

II AÑO TRIUNFAL

Clínica Extremeña

REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

DE LA

PROVINCIA DE CÁCERES

U

ESTA REVISTA SE REPARTE GRATIS
A LOS SEÑORES COLEGIADOS

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
EL DOMICILIO SOCIAL DEL COLEGIO
SANCTI-SPIRITUS, 3 - TELEFONO, 282

PUBLICACION MENSUAL,
PROFESIONAL Y CIENTÍFICA

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN
LA JUNTA PERMANENTE DEL
COLEGIO MÉDICO

SUMARIO

SECCIÓN CIENTÍFICA: La anatomía del carcinoma del recto.—
SECCIÓN DE LEGISLACIÓN: Importantísima Orden del Gobierno General, nombrando nuevo Consejero General de Colegios Médicos.—Orden sobre sustituciones e interinidades de Médicos de A. P. D.—Carta del Jefe Superior de los Servicios de Sanidad.—Información Sanitaria.—Noticias.

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

—
1937

AMPOLLAS
ASMA BRONQUIAL • ESTADOS
ALÉRGICOS • HIPOTONIAS • ETC

COMPRIMIDOS
ASMA BRONQUIAL • CORIZA
ESPASMÓDICO • ASTENIA

JARABE
BRONQUITIS • TOSFERIMA
ASMA BRONQUIAL •



**DE EFEDRA
ESPAÑOLA**

EFEDRINA ESPAÑOLA

HISPANOFEDRINA



**LABORATORIOS JUSTE • MADRID • FRANCISCO NAVACERRADA 3 • HOTEL
A PARTADO DE CORREOS 9030**

Laboratorio «CASTEL»

ANALISIS CLINICO BACTERIOLOGICO Y SEROLOGICO

Sangre y Líquido Cefalorraquídeo.



Orina, Esperma, Esputos.

Contenido gástrico.

Líquido duodenal.

Heces, Líquidos retirados por punción.

Exudados. Leche de mujer.



Pruebas funcionales renales.

» » hepáticas.

» » del aparato digestivo.

» » de la nutrición.



Análisis químico y biológico de alimentos (incluyendo vitaminas).

Análisis de Agua.

Facilitamos material estéril para recogida de sangre y productos patológicos a quien lo solicite.

“GADOL” CASTEL

Insustituible en caso de Ganglios, Infartos ganglionares, Manifestaciones escrofulosas, Linfatismos, Tuberculosis, etc.

Muestras gratis a los señores Médicos que la soliciten

PLAZA MAYOR, 37 — TELÉFONO, 108
CACERES

PALUDISMO

LAVERANSAN

Poderece contra fiebres palúdicas, tónico, aperitivo y reconstituyente

COMPOSICION. Cada pílđora Laveransan contiene:

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

Caja de 40 pílđoras, pesetas 6'50

Muestras a disposición de los señores Médicos

LABORATORIO BAZO

RIBERA DEL FRESNO (BADAJOZ)

LUIS INFANTE

Médico especialista en

GARGANTA, NARIZ Y OIDOS

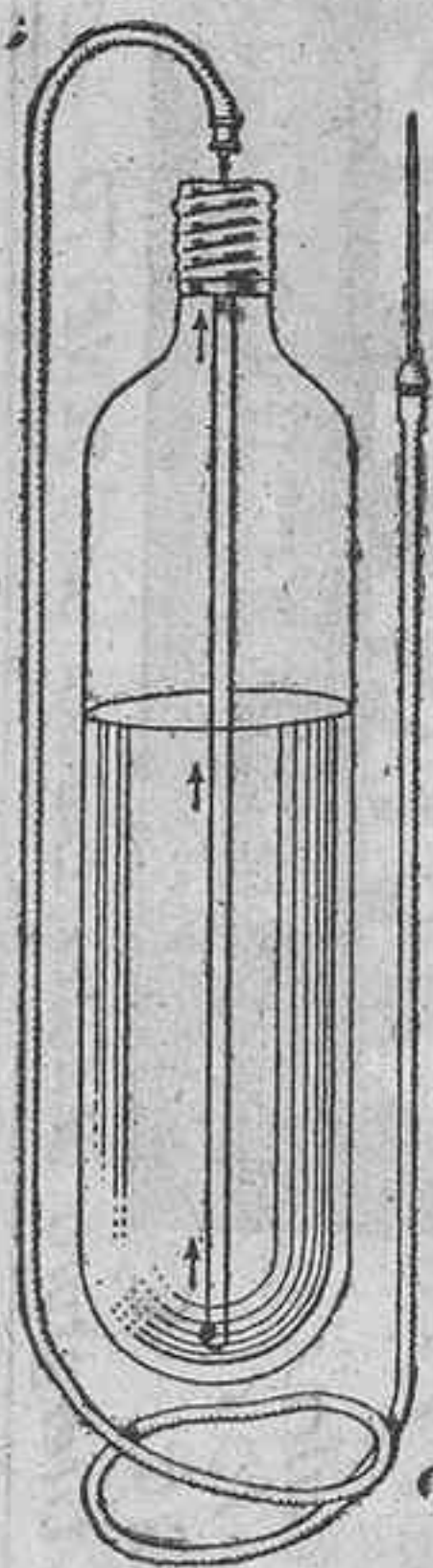
Consulta de 10 a 1 y de 5 a 6

Plaza Mayor, 49, 3.º - CACERES

Ampollas Autoinyectables

“AUTOMARTIN”

Francisco Navacerrada, 47 - MADRID - Teléfono, 50613



AMPOLLAS AUTOINYECTABLES (Patentadas) DE SUEROS ARTIFICIALES, HAYEM, GLUCOSADO, BICARBONATADO, RINGER DENOMINADAS «AUTOMARTIN» (Nombre registrado)

Nota de precios para el público (timbres incluidos)

Ampollas de	50	100	200	300, c. c.	
Suero Hayen.	3,70	4,70	6,30	6,60	Pts
Id. Glucosado	4,70	5,00	6,80	7,60	»
Id. Ringer.	4,70	5,00	6,80	7,60	»
Id. Bicarbonatado.	4,70	5,00	6,80	7,60	»

AMPOLLAS SIN APARATO INYECTOR UNA PESETA MENOS POR EJEMPLAR.

LAS AMPOLLAS «SIN APARATO INYECTOR» son para aquellos casos en que a un mismo enfermo, sea necesario inyectarle suero más de una vez. Adquiriendo el cliente el primer ejemplar «AUTOMARTIN» CON APARATO INYECTOR, éste, sirve para usar las demás ampollas de «SIN APARATO INYECTOR».

Es potestativo de los señores Farmacéuticos admitir o no la devolución de las ampollas vacías. EL LABORATORIO B. MARTIN, abonará por dichos envases, los siguientes precios.

Ampollas de	50	100	200	300, c. c.	
	0,40	0,50	0,55	0,85	Ptas.

Los gastos de devolución, son de cuenta del Farmacéutico remitente.

NOTA.—DE NO HACERNOS INDICACION ALGUNA, EFECTUAREMOS LOS ENVIOS «CON APARATO INYECTOR»

BOROLUMYL

FORMULA: TARTRATO BORICO POTASICO, FENIL-ETIL-MA-LONILUREA, CAFEINA, BELLADONA ETC.

INDICACIONES

EPILLEPSIA

VOMITOS DEL EMBARAZO
ECLAMPSIA, COREA
HISTERISMO Y OTRAS AFECCIONES DEL SISTEMA NERVIOSO

GRAJEAS DE

YODUROS BERN-K.Y.NA.

SIN YODISMO

Dosificadas a 25 Centigramos

Tratamiento Científico y Radical de las.

VARICES, FLEBITIS

Hemorroides y Atonías de los vasos por las

GRAJEAS DE

VARI-FLEBOL

FORMULA: HAMAMELIS, CUPRESUS, CASTAÑO DE INDIAS, CITRATO SODICO TIROIDES, HIPOFISIS, CAP. SUPRARRENALES ETC

Dirigirse para muestras y Literatura al Autor: LABORATORIO BENEYTO MADRID

II AÑO TRIUNFAL

Clínica Extremeña

Revista científica mensual

UNA PATRIA :: UN ESTADO :: UN CAUDILLO

UNA PATRIA: ESPAÑA UN CAUDILLO: FRANCO

Sección Científica

TRABAJOS TRADUCIDOS

La anatomía del carcinoma del recto y su modo de extensión

Por el Profesor Dr. OTTO GOETZE

Director de la Clínica Quirúrgica de la Universidad de Ealangen y de la Clínica Internacional, Tunbridge Wells, Inglaterra

«The Medical Press and Circular», Londres, 4 de Marzo de 1935

Traducido especialmente para CLÍNICA EXTREMEÑA por E. A.

O'Ferrall

I. CARACTERES ANATOMICOS GENERALES DEL CARCINOMA DEL RECTO.—El término «Carcinoma rectal» significa para el cirujano una afección típica que implica un problema quirúrgico definido. Referente a este problema y la forma de operación que ha de efectuarse con el objeto de extirpación, es preciso definir la extensión de los que incluimos en el término «recto».

“CEREGUMIL” FERNANDEZ Y CANIVELL

ALIMENTO COMPLETO VEGETARIANO

Insustituible en las intolerancias gástricas y afecciones intestinales

Fernández y Canivell. - Málaga

Representante en Extremadura: **Francisco Cruz Quirós. - Cáceres**

En el presente trabajo he incluídos todos los casos de carcinoma desde el ano hasta la porción inferior del sigmoidees como carcinoma rectal y que precisan la típica operación para dicho mal (abdomino-sacro o puramente sacro) incluyendo los carcinomas profundamente asentados en el sigmoidees que no pueden extirparse por vía abdominal, o sólo excepcionalmente.

Macroscópicamente, y del punto de vista descriptivo, pueden distinguirse los siguientes grupos:

1. PRIMARIO.—Originado en el epitelio estratificado y *Secundario* originado en las glándulas de la membrana mucosa.

CARCINOMA ANAL.—Esta forma está situada primariamente por bajo de la vaina protectora de la fascia visceral pélvica y el diafragma de la pelvis, o secundariamente, puede haber penetrado estas fascias desde abajo. Esta forma tiene una gran tendencia hacia el crecimiento infiltrativo, a la invasión de la piel y de las glándulas inguinales y a la recurrencia local. Forma un 5 por 100 de los casos de carcinoma rectal y exige tratamiento mediante la excisión del recto.

2. CARCINOMA DE LA AMPOLLA INFERIOR.—Esta forma incluye aquellos casos cuyo borde inferior está situado a unos 5 centímetros del margen palpable superior del esfínter. Constituye esta forma aproximadamente un 20 por 100 del total de casos de carcinoma rectal y también exige la excisión a pesar de su situación por encima del diafragma pélvico.

3. CARCINOMA DE LA AMPOLLA SUPERIOR.—Esta forma, en la cual el margen no está tan distanciado como en el segundo grupo, incluye aproximadamente un 40 por 100 de los casos. Permite la retención del esfínter. Tanto la forma alta de carcinoma de la ampolla como la baja están expuestas a desintegración sero-saniosa, a hemorragia y a causar anemia, proctitis o intoxicación. También forman adhesiones inflamatorias con los tejidos adyacentes. La extensa infiltración carcinomatosa de las glándulas linfáticas retro-rectales es corriente en ambos de dichos grupos.

4. CARCINOMA COLO-PELVICO Y SIGMOIDEO DE PROFUNDA ASENTACION.—Este grupo incluye el resto de los casos de carcinoma rectal. En esta forma se presenta la estenosis relativamente temprano y así conduce a la intervención cuando las glándulas linfáticas regionales están relativamente poco afectadas. Las señas de ulceración e intoxicación son mucho menos pronunciadas como también la formación de adhesiones inflamatorias y complicaciones urológicas directas. Los músculos elevadores pueden preservarse completamente de manera que la continuación de las heces se mantiene bastante bien.

Todavía es preciso comentar varios factores quirúrgicos importantes. El margen de muchos carcinomas rectales está cu-

bierto con membrana mucosa normal, ya que el tumor se extiende mayormente en la submucosa. Por esta razón una excisión exploradora da a menudo sólo resultados ilusorios. La forma de la mayoría de los carcinomas rectales es la de una úlcera relativamente poco profunda. Sin embargo, las formas polipoideas no son infrecuentes; éstas se desarrollan en forma de polipos llanos, hemisféricos o pediculados, y demuestran todas las etapas de transición desde adenoma benigno hasta el carcinoma definitivo. El carcinoma puede tardar muchos años en manifestarse, aun cuando el polipo haya llegado al tamaño de una manzana y representa todos los signos de un carcinoma definitivo. Son éstos los tumores que ocasionalmente, a pesar de negarse el enfermo a someterse a una operación, no causan alteraciones de salud durante muchos años y desacreditan nuestro pronóstico quirúrgico; pero al fin se vuelven carcinomatosos.

La estructura histológica de las diferentes formas de carcinoma es comparativamente sin importancia del punto de vista de la cirugía práctica. El carcinoma coloideo, sin embargo, parece poseer una malignidad local especial. El tamaño de un carcinoma rectal no tiene, en principio, influencia sobre la extensión carcinomatosa local ni sobre la metastasis regional o remota. Un punto de mayor importancia es si ha penetrado la pared protectora de la fascia visceral pélvica; en cual caso se extiende hacia atrás al sacro, hacia adelante de la próstata y la vejiga, hacia arriba el peritoneo y hacia abajo a la fosa isquio-rectal. Estas extensiones carcinomatosas no son tan frecuentes como generalmente se supone; en la gran mayoría de los casos son adhesiones inflamatorias.

Sin embargo, es preciso tener en cuenta que, en términos generales, con el tamaño anatómico del carcinoma y la duración clínica del mismo, o aumente el peligro de metastasis o el pronóstico empeora por otros motivos.

Es una regla reconocida en la operación típica del cáncer, que el tumor primario junto con las glándulas linfáticas locales, y otras extensiones dentro del tejido sano, han de extirparse en un solo bloque. Esta proposición es especialmente difícil en el carcinomarectal porque la extensión local no puede determinarse suficientemente ni durante la operación ni antes de ella. Por esta razón estamos obligados a instituir un plan de operaciones en casos individuales, según los conocimientos generales que hemos adquirido del material patologo-anatómico. Este material sin embargo, presta poca ayuda, porque como regla general, se refiere sólo a casos avanzados. En todos los casos de carcinoma rectal necesitamos saber la extensión anatómica del mal en el momento en que se inicia el tratamiento quirúrgico. Los enfermos de cáncer generalmente van a la clínica quirúrgica debido

a la presencia de un cierto grupo de síntomas que no varía dentro de límites muy amplios y estos síntomas corresponden al desarrollo patólogo-anatómico, el cual tampoco varía mucho.

En la Clínica Quirúrgica de Erlangen hemos preservado el material extirpado en 85 por 100 de los casos de cáncer que habían sufrido una o más operaciones radicales, (exceptuando un 5 por 100 que se negó a someterse a intervención).

Estas preparaciones han sido examinadas por mi colega, el profesor Westhues, mediante métodos nuevos (véase su monografía «Die pathologisch-anatomischen Grundlagen der Chirurgie des Rectum-Carcinomas», publicado por Geirg Thieme, Leipzig, 1934). De los resultados de sus exámenes y comparándolos con datos operatorios y clínicos, concluye él que el carcinoma rectal es de lento desarrollo local y se mantiene durante largo tiempo dentro de ciertos límites, especialmente en las fascias viscerales pélvicas y por consiguiente susceptible de operación local, radical mucho más tiempo que lo que generalmente se supone.

II EXTENSION DE CARCINOMA RECTAL EN LA PARED INTESTINAL Y SU VECINDAD.—Durante su extensión, generalmente lenta, en la pared intestinal puede el carcinoma llegar a una longitud de 10 centímetros. También puede desarrollarse en dirección circular y puede formar anillos alrededor del lumen intestinal. Ramificaciones cancerosas microscópicas por encima o por bajo de la pared intestinal tienen poca importancia quirúrgica. Infiltraciones cancerosas intramurales de las partes de la pared intestinal que no son visibles microscópicamente pocas veces tienen una extensión mayor a uno o un centímetro y medio. Según estas importantes observaciones la línea inferior de separación del intestino no precisa estar más de 3 centímetros distante del margen visible o palpable del carcinoma. Con el fin de conservar el esfínter y sus funciones muy deseable, cuando no existen contraindicaciones, sacrificar libremente el intestino por bajo del carcinoma.

Si el carcinoma penetra transversalmente a través de la pared intestinal se extiende en la forma de ramificaciones o forma tejido conectivo o metástasis de la glándula linfática, primero en la grasa perirrectal y los tejidos conectivos que rodean la ampolla rectal en forma de anillo y hacen el lumen intestinal excéntrico más adelante. Todas estas metástasis regionales se encuentran casi exclusivamente detrás de las ramificaciones de la arteria hemorroidal superior en el tejido retao-rectal, que está cerrado externamente por una vaina fascial, las fascias viscerales pélvicas. Esta formación en forma de vaina está fortalecida por detrás y por bajo por el músculo elevador, y por encima, anteriormente y lateralmente, por la capa peritoneal del intestino.

La fascia visceral pélvica forma una barrera anatómica, la cual del punto de vista operatorio es de gran importancia, porque en el cáncer rectal no es penetrada hasta que el tumor está muy avanzado. La inmovilidad del carcinoma rectal palpable es casi siempre debida a complicaciones inflamatorias y por consiguiente esta condición no es adecuada para la operación radical de extirpación. La exactitud de esta observación se comprueba durante operación en casos individuales por la facilidad con que se separan las adhesiones inflamatorias comparadas con las proliferaciones cancerosas. Si en la operación se encuentra que estas últimas son duras y difíciles de separar es fácil en plena vista (y en la operación sacra) quitar el útero y la vagina si lo es necesario. De la misma manera pueden extirparse las vesículas seminales y los conductos espermáticos. Si la prostata parece estar afectada, puede extirparse su mitad posterior por enucleación, cuidando de no abrir la uretra. Aquí tiene que hacer alto la operación quirúrgica.

La penetración descendente del carcinoma rectal a través de la fascia visceral pélvica (que está firmemente fijada al intestino mediante un anillo en forma de embudo,) que es tan desfavorable para el pronóstico, debe esperarse cuando el margen inferior del carcinoma se aproxima a 3 centímetros del esfínter. La penetración ascendente puede establecerse directamente después de abrir la cavidad abdominal por el tacto y la inspiración de saco de Douglas.

III. METASTASIS LOCAL DEL CARCINOMA RECTAL EN LAS GLANDULAS LINFATICAS Y METASTASIS REMOTO.—La metastasis regional del carcinoma rectal ha sido aclarada por Westhues mediante el método de iluminación, por el cual los tejidos se hacen transparentes y los metastasis individuales quedan visibles a simple vista. El número de conductos linfáticos presentes y que tienen que ver con la propagación de material canceroso, es notablemente grande (ocho conductos principales).

Verdaderamente, sin embargo, y con muy pocas excepciones solamente son utilizados aquellos conductos linfáticos que corren desde arriba al mesenterio de la arteria y la vena hemorroidal superior y cuya fuente se extiende hasta cerca del ano. Westhues expresa la opinión que todas las glándulas linfáticas infiltradas con cáncer en todas las formas y localizaciones de carcinoma clínicamente rectal se encuentran sólo al nivel del tumor o por encima del mismo en dirección oval (no en dirección anal) y sólo en la región de la arteria hemorroidal superior, y también sólo de 10 a 12 centímetros por encima del carcinoma disminuyendo desde arriba; también permanecen dentro de la vaina de la fascia visceral pélvica. Esto constituye una proposi-

ción anatómica de importancia fundamental en la cirugía y con una adecuada operación coloca el pronóstico en luz mucho más favorable que lo que ha aparecido hasta ahora.

El número de glándulas linfáticas retro-rectales entre las preparaciones era de 25. Naturalmente no son todos casos ya carcinomatosos, pero sólo en un 20 por 100 de nuestro material estaban los carcinomas rectales extirpados enteramente libres de metastasis.

La regla de Westhues aplica tanto a los raros casos de carcinoma anal primario sino también a los más frecuentes de carcinoma anal secundario, y no se altera cuando las glándulas linfáticas centrales ya están cancerosas. Los esquemas de metastasis a menudo publicados en la literatura moderna, son impugnados por Westhues pues sólo se demuestran anatómicamente por inyección, etcétera, y no corresponden a los conductos linfáticos utilizados por el cáncer. También la frecuencia de metastasis cancerosos en el paraproctio y por consiguiente en la región de la arteria hemorroidal central, observada por Mandl, no quedó confirmada por Westhues en sus investigaciones de nuestro material más grande.

Naturalmente, en los casos avanzados se presentan excepciones a la mencionada regla referente a la distribución de las metastasis en las glándulas linfáticas regionales. Nuestras indicaciones para la intervención quirúrgica no pueden ni deben dejarse alterar por éstas, pues no se puede hacer un diagnóstico individual de la extensión del carcinoma rectal más allá de la pared intestinal y especialmente en las glándulas linfáticas. Nuestras indicaciones para la operación y para determinar los límites de extirpación están fundadas primeramente en los conocimientos generales de la distribución anatómica existente en el momento de los síntomas que impusieron la operación, obtenida en la manera ya descrita. Metastasis manifiestamente mayores (es decir: diagnósticables en vida antes de operación) en el hígado, peritoneo, pulmones y sistema esquelético no son la regla. Si se encuentran en la operación, su desarrollo no es demasiado avanzado y la condición general del enfermo es buena, no las consideramos como contraindicación a la operación radical local del carcinoma rectal. No podemos dar aquí razones más detalladas por estas operaciones paliativas.

El examen histológico de las preparaciones extirpadas sobre la invasión de las venas por el carcinoma no permitió sacar útiles conclusiones pronósticas con referencia a la presencia de metastasis del hígado, etc.

IV. EL ORIGEN POLIPOIDEO DEL CARCINOMA RECTAL. — El génesis del cáncer rectal, es decir, el problema del desarrollo polipoideo, es de considerable importancia, aunque

no de tanta como la extensión local del carcinoma rectal para determinar los límites de extirpación. Westhues, con muy buenas bases, ha sugerido la probabilidad de que el carcinoma rectal se desarrolle en un recto predispuesto, y de que esta predisposición consiste en la preseneia de polipos blastomatosos, o bien sencillos o múltiples, de los cuales se desarrolla el carcinoma en la mayoría de los casos. En algunos casos se puede demostrar ésto, cuando dichos polipos blastomatosos señalan todas las transiciones desde formas relativamente benignas hasta el cáncer maligno. Naturalmente los polipos no blastomatosos corrientes (polipos inflamatorios, hiperplasias, pólipos seniles, etc.), no tienen ninguna relación con este proceso.

Es imposible encontrar un carcinoma rectal en el cual pueda aceptarse un origen no polipoide con algún grado de probabilidad; un carcinoma rectal de menor tamaño que una judía, no se observa jamás sin la presencia de restos polipoideos. Por otra parte, en muchos polipos de tamaño de un guisante o una habichuela, pueden encontrarse focos cancerosos o degeneración precancerosa. Cuando, por consiguiente, los carcinomas menores se encuentran en pólipos y los menores carcinomas sin restos polipoideos sólo se encuentran cuando ya han llegado a cierto tamaño, la probabilidad del origen polipoide de todas las formas de carcinoma rectal parece estar bien basado. También están de acuerdo los polipos y los carcinomas en sus sitios predilectos, recto y sigmoides.

Del punto de vista de la cirugía práctica, la conclusión que ha de sacarse de estas observaciones es, que, cuando posible la porción del intestino inmediatamente por encima de la región usual del carcinoma rectal y que además es reconocida como el sitio predilecto de los polipos, debe extirparse cuando las condiciones permiten dar tal extensión a la operación.

V. LOS LIMITES DE EXTIRPACION.—De la descripción anterior del carcinoma rectar y su típico modo de extensión local, resulta que, a pesar de un diagnóstico clínico defectuoso de las más importantes condiciones necesarias para una operación radical, podemos, sin embargo, anticipar un resultado favorable de la operación, cuando utilizamos los signos clínicos en conjunto con un conocimiento definitivo de las condiciones anatómicas. En el carcinoma rectal sin complicaciones, la típica preparación extirpada consiste de un gran trozo de recto, del tejido conectivo y graso circunstante, con su contenida glándula linfática y la baina protectora de la fascia visceral pélvica o peritoneo respectivamente. El extremo del intestino debe estar por lo menos 3, pero preferiblemente 5 centímetros por bajo del carcinoma, y en vista de la predilección de los pólipos por esta región, cuando sea posible, llegará hasta el centro del sigmoide.

Todo el tejido perinectal y especialmente el retro-rectal debe permanecer inseparablemente fijo al intestino y llevar consigo la baina protectora de la fascia visceral pélvica.

Las glándulas linfáticas sospechadas de afección carcinomatosa están situadas en las ramificaciones de la arteria hemorroidal superior, como uvas al rededor de su tayo; en verdad, una correcta preparación de extirpación puede ser comparada a un racimo de uvas metido dentro de una baina protectora opaca. Se tendrá cuidado de no lesionar dicha baina protectora durante la operación. Los tayos de las uvas sólo se hacen visibles cuando las mismas están expuestas. Así que, durante la operación, la región de glándulas linfáticas sospechadas no debe invadirse para exponer las ramificaciones de la arteria hemorroidal superior. La preparación deberá mostrar sólo el tronco dividido y ligamentado de la arteria hemorroidal superior por encima del origen de la arteria sigmoidea. (Punto crítico de Ludeck).

Tales preparaciones patólogo-anatómicas de extirpación radical, fueron obtenidas por la típica operación abdomino-sacra de Kuenu y otros igualmente completos por el método sacro modificado que empleamos en la clínica quirúrgica de la Universidad de Erlangen.

El detalle esencial de este método es, que después de la extirpación del coccix en la línea de Bardenheuer, detrás de la fascia visceral pélvica, y extendiéndose hacia arriba hasta un poco por encima del promontorio, se abre el saco de Douglas en sus costados derecho e izquierdo desde atrás, el tronco de la arteria hemorroidal superior se divide al nivel del promontorio. (Es decir, encima del punto crítico de Ludeck). Por este método se obtiene mejor visualización para la separación del mesosigmoide y la separación del intestino desde arriba hacia abajo.



A AYUDAD A LA INDUSTRIA QUÍMICA NACIONAL RECETAD PRODUCTOS ESPAÑOLES



UVAS VITAMINADAS «ESCOLAR».
Jarabes, Vinos Medicinales, Granulados, Inyectables de todas clases y AGUA OXIGENADA NEUTRA y MEDICINAL a DIEZ VOLÚMENES =

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

EL LABORATORIO QUÍMICO-FARMACÉUTICO de G. ESCOLAR, Sucesor de J. G. Espinar, aca-

Calle Sánchez Perrier, núm. 3.—Apartado de Correos, 46. — **SEVILLA.**



Sección de Legislación

Importantísima orden del Gobierno General, nombrando nuevo Consejo General de Colegios Médicos y robusteciendo la autoridad de éstos

«Llegado el momento de reorganizar el Consejo General de los colegios oficiales de Médicos, por hallarse parte de sus componentes en zona aun no liberada y siendo indispensable, ínterin no se establezca otra organización corporativa que lo sustituya, mantener este organismo profesional al objeto de que colabore activamente con este Gobierno General en la solución de los distintos problemas profesionales que le están encomendados y que requieren urgentemente una orientación justa y razonable, he tenido a bien disponer:

1.º Que dicho Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos, quede constituido como sigue: Presidente, don Enrique Suñer Ordóñez; Vicepresidente, don Manuel Iñigo García; Vocales, don Lorenzo Barcia Fernández, don José Luis Durán Sousa, don Angel Abós Ferrer, don Victoriano Juaristi, don Marcelino Gavilán, Bofill, don Benigno Oreja, don Tomás Rodríguez López; y Secretario, don Saturnino García Vicente.

2.º La función que se encomienda por la presente Orden a dicho Consejo, consistirá:

a) En estudiar la organización y funcionamiento de la Previsión Médica Nacional en las provincias de la España Nacional y en aquellas otras que en lo sucesivo se vayan liberando.

b) En estudiar igualmente la reorganización de los Colegios Oficiales de Médicos, para que éstos cumplan fielmente el cometido que tienen asignado por los Estatutos, aprobados por Real Decreto de 27 de Enero de 1930.

c) Puntualizar soluciones para los múltiples y variados problemas que afectan a los Médicos, cuidando muy especialmente el relativo al aspecto deontológico de la profesión.

3.º El Consejo General de los Colegios Médicos deberá presentar ante este Gobierno General, el resumen de los trabajos que se les encomiende en el plazo máximo de tres meses, por lo que se refiere a la Previsión, y en el de seis para el de los Colegios, para dictar a la vista de los mismos la resolución que proceda.

Valladolid, 29 de Julio de 1937.—El Gobernador General, Luis Valdés.

Interesantísima Orden sobre sustituciones e interinidades de Médicos de A. P. D.

En el Boletín del Estado del 28 de Agosto de 1937 se inserta la siguiente Orden del Gobierno General:

Son numerosas las reclamaciones formuladas ante este Gobierno General por diversos Ayuntamientos y Colegios Médicos con motivo de haberse desplazado de su destino gran número de Médicos Titulares o de Asistencia Pública Domiciliaria con propósito de prestar sus servicios en relación con la campaña actual. Y esta circunstancia, aunque motivada por impulsos muy loables, determina grave quebranto en los servicios propios de aquellas plazas, con perjuicio, a la vez, de los compañeros limítrofes que evidentemente han de realizar un esfuerzo innecesario por tener que encargarse, como consecuencia, de varias de estas plazas constituidas frecuentemente por la agrupación de varios Ayuntamientos y éstos, a las veces, formados por una población diseminada.

Constituye lo expuesto, además, una verdadera anomalía, pues que los Médicos Titulares, alojados de sus plazas, en la mayoría de los casos no se hallan obligados a adoptar tal actitud por no depender de la jurisdicción militar, toda vez que ni están encuadrados en las filas del Ejército, ni en situación de militarizados. Por otro lado, el Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Burgos, solicita:

1.º Que se prohíba a los Médicos establecer contratos de sus servicios profesionales por un período de tiempo mayor que el que dure la guerra actual, suplicando al propio tiempo, que aquellos contratos que hayan sido estipulados con posterioridad a la fecha de 18 de Julio de 1936, queden anulados al término del estado anormal en que nos encontramos.

2.º Que la dotación de las plazas de los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria pertenecientes a aquellos Facultativos militarizados y que en tal concepto se encuentran prestando servicios a la Patria, queden a beneficio del Estado, descontando en cada caso una cantidad que pueda percibir como gratificación por gastos de locomoción el Médico sustituto, siempre que éste no cobre íntegramente la consignación de la plaza que con carácter interino desempeñe.

Son tan atendibles, por lo justas, tales peticiones, que resolver de conformidad con su enunciado, había de evitar un sinnú-

mero de discordias interprofesionales y entre Médicos y vecindarios, hallándose a su vez aquéllas de acuerdo con el espíritu que presidió las disposiciones contenidas en la Orden de este Gobierno General, de 23 de Diciembre último, respecto de la sustitución de los Médicos de referencia en situación de militarizados.

Y teniendo en cuenta de manera primordial las necesidades del servicio, al que por su índole hay que sacrificar toda conveniencia, una vez satisfechas aquéllas de carácter militar que las actuales circunstancias imponen.

Este Gobierno General, en armonía con lo expuesto, ha tenido a bien disponer que las interinidades y sustituciones de los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria sujeto a la jurisdicción militar que se hallen prestando sus servicios a la Patria fuera de su residencia oficial habrán de regirse por las siguientes normas:

1.^a Por los Ayuntamientos se consignará en todos los casos en su presupuesto respectivo, la dotación correspondiente a las plazas de los expresados Facultativos (aun cuando éstos perciban sus haberes con cargo al presupuesto de Guerra), debiendo hacer el ingreso correspondiente en la Mancomunidad Sanitaria Provincial, con arreglo a disposiciones vigentes, cuyas cantidades constituirán un fondo común, que será invertido en la siguiente forma:

a) Cuando la plaza interina esté desempeñada por un Médico que tenga al propio tiempo otra plaza a su cargo y pertenezcan ambas al mismo Ayuntamiento, el encargado del doble servicio, percibirá como gratificación, el 25 por 100 de la dotación de la plaza acumulada.

b) Cuando las plazas desempeñadas por el mismo facultativo pertenezcan a distintos Ayuntamientos, el Médico interino encargado del doble servicio, percibirá el 50 por 100 de la dotación de la plaza acumulada.

c) Cuando el Médico interino de una plaza, fije su residencia en la demarcación de la misma y no se halle al propio tiempo desempeñando otra plaza percibirá en su totalidad la dotación correspondiente a aquélla.

2.^a Las cantidades sobrantes una vez abonados a los Médicos interinos los haberes señalados en los apartados anteriores, serán distribuídas por la Junta de Mancomunidad Sanitaria Provincial, en la siguiente forma:

El 50 por 100 quedará a beneficio de aquellos Municipios que por su deficiente potencial económico no hayan podido liquidar las atenciones de carácter sanitarios correspondientes al ejercicio económico anterior, haciéndose al efecto la oportuna distribución proporcional en relación con los presupuestos de

gastos; y el otro 50 por 100 será destinado a la adquisición de material sanitario para el servicio de las fuerzas combatientes.

3.^a Los contratos estipulados por los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria interinos con las familias pudientes, cualquiera que sea la causa de la interinidad, solo tendrán valor legal hasta la incorporación a la plaza de que se trate, del Médico a quien corresponda aquélla, en armonía con lo dispuesto por Orden de la Junta de Defensa Nacional de 29 de Agosto de 1936 aclarada por la de este Gobierno General, de 23 de Diciembre del mismo año.

4.^a El nombramiento de Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria con carácter interino tendrá lugar en todos los casos por la Inspección Provincial de Sanidad respectiva, con arreglo a lo dispuesto por Orden Ministerial de 24 de Enero de 1936, pudiendo prescindirse de la propuesta que establece la citada disposición en el caso de que aquélla no hubiese sido formulada en término de tres días a partir de la fecha en que hubiere sido interesada por la Inspección Provincial de Sanidad; debiendo verificarse en todos los casos la toma de posesión, conforme a lo dispuesto por Orden Ministerial de 30 de Agosto de 1935.

5.^a Ningún Médico de Asistencia Pública Domiciliaria, ni en propiedad ni interino, podrá desplazarse de su residencia, ni aún con pretexto de prestar servicio con motivo de la campaña, sin la debida autorización o licencia de la Inspección Provincial de Sanidad respectiva o de este Gobierno General, según los casos, en armonía con los preceptos del artículo 18 del Reglamento de 29 de Septiembre de 1934 y órdenes Ministeriales de 29 de Agosto de 1935 y 18 de Diciembre del mismo año, con la excepción natural de aquéllos que se encuentren sujetos a la jurisdicción militar, en cuyo caso dará cuenta el Ayuntamiento a la Inspección Provincial de Sanidad respectiva, en término de tres días, a los fines de la presente disposición.

6.^a Por las Inspecciones Provinciales de Sanidad se comunicará a este Gobierno General en cada caso, la militarización de todos los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria con plaza en la demarcación de las mismas, expresando la fecha de la militarización y destino del interesado, así como el Médico designado interinamente para la sustitución, debiendo comunicar igualmente los datos referentes a todos los demás Médicos del referido Cuerpo, militarizados en la fecha de publicación de la presente Orden.

7.^a Todos los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria desplazados de su destino como consecuencia de la militarización, comunicarán a la Inspección Provincial de Sanidad su reincorporación a la plaza respectiva, en término de tres días,

una vez se hayan hecho cargo nuevamente del servicio de la misma.

8.^a Las sustituciones que no sean motivadas por la militarización de los Médicos interesados se registrarán por los preceptos de las Ordenes Ministeriales de 11 de Diciembre de 1935 y 31 de Enero de 1936.

Valladolid 22 de Agosto de 1937.—El Gobernador General, Luis Valdés.

ACADEMIA PREPARATORIA DEL DOCTORADO

Preparación especial del doctorado
para médicos y farmacéuticos rurales

Sección por correspondencia

Dirección científica y bibliografía para Tesis doctorales

Cursos especiales de verano

Rodríguez San Pedro núm. 60 :: Academia Argüelles :: MADRID

Carta recibida en este Colegio, del Jefe Superior de los Servicios de Sanidad del Estado Español

Señor Presidente del Colegio Médico de Cáceres.

Mi querido amigo y distinguido compañero: Habiendo recibido carta de numerosos compañeros de esa provincia, los cuales me envían su felicitación muy cariñosa con motivo de mi nombramiento de Jefe Superior de Sanidad en este Gobierno General, ruego a usted tenga la bondad de expresar en mi nombre a todos aquellos compañeros, en la imposibilidad de hacerlo individualmente, mi reconocimiento más sincero por su efusiva felicitación, y al manifestarles mi más decidido propósito de continuar laborando en defensa de la Sanidad y de los intereses de los Médicos Titulares, espero que para el más eficaz resurgimiento de la Nueva España, no ha de faltar en ningún momento la valiosa colaboración de los Colegios Provisionales y la de cada uno de los compañeros en particular.

Con este motivo queda de usted como siempre, suyo afectísimo amigo y compañero, q. e. s. m, *José Palanca*.

Valladolid 31- VIII-37.

Información Sanitaria

El pasado día se reunieron en el despacho del Delegado de Hacienda de la provincia los vocales que constituyen la Junta de Mancomunidades Sanitarias, asistiendo por vez primera el inspector provincial de Sanidad de Sevilla, Dr. Matilla, que tomó posesión de su cargo.

Esta importante reunión tenía por objeto conocer el informe presentado por un comisionado que se envió a distintos pueblos de la provincia, que eran necesario evitar para hacer una información de la situación económica en que se encontraban los Ayuntamientos, después de la desdichada gestión marxista; y el resultado de las investigaciones practicadas no puede ser más alagüeño para la marcha de los Municipios, que en poco tiempo han normalizado las situaciones económicas de los pueblos, dándoles el ritmo que la nueva España imprime a todas las actividades de la nación.

A la vista de los informes documentados, la Junta acordó el desplazamiento de nuevas comisiones a los pueblos, para la total y completa ordenación de los pagos de todos los titulares médicos, farmacéuticos practicantes y matronas y les sean abonados los emolumentos corrientes, más los atrasos que tienen reconocido, y ésto es una necesidad que esperamos todos verla efectiva, pues bien merecen los sanitarios, que tantos bienes ejecutan en el ejercicio de su misión profesional, para que puedan tener cubiertas y atendidas las necesidades de la vida.

Tenemos impresiones de que el nuevo jefe superior de los servicios de Sanidad del Estado español, Dr. Palanca, se preocupa del problema titular para estructurarlo en otras normas de más modernidad, teniendo en cuenta de que la función sanitaria debe ser recogida por el Estado y depender de él sus funcionarios para el mejor cumplimiento de todas las funciones encomendadas a este importantísimo elemento de la sanidad civil, y Dios haga que así sea, para que todos los sanitarios españoles sean amparados por el Estado y realicen la labor de verdadero progreso, dando el rendimiento que siempre dieron con su trabajo y con su sacrificio.

(Del «A B C» de 17 de Agosto de 1937).

ADVERTENCIAS

Los autores de artículos originales que deseen números aparte, deberán solicitarlo del Secretario, abonando su importe. Los trabajos que requieran la inserción de clichés, será de cuenta de su autor el importe de dichos clichés, hasta tanto que la situación financiera de la Revista mejore. Los trabajos quedarán propiedad de la Revista.

Toda la correspondencia, manuscritos, libros, revistas, cambio de prensa, etc, deben dirigirse al Colegio Médico, Cáceres. Apartado, 21.

NOTICIAS

El día 25 del actual, y a los 72 años de edad, falleció nuestro distinguido compañero don Felipe Moreno Vecino, por lo que su muerte ha sido muy sentida entre todas las clases sociales.

A sus hijos le enviamos nuestro pésame más sentido, esperando sepan sobrellevar tan irreparable desgracia.

Dándose el caso de que algunos compañeros retienen en su poder los libros de la Biblioteca de éste Colegio, más tiempo del establecido en el Reglamento porque se rige la misma, por la presente se les requiere la devolución inmediata de dichos libros, ya que en otro caso se ocasionan perjuicios a otros compañeros, que solicitan libros que no pueden proporcionárseles por las causas expuestas.

Como habrán observado los compañeros, ha sido nombrado por el Gobierno General del Estado, nuevo Consejo General de los Colegios Médicos Españoles, con un cometido importante, en lo que respecta a la Previsión Médica Nacional, y a las Corporaciones Médicas.

Dada la competencia de los designados, y el alto espíritu de que están poseídos, es de esperar que de sus estudios y trabajos saldrá beneficiada la clase.

Al felicitar a tan distinguidos compañeros por sus nuevos cargos, le deseamos los mayores éxitos en los mismos.

El Colegio Médico de Málaga, nos comunica, que muy en breve serán enviados los números del «Boletín» especial editado para socorrer a las viudas y huérfanos de los compañeros víctimas del marxismo.

Al propio tiempo, en nombre de dichas viudas y huérfanos, da las gracias más expresivas a los compañeros solicitantes del mentado «Boletín».

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

REGLAMENTO de la Biblioteca del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Cáceres, aprobado en Junta general del día 28 de Enero de 1934

Artículo 1.º Los libros que componen la Biblioteca del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Cáceres, podrán ser usados por todos los colegiados.

Art. 2.º Por la Comisión de Biblioteca se fijarán en el Salón, a la vista del público, las horas destinadas a la lectura.

Art. 3.º Para poder hacer uso de dichos libros, será condición precisa solicitarlo del empleado encargado, en el oportuno Boletín de lectura.

Art. 4.º Por el empleado se le entregará el libro solicitado, a cambio del Boletín, el cual a su vez, con el «usado» puesto, se archivará cuando el colegiado termine cada día.

Art. 6.º Se prohíben las anotaciones, enmiendas y registros en los libros.

Art. 9.º Las peticiones de adquisición de libros que hagan los señores colegiados, se transmitirán al señor Bibliotecario, el cual, a su vez, mensualmente, las hará llegar a la Comisión de Biblioteca, para acordar lo que proceda.

Art. 11. DE TODOS los libros de esta Biblioteca, se concederán los oportunos préstamos para todos los colegiados que residan fuera de la capital, siendo de cuenta de ellos los gastos de envío y de reintegro de los mismos, para lo cual enviarán los gastos de franquicia al hacer la petición correspondiente.

Art. 12. Ningún colegiado podrá tener en su poder más de dos volúmenes de la Biblioteca.

Art. 13. La duración de dicho préstamo no podrá exceder de un mes, y las peticiones se despacharán por riguroso turno de pedidos.

Art. 14. Los señores colegiados residentes en Cáceres, podrán llevarse igual cantidad de volúmenes de la Biblioteca que los colegiados de fuera de la capital, pero por un plazo de ocho días, y previa autorización de la Presidencia, siempre que sea caso urgente y necesario.

Art. 15. Con las revistas se hará lo siguiente: Las recientes, estarán en poder de los peticionarios durante cinco días, y sólo un número de cada vez. Se considerarán recientes las revistas publicadas dentro de un año hacia atrás, contando desde la fecha en que se haga la petición de la misma.

Las antiguas estarán en poder de los peticionarios durante quince días, y podrán tener tres números de cada vez. Se considerarán antiguas todas las revistas que no sean recientes.

Art. 17. Las pérdidas o inutilizaciones de libros o revistas obligan al peticionario a su reposición inmediata.

Si la obra estuviera agotada, pagará cuadruplicado el importe de su valor, sin perjuicio de pasar el asunto a la oportuna Junta, para que ésta pueda acordar otras sanciones.

Art. 18. Como sanción a los malos lectores que no cuidan al libro debidamente, la Comisión de Biblioteca podrá ordenar la publicación de sus nombres en nuestra Revista.

PEDRO R. DE LEDESMA

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

Cirugía general-Obstetricia y Ginecología

Plaza de la Concepción - Teléfono, 421
CACERES

YODURO BERN **CAFEINADO**

en grajeas, glutinizadas, inalterables conteniendo cada una
0 grs. 15 de yoduro potásico químicamente puro
0 grs. 05 de Cafeina » pura
asimilables en el intestino. Sin yodismo.

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

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

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

GINECOLOGIA Y PARTOS

TRATAMIENTOS MEDICO-QUIRURGICOS

Gonzalo Mingo González

Tocólogo Ginecólogo titulado en
el Instituto Rubio, Maternidades de
Madrid y Casa de Salud Valdecilla

Arturo García Sánchez

Médico Tocólogo

Consultas de 11 a 1 y de 5 a 7

MORET, 4 — TELÉFONO, 131 — CÁCERES

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

Director: D. Bernardo Morales

BURJASOT (VALENCIA)
(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

Tos ferina de los niños. Tos crónica y rebelde de los adultos. Infalible e inofensivo.

Agentes exclusivos, J. URIACH Y C.^a S. A.-Barcelona

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

Medicación dinamófora y regeneradora de los estados consuntivos. A base de fósforo, arrhenal, nucleinato de sosa y estricnina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Estimulante general de las defensas orgánicas a base de colessterina, gomenol, alcanfor, y estricnina.

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

Preparado cardio-tónico y diurético a base de tinturas alcohólicas decoloradas y valoradas de digital, estrofantus y escila.

Mutasán

(INYECTABLE)

Tratamiento bismútico de las espiroquetosis en todas sus formas y manifestaciones. Perfectamente tolerable.

Al pedir muestras indíquese Estación de ferrocarril

Ca., WASSERMANN MAGNÉSICO-ARSENICAL

PREPARADO POLICÁLCICO, HORMÓNICO (TIMO PARATIROIDES Y SUPRARRENAL) FUERTEMENTE RICO EN IONES Ca., ASOCIADO AL MAGNESIO Y AL ARSÉNICO.

INYECTABLE: DE 2,5 Y 10 c.c. POR VÍA INTRAMUSCULAR Y ENDOVENOSA.

GRANULADO: CASOS LIGEROS E INTERVALOS DE LOS INYECTABLES.

CALCITERAPIA PERFECTA (SIN EFECTOS SECUNDARIOS Y DUDIÉNDOSE ASOCIAR A CUALQUIER OTRA TERAPIA).

ACCIÓN HEMOSTÁTICA, RECONSTITUYENTE GENERAL, DIURÉTICO-DECLORURANTE, TÓNICO-MODERADORA DEL SISTEMA NERVIOSO, ANTITÓXICO-DESENSIBILIZANTE.

LAS CLÁSICAS ESPECIALIDADES WASSERMANN

2 FORMAS DE GADIL (A BASE DE HIGADO DE BACALAO).-

GADIL YODICO WASSERMANN (SIN CAL): AMPOLLAS DE 1, 2 Y 5 c.c.-

GADIL CÁLCICO WASSERMANN (SIN YODO): AMPOLLAS DE 1, 2 Y 5 c.c.

VALERO-FOSFER WASSERMANN: VÍA GÁSTRICA (SOL.): E INTRAMUSCULAR, AMP. DE 1 c.c.

LECITINA Y COLESTERINA WASSERMANN: AMPOLLAS DE 1, 2 Y 5 c.c.

DIARSEN YODOS WASSERMANN: VÍA GÁSTRICA (GOTAS); AMPOLLAS DE 1 c.c.

ASPASMOL WASSERMANN (GOTAS).- ATUSSOL WASSERMANN: (SOLUCIÓN).-

LACTO-FOSFER WASSERMANN: (SOLUCIÓN).

ARTERIOESCLEROSIS E HIPERTENSIÓN, ESCROFULOSIS (ADENITIS), LUES SECUNDARIA Y TERCIARIA, REUMATISMO CRÓNICO, ANGIECTASIAS Y BRONQUIECTASIAS, ASMA, RAQUITISMO, BOCIO, ETC. FAVORECE LA REGRESIÓN DEL TEJIDO LINFOIDEO.

YODOTERAPIA PROGRESIVA

YODOS WASSERMANN (YODO Y FIBRO-PEPTONA EN SOL. FISIOLÓGICA GUAYACOLIZADA)

YODOS WASSERMANN GOTAS: 4 GOTAS = 0.01 GRS. YODO.

YODOS WASSERMANN I GRADO: AMP. DE 1 c.c. (0.03 GRS. YODO).

II GRADO: AMP. DE 1 c.c. (0.05 YODO). III GRADO AMP. DE 2 c.c. (0.15 YODO)

PUEDE INYECTARSE POR VÍA INTRAMUSCULAR, ENDOVENOSA E INTRAGLANDULAR.

A. WASSERMANN, S.A. FOMENTO 63 BARCELONA

J. MERINO HOMPANERA

DIRECTOR DEL DISPENSARIO

ANTITUBERCULOSO CENTRAL

PULMÓN Y CORAZÓN



Consultas de 2 a 4



Avenida de Cervantes, 44

Teléfono, 472

DOCTOR:

No olvide que

© A L © I T O S E

es el RECALCIFICANTE por excelencia.

NO HAY PREPARACION QUE LE SUSTITUYA Y TRIUNFA
SIEMPRE DE MANERA RAPIDA Y COMPLETA.

Pida siempre CALCITOSE (sellos y polvo).

Laboratorio TANIS.—Granátula (Ciudad Real).

Venta en todas las Farmacias.

BENEDICTO MALAGA

APARATO DIGESTIVO Y NUTRICION

RAYOS X METABOLISMO BASAL



CONSULTA: DE 11 A 1 Y DE 4 A 6

Avenida de la República, núm. 13.—Teléfono, 466

CACERES

DISPONIBLE

Los enfermos del

**ESTÓMAGO e
INTESTINOS**

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

**Elixir Estomacal
SAIZ DE CARLOS**

(STOMALIX)

*Poderoso tónico
digestivo que triunfa siempre*

Venta: Principales farmacias del mundo.



A C I D O N A

Medicación clorhidro pépsica. Contiene todos los elementos del jugo gástrico normal

INDICACIONES: Dispepsia por disminución o desaparición del ácido clorhídrico del jugo gástrico (hipoclorhidria o anaclorhidria) o anulación secretoria de este producto. (Aquila); dispepsia atónica, flatulenta, cuyas molestias digestivas se hacen sentir inmediatamente de comer (pesadez e inflazón gástrica, etcétera)

D I G E S T Ó N I C O

Es una especialidad farmacéutica eficaz para combatir con éxito las **ENFERMEDADES DEL ESTÓMAGO** caracterizadas por hiperclorhidria y gastralgias.

REUMATISMO, GOTA, LITIASIS, ANTISEPSIA DE VIAS URINARIAS, SON LAS INDICACIONES DE

A R T R I T I N A

El mayor disolvente de ÁCIDO ÚRICO
Dr. F. VICENTE.—Cartagena, 16.—M A D R I D

D I S P O N I B L E