Dguez. del 9 al 20=12 60,00
D. Jesús L. Ruiz. del 16 al 20= 5 25,00
D. Galo Blanco... del 9 al 20=12 60,00
D. Angel Barahona del 7 al 20=14 70,00
370,00

Tercera decena

D. Angel Vargas. del 21 al 30=10 50,00
D.^a María del Pozo del 21 al 30=10 50,00
D. Jesús L. Ruiz. del 21 al 30=10 50,00
D. Agtín. Cuenca. del 15 al 24=10 50,00
D. Joaquín Dguez. del 21 al 27= 7 35,00
D. Galo Blanco... del 21 al 23= 3 15,00

TOTAL..... 620,00

Ruego a los señores suscriptores de provincias que al hacer el giro correspondiente anuncien por carta detallando su procedencia y el número del giro, para facilitar la buena marcha de

LA ADMINISTRACION

análisis

de orinas, esputos, sangre, minerales, aguas, etcétera.

Laboratorio del Doctor E. ORTEGA

(Sucesor del Dr. Calderón)

Fundado en 1886

Carretas, 14

MADRID

Teléfono 16388