

III AÑO TRIUNFAL

# Clínica Extremeña

REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

DE LA

PROVINCIA DE CÁCERES



ESTA REVISTA SE REPARTE GRATIS  
A LOS SEÑORES COLEGIADOS

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
EL DOMICILIO SOCIAL DEL COLEGIO  
C. DEL BROCENSE, n.º 8 - TELEFONO, 1835

PUBLICACION MENSUAL,  
PROFESIONAL Y CIENTÍFICA

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
LA JUNTA PERMANENTE DEL  
COLEGIO MÉDICO

## SUMARIO

SECCIÓN CIENTÍFICA: Ensayos epidemiológicos.—Extracto de los trabajos presentados al XXV Congreso Francés de Medicina.—Terapéutica de todos los días.—SECCIÓN DE LEGISLACIÓN: La Previsión Médica Nacional. Factor sagrado de nuestra retaguardia.—Previsión Médica Nacional.—Sobre asimilaciones militares.—Próximos cursillos de perfeccionamiento Médico en Alemania.—Gobierno de la Nación. Ministerio de la Gobernación. SECCIÓN OFICIAL DEL COLEGIO: Acta de la sesión celebrada por la Comisión permanente de este Colegio, el día 8 de Febrero de 1939, del Tercer Año Triunfal.—Junta general extraordinaria del Colegio Médico, celebrada el 19 de Febrero de 1939.—Aviso.—Lista de los señores colegiados por orden de incorporación a este Colegio en 1.º de Enero de 1939.—Noticias.

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

CÁCERES

—  
1939

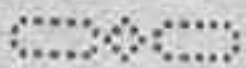
Laboratorio J. N. BOACIÑA  
CACERES

# NEUMOL

ANTICATARRAL INFALIBLE



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



**Cicatrizo lesiones y repara tejidos**

VENTA EN FARMACIAS

**PEDRO R. DE LEDESMA**

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

**Cirugía general-Obstetricia y Ginecología**

**Avenida de la Virgen de la Montaña - Teléfono, 1310**

**CACERES**

**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.*



DISPONIBLE

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

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

III AÑO TRIUNFAL

# Clínica Extremeña

Revista científica mensual

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

## Sección Científica

### “ENSAYOS EPIDEMIOLOGICOS,”

Por F. G. Grookshank.

*Traducido del Inglés por Arturo O. Ferrall*

#### V.—El Tratamiento de la Encefalitis Letárgica

«Tanto el sueño como el desvelo, cuando son inmoderados, constituyen una enfermedad».

HIPÓCRATES: Aforismos; II: vii: 72

El número comparativamente grande de casos reconocidos desde nuestra última prevalencia vernal de influenza (gripe) como casos de encefalitis letárgica (o mejor dicho de encefalitis epidémica) ha dado lugar a alguna preocupación, que naturalmente, ha llegado a encontrar expresión en la prensa diaria. Es preciso descontar, en cierta medida, la evidencia estadística de aumento en frecuencia comparada con años pasados. Sin embargo, no cabe la menor duda que ahora se diagnostican casos como «encefalitis letárgica» que hace algunos años habrían pasado a alguna otra categoría nosológica. Cuando, en la discusión sobre encefalitis epidémica que tuvo lugar en el otoño de 1918, fué propuesto por mí que muchos casos que se

## Ceregumil

## FERNANDEZ

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

FERNANDEZ Y CANIVELL . — MALAGA

Representante general en Extremadura:

**Francisco Cruz Quirós ● CACERES**

diferenciaban mucho, tanto en gravedad como en tipo, de los que había descrito Von Economo, sin embargo debían colocarse en una y la misma categoría, el resultado fué una hilaridad muy evidente. Hoy se denominan casos de encefalitis letárgica algunos en los cuales ni siquiera existe letargia. Por esta razón es preferible la denominación «encefalitis epidémica».

El haberse movido el centro del espectro sin duda explica parcialmente lo que llamamos cambio de tipo y gravedad. Cuando solo los casos graves con marcada y persistente letargia eran diagnosticados como encefalitis letárgica, era correcto afirmar que el término medio de mortalidad era muy elevado y que llegaba hasta un 30 o 40 por 100. Esta cifra sería ahora ridículamente inapropiada, en la opinión de la mayoría de los observadores, aunque naturalmente, aquellos que afirman que la encefalitis letárgica es una enfermedad de 40 por 100 de mortalidad se sienten justificados en rehusar el nombre a casos que se caracterizan solo por leve dolor de cabeza, diplopia pasajera y un hipo ocasional. De todas maneras, mientras más fina la malla de la red diagnóstica y mientras más lejos se lanza en el mar de los hechos clínicos, más numerosos serán los peces y menor su importancia media.

Estas consideraciones son muy dignas de tenerse en cuenta, pero sin embargo, el número de casos reconocidos, la mortalidad aún muy elevada y la gravedad de las tan frecuentes consecuencias, parecen merecer más atención que la que generalmente se le dedica, especialmente en lo que al tratamiento durante el período agudo se refiere. Ni siquiera puede decirse que este punto haya sido sistemáticamente discutido: ciertamente, como se declaró recientemente en «The Lancet» (Mayo, 1927) no existe un «tratamiento reconocido». Esto es verdad, pero no debía constituir, como con frecuencia lo hace, una excusa para limitarse meramente a cumplir con el proceso puramente mecánico de la notificación de la enfermedad.

El tratamiento que es verdaderamente empírico—y un tal tratamiento no es siempre de despreciar—es, por regla general, una especie de esencia profesional destilada de lo que ha sido preparado por el pueblo. No puede decirse que se reconozca ahora base alguna para un tratamiento puramente empírico de la Encefalitis Letárgica; la experiencia, sea popular o sea profesional, no ha sido transmitida; los acontecimientos no han sido bastante continuos. Ha surgido una generación que no sabe con lo que tiene que habérselas y que se niega a apelar a la historia.

Y así sucede que el método de tratamiento adoptado ahora—sea positivo o negativo—depende principalmente de las opiniones personales que se sustenten acerca de la enfermedad. Hasta este punto es racional. Pero, aunque racional, es a veces derivado de prejuicios «a priori». Proceder según principios generales es un método que en la práctica parece tener poca relación con algún principio, general o especial, y generalmente se convierte en mero oportunismo.

Aquellos que tienen «ideas» y que buscan un método racional de tratamiento de acuerdo con las mismas, caen en dos grupos.

En el primer grupo están aquellos que mantienen que los casos representan la incidencia de una enfermedad específica— como se dice— una enfermedad «sui generis» producida por la infección de un germen específico que tiene una afinidad específica por las partes del cerebro que «ataca». Los que así piensan, esperan con optimismo el descubrimiento de alguna anti-toxina o vacuna específica que resultará tener valor curativo además de inmunizante. Mientras tanto, tratan sus casos aparentemente de la misma manera que aquellos que no tienen opiniones cristalizadas.

En el segundo grupo se encuentran aquellos que creen que los casos ahora denominados «casos de Encefalitis Letárgica» deben ser considerados como constituyentes del reverso de la medalla, cuyo anverso se distingue por lo que llamamos las formas respiratorias y gastro-intestinales de la gripe (influenza). Para utilizar formas corrientes de expresión, consideran la Encefalitis, clínica y epidemiológicamente, como la forma nerviosa o una de las formas nerviosas—de la influenza. Piensan en esta enfermedad, en su forma típica, como un trastorno generalizado del sistema entero, pero un trastorno que «especializa» típicamente en formas respiratorias gastro-intestinales y nerviosas, consideradas como complicaciones, como enfermedades especiales y epidémicamente en grupos de casos. Este punto de vista, que ha sido defendido en numerosas ocasiones tanto por Sir Willian Hamer como por el que esto escribe, no necesita ser discutido extensamente aquí.

Su justificación, que fué en un principio principalmente histórica, epidemiológica y clínica, se puede basar ahora, con plena confianza, sobre los resultados de los trabajos patológicos llevados a cabo por Tarozzi, Rosenow de la clínica Mayo, y muchos otros.

Esta opinión de la relación entre lo que llamamos gripe o influenza y lo que denominamos Encefalitis Epidémica o Letárgica, va mano a mano con las tesis gemelas: (1) Que no se puede trazar ahora ninguna otra línea clara de demarcación que la topográfica entre Encefalitis Epidémica y Poliomiелitis Epidémica y (2) que la Poliomiелitis Epidémica (si no todo caso o tipo de Parálisis Infantil) está en relación a la influenza como lo está la Encefalitis, tanto Epidémica como Letárgica. La distinción topográfica entre Encefalitis Epidémica y Poliomiелitis Epidémica parece tan irracional como lo sería considerar la Neumonía del pulmón derecho, una enfermedad distinta de la Neumonía del pulmón izquierdo basándose en que una enfermedad ataca el pulmón derecho mientras que la otra ataca el izquierdo. Así que, aunque algunos dicen que la Encefalitis ataca el cerebro y la Poliomiелitis la médula dorsal, la observación clínica demuestra cada vez más que en muchos casos de encefalitis hay afección de la médula dorsal y que en la mayo-

yoría de los casos de Poliomiелitis» existe, al principio, implicación cerebral.

La idea, primeramente propagada por Brörström hace muchos años, que la Poliomielitis epidémica es una forma nerviosa de gripe (influenza), ha recibido últimamente apoyo convincente por la investigación de la epidemia de Tübingen, sobre la cual informó Shall en la *Münchener Medizinische Wochenschrift*.

La idea sintética es, pues, que la Encefalitis Letárgica representa una forma nerviosa de la influenza (gripe) que tiende a ocurrir en los enfermos mayores y la Poliomiелitis Epidémica una igual forma nerviosa que es más frecuente en los enfermos jóvenes.

No hay hechos, ni patológicos, ni clínicos, ni bacteriológicos, ni epidemiológicos, inconsistentes con este concepto, que además tiene el apoyo de una vasta masa de observación detallada. Además, suministra una base para un plan racional de tratamiento que resulta muy favorable en la práctica.

Con el fin de poder apreciar esta base es preciso comprender la importancia de una teoría o explicación ahora ridiculizada, pero que en un tiempo se tenía por dogma. Ciertos grandes Médicos del Renacimiento—Fernel, Benedetto y otros—siguiendo las huellas de los griegos, reconocieron en pleno que durante ciertos importantes brotes de enfermedad que ahora llamaríamos prevalencias coincidentes de Influenza, Encefalitis y Poliomiелitis, las formas nerviosas aunque relacionadas con los catarros respiratorios y gastrointestinales, y las fiebres sudoríficas, estaban sin embargo, con bastante frecuencia, en antítesis clínica con los mismos. Las formas nerviosas y no nerviosas representan, como ya he dicho, un obverso y un reverso.

Para poder explicar lo que observaron, aquellos que, como Fernel, vivieron durante las grandes prevalencias de la primera parte del siglo XVI, concibieron la idea de que los «catarros» eran la «expresión» de una destilación de humores del cerebro y de la médula dorsal. Mientras que había expresión de esta destilación por flujo de una membrana mucosa, por sudación o por diuresis, todo iba bien. Pero cuando se reprimía esta destilación, daba lugar a trastornos nerviosos—parálisis, convulsiones, letargias, delirios, psicosis y alteraciones de sentidos especiales—en verdad toda la gama de la encefalitis letárgica y la poliomiелitis. Así encontraron justificado un tratamiento que hasta últimamente ha sido llamado de carácter determinante, revulsivo y derivativo, así como alterativo. Y encontraron que les daba favorables resultados. Si queremos podemos reirnos de su teoría. Pero su observación clínica era buena y su tratamiento era por lo menos racional. Provenía de su interpretación de hechos cuidadosamente observados. Es un hecho, que todo clínico observador sabe, que si un niño tiene sarampión y no se presenta la erupción, hay peligro de convulsión y muerte. Durante las enfermedades sudoríficas—que



eran al fin y al cabo indudablemente influencias o gripes—se observó que cuanto más precoz el sudor tanto menos el peligro de la «inevitable somnolencia y estupor» que de otra manera sobrevenía. Sir Thomas Horder, con su acostumbrada agudez clínica, ha observado que las complicaciones nerviosas de la gripe son menos de temer cuando hay sudación que cuando la piel permanece seca y caliente.

Una ilustración del principio en cuestión puede encontrarse en la historia de la sífilis. Cuando estaban de moda los métodos sudoríficos y sialogógicos de tratamiento, eran corrientes las lesiones de la piel y la membrana mucosa, pero la sífilis cerebro-espinal era rara. Hoy día los sudoríficos y los sialogogos no se utilizan, ni siquiera como adjuntos, excepto entre los médicos de extensa experiencia clínica. Vemos menos casos de sífilis de la piel y mucosa, pero la sífilis del sistema nervioso central es muy corriente. En los países orientales, donde abunda la sífilis y las curas por sudación son muy populares, la parálisis general y el tabes son extremadamente raros.

Parece pues, que cualquiera que sea el virus especial, hay en ciertas afecciones una especie de equilibrio entre las condiciones vaso-motoras del sistema nervioso central por una parte y las membranas mucosas y las vísceras por la otra. Se nos ofrece la selección entre: (1) atacar el virus «in situ» y (2) aliviar la congestión en el «sitio de la lesión» mediante la atracción de la misma al periferio del cuerpo y promover los flujos de la misma. Pero no existe razón alguna por la cual, si aceptamos las nociones aquí expuestas, no podemos combinar un juicioso ataque frontal con un movimiento envolvente. Son solo aquellos que están obsesionados por la idea de una enfermedad específica debida a un cierto virus específico que posee una afinidad específica por sitios específicos del cerebro, que no ven razón en los métodos antiguos, que han sido comprobados como de utilidad y que no dependen para esta utilidad de la «teoría del catarro» del siglo XVI.

Esta «teoría del catarro» era verdaderamente la «explicación» inventada—como lo son todas las explicaciones de esta índole—para describir lo que ocurría. Justificaba, en términos de la época, el tratamiento que la experiencia ha comprobado como útil. Y es así que, mediante el uso del método histórico, podemos recobrar la experiencia práctica de los médicos del pasado, que hemos perdido a causa de la falta de continuidad en la corriente de los sucesos epidemiológicos.

Hemos tenido una lección similar en los últimos años en otra esfera. Aquellos para quienes la guerra era «una nueva enfermedad del organismo político» esperaban toda suerte de consecuencias y resultados, ventajosos y lo contrario, que no habrían esperado si hubiesen estado versados en las enseñanzas de la historia. ¿Se transmitirá la experiencia adquirida a principios de este siglo a la generación que siga a la próxima, o tendrá el mundo que pasar nuevamente a través de un perío-

do de ignorancia e ilusión como el que la presente generación ha experimentado?

De todos modos, aquellos que adoptan lo que podríamos denominar el concepto gripal de la encefalitis tienen alguna base, tanto en razón como en experiencia, para fundar su tratamiento; algún «standard» por el cual es posible llevar a cabo una prueba, o para usar una nueva palabra, un «test».

Todos admiten que el diagnóstico precoz es de suprema importancia pero es evidente que aquellos que mantienen este concepto gripal tienen esta ventaja sobre los que no la admiten, y es que, en primer lugar, estarán a la expectativa para descubrir los síntomas nerviosos que ocurren durante o después de lo que parece ser gripe, y en segundo lugar, darán la debida importancia a trastornos, por triviales que sean, que indiquen alteración del sistema nervioso de los enfermos que recientemente han tenido gripe y muy especialmente cuando hay prevalencia de dicha enfermedad.

La relación clínica y epidemiológica entre encefalitis epidémica y la gripe o influenza es triple:

I. Casos y epidemias de encefalitis ocurren a veces como casos y epidemias autónomas, pero siempre relacionados en tiempo y espacio a casos y epidemias de gripe.

II. Casos y epidemias de encefalitis ocurren en personas y sitios que han sufrido de la gripe.

III. Casos y epidemias que parecen ser de gripe pueden rápidamente y sin romper su continuidad, convertirse en casos y epidemias de encefalitis.

Así que, clínicamente, encontramos un enfermo que demuestra señales de gripe desarrollando rápidamente encefalitis; y, encontramos otros que después de sanar de la gripe, desarrollan la encefalitis; también podremos observar otros que sin enfermedad personal precedente, enferman, más o menos repentinamente, de encefalitis en una época cuando otros, en su vecindad, padecen gripe o catarro del sistema respiratorio y alimenticio.

En todo caso, cada vez que se piense en encefalitis letárgica, deberá mandarse el enfermo a la cama—aunque sean muy triviales los síntomas—y asegurarle los debidos cuidados.

Para comenzar se insistirá en una meticulosa limpieza de boca y cavidad nasal; estos órganos son los «almacenes» del «virus desconocido». El uso de una ducha (pulverizador) de parafina en adición a la utilización vigorosa del cepillo de dientes es generalmente suficiente, pero todo esto *bajo eficaz vigilancia*.

Una libre evacuación de los intestinos es imperativa si hay estreñimiento, como en efecto generalmente lo hay. Dar una tableta de Cáscara Sagrada es un procedimiento fútil. Una onza de aceite de ricino o cuatro granos de calomelano es lo menos que se precisa, siempre que no exista diarrea. Y aún en este último caso, media onza de aceite de ricino es un poderoso agente. (Nota del Traductor. He creído conveniente dejar las

dosis determinadas en medidas inglesas tal como las dá el autor).

Después es preciso asegurar una adecuada acción de la piel y los riñones. Calor en el lecho, un baño caliente (si es practicable) y una de las antiguas mezclas diuréticas no pueden ser omitidos. Al principio, se precisa poco alimento. Limonadas calientes, zumo de fruta, caldo y extracto de carne son todo lo necesario. Generalmente la boca está seca y la lengua de color oscuro. La leche es pesada y séptica y trastorna la mucosa alimenticia, como bien lo sabía Hipócrates.

Además de estas medidas, acostumbro, desde la epidemia del año 1918, añadir invariablemente a la mezcla diutérica, urotropina, salicilato sódico y benzoato de amoniaco para todos aquellos enfermos que puedan ingerir medicamentos líquidos. Estas drogas son de gran ayuda: son antisépticos y con razón se puede decir de ellos que alcanzan, si no el uno el otro, el fluido céfalo-raquídeo, la orina y la mucosa bronquial. Diez granos de cada una pueden darse cada cuatro horas a un adulto en un principio, pero la urotropina puede reducirse a las 48 horas si existe peligro de irritación renal.

Algunos médicos franceses administran Pilocarpina para promover la sudación; esto me ha ayudado en numerosas ocasiones pero si la piel permanece seca son mejores las fomentaciones. Como derivación, es muy útil el absceso de fijación, muy empleado desde luego en Francia. Se inyecta un gramo de aceite de terebentina en la masa muscular del exterior del muslo. Al fin de 48 horas, si el absceso ha «tenido éxito», se abre. Si no, se hace otra inyección en el mismo sitio. El procedimiento puede repetirse si se considera necesario o conveniente. Si el enfermo no puede ingerir medicamentos por vía oral, puede dársele repetidamente alguna de las preparaciones inyectables de urotropina, por vía intravenosa o intramuscular.

Si el caso no da evidentes señales de mejoría al final de varios días de tratamiento, queda indicada la necesidad de la antigua exhibición de mercurio. Hace ya 30 o 35 años que vi administrar este medicamento de manera general para casos de esta índole por Gowers y Bastiani. Es un «alterativo»; de una manera u otra altera las circunstancias; es un antiséptico y calma las inflamaciones sub-agudas. Su uso no debía limitarse al tratamiento de la sífilis. En la encefalitis puede administrarse de varias maneras: como polvo gris (mercurio extinguido en creta), tres o cuatro veces al día desde un principio; como *liq. hyd. perchlor.*, con o sin yodo; como unción aplicada a la cabeza, nuca y espina dorsal; o si se prefiere, en forma de crema mercurial por vía intramuscular. En general, creo que el uso continuado del polvo gris y de las unciones es el más ventajoso. Aunque se produzca salivación, uno de los síntomas más molestos e importantes, es decir, la sequedad de la boca, por cierto sumamente frecuente, quedará por lo menos vencido. Esta sequedad de boca que conduce a un aumento de bacterias, etc., en la cavidad bucal, es una frecuente fuente de inspiración

para la neumonía secundaria, de la cual fallecen tantos enfermos.

La cuestión de la punción lumbar es una de mucha importancia. Este procedimiento tiene un valor que es en parte diagnóstico y parcialmente terapéutico. Pero hay una tendencia a utilizarlo, por hacer algo impresionante y sin tener una apreciación bien clara de su posible utilidad. Si lo requiere la incertidumbre diagnóstica, debe llevarse a cabo, *una vez*; y aún entonces es necesaria la prudencia. Estoy convencido que su aplicación sin precaución y su repetición innecesaria son de sumo perjuicio en aquellos casos en los cuales la médula dorsal está afectada. Y estos casos son más frecuentes que lo que se cree. Los únicos casos en los cuales considero su aplicación indiscutiblemente ventajosa son algunos de aquellos en los cuales existe marcada reacción meníngea, demostrada por: (I) rigidez del cuello; (II) flúido céfalo-raquídeo turbio, y (III) un recuento globular relativamente elevado en el mismo.

En casos especiales se necesitan medicamentos especiales. El bromuro, no hace sino poco donde hay delirio y mioclonus; la morfina es altamente peligrosa; pero pequeñas dosis de paraldehido—treinta mínimas cada cuatro horas—por vía oral, o una dosis grande—de media a una onza por vía rectal—generalmente da buenos resultados y puede continuarse diariamente por algún tiempo si es necesario.

La convalecencia no ha de apresurarse jamás. Cuidados extremados, alimentación adecuada, ejercicio bajo vigilancia y debido reposo, son todos necesarios. Si se presentan señales de Parkinsonismo, se administra generalmente hiosciamina. Sin embargo, yo he encontrado que la fisiostigmina, en tintura, en extracto o como eserina, mucho más útil. Las dosis deberán aumentarse hasta que produzcan los resultados apetecidos, aunque no creo que sea necesario llegar hasta las enormes dosis utilizadas por Ringer.

Sería insensato tratar de dar una «impresión estadística» de los resultados obtenidos por este método de tratamiento, porque la ecuación diagnóstica personal es incalculable. Pero en dos hospitales, tanto mis jefes de Clínica como yo, hemos tratado sistemáticamente todos nuestros casos de encefalitis aguda y mielitis por estos medios desde el año 1918, con una baja mortalidad y una ausencia de secuelas que no parece ser alcanzada por los que tratan tales casos menos activamente y más «a la expectativa».

# AVISO

Los señores Colegiados remitirán a este Colegio antes del 28 de Marzo próximo, los impresos rellenos y firmados de las hojas de utilidades que les fueron enviadas con el número de CLÍNICA del pasado Diciembre, declinando toda responsabilidad ante la Administración de Rentas Públicas de Hacienda, para las que se reciban con posterioridad a la fecha indicada.

## Previsión Médica Nacional

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

# EXTRACTO DE LOS TRABAJOS PRESENTADOS AL XXV CONGRESO FRANCÉS DE MEDICINA

Marsella, 10-12 de Noviembre de 1938.

«*La Presse Medicale*», Traducción de Arturo O'Ferrall

## 2.—Las Hipocloremias médicas.—Por René S. Mach

Después de una revista histórica, el autor da las precisiones teóricas referentes al equilibrio hidroclorado, necesarias para la comprensión de los fenómenos clínicos.

El sujeto normal está en un estado de equilibrio clorado; sus eliminaciones de Na Cl están siempre adaptadas a las ingestiones, su balance está pues, en equilibrio y su cloremia permanece fija. En ciertas circunstancias patológicas, el organismo pierde por vía digestiva, cutánea o renal, más sal que la que absorbe; el balance demuestra entonces déficit y éste se traduce al nivel de la sangre por un descenso de la cloremia. Nos hemos acostumbrado a juzgar la importancia de una pérdida de cloro por la medida de esta hipocloremia. Este es un error, la cifra de la cloremia no nos indica más que la concentración del suero en cloro, concentración que depende tanto de la cantidad de agua idea precisa acerca de la cantidad de Na Cl pérdida no de los movimientos de cloro en el interior del organismo. La cifra de cloremia no debe entonces estudiarse por sí sola, sino que teniendo en cuenta, en lo posible, la masa líquida total. Es pues necesario, para comprender las hipocloremias y sus consecuencias, procurar conocer el «medio interior» del organismo, conocer sus límites, su concentración y su volumen.

Según los trabajos americanos, se puede concretar la repetición de agua, como sigue: en un individuo de 70 kgmos de peso, hay 50 litros de líquido separados en dos compartimientos, el uno extracelular de 15 litros (sangre, linfa, líquido intersticial) conteniendo cloro en una concentración de aproximadamente 3'60 por 1.000; el otro intracelular, de 35 litros, conteniendo sobre todo fosfato de potasa. Entre estos dos medios, a causa de la impermeabilidad de la membrana celular para la mayoría de los electrolitos, no hay cambio de cloro, de sodio de potasa, y la presión osmótica no podrá regularizarse más que por movimientos de agua. Estos traen consigo cambios de volumen del líquido extracelular, que constituyen una de las primeras manifestaciones de la hipocloremia.

Cuando un organismo pierde sal, lo hace a expensas del NaCl disuelto en el líquido extracelular cuya concentración en cloro descenderá. Sin embargo, el equilibrio osmótico tenderá a restablecerse muy rápidamente por el paso de líquido extrace-

lular hacia el interior de las células. También, después de toda decloruración, el volumen del líquido extracelular quedará reducido en beneficio de las células. Esta reducción de volumen resulta en una disminución del de la sangre, una anhidremia primera consecuencia de la hipocloremia, traduciéndose por un aumento de albúminas, de hemoglobina, de hematíes y de la viscosidad.

*Clasificación de las Hipocloremias.*—Existen dos grandes clases de hipocloremias:

1.º Hipocloremias por decloruración, consecuencia de un desperdicio de cloro por vómitos, diarreas, sudores y orines demasiado salados, y la expresión de una disminución global del NaCl del organismo, es decir una verdadera cloropenia.

2.º Hipocloremias sin decloruración, resultado de un simple trastorno de la repartición de NaCl, conservándose el capital salino, a veces hasta aumentándose. Con frecuencia se encuentran asociados la retención tisular y el desperdicio de NaCl creando una hipocloremia (hipocloremia mixta).

¿Cómo distinguir estos dos tipos de hipocloremia? Se ha creído poder diferenciarlos según la cantidad de cloro globular y la relación entre el cloro globular y el cloro plasmático, una porción elevada, correspondiendo a una retención tisular, y una baja simultánea del cloro globular y plasmático significa un estado de verdadera cloropesía. Pero Rathery y Rudolf han demostrado que el examen de la sangre por sí solo (plasmático y globular) no permite poder afirmar la existencia de una cloropesía generalizada y que la tasa del cloro globular no corresponde forzosamente a la tasa de cloro tisular. Tampoco puede basarse sobre la cantidad de la reserva alcalina que es la hipocloremia, pues este valor depende de la naturaleza del líquido perdido, jugo gástrico ácido, sudores alcalinos, por ejemplo. Actualmente es el estudio de los balances que suministra el único medio seguro de clasificar las hipocloremias y para saber si existe una decloruración o no.

*Las Hipocloremias por Decloruración.*—comprenden tipos clínicos.

### **I—Hipocloremias por vómitos**

a) En las estenosis del píloro.—El cuadro clínico varía poco, después de algunos días de vómitos; sobreviene la postración, la demacración, la piel se pone seca, frío de las extremidades, hipotensión y a veces ictericia. Cuando la decloruración y la alcalosis se acentúan se presenta a menudo la tetania; siempre está ausente en los niños; no depende sola, esta, pues, de la reserva alcalina y de la calcemia, sino de un factor individual aún por precisar. En los enfermos muy deficientes en sal, puede sobreve-

nir en fin, un estado comatoso. En la autopsia, no se encuentra nada que pueda explicar la azotemia, el coma y la muerte. Es el cuadro de una muerte humoral sin lesiones orgánicas.

Como trastornos humorales se observan:

1.º Una pronunciada hipocloremia afectando el cloro, tanto plasmático como globular, consecuencia directa de las repetidas pérdidas de Cl, demostrando entonces claramente un estado de verdadera cloropesía que comprueba la disminución del cloro tisular. Se disminuye la tasa de natremia, el ClNa privado de su Cl se junta con el  $\text{CO}_2$ , una pequeña parte de estos bicarbonatos de sodio son retenidos, ya que se observa un aumento en la reserva alcalina; la mayor parte de ellos se eliminan por la orina. Al mismo tiempo se constata hipocloruria muy marcada, permitiendo afirmar la existencia de una verdadera cloropenia aun antes de conocer la tasa de cloro sanguíneo.

2.º Una azotemia que se presenta una vez que la decloración y la deshidratación han alcanzado cierto grado.

3.º Un aumento, a menudo enorme, de la reserva alcalina, resultando de la unión de los iones Na, que quedan disponibles, al  $\text{CO}_2$ , formando bicarbonatos; pero, salvo en el lactante, el aumento de los bicarbonatos no es suficiente para compensar la pérdida de NaCl y persiste a pesar de todo, asociado a la pérdida de cloro por los vómitos, un empobrecimiento del organismo en Na, una cloronatropenia. El organismo aumentó su reserva alcalina para luchar contra el descenso de la presión osmótica secundaria a la pérdida de sal. El mantenimiento de esta concentración osmótica permite compensar en cierto modo el efecto deshidratante provocado por la hipocloremia.

b) En los espasmos del píloro. En estos casos excepcionales se trata de vómitos funcionales, sin lesión orgánica del estómago, presentando la particularidad de producir una decloración rápida y de sanar radicalmente por una cura de rechloración, como si la hipocloremia mantuviese los vómitos. Se constata el cuadro completo de carencia de cloro, verdadera cloropesía, alcalosis, deshidratación, azotemia, hipocloruria. Estas observaciones, a las cuales a menudo se une la diarrea para acrecentar aún más la decloración, merecen ser autónomas y deben ser separadas de los casos de hipocloremia por estenosis orgánica del píloro, por nefritis o intoxicación alimenticia. Es la «gastro-enteritis declorurante azoténica», denominación que indica que el trastorno digestivo es primitivo y que la azotemia le está enteramente subordinada. Como el origen inflamatorio no está demostrado de ninguna manera, le va mejor el nombre de cloropenia por espasmos del píloro. Estos vómitos sobrevienen en los sujetos predispuestos. Esta predisposición resulta de un régimen declorurado seguido durante demasiado tiempo, o de un trastorno hepático,



o de antiguas alteraciones renales, o de una lesión del parasimpático.

Es preciso relacionar con ellas otros vómitos funcionales de-clorurantes, consecutivos a la ingestión de tóxicos (hongos), los vómitos incoercibles del embarazo, los vómitos de las crisis gástricas tabéticas.

## II.—Hipocloremias en el curso de las diarreas

Normalmente la eliminación del NaCl por las deposiciones es muy ligera, pero los individuos afectados de diarreas pueden alcanzar de 4 a 5 gramos por día. Hay que añadir a esto la pérdida de jugos pancreáticos y las secreciones del intestino delgado, más abundantes en bicarbonato que en cloruro de sodio, lo que disminuirá la reserva alcalina, contrariamente a la decloruración por vómitos. La disminución concomitante de los cloruros y de los bicarbonatos de la sangre y del líquido intersticial rebaja considerablemente su concentración osmótica. Esta baja provocará una disminución del líquido extracelular, suero y líquido intersticial, disminución muy marcada aunque la tasa de la cloremia no sea especialmente baja. No es como en el caso de los vómitos donde una reserva alcalina aumentada, compensa el efecto deshidratante de la hipocloremia. Esta deshidratación que proviene del doble desperdicio de cloruros y bicarbonatos sódicos explica las elevadas cifras de la urea sanguínea que generalmente acompañan a la hipocloremia consecutiva a las diarreas. Además el grado de azotemia no es siempre paralelo al de la hipocloremia. Del punto de vista terapéutico, se ve que es preciso asociar las inyecciones de bicarbonato de sosa a las inyecciones salinas.

Esta decloruración por las diarreas, aparte de las diarreas cleriformes y las enteritis infantiles, es bastante rara en la clínica.

## III.—Hipocloremias por sudación

En los sujetos que no beben más que líquidos sin sal, los sudores prolongados (mineros, alpinistas, sudaciones experimentales) traen consigo la presencia de graves trastornos clínicos (pérdida de sabor en los alimentos y pérdida de olfato; después náuseas y dolores abdominales difusos, apatía, calambres musculares con sed poco intensa, pérdida de peso) y trastornos humorales que indican una hipocloremia y una deshidratación. Estos trastornos no cesan hasta que se añade sal a las bebidas.

## IV.—Hipocloremia de los ascíticos puncionados

En los ascíticos puncionados con regularidad y sometidos a un régimen declorurado, y mejor todavía, a inyecciones de diuréticos mercuriales, se produce una hipocloremia durable y pronunciada que se explica por el déficit en el balance, acompañada

de hipocloruria, generalmente sin trastornos generales y sin azotemia, probablemente porque la decloruración se hace gradualmente, acostumbrándose así el organismo poco a poco a un nuevo equilibrio osmótico y circulatorio.

### V.—Hipocloremia de los comas diabéticos

a) En el curso de un coma diabético, se puede observar una hipocloremia secundaria a una decloruración por vía renal consecutiva a una prolongada acidosis. Esta hipocloremia va acompañada de hiponatremia y de uremia, así como de un cuadro completo de anhidremia. Exige una cura de rechloruración.

b) En los diabéticos sin acidosis, se observa a veces un ligero grado de hipocloremia sin anhidremia que no es el resultado de un desperdicio de cloro.

### VI.—Hipocloremia en la enfermedad de Addison

En estos enfermos se encuentra una hipocloremia de grado mediano, pero que corresponde en realidad a una decloruración más marcada que lo que hacen suponer las cifras de Cl, pues va acompañada de una deshidratación a menudo intensa que la oculta. Existe una disminución más marcada de la natremia, en relación con la baja en la reserva alcalina. Esta hipocloremia e hiponatremia es consecuencia de desperdicio de sal por el riñón. La exagerada eliminación de Na Cl por la orina existe hasta con una marcada hipocloremia, cosa que no se observa en los demás estados de carencia de cloro y que puede explicarse solo por un descenso de eficacia del riñón. Este desperdicio renal de sal es de tipo distinto al que provocan los diuréticos, pues en los últimos hay pérdida simultánea de Na Cl y de K, mientras que en la insuficiencia suprarrenal, la eliminación de K está, por lo contrario, disminuida. Esta hipocloremia va generalmente acompañada de un mediano grado de azotemia que parece resultar de la pérdida de Na Cl y de la deshidratación consecutiva (uremia por falta de sal). De la hipocloremia adicionada parecen provenir los vómitos, la anorexia, los dolores abdominales que desaparecen inmediatamente con la rechloruración; mas es difícil estimar en la fatiga y en la astenia la parte que puede provenir de la hipocloremia y la que es resultado de la insuficiencia suprarrenal. De la misma manera, los signos de deshidratación tan marcados en la insuficiencia suprarrenal, y que únicamente pueden desaparecer por el tratamiento hormonal, sin adjuntar Na Cl y antes que la cloremia se haya vuelto normal, no provienen sencillamente de la disminución de Na Cl. La potasa parece tener un papel nefasto especial en la insuficiencia suprarrenal.

## VII.—La hipocloremia como causa de deshidratación

El metabolismo del NaCl está tan íntimamente relacionado con el del agua, que se atribuye generalmente a la acción simultánea de estos dos elementos toda una serie de trastornos. Es preciso, pues, estudiar su exacta dependencia recíproca. Experimentalmente pueden separarse dos órdenes de trastornos, frecuentemente intrincados en la clínica:

a) Deshidratación por falta de ingreso de agua; el característico subjetivo de esta carencia de agua es la sed; la característica humoral, la hipocloremia o el mantenimiento de una cloremia normal, a pesar de las pérdidas de NaCl parte de la concentración sanguínea y la pérdida de peso. Este estado corresponde a una disminución del líquido celular e intracelular. Cuando esta deshidratación por falta de suministro de agua sobreviene en los sujetos declorurados, tiene como efecto el ocultar su hipocloremia; así se explican ciertos casos de azotemia por falta de sal con cloremia normal. En tales casos, la azotemia es casi totalmente secundaria a la oliguria.

b) Deshidratación por falta de sal.—La anhidremia demuestra aquí la reducción del volumen del líquido intracelular total bajo la influencia de la disminución de su concentración en NaCl, el organismo se defiende contra todo descenso en su presión osmótica, prescindiendo de una parte de su líquido extracelular en beneficio del líquido intracelular. Este desplazamiento de agua, implicando una reducción del volumen de sangre, es la causa de este tipo de deshidratación. Este tipo no va acompañado de sed ni oliguria, ni hipercloremia, ni baja notable de peso. Desaparece tan luego como se administra sal, aunque no se suministre agua. La imposibilidad de que el organismo declorurado retenga el agua, se explica por el descenso en la presión osmótica provocada por la hipocloremia. Si se hubiese retenido un excedente de agua sin sal, resultaría en una agravación del estado ya existente y una disminución siempre más marcada de la presión osmótica.

## VIII.—Patogenia de la azotemia por falta de sal

Cada tipo de desperdicio de cloro va acompañado por un aumento en la urea sanguínea, que cede a la rechloruración y cuya patogenia es discutida. Dos circunstancias intervienen: una exageración de la falta de asimilación de nitrógeno a expensas de las células, es decir la desintegración de los protides que se traduce por una hiperproducción de urea; después un trastorno de la función renal que no es capaz de eliminar la urea producida en exceso, trastorno puramente funcional, fácilmente reversible por rechloruración. En el génesis de esta azotemia intervienen dos factores principales: la hipocloremia, que obra ante todo por los

grandes desplazamientos de agua que causa para volver el equilibrio de los medios; la deshidratación que resulta de la disminución del líquido sanguíneo e intersticial, disminución que puede ser considerable e influir gravemente sobre el estado de las células renales. Esta deshidratación tiene así el papel esencial en la patogenia de la azotemia por falta de sal.

¿Cómo diferenciar estas azotemias por falta de sal de las azotemias de origen renal? El examen de las orinas demuestra a menudo en este último caso, albúminas, cilindros, pero estos signos son inconstantes y a veces conducen a errores. La concentración de la orina tiene mucho más valor: poco densas, pobres en urea en las nefritis, son relativamente concentradas y abundantes en materias azoadas en las deficiencias salinas. Una elevada reserva alcalina favorece una falta de sal.

Las hipocloremias sin decloruración no son consecuencia de una pérdida de sal, sino que el resultado de un trastorno en la repartición de Cl en el interior del organismo. Estas son las hipocloremias de la neumonia, de los estados postoperatorios, de quemaduras y de nefritis.

1.—*Hipocloremia de la neumonia.*—En el segundo día de la enfermedad, la tasa del cloro en la orina cae hasta poder llegar a cero; esta baja continúa ordinariamente algunos días después de la defervescencia y va seguida de una eliminación brusca y abundante de NaCl. La crisis del cloro no coincide pues con la crisis urémica que tiene lugar en el momento de iniciarse la convalecencia. Esta hipocloruria se instala al mismo tiempo que una hipocloremia plasmática y globular moderada que persiste hasta la convalecencia, aun cuando se inyectan fuertes dosis de sal. La hipocloremia va siempre acompañada de un descenso en la eliminación de Na, comportándose esta similarmente a la del Cl.

El mecanismo de esta hipocloremia ha sido muy discutido. Actualmente podemos decir que el aumento del líquido extracelular causando una dilución, interviene para rebajar la cloremia, sin que sea necesario invocar una fijación del Cl por las células. Hay que añadir una cierta medida de desperdicio de cloro por sudación y quizás por la exagerada secreción del cloro por la orina al principio de la enfermedad. No hay razón para poner en marcha la rechloruración. Obsérvanse trastornos similares, aunque menos acentuados, del metabolismo del cloro en numerosas otras enfermedades infecciosas.

2.—*La hipocloremia de las nefritis.*—La clasificación de las hipocloremias en los que padecen del riñón se hace difícil por causa de que la patogenia de esta alteración humoral no es unívoca, múltiples factores, desperdicio, migración, fijación tisular del cloro, intervienen simultánea o sucesivamente. Rudolf ha tra-

tado de oponer a las nefritis con alta reserva alcalina, fiel testigo de pérdida de cloro, las nefritis con acidosis y baja reserva alcalina, que no han perdido sal. Pero como existen importantes desperdicios de cloro por vía intestinal o renal en el curso de los cuales se rebaja la reserva alcalina porque han sido eliminados, más elementos Na que elementos Cl (enteritis grave, Addison), una alta reserva no es el único criterio de un estado de carencia de cloro, ni la única indicación de una terapéutica rechlorurante.

En las nefritis agudas sin vómitos ni diarrea se observa a veces una moderada hipocloremia, aun cuando hay retención hidrocloreurada; no se corrige por rechloruración. Cuando hay vómitos o diarrea, se observa un síndrome de azotemia por falta de sal con hipocloremia plasmática y globular, coincidiendo con una elevada reserva alcalina, que se cura por rechloruración; pero esta terapéutica no tiene ninguna utilidad contra el proceso nefrítico mismo.

En las nefritis azotemicas crónicas, en ausencia de vómitos o diarrea, la hipocloremia es de rigor, actuando sobre todo sobre el Cl plasmático y acompañada casi siempre por un descenso, a veces muy marcado, de la reserva alcalina, sin que exista desperdicio de cloro. Se admite que se trata de un desplazamiento de sal hacia los tejidos, pero la patogenia de esta hipocloremia con cloropexia tisular es todavía objeto de discusión. En todo caso, la rechloruración no está indicada. En los nefríticos con vómitos o diarrea, se une a la hipocloremia por acidosis una hipocloremia por dechloruración. Entonces es preciso proceder a la rechloruración del enfermo, mas obrando con precaución y prudencia y vigilando la permeabilidad renal.

En las nefritis tóxicas subagudas y en particular en la nefritis mercurial, existe una constante hipocloremia. Su patogenia es muy compleja. A ciertos factores precisos y calculables como el desperdicio de cloro y la dilución se añaden otros aún mal precisados. Se debe administrar cloro solo con extremo cuidado, vigilando el peso del enfermo, para no provocar edemas y efectuándolo sólo al fin del período de anuria.

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

# Terapéutica de todos los días

«*Deutsche Medizinische Wochenschrift*».—Traducción especial para CLÍNICA EXTREMEÑA, por Arturo O'Ferrall

## II.—La Sensación de Repleción y Vacío en el Estómago

Por el Profesor Strieck.—Augsburg.

Los trastornos del aparato digestivo son sumamente frecuentes y entre ellos tienen un lugar preferente los del estómago. La diversidad de los síntomas, así como la multiplicidad de las posibilidades terapéuticas parecen hacer interesante el análisis de dos trastornos especiales que no son siempre atribuibles a una afección o alteración del estómago mismo y estudiar brevemente su tratamiento.

La sensación de repleción del estómago puede ser ocasionada por una enfermedad de este órgano mismo. En las ulceraciones, la encontramos a menudo al comienzo de la afección, ocurriendo igual caso en las gastritis, tan frecuentes por lo demás. También en el cáncer incipiente del estómago puede ser esta sensación de repleción la primera señal de la enfermedad, aun cuando no existen dificultades de evacuación del órgano. Mediante una meticolosa preparación de la historia del caso y un cuidadoso y completo examen del estómago, utilizando para ello todos los medios a nuestra disposición, no presenta gran dificultad el decidir cuál gástropatía es la responsable del fenómeno. La literatura acerca de los medios terapéuticos a emplear en las afecciones gástricas inflamatorias es extraordinariamente abundante. Existe en ella una unanimidad absoluta acerca del hecho de que un tratamiento exclusivamente quirúrgico del carcinoma y todos los procesos que impiden la evacuación mecánica del estómago sólo ofrece una probabilidad de éxito. El caso es distinto en lo que a tratamiento de úlceras e inflamaciones se refiere. Numerosos clínicos se han ocupado especialmente de la investigación de las enfermedades del estómago, dan su preferencia a un tratamiento especial, y afirman haber tenido favorable resultado. Esto ha sido comprobado por muchos médicos. La experiencia al lado del lecho del enfermo enseña, que cada método es bueno si se emplea como base del mismo las siguientes reglas: inmovilización del órgano enfermo, reposo en cama, calor y cambio de régimen de vida. Dentro del alcance de este modesto trabajo no es posible analizar todos los detalles de la terapia de las úlceras y de las gastritis; además cada médico domina un método de tratamiento que ha sometido a prueba en numerosas ocasiones y que le ha dado buenos resultados. Como regla general los resultados de un tratamiento en clínica, son mejores que los de uno ambulatorio, ya que en el primer caso es más fácil vigilar el cumplimiento de las órdenes del médico y además el ambiente es más favorable.

En el tratamiento medicamentoso, se encuentran en primer término los sedativos y antiespasmódicos. Si se combinan estos con los medicamentos anestésicos y anti-ácidos se llegará más pronto a una terminación favorable. En casos rebeldes, en los cuales no se ha conseguido en corto tiempo ninguna mejoría de las molestias, hemos visto buenos resultados obtenidos con el uso de Lerostidina y Novoprotina. Los síntomas y el diagnóstico de la aerofagia, que se expresa generalmente por una penosa sensación de repleción inmediatamente después de las comidas, son muy típicos. Es preciso en estos casos estar seguro de que no se trata de enfermedad orgánica del corazón, de los vasos o los riñones. Los psicasténicos y los individuos con frágil sistema nervioso vegetativo constituyen uno de los contingentes principales de los aerófagos habituales. El cambio total de alimentación y un tratamiento general que se efectuará mejor en una clínica u hospital, tendrá éxito en la gran mayoría de los casos. Yo considero el tratamiento medicamentoso como superfluo.

Un signo frecuente del comienzo de una insuficiencia cardíaca es la sensación de repleción en la región del estómago. Esta sensación tiene su causa en la congestión del estómago, pero principalmente en la hipertrofia del hígado. Especialmente después de las comidas, por frugales que hayan sido, éstas, la sensación se hace extremadamente penosa. Las molestias desaparecen rápidamente al cesar el estado congestionado o de estancamiento del estómago. Acerca del tratamiento de la insuficiencia cardíaca por sí misma no puedo ocuparme aquí.

La sensación de presión que se siente después de las comidas en los procesos estenósicos de la parte inferior del esófago es descrita por muchos enfermos como presión en el estómago. El diagnóstico se asegura fácilmente por examen radiológico y mediante la esofagoscopia. Aunque en muchos casos es un tumor maligno la causa, sin embargo el número de casos de estenosis benigno no es pequeño. El método de selección es el tratamiento por medio de Rayos X de las estenosis malignas, mientras que las estenosis benignas que resultan de un cardiopasma son mejor tratadas por dilatación. El resultado que se obtiene por el método de dilatación acompañado de la psicoterapia es a menudo sorprendente. Una terapia medicamentosa no es generalmente necesaria como tampoco lo es una intervención quirúrgica.

También en las enfermedades que van acompañadas de gran hipertrofia hepática encontraremos frecuentemente como primera señal la sensación de presión en la región del estómago. Estas sensaciones de presión son especialmente marcadas en las enfermedades de acumulación, las leucemias, las cirrosis pigmentarias, así como también en los tumores malignos. Generalmente encontraremos en todas las hipertrofias del hígado un dolor localizado en la región del hígado mismo. El tratamiento de la enfermedad fundamental conducirá a una mejoría en la sensación de presión de los órganos vecinos. Las enfer-

medades del intestino, especialmente alteraciones carcinomatosas del intestino grueso y las colitis, causan a menudo una sensación de repleción en la región gástrica, especialmente cuando a causa de alguna obstrucción mecánica o de algún trastorno funcional hay acumulación de gases o aire. Mientras que el tratamiento de las enfermedades mencionadas en primer lugar es quirúrgico, se puede obtener un resultado muy favorable en las inflamaciones del intestino grueso por medios dietéticos y físicos y con el uso del Torantil.

La sensación de vacío en el estómago no se observa con tanta frecuencia como la de repleción. Hay personas que efectúan una evacuación muy rápida del estómago. Este fenómeno se encuentra con mayor frecuencia en los casos de trastornos de la secreción de jugos. Los enfermos con defectiva reproducción de ácido clorhídrico tienen casi siempre evacuación rápida y breve del estómago. También encontramos esta evacuación rápida en enfermedades de las vías biliares. En las operaciones de estómago podemos ver, a causa de la alteración motora y condiciones mecánicas que no son fisiológicas, esta misma rapidez de evacuación. Así como en muchos enfermos, al comienzo de úlceras y gastritis, se presenta la sensación de repleción del estómago, también puede presentarse una sensación de vacío y una especie de hambre que es casi dolor, como uno de los primeros síntomas.

Esta sensación de vacío la observamos en enfermos de hiperacididad y úlcera duodenal. En los asténicos con señales de estigmatización vegetativa encontramos con frecuencia durante las últimas horas de la mañana una sensación de vacío, unida a cansancio general, irritación y sensación voraz de hambre. Los valores de azúcar en la sangre son anormalmente bajos. Una dosis de hidrato de carbono eliminará todas las molestias en brevísimo tiempo. En estos casos no se trata de un fenómeno provocado por una alteración anatómica del páncreas, como podemos observar en el verdadero hiperinsulinismo de los adenomas pancreáticos, sino de un trastorno funcional causado por el sistema nervioso vegetativo, constitucional inferior. En los diabéticos insulizados es a menudo la sensación de vacío, la primera indicación de un valor de azúcar bajo. Muy especialmente es este el caso en los enfermos tratados con Protamina—Zinc—Insulina, en los cuales la hipoglicemia se manifiesta principalmente por trastornos del conducto gastro intestinal y del sistema nervioso central. La eliminación de estas manifestaciones se alcanza fulminantemente mediante la administración de carbohidratos. En graves trastornos circulatorios, en las anemias, amenaza de colapso, así como en hemorragias graves, casi siempre experimentará el enfermo la mencionada sensación de vacío en el estómago.



# Sección de Legislación

---

## La Previsión Médica Nacional

### FACTOR SAGRADO DE NUESTRA RETAGUARDIA

*Por el Doctor S. García Vicente, Capitán honorario de Sanidad Militar.*

Cuando resueltos, en orientaciones de franca victoria los acuciantes problemas bélicos de los primeros meses, se fué sedimentando y reconstituyendo nuestra vida civil, uno de los problemas que los altos poderes nacionales plantearon a través del Excmo. Sr. Gobernador General del Estado, Sr. Valdés Cabanillas, y del Jefe Nacional de Sanidad, don José Alberto Palanca, fué el de reorganizar la clase médica (uno de los más poderosos factores de influencia en la vida intelectual, profesional y social de los pueblos), y siguiendo las normas dictadas por nuestro glorioso Caudillo «ni un español sin pan, ni un hogar sin lumbré», el primer problema a resolver, fué el de asegurar el bienestar y el derecho a éste, de los miembros de la familia médica, que se encontrasen o pudieran encontrarse en situación precaria. Para ello contaban ya los Médicos, gracias a la labor benemérita e inolvidable del Dr. Pérez Mateos, de un organismo mutual, Previsión Médica Nacional», en pleno y eficaz funcionamiento antes de nuestro Glorioso Movimiento, pero que, por la radicación de todos sus organismos directivos y administrativos y de todas sus existencias económicas en Murcia, podía considerarse como inexistente.

Para ello, por Orden ministerial del 29 de Julio de 1937, se constituyó el Consejo General de Colegios Médicos de España, bajo la Presidencia del eminente hombre de ciencia y patriota Doctor don Enrique Suñer, y constituído por los Doctores Iñigo, Abós, García, Tornell, Durán y Soussa, Oreja, Gavilán, Juaristi, Tomás Rodríguez y García Vicente, como Secretario; a cuya entidad entre otros mandatos, se confió el cometido expreso de poner en marcha nuevamente la Previsión Médica Nacional.

Esta sagrada orden sonó a toque de clarín, mucho menos glorioso y meritorio ciertamente, que el que algunos de los que constituían el Consejo venían de oír en los campos de batalla, pero como aquel, suponía ejecución inmediata y perentoria, sin obstáculos ni dificultades que impidiesen su cumplimiento y así, el Colegio de Médicos de Valladolid, de este Valladolid fraterno y acogedor, por iniciativa de su Presidente y Consejero don Marcelino Gavilán, puso sus locales, material y empleados a disposición del Consejo y alrededor de este grupo germinal, de

buena intención, constancia, tenacidad y abnegación se iba añadiendo la competencia especializada del antiguo Contable del Colegio y Profesor Mercantil don Tomás Cecilia, la experiencia de los antiguos Consejeros, colaboradores de Pérez Mateos, el calor cordial de cooperación de los recientemente nombrados y sobre todo la ayuda entusiasta y fraternal de todos los Colegios de la España liberada, aportando los datos de todo género, que en rebusca angustiosa pedíamos, para procurar rehacer un proyecto de armazón administrativo que permitiese el nuevo funcionamiento de Previsión.

Y en verdad, que las dificultades a vencer crecían y aumentaban, pues a la falta de datos, ficheros y dinero, se sumaban las mayores necesidades a llenar que antaño, cuando la marcha de Previsión era boyante, y esto sucedía ahora, por la mayor mortalidad causada en la guerra, además por el éxodo procedente de la zona roja, que nos traía a provincias liberadas beneficiarios de provincias marxistas, y aun a esto se unían el criterio sagrado de mirar ante la necesidad de protección a los débiles, la disparidad de sus anteriores ideas políticas; todo ello se procuró estudiar, sopesar y resolver y al cabo de tres meses de labor se presentó a la aprobación del Pleno un proyecto de reorganización de Previsión Médica, que a su vez (y previas minuciosas investigaciones y consultas) fué aceptado por el Excmo. Sr. Gobernador General del Estado a través de la Jefatura Nacional de Sanidad.

En este proyecto, cuyas líneas directrices propuso el Doctor Gavilán, se incluyeron como es natural, modificaciones que suponían sacrificios de todo punto necesarios para poder realizar, con un organismo que no poseía nada, todos los cometidos de la anterior Organización rica, poderosa, de posibilidades económicas y administrativas fáciles y holgadas, y estos sacrificios, se refirieron primeramente a polarizar el suministro de los subsidios a las viudas y herederos de los facultativos fallecidos, solamente en la forma de pensión mensual. Esto es fácil de comprender, pues si hubiéramos tenido que dar el capital de una vez, como era de opción en el Reglamento anterior, al no poseer reserva alguna hubiésemos tenido que recurrir a una operación de crédito en forma de préstamo, actuación que además de no ser muy ortodoxa, teniendo en cuenta las características de nuestra mutual, hubiese supuesto una sobrecarga de pagos de intereses quizá de varios cientos de miles de pesetas al año.

Otro factor negativo, era, como hemos insinuado anteriormente, el tener que abonar los subsidios concedidos antes de la guerra, es decir, que nuestra nueva Previsión, renacía con la cadena de pié, de las deudas de la anterior, aumentadas en proporción, por el aflujo constante y periódico a nuestra zona de

las familias de los Médicos y Sanitarios asesinados por los rojos y los beneficiarios perseguidos por sus ideas.

Por último, el colapso recaudatorio de cuotas durante el primer año de la guerra, era, a excepción de contados Colegios Médicos, casi absoluto.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, se estudió minuciosamente el aumento que era necesario introducir en las cuotas, llegando a establecer la siguiente escala, a saber:

### CUOTAS MENSUALES EN LA SECCION DE VIDA

		Cuota corriente	Cuota complementaria	TOTAL
Primer	Grupo	5'50	1'30	6'80
1.º y 2.º	id.	14'25	3'40	17'65
1.º, 2.º y 3.º	id.	25'25	6'05	31'30
1.º, 2.º, 3.º y 4.º	id.	41'50	9'35	51'45

### CUOTAS MENSUALES DE LA SECCION DE INVALIDEZ

		Cuota corriente	Cuota complementaria	TOTAL
Primer	Grupo	0'60	0'20	0'80
1.º y 2.º	id.	1'45	0'50	1'95
1.º, 2.º y 3.º	id.	2'55	0'90	3'45
1.º, 2.º, 3.º y 4.º	id.	3'90	1'40	5'30

Con estas pautas empezó el primero de Marzo de 1938, a funcionar nuestra nueva Previsión Médica Nacional, extendiéndose desde las primeras fases de su actuación unos 20.000 recibos mensuales, todos los cuales, entre cuotas de derrama y cuotas complementarias, representan un valor aproximado de 180.000 pesetas anuales.

Se ha reanudado el pago de los pensionistas existentes en la zona nacional, antes del 18 de Julio de 1936, cuyos subsidios fueron concedidos por el anterior Consejo de Murcia y el importe capitalizado de estos subsidios anteriores a nuestra reorganización, asciende a la elevada cantidad de 1.846,045 pesetas, cantidad que será amortizada dentro de los plazos previstos en el estudio financiero que precedió a la actual reorganización.

El número de estos pensionistas antiguos, sobrepasa la cifra de cien y como se ha dicho, vienen percibiendo puntalmente desde el mes de Abril último los subsidios que tienen concedidos.

Además, desde el mes de Marzo, se han concedido trescientos siete nuevos subsidios de vida, con un valor capitalizado de

6.755.000 pesetas. Estos subsidios vienen pagándose con puntualidad, mensualmente.

Pendientes de aprobación por el Consejo y de completar la documentación, existen 125 expedientes más, cuyos beneficiarios comenzarán a percibir la pensión correspondiente en cuanto se aprueben aquellos en el Pleno próximo.

*Patronato de huérfanos de Médicos.*—Con fecha 23 de Noviembre de 1937, fué nombrado con componentes del Consejo de Colegios Médicos y presidido también por el Doctor Suñer, el nuevo Patronato encargado de sustituir al que con todos los bienes se había quedado en la zona marxista y con la misión de reorganizar los Colegios de Huérfanos de Médicos en la España Nacional.

Este nuevo Patronato, carente de todo, menos del deseo de acertar y cumplir la elevada misión que le había sido encomendada, se puso, con la colaboración técnica y abnegada del Doctor Larraz, en comunicación con todos los Colegios Médicos de la España Nacional y empezó a recibir de éstos las pequeñas cantidades que procedentes de la venta de pólizas tenían en sus cajas, y con ese ingreso ha conseguido tener en la actualidad recogidos en espléndidos Colegios de Valladolid y Salamanca cerca de 170 huérfanos de ambos sexos.

Pero como el número de nuestros huerfanitos ha aumentado también en proporción superior a la de tiempos normales y las disponibilidades, a pesar de nuestras economías y de algunos donativos que recibimos de nuestros compañeros, son inferiores a las de antaño, las tareas del Patronato en estos asuntos tan llenos de encanto que matiza todo lo que supone proporcionar alegría a los niños, tienen facetas ácidas, que se manifiestan durante los momentos en que hay que retrasar el acogimiento de huérfanos que lo necesitan... Y para poder realizar de una manera automática esta clasificación, que el Patronato quisiera no tuviese razón de existir, pues el ideal a que aspira es poder acoger a todos los huérfanos que lo soliciten, ha tenido que adoptar un criterio frío, automático y por consiguiente absolutamente imparcial en la clasificación de la lista de aspirantes, y para ello convertimos en cifras la calidad de los datos que nos orientan en nuestra clasificación, a saber: *Informe confidencial* de la Presidencia del Colegio de Médicos de la provincia a la que pertenece el huérfano; y se refieren principalmente al *estado económico* de la familia del solicitante, completado con investigaciones particulares en aquel sentido, realizadas a través de los Médicos que viven en la localidad del solicitante;—además el número de hermanos, dando preferencia, como es natural, a los hijos de familias numerosas; labor de selección ingrata y dura, pero indispen-

sable mientras nuestros recursos no nos permitan recoger a todos los solicitantes.

Y estos huerfanitos, son como una nueva familia nuestra, familia que en recursos materiales tiene forzosamente que ser económica y parsimoniosa, es espléndida en el afecto y compenetración espiritual con los pequeñuelos; y éstos lo merecen tanto y además lo pagan con creces en agradecimiento y cariño...

¡Qué pequeños grandes problemas nos exponen nuestros niños en las visitas tan cordiales y bulliciosas: alegría de hablarles de sus padres, de sus pueblos, de los triunfos de nuestros soldados, del porvenir glorioso de la España Imperial!..

Y en estos momentos sobre las cabecitas de nuestros huérfanos parece extenderse la sombra de aquel viejecito sabio y venerable, don Carlos María Cortezo, fundador y Director entrañable de esta obra santa, y nosotros que tuvimos la suerte de convivir largo tiempo con él, viendo de cerca esta Institución tan suya, nos explicamos ahora cumplidamente que esta obra fuese el amor de sus amores y que sus ojos de empañado cristal, llegasen por milagro de amor a brillar de ternura al sentir junto a sí el afecto cariñoso y el agradecimiento de los hijos de sus compañeros muertos...

«Previsión Médica Nacional», «Patronato de Huérfanos de Médicos»..., factores sagrados de nuestra retaguardia, que el Consejo General de Colegios Médicos de España, conserva, cuida y fomenta como un sagrado deber para con los compañeros que luchan y pasan penalidades en los frentes y en las regiones devastadas; y también como un imperativo a cumplir con nuestros hermanos sufridos y modestos, los Médicos titulares, cuyos angustiosos problemas económicos y profesionales sienten como suyos y obsesionan apasionadamente a los componentes del Consejo, polarizando sus actividades en reiteradas actuaciones cerca de los Poderes Públicos, con la intervención rectora y la colaboración competente y sincera del Jefe Nacional de Sanidad, don José Alberto Palanca; y así en esta Cruzada dura y gloriosa en la que España renace, va la clase médica poniendo su aportación abnegada, lo mismo en las fases ásperas heroicas y gloriosas que con el Ejército vive en los frentes, como laborando en las zonas tranquilas, estoicas y sensatas de nuestra retaguardia, anticipo germinal de lo que será la paz que se avecina.

(De la «Revista Española de Medicina y Cirugía de Guerra»).

# Previsión Médica Nacional

## DERECHOS EN LA SECCION DE VIDA

NUM. 1	NÚM 2		
	En forma de pensión mensual		
En una sola entrega	Durante 10 años	» 15 años	» 20 años
5.000 Past.	»	»	»
+10.000=15.000 »	150=Total 18.000	112,5=20.250	»
+15.000=30.000 »	300= » 36.000	225 =40.500	192=46.080
+20.000=50.000 »	500= » 60.000	375 =67.500	320=76.800

### NÚM 3 EN FORMA MIXTA

Para los Grupos I y II: 15.000 Pesetas

	Resto a pensión mensual		
Primera entrega	Durante 10 años	» 15 años	» 20 años
5.000 Ptas.	a 100 Ptas.	a 75 Ptas.	a 64 Ptas.

Para los Grupos I, II, y III: 30.000 Pesetas

	Resto a pensión mensual		
Primera entrega	Durante 10 años	» 15 años	» 20 años
5.000 Ptas.	a 250 Ptas.	a 187'50 Ptas.	a 160 Ptas.
10.000 »	a 200 »	a 150 »	a 128 »
15.000 »	a 150 »	a 112'50 »	a 96 »

Para los Grupos, I, II, III y IV: 50.000 Pesetas

	Resto a pensión mensual		
Primera entrega	Durante 10 años	» 15 años	» 20 años
5.000 Ptas.	a 450 Ptas.	a 337'50 Ptas.	a 288 Ptas.
10.000 »	a 400 »	a 300 »	a 256 »
15.000 »	a 350 »	a 262'50 »	a 224 »
20.000 »	a 300 »	a 225 »	a 192 »
25.000 »	a 250 »	a 187'50 »	a 160 »
30.000 »	a 200 »	a 150 »	a 128 »
35.000 »	a 150 »	a 112'50 »	a 96 »

## DERECHOS DE LA SECCION DE INVALIDEZ

En el Grupo	I.—	Pensión mensual de	100	Pesetas
En el Grupo	II.—	»	»	» 150 »
En el Grupo	III.—	»	»	» 200 »
En el Grupo	IV.—	«	»	» 250 »

## SOBRE ASIMILACIONES MILITARES

En el «Boletín Oficial del Estado» del 23 de Febrero actual se inserta la siguiente Orden del Ministerio de Defensa Nacional:

La Orden de 18 de Diciembre de 1936 (B. O. número 61) se aclara en el sentido de que las instancias que se promuevan en solicitud de acogerse a los beneficios del Decreto número 110 de la Junta de Defensa Nacional, serán presentadas ante los Jefes de Sanidad de las Regiones en que los peticionarios tengan su domicilio, y aquéllos las elevarán a este Ministerio, por conducto de las respectivas Autoridades Militares, las cuales, antes de dar curso a aquéllas, informarán respecto a los antecedentes de los interesados y conveniencia, en su vista, de conceder o no la asimilación solicitada.

Burgos, 16 de Febrero de 1939.—III Año Triunfal.— El General Encargado del Despacho del Ministerio, *Luis Valdés Cavanilles*.

# Próximos cursillos de Perfeccionamiento Médico en Alemania

El Centro alemán del Perfeccionamiento Médico se propone, para la temporada de verano de 1939, los cursillos internacionales siguientes para especialistas:

1. *En Hamburgo:* Dermatología y venerología, radioterapia (Mülzer). Lugar del cursillo: Clínica Dermatológica de la Universidad. (Del 26-6- al 1-7-1939). Honorarios: RM 60.

2. *En Hamburgo:* Radiología (especialmente radioterapia profunda) (Holthusen). Lugar del curso: Instituto Roentgenológico de la Universidad. (Del 3 al 8-7-1939). Honorarios: RM 60.

3. *En Viena:* Dermatología y venerología radioterapia (Scherber). Lugar del cursillo: Clínica Dermatológica de la Universidad. Del 26-6 al 1-7-1939. Honorarios: RM 60.

4. *En Viena:* Cosmética y Plástica (subsecciones dermatológica, quirúrgica, otológica). Lugar del cursillo: Varias Clínicas de Viena. Del 3 al 15-7-1939. Honorarios para el cursillo completo: RM 120.

A. Sección dermatológica; del 3 al 5-7-1939 Honorarios RM 30.

B. Sección quirúrgica del 6 al 12-7-1939 Honorarios RM 70.

C. Sección otológica; del 13 al 15-7-1939) Honorarios RM 35.

5. *En Viena:* Urología (Haslinger). Lugar del cursillo: Segunda Clínica Quirúrgica de la Universidad. Del 17 al 22-7-1939. Honorarios: RM 60.

6. *En Viena:* Enfermedades de los dientes, de la boca y maxilares (Fichler). Lugar del cursillo: Hospital Público. Del 17 al 22-7-1939. Honorarios: RM 70.

7. *En Viena:* Cirugía torácica (Denk). Lugar del cursillo: Segunda Clínica Quirúrgica de la Universidad. Del 24 al 29-7-1939. Honorarios: RM 70.

8. *En Colonia:* Cirugía abdominal (V. Haberer). Lugar del cursillo: Clínica Quirúrgica de la Universidad. Del 31-7 al 5-8-1939. Honorarios: RM 70.

9. *En Bochum y Gelsenkirchen-Buer:* Cirugía de accidentes y de los miembros incl. el dictamen del accidente (Bürkle de la Camp). Lugar del cursillo: los Hospitales «Bergmanns-heil I y II». Del 7 al 12-8-1939. Honorarios: RM 70.

10. *En Colonia:* Roentgenología para la cirugía de accidentes (Grashey). Lugar del cursillo: Instituto Roentgenológico de la Universidad. Del 14 al 15-8-1939. Honorarios: RM 30.

11. *En Colonia:* Ortopedia (Hackenbroch). Lugar del cursillo: Clínica Ortopédica de la Universidad. Del 16 al 19-8-1939. Honorarios: RM 50.



12. *En Hohenlychen*: Cirugía de restablecimiento. Tratamiento por medio de ejercicios y deporte de compensación. (Gebhard). Lugar del cursillo: «Heilstäten». Del 21 al 23-8-1939. Honorarios: RM 35.
13. *En Viena*: El cráneo en la roentgenología y la clínica (Mayer). Lugar del cursillo: Hospital Público. Del 31-7 al 5-8-1939. Honorarios: RM 70.
14. *En Munich*: Roentgenología para internistas y cirujanos (Stumpf). Lugar del cursillo: Primera Clínica de Medicina de la Universidad. Del 26-6 al 1-7-1939. Honorarios: RM 60.
15. *En Breslau*: Diagnóstico de las enfermedades gastrointestinales (Gutzeit). Lugar del cursillo: Clínica de Medicina de la Universidad. Del 26 al 29-6-1939. Honorarios: RM 35.
16. *En Munich*: Enfermedades de la sangre, de los nervios, de articulación, del metabolismo. Endocrinología. Vitaminas. (Schittenhelm Step). Lugar del cursillo: Primera y Segunda Clínica de Medicina de la Universidad. Del 3 al 8-7-1939. Honorarios: RM 50.
17. *En Viena*: Dietética (Eppinger, Riesak). Lugar del cursillo: Primera Clínica de Medicina de la Universidad. Del 10 al 15-7-1939. Honorarios: RM 50.
18. *En Berlín*: Enfermedades infecciosas, cardíacas, de la circulación y de los riñones (Horters). Lugar del cursillo: Hospital Rudolf Virchow. Del 17 al 22-7-1939. Honorarios: RM 50.
19. *En Lübeck*: Alergia (Hansen). Lugar del cursillo: Hospital Público. Del 24 al 29-7-1939.
20. *En Francfort del Mein*: Neurología, psiquiatría, psicoterapia (Kleist). Lugar del cursillo: Clínica de Enfermedades Nerviosas de la Universidad. Del 31-7 al 5-8-1939. Honorarios: RM 50.
21. *En Berlín*: Pediatría: profilaxia en la niñez. Nutrición. Gimnasia adecuada para niños y jóvenes. Enfermedades del metabolismo. Neurología. Psiquiatría. Cuestiones de educación para niños con un carácter complicado. Patología hereditaria. Bessau, Hofmeier). Lugar del cursillo: Clínica de Pediatría de la Universidad—Kaiserin Auguste Victoria—Haus, Kaiser und Kaiserin Friedrich—Kinderkrankenhaus. Del 26-6 al 1-7-1939. Honorarios: RM 50.
22. *En Colonia*: Pediatría. Enfermedades infecciosas, del metabolismo, de los riñones. Alergia. Cuidado de la infancia (Kleinschmidt). Lugar del cursillo: Clínica de Pediatría de la Universidad. Del 3 al 8-7-1939. Honorarios: RM 50.
23. *En Leipzig*: Problemas antiguos y nuevos que ocupan al cirujano partero (Schroeder). Lugar del cursillo: Clínica Ginecológica de la Universidad. Del 3 al 8-7-1939. Honorarios: RM 70.
24. *En Leipzig*: Los problemas tratados con frecuencia en

el consultorio del ginecólogo (Schroeder). Lugar del cursillo: Clínica Ginecológica de la Universidad. Del 10 al 15-7-1939. Honorarios: RM 70.

25. *En Tübingen*: Otorrinolaringología (Albrech). Lugar del cursillo: Clínica Otológica de la Universidad. Del 26-6- al 8-7-1939. Honorarios: con cursillo de operación, 150 RM; sin cursillo de operación, 100 RM.

26. *En Halle*: Oftalmología (Clausen). Lugar del cursillo: Clínica Oftalmológica de la Universidad. Del 26-6 al 1-7-1939. Honorarios: RM 75.

Los cursillos se darán en el idioma alemán. Se admite solamente un número de asistentes muy reducido.

Pidan ustedes informes y prospectos a: *Arztliches Fortbildungswesen* (Centro Alemán del Perfeccionamiento Médico), *Berlin NW 6, Robert Koch—Platz 7 (Kaiserin Friedrid—Haus)*.

Para participar en los cursillos se admiten médicos alemanes que son ciudadanos del Reich, así como médicos de nacionalidad extranjera.

Médicos extranjeros y médicos alemanes que viven en el extranjero tienen derecho a una reducción de 60 por 100 sobre las tarifas de los Ferrocarriles Alemanes, pagando el billete en moneda extranjera. Haciendo uso del «marco registrado» (Registermark) cada médico extranjero podrá reducir considerablemente los gastos de su estancia en Alemania; será conveniente para él conseguirlos por mediación de un Banco de su país antes de salir.

## A YUDAD A LA INDUSTRIA QUÍMICA NACIONAL RECETAD PRODUCTOS ESPAÑOLES

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

ba de poner a la disposición de la respetable clase médica, las nuevas preparaciones marca «ESPAÑA» JARABE DE HIPOFOSFITO 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

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

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

# GOBIERNO DE LA NACION

## Ministerio de la Gobernación

*DECRETO de 6 de Febrero de 1939 creando el Consejo Superior de Sanidad:*

Es una de las tareas que el Estado nuevo se propone realizar, y que ha de constituir preocupación efectiva de la gestión de gobierno, el acometer una política sanitaria nacional, que encauce por derroteros nuevos y eficientes los grandes problemas que el cuidado y la protección de la salud del pueblo plantean.

La resolución de estos problemas, su estudio inmediato y elaboración de premisas requieren una técnica especial, pero abarcan, además, y necesitan de la colaboración y el esfuerzo de otra serie de actividades cuya articulación orgánica haga confluir hacia un mismo fin diversos aspectos de la administración del Estado y de las fuerzas sociales y económicas que intervienen y determinan en cada momento las posibilidades de una acción eficaz.

El Gobierno necesita del Cuerpo consultivo apropiado, apto para conocer las realidades sanitarias y que, pleno del espíritu de nuestra Revolución Nacional, incorpore a la nueva legislación la unidad de doctrina y las directrices a seguir para el desenvolvimiento de las normas e instituciones que garanticen la fortaleza y desarrollo físico de los españoles.

El Consejo Superior de Sanidad, al ser creado, asumirá estas funciones de Cuerpo Consultivo y será, asimismo, el organismo vivo del que partan nuevas orientaciones y proyectos que determinen al Gobierno a implantar realidades legales, claras y efectivas, y, en especial, a la sustitución de la arcaica y confusa legislación de Sanidad vigente, por una Ley más en armonía con el estado actual de los conocimientos sanitarios, permitiendo una fecunda aplicación a estos fines de la energía integradora de nuestro Movimiento.

En virtud de las consideraciones expuestas, a propuesta del Ministro de la Gobernación, y previa deliberación del Consejo de Ministros,

### DISPONGO:

Artículo primero. Adscrito al Ministerio de la Gobernación se crea el Consejo Superior de Sanidad como órgano consultivo y asesor de los problemas y servicios que a él competan.

Artículo segundo. El Consejo Superior de Sanidad estará constituido, bajo la presidencia del Ministro de la Gobernación, por:

Un Vicepresidente: El Jefe del Servicio Nacional de Sanidad.

Secretario: Un funcionario de la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad.

Vocales:

- 1.º El Jefe del Servicio Nacional de Beneficencia.
- 2.º El Jefe del Servicio Nacional de Administración Local.
- 3.º El Jefe del Servicio Nacional de Previsión.
- 4.º El Jefe del Servicio Nacional de Regiones Devastadas y Reparaciones.
- 5.º Un Médico militante de Falange Española Tradicionalista y de las Jons. en representación del partido.
- 6.º Un representante de la Real Academia de Medicina.
- 7.º Un Catedrático de Higiene de Universidad.
- 8.º Un Médico tisiólogo.
- 9.º Un pediatra.
10. Un venereólogo.
11. Un psiquiatra.
12. Un Farmacéutico.
13. Un Veterinario.
14. Un Arquitecto sanitario.
15. Un Ingeniero sanitario.
16. Un representante del Ministerio de Educación Nacional.
17. El Fiscal Superior de la Vivienda.
18. Un Abogado del Estado.
19. Un representante del Ministerio de Defensa Nacional.
20. El Jefe del Servicio de la Restricción de Estupefacientes de la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad.

El Vocal del apartado quinto será nombrado a propuesta de la Secretaría General de Falange Española Tradicionalista y de las Jons; el del apartado sexto, a propuesta del Director de la Real Academia de Medicina; el de los apartados decimosexto y décimonoveno, a propuesta de sus respectivos Ministerios, y el del apartado décimo-octavo, a propuesta del Ministerio de Hacienda. El resto de los Vocales será designado libremente por el Ministro de la Gobernación.

Artículo tercero. El Ministro de la Gobernación, podrá delegar la presidencia del Consejo en el Subsecretario del Interior cuando lo estime conveniente.

Artículo cuarto. Todos los cargos del Consejo serán honorarios y gratuitos.

Artículo quinto. Será misión del Consejo:

a) Asesorar al Ministro de la Gobernación en todos los problemas sanitarios de carácter nacional que el titular del ramo considere oportuno someter a su conocimiento.

b) Elevar al Ministro de la Gobernación cuantos proyectos e iniciativas se relacionen con los grandes problemas que afectan a la Sanidad.

c) El estudio y revisión del Presupuesto de Sanidad Nacional.

d) Estudiar los proyectos de saneamiento, ensanche, extensión y urbanización que estén sujetos a estos trámites, conforme a la legislación vigente.

e) Conocer de las apelaciones contra los acuerdos de los organismos consultivos provinciales en esta rama cuando exista la posibilidad de apelación.

f) Estudiar y proponer las disposiciones legislativas o reglamentarias que sean precisas para el mejoramiento técnico-sanitario de los Municipios.

g) Orientar y estudiar las funciones de enseñanza e investigación en los Centros sanitarios dependientes de la Jefatura de Servicio Nacional de Sanidad.

h) Establecer un plan anual de propaganda sanitaria nacional.

i) Emitir dictamen en todos los asuntos que la Superioridad pida.

j) Sustituir en todo a la antigua Junta Administrativa de la Restricción de Estupefacientes y Tóxicos.

k) Informar en las nuevas concesiones de especialidades farmacéuticas y en la apertura de laboratorios de producción.

l) Emitir los informes de carácter técnico de su competencia en los casos en que algún precepto legal lo exija o se crea pertinente por el Ministerio.

Artículo sexto. El Consejo redactará su Reglamento interior, nombrando en su seno las Comisiones necesarias para el estudio de los distintos problemas sanitarios. Estas Comisiones actuarán como Ponencias que emitan dictamen en los asuntos que se le confíen, dictamen que será sometido al Consejo para su aprobación, exceptuándose los asuntos que no se juzguen de importancia correspondientes a los apartados d) e) y f); todo lo relacionado con la Junta Administrativa de la Restricción de Estupefacientes y Tóxicos y las nuevas concesiones de especialidades farmacéuticas, apertura de laboratorios de producción, así como en todos aquellos casos en que el dictamen sea de urgencia. En todos estos casos, la Comisión respectiva lo elevará directamente a la Superioridad para resolución.

En cada Comisión actuará como Presidente el Vicepresidente del Consejo Superior de Sanidad, y como Secretario, el que desempeñe esta función a las órdenes del mismo. En ellas podrán ser escuchados los técnicos que se crean precisos para determinadas cuestiones y que sean designados en cada caso por el Presidente de la Comisión.

Artículo séptimo. Por el Ministerio de la Gobernación se

procederá a dictar cuantas disposiciones complementarias se juzguen precisas para el desarrollo del presente Decreto.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en Burgos a seis de Febrero de mil novecientos treinta y nueve.—III Año Triunfal.—FRANCISCO FRANCO.—El Ministro de la Gobernación, *Ramón Serrano Suñer*.

(Del «Boletín Oficial del Estado» correspondiente al día 10 de Febrero de 1939.—III Año Triunfal).

*DECRETO de 6 de Febrero de 1939 modificando el Reglamento de Especialidades farmacéuticas.*

La escasez de muchos preparados, que en buena parte se importaban del Extranjero y de otros que se elaboraban en la zona no liberada, ha despertado en la España Nacional un marcado interés por lanzar al mercado similares de aquéllos, en gran número. En este afán no todas las iniciativas están seriamente fundamentadas. Aunque es loable y patriótica la conducta de estos preparadores, que, además de abastecer el mercado tratan de evitar la salida de divisas, urge canalizar estas actividades imponiendo normas que restrinjan lo que no sea una gran necesidad o cuya preparación no llene los principios mínimos de garantía, no solo científica, sino también en el aspecto económico y profesional.

También es necesaria, en este sector, una vigilancia que, de acuerdo con la política de precios que sigue el Gobierno, regule esta materia, para que, sin perjuicio de las prerrogativas que como tal profesión liberal corresponden a los productores, se estudie por la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad cuanto concierne a la fijación del precio de venta, evitando los abusos que, al amparo de las circunstancias, pudieran cometerse.

En virtud de las razones expuestas, a propuesta del Ministro de la Gobernación y previa deliberación del Consejo de Ministros,

DISPONGO.

*Artículo primero.* El primer párrafo del artículo segundo del Reglamento de especialidades farmacéuticas, de nueve de Febrero de mil novecientos veinticuatro, quedará sustituido por el siguiente:

«No podrán venderse ni elaborarse en lo sucesivo especialidades farmacéuticas mientras no hayan sido autorizadas por lo Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, y registradas, previo cumplimiento de los trámites que se exijan, siendo considerada como clandestinas y decomisadas, aparte las sanciones corres-

pondientes, cuantas carezcan del certificado de autorización para preparación y venta y no estuvieren registradas con anterioridad».

*Artículo segundo.* Los artículos dieciséis, diecisiete, dieciocho y diecinueve, quedarán redactados de la manera siguiente:

«Artículo dieciséis. Para obtener la autorización de preparación y venta de una especialidad y su correspondiente registro, se solicitará del Jefe del Servicio Nacional de Sanidad, mediante impreso que facilitará el mismo Servicio y en el cual se hará constar, sin omisión alguna, los extremos que en el mismo se detallen.

A la instancia se acompañará una nota detallando la fórmula cualitativa y cuantitativa completa, con una memoria fundamentando las razones de la especialidad en sus aspectos económico-profesional, técnico y científico, cuatro ejemplares de la misma y separadamente pruebas de las envolturas, etiquetas y propectos que se hayan de utilizar.

Al dorso de la instancia informará el Subdelegado correspondiente, consignando tener registrado el título del autor o el del farmacéutico fallecido y el del regente, en el caso que señala el artículo cuarto.

Para derechos de registro e informe, entregará el solicitante la cantidad que le corresponda, según la tarifa que determina este Reglamento, mas treinta pesetas en papel de pagos al Estado por dechos de certificado de la autorización para la preparación y venta cuando la especialidad se autorice».

«Artículo diecisiete. La autorización y el registro de una especialidad farmacéutica extranjera se sujetará a las normas establecidas en el artículo anterior, debiendo ir firmada la instancia por el autor extranjero, el preparador nacional si se elabora en España, o el farmacéutico que la garantice, certificando al dorso la cualidad profesional del solicitante la Autoridad sanitaria competente para ello en el país de procedencia».

«Artículo dieciocho. El Servicio Nacional de Sanidad entregará al solicitante, previos los trámites reglamentarios y los asesoramientos de carácter científico, profesional y económico que estime útiles, además de los dictámenes del Laboratorio oficial de comprobación y control del Comité Sindical de Industrias Químico-farmacéuticas, si considera que reúne el preparado las condiciones, necesarias el certificado o autorización de preparación y venta de su especialidad a nombre del interesado, y en el que se hará constar: el número con el cual figurará la especialidad en el registro, con la fecha de su inscripción, precio de venta al público, nombre y forma farmacéutica del preparado o grupo de ellos y expresando si la especialidad ha sido considerada como de venta libre o con prescripción facultativa.

Si la autorización fuese denegada, el autor no podrá reclamar la devolución de los derechos de inscripción, que se entienden abonados para satisfacer los gastos de información y análisis.

Esta autorización es personal, y si el autor cediera o transmitiera la propiedad del preparado, deberá dar cuenta a la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, juntamente con el adquirente, y acompañando los justificantes legales de la transmisión, para inutilizar aquella autorización y extender otra a nombre del nuevo propietario, que tendrá que abonar los derechos a que se refiere el último párrafo del artículo dieciséis».

«Artículo diecinueve. Cuando cambie la composición o el nombre de los preparados, se seguirán los mismos trámites que para una nueva petición. En los demás casos, la previa comunicación por escrito a la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad de las variaciones introducidas será suficiente a los fines estadísticos y de revisión que sean procedentes.

Para alterar el precio será preciso solicitarlo de la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, sin que pueda variarse aquél mientras ésta no adopte una resolución en el asunto, previo informe del Comité Sindical de Industrias Químico-farmacéuticas.

No se autorizarán especialidades con el mismo nombre de otras que ya estén registradas, ni cuando el título propuesto dé lugar a confusiones con la denominación de medicamentos, preparados oficinales, materiales farmacéuticos, o especies químicas definidas que no lo fuesen. Como igualmente se restringirán las autorizaciones cuando las fórmulas sean análogas a las de otros productos nacionales existentes en el Mercado».

*Artículo tercero.* El presente Decreto entrará en vigor desde el día de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado», quedando sin efecto la Orden de este Ministerio de diecinueve de Noviembre de mil novecientos treinta y ocho, que suspendió el registro de especialidades y apertura de laboratorios.

Así lo dispongo por el presente Decreto, dado en Burgos a seis de febrero de mil novecientos treinta y nueve.—III<sup>a</sup> Año Triunfal.—*Francisco Franco.*—El Ministro de la Gobernación, *Ramón Serrano Suñer.*

(B. O. E. día 10).

## 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.



# Sección Oficial del Colegio

---

## Acta de la sesión celebrada por la Comisión permanente de este Colegio, el día 8 de Febrero de 1939 del Tercer Año Triunfal

Con asistencia de los señores Murillo Iglesias, Merchán Martín, Domínguez Villagrás y Sánchez Cayetano, da comienzo la sesión a las tres y cinco de la tarde, dándose lectura al acta de la sesión anterior, que queda aprobada.

Asiste el representante de la Autoridad.

A continuación se expone por la Presidencia sobre la invitación hecha por el Sr. Alcalde de Cáceres, referente a suscribir acciones para la constitución de una Agencia Nacional Periodística, acordándose por unanimidad suscribir 5 acciones en principio, previa la consulta que se formulará para ampliación de datos, sometiendo su aprobación a la Junta general extraordinaria, que con este fin se convocará.

Por tener la documentación en regla, se admite como colegiado a don Heliodoro González Mógica y don Martín González Alvarez, con residencia en Cáceres.

Se aprueban las cuentas presentadas, firmándose los libramientos y cargaremes correspondientes.

Y no teniendo otros asuntos de que tratar, y siendo las cuatro de la tarde, se dió por terminada la sesión, levantándose la presente acta, de la que yo el Secretario certifico.—*Ramón Sánchez Cayetano*.—V.º B.º, el Presidente, *Julián Murillo*.

## Junta general extraordinaria del Colegio Médico, celebrada el 19 de Febrero de 1939

En la ciudad de Cáceres, a 19 de Febrero de 1939, reunidos en el local del Colegio de Médicos de esta provincia, previa citación, con asistencia del señor Delegado del Excmo. Sr. Gobernador civil de la provincia, bajo la Presidencia del señor Presidente don Santiago Julián Murillo Iglesias, y actuando de Secretario, don Ramón Sánchez Cayetano y asistiendo los colegiados don Germán Díaz Jiménez, don Hipólito Andrada, don Manuel Mareque Mariñas, don Víctor Mayoral y don Sergio V. Guerrero Hernández, y siendo las doce y treinta minutos, se da comienzo a la sesión, en segunda citación, dándose lectura al acta de la sesión anterior, que es aprobada.

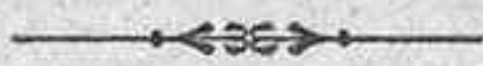
Por el señor Presidente, es hecha la propuesta de la Comisión Permanente, sobre invitación de la Alcaldía de Cáceres de suscribir acciones de la Agencia Nacional Periodista F. y por unani-

midad se acuerda suscribir 5 acciones a mil pesetas cada una para dicha Agencia, acordándose que su importe de cinco mil pesetas, sean abonadas del fondo de reserva de este Colegio.

Y no habiendo más asuntos en la orden del día y siendo las doce y cuarenta y cinco minutos, se levanta la sesión de que yo el Secretario doy fé.—*Ramón Sánchez Cayetano*.—V.º B.º, el Presidente, *J. Murillo*.

---

# LISTA de los señores colegiados por orden de incorporación a este Colegio en 1.º de Enero de 1939



N.º de orden	N O M B R E S	Pueblos
1	D. Celestino Blasco Bermejo .....	Casar de Cáceres.
2	Juan Flores Sánchez .....	Madroñera.
3	Ruperto Cordero Viñuelas.....	Guadalupe.
4	Bonifacio López Rivero .....	Descargamaría.
5	Julio Rivas Mateos.....	Serradilla.
6	Domingo Juárez Ortega.....	Peraleda de la Mata.
7	Adolfo Almeda Castaño.....	Plasencia.
8	Máximo Manzano Rodríguez.....	Gata.
9	Isaac Tovar y Tovar .....	Casar de Cáceres.
10	Fernando Quirós Beltrán.....	Cáceres.
11	Eloy Babiano Gil .....	Robledillo de Trujillo.
12	Alfonso Valares Flores.....	Miajadas.
13	Antonio Fraile Pizarro .....	Madrigalejo,
14	David Domínguez Villagrás.....	Cáceres.
15	José Oto Abistegui .....	Santiago de Carbajo.
16	Mariano Pizarro López.....	Nuñomoral.
17	Teófilo Antón García .....	Losar de la Vera.
18	Ignacio Bustamante Herreros .....	Villa del Rey.
19	José Carrasco Flores.....	Miajadas.
20	Pedro Llanos Núñez.....	Torrejoncillo.
21	Francisco Pérez Guillén.....	Salvatierra de Santiago.
22	Santiago Marín Peña.....	Logrosán.
23	Sergio V. Guerrero Hernández.....	Cáceres.
24	José Bibiano Gil .....	Zarza de Montánchez.
25	Félix Durán Campos.....	Cáceres.
26	Eusebio Pita Gandarias .....	Idem.
27	José Fuentes Serrano .....	Idem.
28	Joaquín Floriano Cumbreño .....	Idem.
29	Vicente Criado Valcárcel .....	Arroyo de la Luz.
30	S. Julián Murillo Iglesias .....	Cáceres.
31	Francisco Fonseca de la Montaña..	Casar de Cáceres.
32	Eladio Alvarez Jiménez.....	Cáceres.

N.º de orden	NOMBRES	Pueblos
33	D. Joaquín Quinilla Rodríguez . . . . .	Valencia de Alcántara.
34	Dámaso Hurtado Muñoz . . . . .	Acehuche.
35	Diego Gil Nogales . . . . .	La Cumbre.
36	Florentino Gómez y Gómez . . . . .	Casatejada.
37	Bernardo Secall Domingo . . . . .	Berrocalejo.
38	Emérito Paniagua Martín . . . . .	Aldeanueva del Camino.
39	Felipe Montero Palomar . . . . .	Aldea de Trujillo.
40	Antonio Morillo Moreno . . . . .	Campo Lugar.
41	Laureano Gutiérrez Moreno . . . . .	Casillas de Coria.
42	Genaro Teomiro Yerto . . . . .	Valencia de Alcántara.
43	Gaspar Sánchez Ruiz . . . . .	Miajadas.
44	Camilo Pérez García . . . . .	Alía.
45	Juan Martín Gil . . . . .	Riolobos.
46	Salvador Esteban Gómez . . . . .	Mesas de Ibor.
47	Francisco Castuera Corral . . . . .	Miajadas.
48	Telesforo Merchán Martín . . . . .	Cañaveral.
49	Jorge Bartolomé Lojo . . . . .	Baños de Montemayor.
50	Audaz Herrero Lanzos . . . . .	Piornal.
51	Teodoro Villanueva Rodríguez . . . . .	Trujillo.
52	Emilio Barbero Bermejo . . . . .	Torrejón el Rubio.
53	Juan Romero Gómez . . . . .	Plasencia.
54	Juan Manzano Ferrazón . . . . .	Idem.
55	Honorio Ameigeira Rey . . . . .	Montehermoso.
56	Leopoldo Ríos Miranda Fleita . . . . .	Valdeobispo.
57	Rafael Rodríguez Oliva . . . . .	Navalmoral de la Mata.
58	Blas López Díaz . . . . .	Cañamero.
59	José Madruga Carrasco . . . . .	Montánchez.
60	Laureano Alonso Rivero . . . . .	Mirabel.
61	Dagoberto León Mendiola . . . . .	Coria.
62	Angel Iglesias Recio . . . . .	Cilleros.
63	Luciano Gragera Flores . . . . .	Botija.
64	José M. <sup>a</sup> González F. Grandizo . . . . .	Brozas.
65	Germán Díaz Jiménez . . . . .	Sierra de Fuentes.
66	Eladio Alonso Campos . . . . .	Villasbuenas de Gata.
67	Urbano Casas Sánchez . . . . .	Navalmoral de la Mata.
68	Felipe B. Camisión Simón . . . . .	Gata.
69	José Martín Pérez . . . . .	Portezuelo.
70	Antonio Casado Rodríguez . . . . .	Jarandilla.
71	Ciriaco Rodríguez Ortiz . . . . .	Brozas.
72	Diego Salinas Cuéllar . . . . .	Alcuéscar.
73	Dionisio Vegas Mateos . . . . .	Plasencia.
74	Domingo Cartagena Pacheco . . . . .	Villamesías.

NOMBRES

Pueblos

75	D. Eduardo de la Calle Lázaro . . . . .	Almaraz.
76	Felipe Jaraíz Solís . . . . .	Escorial.
77	Francisco Cáceres Villegas . . . . .	Almoharín.
78	Francisco Cartagena Pacheco . . . . .	Ibahernando.
79	Jesús Garzón Güitián . . . . .	Cadalso.
80	José Cartagena Pacheco . . . . .	Deleitosa.
81	Juan Bernardo Cuadrado . . . . .	Ibahernando.
82	Juan Fernández García . . . . .	Ruanes.
83	Julio Laguna Jiménez . . . . .	Trujillo.
84	Leonardo Ayala Moreno . . . . .	Plasencia.
85	Leopoldo Rodríguez Peláez . . . . .	Madrigal de la Vera.
86	Manuel Navarro Alonso de Celada . . . . .	Valencia de Alcántara.
87	Modesto Navarro Rodríguez-Arias . . . . .	Ceclavín.
88	Nicolás Parejo Benito . . . . .	Trujillo.
89	Pascual Sesma Catalán . . . . .	Galisteo.
90	Rufino Delgado Martín . . . . .	Valdelacasa.
91	Saturnino Sánchez García . . . . .	Alcántara.
92	Teodoro Porta Gárate . . . . .	Jarandilla.
93	D. <sup>a</sup> Teresa Iglesias Recio . . . . .	Cilleros.
94	D. Vicente Elías Núñez . . . . .	Trujillo (Animas).
95	Castor Sánchez Camino . . . . .	Guijo de Granadilla.
96	Rafael Vázquez Crespo . . . . .	Aldeacentenera.
97	José Mañez Retana . . . . .	Logrosán.
98	Celso Sánchez Lecina . . . . .	Coria.
99	Lucas Parras Martín . . . . .	Losar de la Vera.
100	Tarsicio Lozano Azula . . . . .	Pasarón de la Vera.
101	Emilio Durán Mediavilla . . . . .	Jaraicejo.
102	Felipe Baños Breña . . . . .	Garrovillas.
103	Antonio Guerra García . . . . .	Cáceres.
104	Manuel Madrigal de Prada . . . . .	Idem.
105	Isidro Cumbreño Jiménez . . . . .	Almoharín.
106	Cosme Fernández Abril . . . . .	Madroñera.
107	Juan Jiménez Gamonal . . . . .	Plasencia.
108	Emerenciano Moreno Galán . . . . .	Navas del Madroño.
109	Miguel Vidarte Moreno . . . . .	Casas de Don Antonio.
110	Moisés Marcos de Sande . . . . .	Garrovillas.
111	Pedro Moreno Mateos . . . . .	Hinojal.
112	Alfredo Terrón Arrojo . . . . .	Ahigal.
113	Cándido de Castro y López . . . . .	Malpartida de Plasencia.
114	Cándido Pérez Arroyo . . . . .	Acebo.
115	Nicomedes Díaz Jiménez . . . . .	Botija.
116	Aurelio Sánchez Polo . . . . .	Alcollarín.

N.º de Orden	NOMBRES	Pueblos
117	D. Eliseo Macías Plasencia .....	Coria.
118	Eusebio Mirón Rico de la Calle ...	Plasencia.
119	Joaquín Jiménez Sánchez .....	Santa Cruz de la Sierra.
120	Pedro García Casillas .....	Valverde del Fresno.
121	Antonio Fernández Rangel .....	Membrio.
122	Julio Sánchez Prieto .....	Piornal.
123	Nazario Muñoz Manzano .....	Malpartida de Plasencia.
124	Marcelino Moreno Mateos .....	Santiago del Campo.
125	Marcelino Sánchez y Sánchez .....	Jaraíz.
126	Fernando García Cavas .....	Santiago de Carbajo.
127	Agustín Sánchez Lozano .....	Trujillo.
128	Teodomiro Sánchez Lorenzo .....	Valverde de la Vera.
129	Antonio García Monje .....	Pozuelo de Zarcón.
130	José Peña Broncano .....	Zorita.
131	Honorio Silva González .....	Eljas.
132	Telesforo Sousa Jiménez .....	Villanueva de la Sierra.
133	Félix Tirado de Tena .....	Madrigal de la Vera.
134	Casimiro Iñigo Gómez .....	Garrovillas.
135	Pablo Blanco Camarero .....	Talaván.
136	Florencio Acebedo Márquez .....	Granja de Granadilla.
137	Camilo Yuste y Yuste .....	Herguijuela.
138	Emilio Mateos de Vega .....	Trujillo.
139	Emilio García Gutiérrez .....	Hervás.
149	Nicanor Cuadrado Abril .....	Garciaz.
141	Juan Senso Saturnino .....	Idem.
142	Arturo Alvarez Vizcaíno .....	Carrascalejo.
143	Pedro Arias Méndez .....	Hinojal.
144	José Pedro Llanos Corcho .....	Torrejoncillo.
145	Juan Arroyo Guerrero .....	Madroñera.
146	Agustín Paniagua Rosado .....	Aldeanueva del Camino.
147	José Gándara Palacios .....	Tornavacas.
148	Ubaldo Baeza Arias .....	Jaraíz.
149	Francisco de Sande López .....	Acebo.
150	Eladio Jiménez Broncano .....	Puerto de Santa Cruz.
151	Lorenzo Alamillo Clemente .....	Casas de Millán.
152	Ignacio Lorenzo Laguasta .....	Torrecillas de la Tiesa.
153	Juan Agustín Cerezo Morales .....	Alcollarín.
154	Fernando González Gil .....	Zorita.
155	Adolfo Senso Gómez .....	Torremocha.
156	J. Urbano Chaparro Moreno .....	Herreruela.
157	Manuel Neyras Bruquetas .....	Cabezavellosa.
158	Teodoro Sánchez Alvarez .....	Aldeanueva del Camino.

N.º de orden	NOMBRES	Pueblos
159	D. Antonio Cruz Burgueño.....	Bokonal de Ibor.
160	Juan Cortes Calán.....	Casar de Cáceres.
161	Bernabé Santos Santibáñez.....	Santa Cruz de Paniagua
162	Amario Jiménez Durán.....	Garrovillas.
163	Felipe Gordo Rodríguez.....	Villa del Campo.
164	Manuel Mareque Mariñas.....	Navaconcejo.
165	Valentín Cisnero Fernández.....	Trujillo.
166	Emiliano Sanz Rubio.....	Oliva de Plasencia.
167	Tomás Santos Villanueva.....	Plasenzuela.
168	Daniel García Jiménez.....	Granadilla.
169	Pedro Broncano Parejo.....	Abertura.
170	Eloy Pacheco Regodón.....	Santa Ana.
171	Manuel Amarillas Rodríguez.....	Alcántara.
172	Teodoro García Estévez.....	Hoyos.
173	Andrés Martín-Merás Herrero.....	Cáceres.
174	José Díaz de la Cruz Reglado.....	Torremocha.
175	Jaime Martín Hernández.....	Pozuelo de Zarcón.
176	Elías Broncano y Broncano.....	Campo-Lugar.
177	Valentín Recio Blanco.....	Jarilla.
178	Ramón Sánchez Cayetano.....	Cáceres.
179	Amador Díaz Mateos.....	Montánchez.
180	Juan Rodríguez Viñuela.....	Guadalupe.
181	Ramón Durán y Durán.....	Torre de Santa María.
182	Julio Saavedra y Saavedra.....	Herrera de Alcántara.
183	Vicente Hurtado Durán.....	Monroy.
184	Vicente López Berrocoso.....	Barrado.
185	Sebastián Díez y Díez.....	Logrosán.
186	Víctor Mayoral García.....	Valdemorales.
187	Mariano Rodríguez Arias.....	Alcántara.
188	Juan Bernardo Saucedo.....	Zorita.
189	Arturo García Sánchez.....	Aldea del Cano.
190	Matías Marcos Rodríguez.....	Piedras-Albas.
191	Jenaro Sánchez Gómez.....	Albalá.
192	Lorenzo Luis Martín.....	Calzadilla de Coria.
193	Francisco López González.....	Arroyo de la Luz.
194	Pelayo Godínez y Puerto de Paz..	Hoyos.
195	Luis Martín Frutos.....	Ceclavín.
196	Antonio García Gómez.....	Robledillo de Gata.
197	Domingo Sandoval Rosado.....	Zarza la Mayor.
198	Mario Guillén Carbayo.....	Idem.
199	Carlos Borrella Redondo.....	Arroyoms. de Montánchez.
200	José Roperó Fernández.....	Cáceres.

N.º de orden	NOMBRES	Pueblos
201	D. Manuel Higuera Martín . . . . .	Cabañas del Castillo.
202	Eduardo Oliveros de la Riva . . . . .	Caminomorisco.
203	Antonio Figueroa Regodón . . . . .	Ruanes.
204	Julián Plasencia Delgado . . . . .	Ceclavín.
205	Manuel Rosado Ojalvo . . . . .	Arroyo de la Luz.
206	J. Brancisco Artaloytia Lozano . . . . .	Brozas.
207	Marcelino Jiménez Gómez . . . . .	Granja de Granadilla.
208	Juan Fernando Arribas Borrego . . . . .	Cáceres.
209	Silverio Arlas Camisón Pascual . . . . .	Torre de Don Miguel.
210	José González Criado . . . . .	Jaraíz de la Vera.
211	Avelino Gil Gálvez . . . . .	Salorino.
212	Victoriano García Blanco . . . . .	Holguera.
213	José Fernández Pérez . . . . .	Villanueva de la Vera.
214	Manuel Rosado Alvarez Sotomayor . . . . .	Plasencia.
215	Antonio Herrero de la Calle . . . . .	Malpartida de Cáceres.
216	Domingo Jiménez Sánchez . . . . .	Talaván.
217	Isaac Díaz Pastrana . . . . .	Talavera la Vieja.
218	Eugenio Avila Martín . . . . .	La Garganta.
219	Leoncio García Mordillo . . . . .	Torrejoncillo.
220	Luis Blázquez López . . . . .	Viandar de la Vera.
221	Fulgencio Corrales Martín . . . . .	Santibáñez el Bajo.
222	Francisco Rincón Cáceres . . . . .	La Cumbre.
223	Máximo Sánchez Vicente . . . . .	Mohedas.
224	Julián Núñez de Sande . . . . .	Guijo de Coria.
225	Benito Nacarino Franco . . . . .	Torrequemada.
226	Aurelio Gutiérrez Alonso . . . . .	Berzocana.
227	Miguel Silos Gonzalez . . . . .	Pasarón de la Vera.
228	Juan Vicente Vicente . . . . .	Arroyomolinos de la Vera.
229	Santiago González Hernández . . . . .	Mestas (Ladrillar).
230	Pompeyo de Cáceres y Gordo . . . . .	Plasencia.
231	Flavio Monforte Encabo . . . . .	Talayuela.
232	Ernesto Juárez y Juárez . . . . .	Cáceres.
233	Joaquín Hurtado Gargollo . . . . .	Coria.
234	Roberto Sánchez Guzmán . . . . .	La Fogata.
235	Mariano Martín Lozano . . . . .	Arroyomos. de Montánchez.
236	Bernardo Hernández Sierra . . . . .	Villar de Plasencia.
237	Nicolás Asensio Piris . . . . .	Valencia de Alcántara.
238	Diego Mayordomo Pérez . . . . .	Madroñera.
239	Maximino Martínez Silva . . . . .	Membrío.
240	Plácido Sánchez Carrión . . . . .	Cáceres.
241	Antonio Neyras Bruquetas . . . . .	Abadía.
242	Francisco Abril y Abril . . . . .	Logrosán.



N.º de orden	NOMBRES	Pueblos
243	D. Jesús Hidalgo Mota.....	San Martín de Trevejo.
244	Francisco Iglesias Domínguez.....	Aceituna.
245	Manuel Eugenio Ruíz Cuevas.....	Jerte.
246	Adolfo Hernández y Hernández...	Moraleja.
247	Félix Vega Fernández.....	Valverde de Leganés.
248	Gerardo Torecilla Ortega.....	Villar del Pedroso.
249	Modesto Luengo Uríbarri.....	Cáceres.
250	Francisco Juárez y Juárez.....	Peraleda de la Mata.
251	Luis Infante Sánchez.....	Cáceres.
252	Nicolás Díaz Mateos.....	Malpartida de Cáceres.
253	Pedro Higuera Martín.....	Castañar de Ibor.
254	Dativo Díaz Bernardo Suárez.....	Valencia (El Pino).
255	Juan Bautista Becerra Vacas.....	Navalmoral de la Mata.
256	José Guillén Carbayo.....	Aliseda.
257	Daniel Pérez Sánchez.....	El Gordo.
258	Adrián Gómez Valero.....	Navalmoral de la Mata.
259	Santiago Gómez Guija.....	Casatejada.
260	Luis Nuño Beato.....	Cáceres.
261	Hipólito Andrada Sánchez.....	Casar de Cáceres.
262	Tomás Esteban Rojas.....	Logrosán.
263	Baldomero Sánchez Gitiérrez.....	Valverde del Fresno.
264	Rnfael González de la Calle.....	Tejeda de Tiétar.
265	Isidoro Pérez Nicolás.....	Conquista de la Sierra.
266	Pedro Garrido Galindo.....	Montehermoso.
267	Mariano Carbajo de Sande.....	Cáceres.
268	Benito Calvillo Artaloytia.....	Trujillo.
269	Luis Carrasco Holgado.....	Aliseda.
270	Antonio de la Calle del Río.....	Torrejón el Rubio.
271	Jesús Estévez Perales.....	Acebo.
272	Marcos Garrido González.....	Montehermoso.
273	Alfredo Martín González.....	Santibáñez el Alto.
274	Rufino Asensio Luis.....	Torre de Don Miguel.
275	Marceliano Montero Gutiérrez.....	Casas de Don Gómez.
276	Angel Pérez Silva.....	Torremenga.
277	Baldomero Garzón Luis.....	Villanueva de la Sierra.
278	Miguel García Castilla.....	Guijo de Santa Bárbara.
279	Julián Espárrago Salgado.....	Baños.
280	Honorio Urbano Alonso.....	El Torno.
281	Antonio Becerro y L. de Guerra...	Logrosán.
282	José Merino Hompanera.....	Cáceres.
283	Manuel Jiménez Aparicio.....	Belvís de Monroy.
284	Luis Prudencio Serrano Martín....	Peraleda de San Román.

N O M B R E S

Pueblos

N.º de orden	N O M B R E S	Pueblos
285	D. Benedicto Málaga García.....	Cáceres.
286	Antonio Miguez Paredes .....	Plasencia.
287	Luis García de la Revilla .....	Valdefuentes.
288	Eladio Viñuelas Bordallo .....	Ibahernando.
289	J. Pedro Rodríguez de Ledesma y V.	Cáceres.
290	Santiago Becerra Vacas.....	Pamplona.
291	David Pérez Blanco .....	Jaraicejo.
292	Lucio Calvo Moronta.....	Acehúche.
293	Ramón Díaz Muñoz .....	El Torno.
294	Fernando Peralta Santiago.....	Trujillo.
295	D. <sup>a</sup> María del Pilar Mohino Díez.....	Plasencia.
296	D. Zenón Enrique González .....	Cáceres.
297	Eladio Fernández Montero.....	Huertas de Animas (Trujillo).
298	Manuel Fernández Merino.....	Almoharín.
299	Alfonso Rodríguez Rebollo .....	Valencia de Alcántara.
300	Mariano Pérez Gómez .....	Garganta la Olla.
301	Ramón Díaz Mora.....	Perales.
302	Iluminado Sánchez y Sánchez .....	Casar de Palomero.
303	Germán Mosqueira Toribio.....	
304	Jeremías Gómez Rodríguez .....	Cilleros.
305	José Pérez Muñoz .....	Palomero.
306	José Luis Polo García.....	Saucedilla.
307	Aurelio Clemente Gutiérrez.....	Pescueza.
308	Marino Méndez Muñoz .....	Aldeanueva de la Vera.
309	Manuel García Curiel.....	Ceclavín.
310	Salvador Mayoral Fernández .....	Santiago del Campo.
311	Francisco Bermejo Rico .....	Cáceres.
312	Benito López Arjona.....	Jaraíz de la Vera.
313	Modesto Moreno Moreno .....	Perales del Puerto.
314	Enrique González Gallego.....	Aldeacentenera.
315	Jorge Cobos García .....	Serradilla.
316	Julio Francisco Gordo .....	Montehermoso.
317	Alfredo Reguera Pinilla .....	Talavera la Vieja.
318	José González Vidal .....	Acebo.
319	Luis Díaz Martín .....	San Martín de Trevejo.
320	Julio Clemente Gutiérrez .....	Talaveruela.
321	Emilio Alonso Martín.....	Torrecilla de los Angeles.
322	Enrique Peralta Santiago .....	Trujillo.
323	Antonio García Prieto .....	Madrigal de la Vera.
324	Fernando Flores Galán .....	Arroyomos. de Montánchez.
325	Eugenio Luengo Arroyo .....	Cáceres.
326	Leocadio N. Senso Cuadrado .....	Trujillo.

N.º de orden	NOMBRES	Pueblos
327	D. Enrique S. Pino Bermejo . . . . .	Vlila del Rey.
328	Manuel Fuentes Rubio . . . . .	Robledillo de la Vera.
329	Prudencio Santos López . . . . .	Villamesías.
330	Vicente Blanco Andrade . . . . .	Zarza la Mayor.
331	Julio Vivas Muñoz . . . . .	Aldeacentenera,
332	Angel Benavente del Pino . . . . .	Torreorgaz.
333	Francisco Cerezo Recio . . . . .	Zorita.
334	Eliseo de Buen Lozano . . . . .	Hoyos.
335	Juan J. Fernández Vega . . . . .	Carbajo.
336	Miguel Lizaro Sampelayo . . . . .	Romangordo.
237	Gregorio Bote Urrea . . . . .	Castañar de Ibor.
338	Gonzalo Mingo González . . . . .	Cáceres.
339	José Nevado Loro . . . . .	Cedillo.
340	José Peña Rubio . . . . .	La Garganta.
341	Guillermo Sánchez Fuentes . . . . .	Villanueva de la Vera.
342	Isaac Gallego Carlos . . . . .	Calzadilla de Coria.
343	Marcelino Sayans Castán . . . . .	Cabezuela del Valle.
344	Ernesto Fernández García . . . . .	Cáceres.
345	Jenaro Fronfe Carlos . . . . .	Zarza de Granadilla.
346	Jacinto Sánchez y Sánchez . . . . .	Cañamero.
347	Eufronio García Alba . . . . .	Ahigal.
348	Luis Jover . . . . .	Casas de San Bernardo.
349	Felipe Borrella García . . . . .	Cáceres.
350	Francisco Campos Ramos . . . . .	Madrigalejo.
351	Carlos Iglesias Gabriel y Galán . . . . .	Plasencia.
352	José Sánchez Mateos . . . . .	Aldeanueva de la Vera.
353	Maximiliano M. Martín Frutos . . . . .	Acehuche.
354	Pablo Sánchez Tomé . . . . .	Garvín.
355	Rufino M. Sánchez Martín . . . . .	Plasencia.
356	Mariano Maldonado Sampedro . . . . .	Navalmoral de la Mata.
357	L. Pedro Serrano Mirón . . . . .	Plasencia.
358	Antonio Silva Alcántara . . . . .	Cáceres.
359	Julián Macías Gorrón . . . . .	Benquerencia.
360	Leocadio Aparicio Pavón . . . . .	Aldea del Cano.
361	Ezequiel de la Cámara Solís . . . . .	Trujillo.
362	Julio Prieto Ruíz . . . . .	Cañaveral.
363	Alvaro Urbano Alonso . . . . .	El Torno.
364	José Abril Martín . . . . .	Garciaz.
365	Agustín Carreño Camacho . . . . .	Navalmoral de la Mata.
366	Juan Bautista Herranz Alonso . . . . .	Navas del Madroño.
367	Félix Sánchez López . . . . .	Cuacos.
368	Juan Nevado Loro . . . . .	Cedillo.

N.º de orden	NOMBRES	Pueblos
369	D. Telesforo Aparicio Pavón.....	Casillas de Coria.
370	Rafael Baeza González.....	Navatrasierra.
371	S. Manuel Hierro López.....	Mata de Alcántara.
372	José M. <sup>a</sup> Pacheco Bernardo.....	Navezuelas.
373	Lauro Pozo Díaz.....	Romángordo.
374	Ramón Iglesias Galindo.....	Valdeobispo.
375	Jorge Bartolomé Martínez.....	Valdefuentes.
376	Rafael Pazos Berolejo.....	Est <sup>o</sup> n. Arroyo-Malpartida.
377	José Rivas Mateos.....	Serradilla.
378	Fernando Parra Cáceres.....	Alcuéscar.
389	M. Emilio Fernández Carvajal.....	Moraleja.
380	Jacinto Mateos Pérez.....	Escurial.
381	Pedro Rubio González.....	Guijo de Galisteo.
382	Pedro Masazuela Gómez.....	Casas del Castañar.
383	Francisco Plaza Pizarro.....	Cáceres.
384	Amando Barbosa Barbero.....	Cabezuela del Valle.
385	Manuel Espinazo Rodríguez.....	Albalá.
386	Arturo Gallego de la Torre.....	Coria.
387	Pedro Sánchez Durán.....	Villamiel.
388	Juan Molina Martínez.....	Zarza de Granadilla.
389	Martiniano Asensio Tejerina.....	Guijo de Santa Bárbara.
390	Luis Ramón Miranda Cobos.....	Santa Marta de Magasca.
391	Antonio Lázaro Gil.....	Portaje.
392	Antonio Sabater Sanz.....	Plasencia.
393	Remigio Orgaz Rodríguez.....	Hervás.
394	Heliodoro González Magen.....	Cáceres.
395	Martín González Alvarez.....	Idem.

Cáceres, Marzo de 1939.

El Secretario,

**Ramón Sánchez Cayetano.**

V.º B.º

El Presidente,

**Julián Murillo.**

# NOTICIAS

Por decreto del 22 de Febrero actual (B. O. del día 24), y para dar cumplimiento al artículo 19 de la Ley de 9 de dicho mes, ha sido nombrado Presidente del Tribunal Nacional de Responsabilidades Políticas, don Enrique Suñer Ordóñez, Presidente a la vez del Consejo General de Colegios Médicos Españoles.

Felicítamos efusivamente a tan ilustre compañero por cargo de tan gran relieve.

Hemos tenido la satisfacción de saludar en ésta, a nuestro distinguido amigo y compañero don Arturo Alvarez Vizcaino, Médico de A. P. D. de Carrascalejo, que ha estado prisionero en la Zona marxista, desde Abril del pasado año, que estando en el citado pueblo situado en la línea de fuego, cayó prisionero de la horda roja durante el escaso tiempo que ocuparon el mismo.

El compañero Alvarez Vizcaino, que ha estado recluído en un Campo de Concentración de Prisioneros, ha sufrido amargos días y grandes penalidades, habiendo sido salvado por el glorioso Ejército Nacional con el derrumbamiento del Frente Catalán, pues se encontraba en la provincia de Gerona.

Al reiterarle nuestra felicitación, hacemos públicas las atenciones recibidas desde el primer momento por citado compañero, por parte del Colegio de Zaragoza, cuyos dignos componentes le dieron toda clase de facilidades, asistiéndole moral y materialmente.

Para cumplimentar órdenes del Consejo de Colegios, sobre canjeo de Médicos de esta provincia, que por circunstancias diversas les haya sorprendido el Movimiento Nacional en la zona roja, y deseen sus familiares verificar su posible canje, esperamos de los compañeros nos comuniquen cuantos antecedentes conozcan sobre el particular.

Por Orden del Ministerio de Justicia de 9 de Febrero actual, (B. O. del día 23). se han dictado normas para imposición de nuevos nombres a los inscritos que los tuvieren exóticos o extravagantes.

Para que no haya lugar a dudas, advertimos a los compañeros, que los talonarios de estupefacientes que han de devolver al Colegio, son los que tienen totalmente terminados, por cuyo motivo han de abstenerse de enviar matrices sueltas como algunos han hecho.



# Laboratorio «CASTEL»

## ANÁLISIS CLÍNICO BACTERIOLOGICO Y SEROLOGICO

Sangre y Líquido Cefalorraquídeo.



Orina, Esperma, Esputos.

Contenido gástrico.

Líquido duodenal.

Heces, Líquidos retirados por punción.

Exudados. Leche de mujer.



Pruebas funcionales renales.

- » » hepáticas.
- » » del aparato digestivo.
- » » de la nutrición.



Análisis químico y biológico de alimentos (incluyendo vitaminas).

Análisis de Agua.

---

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

---

## “GADOL” CASTEL

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

**Muestras gratis a los señores Médicos que la soliciten**

---

**Plaza del General Mola, 37 — Teléfono, 1452**

**CACERES**

# PALUDISMO

## LAVERANSAN

Poderoso contra fiebres palúdicas, tónico, aperitivo y reconstituyente

*COMPOSICION. Cada píldora Laveransan contiene:*

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

*Caja de 40 píldoras, pesetas 6'50*

Muestras a disposición de los señores Médicos

### LABORATORIO BAZO

RIBERA DEL FRESNO (BADAJOZ)

# LUIS INFANTE

Médico especialista en

## GARGANTA, NARIZ Y OIDOS

---

Consulta de 10 a 1 y de 5 a 6

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





# Cuatro productos de máxima eficacia

Señor Doctor:

Cuando quiera utilizar la QUINOTERAPIA en las enfermedades de las vías respiratorias inferiores, en la *neumonía, bronconeumonía post-operatoria, bronquitis aguda, crónica, ectasia bronquial grippe y sus secuelas*, y en todos los estados infecciosos, nada encontrará mejor que el producto español

## PULMOTOXIN

...UN AUXILIAR EFICAZ de comprobada acción antitóxica y antibacterial en los casos de grippe y sus secuelas, en las bronquitis y bronconeumonías y siempre que precise modificar o disminuir las secreciones bronquiales, haciendo una verdadera antisepsia de las vías respiratorias, lo encontrará en el producto español

## PULMOTON

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

## TONDIUR

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

## ANESTON

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

Señor Doctor:

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

Laboratorio del Doctor Vicente. - MADRID

Provisional: Uzandizada, 12. SAN SEBASTIAN