

Revista Sanitaria de Toledo.

Publicación quincenal.

A LOS LECTORES

Si nos dejásemos envanecer por las alabanzas, envanecidos estaríamos por las que nos han prodigado. El primer número de la REVISTA SANITARIA DE TOLEDO ha merecido muy favorables juicios, ha sido objeto de muy lisonjeros conceptos.

Profundamente agradecidos, el aplauso nos servirá de estímulo y reconociendo los defectos de nuestra publicación, trataremos de subsanarlos. Trabajar con entusiasmo; tal es nuestro lema.

CARIDAD MÉDICA

Los hombres de la clase media, obreros de la inteligencia en las llamadas profesiones libres, encuéntrase dentro del mayor desamparo. Carecen de la tutela oficial que presta el Estado, con sus jubilaciones y clases pasivas; carecen de la cooperación y auxilio mutuo con que las clases societarias se robustecen en previsión de épocas de adversidad; no tiene, por carecer de todo, ni aun el derecho a implorar la pública caridad, que se ofende ante el pobre vergonzante y no le concede derecho ni para acogerse a un Asilo de desvalidos. Ellos y los suyos han de buscárselo todo por sí, y no con la ayuda, sino en lucha con los propios compañeros.

Al morir estos hombres provocan gestos de piedad y arrancan esa célebre frase de dolor que encierra la más honda de las tragedias del vivir: «Se lleva la llave del granero.»

Esto es general; pero existe una clase social, una profesión en la que el mal es más intenso, más negra la realidad: la clase médica. En Madrid, lector, se acercan a tres mil los médicos existentes. Salvo los muy sabios o los muy favorecidos por la suerte, la mayoría viven al día, como hormi-

gas, sin sentir nunca la esplendidez que cantaba la cigarra en pleno estío. Si flaquean los músculos, tiemblan las manos, se nublan los ojos o el cerebro decae en potencia intelectual por el «surmenage» y la eterna vigilia, la miseria no tarda en llegar al hogar del médico más que lo que tarda el último cliente en pisar los umbrales de la consulta. Queda un despacho con cuatro instrumentos, que al peso no vale lo que un kilo de carne, y un centenar de libros que en una feria cómpranse por unos reales. Pronto, el hambre; al día, la miseria.

Rara es la jornada en que no encontramos los que ejercemos la profesión, sobre nuestros escritorios, alguna lista, en la que nos inscribimos, poniendo junto al nombre un guarismo; son colectas para socorrer a un compañero caído en la lucha, ciego, paralítico; son limosnas que se nos piden para los hijos y la viuda de algún médico fallecido en la mayor pobreza.

Para poner remedio al mal, no cabe pensar en obras de solidaridad de la clase; no se puede esperar a que el Estado tienda un cable salvador a tanto y tanto naufrago del sacerdocio médico. Por desunión de los médicos, por experiencias tristes de desengaños sufridos en instituciones de auxilios mutuos, no puede intentarse nada colectivo, nada que implique organización económica. Todo lo hemos de hacer nosotros, individualmente, como se ha venido haciendo con esas listas de socorros; pero con un poco más de intensidad y un mucho de conciencia de lo que se hace.

Un ilustre compañero, hombre de nobles sentimientos y altas miras, propuso ha tiempo al Colegio de Médicos la creación de una Caja de Socorros para los huérfanos y viudas de los Médicos y compañeros inutilizados en el ejercicio de la profesión. El Colegio acogió, como no podía por menos, la idea con verdadero calor, y nombró como padrino al Maestro de todos, el insigne Ortiz de la Torre.

La obra se realizará. Se realiza ya desde hoy, porque el mal no tiene espera, porque no cabe aguardar a la redacción de estatutos, creación de Patronato de Damas, organización de fiestas benéficas, etc., etc. Todo eso vendrá luego y será el complemento de la idea; pero la piedra basal de esa gran obra de caridad la hemos de poner nosotros, los Médicos, los más obligados e interesados, siguiendo el impulso de protección, de compañerismo, y cuando este no se sienta o se menosprecie, el de caridad, noble atributo del alma humana.

Una limosna. Es una limosna lo que pedimos, enamorados de la obra de Ortiz de la Torre y Pando y Valle; una limosna para socorrer al compañero caído en la lucha: para el que quizás fué nuestro más querido camarada en los días de oro del aula y la clínica, y que con menos fortuna que nosotros, después de largo trabajar, muere o vive muriendo, oyendo el clamor de hambre de los suyos, ahogándose entre el hedor de la miseria de su zahurda de desamparado.

Una limosna al día, al mes, al año. Una limosna de nuestras mujeres, de nuestros hijos. Al lado del diploma, haciendo «pendant» al título, que es honor de nuestro despacho y consulta, no haya desdoro ni reparo en colocar una caja de colecta que avise al cliente agradecido a los bienes recibidos de la ciencia, que de allí ha de salir la vida, el pan, la dignificación del compañero Médico, de su viuda, de sus hijos pobres.

Con el esfuerzo obligado de todos, alcanzaremos el contento de haber

redimido de la miseria a los que, por no carecer de ningún derecho, tienen hasta el de ser hermanos nuestros en el sacerdocio de esta nuestra profesión (1).

Dr. Ruiz Albéniz.

LA NUEVA BACTERIOLOGÍA

DE LA

TUBERCULOSIS

POR

J. FERRÁN

El dogma reinante, en lo que concierne a este proceso infectivo, puede condensarse en estas breves líneas:

Que el bacilo ácido resistente de Koch es el agente de la tuberculosis, y su base anatomo-patológica se halla constituida por el tubérculo.

Pues bien; esto que se tiene por indiscutible, solo encierra una pequeña parte de la realidad.

No se imagine el lector que, imitando a otros, quiera yo negarle al bacilo ácido residente de Koch las propiedades que mediante su estudio experimental han sido bien demostradas: no tema que vaya a cometer semejante herejía científica. Solo es mi propósito poner en evidencia que el conocimiento que de esta bacteria se tiene, no nos autoriza para afirmar que el proceso tuberculoso natural se amolde exactamente al que podemos provocar en el laboratorio, inoculando bacilos ácidos resistentes de Koch en cultivo puro o virus tuberculoso natural. Esto si que tengo la pretensión de poder demostrarlo de una manera irrefutable.

La tuberculosis ordinaria, aquella que es más del dominio del clínico, y que es también la que mejor conocemos, constituye tan solo la etapa última de un proceso infectivo bastante complejo; es el período crónico de una en-

(1) Este hermoso artículo del Dr. Albéniz referente á lo que han de hacer los médicos en Madrid, puede ser el punto de partida de lo que se debe hacer en toda España, aunque aisladamente, por provincias.

Después cabrá el unirse.

fermedad á cuya forma hiper-aguda no le cuadra bien el nombre tuberculosis, porque ni el tubérculo constituye su base anatomo-patológica, ni es su agente el bacilo ácido resistente de Koch.

La tuberculosis espontánea comienza casi siempre por una labor química, lenta y silenciosa, provocada por un tóxico bacilar que localiza su acción en los eritrocitos partiendo de la res linfática. Los glóbulos rojos se modifican de modo que se muestran más sensibles y sucumben más fácilmente a la acción destructora que sobre ellos ejercen los eritrófagos viscerales.

Este trabajo más ó menos exagerado de eritrofagia sensibiliza las vísceras donde se efectúa y da lugar a que, adaptándose el microbio preferentemente en ellas, se inflamen primero y se tuberculicen más tarde, cuando éste ha adquirido la especial virulencia que es necesaria para que los tubérculos puedan originarse.

Comunmente suele principiar dicha eritrofagia sin exteriorizarse de otro modo que por trastornos incoherentes, vagos o indefinidos, más o menos persistentes, cuya naturaleza solo el reactivo tuberculina puede revelarnos.

Más tarde, como consecuencia de dicha sensibilización, el hígado, el bazo, los pulmones y otros órganos, son asiento de una inflamación de aspecto banal que cura con frecuencia espontáneamente. Esta etapa inflamatoria, lo mismo que la anterior, suele manifestarse también mediante síndromes variados e incoherentes que figuran hoy en distintos capítulos de la patología y de los que con el tiempo les iremos desglosando para engrosar con ellos el ya voluminoso capítulo de las intoxicaciones tuberculosas larvadas.

Entre estos síndromes los hay bastante característicos para justificar el nombre de estados pretuberculosos con que les designamos.

Estas inflamaciones, experimentalmente producidas, matan con frecuencia antes que lleguen a su período tuberculógeno. Si en en la clínica no se observa lo mismo, poco le falta, puesto que hay formas de tuberculosis agudas tan inflamatorias que apenas contienen tubérculos; además, cuando estos aparecen van siempre precedidos de inflamaciones, como si fuesen un residuo morbozo de las mismas, a la manera como son residuos morbosos los focos de pus, los secuestros óseos y los derrames que acompañan a las inflamaciones no tuberculosas.

La auptosía de animales sacrificados prematuramente, demuestra que estas inflamaciones viscerales son a veces tan leves, por la pequeñez del área que ocupan, que es imposible que los métodos clásicos de exploración puedan revelarlas cuando recaen en el hombre; esto no obstante, ellas constituyen la verdadera base anatomo-patológica de la tuberculosis y no el tubérculo como habíamos creído.

En cuanto al agente de estas inflamaciones, cuando son espontáneas, en vez de ser el bacilo ácido resistente de Koch, lo es un ancetra suyo no ácido resistente, dotado, en su origen, de aptitudes saprofíticas y por tanto muy

fácil de cultivar. Esta bacteria casi siempre nos infecta de una manera silenciosa, ocasionando, durante un período más o menos largo, modificaciones del organismo que no van acompañadas de producciones tuberculosas ni tan siquiera de otras alteraciones directamente perceptibles, sino que, como hemos dicho, consisten primero en simples modificaciones íntimas de la red linfática y del quimismo hemático, que más tarde se traducen por alteraciones histológicas perceptibles a simple vista bajo la forma de inflamaciones viscerales de aspecto vulgar.

A medida que esta bacteria no ácido resistente modifica el organismo, ella se ve obligada a adaptarse a estas modificaciones.

Este trabajo de adaptación implica forzosamente la adquisición de nuevos caracteres y la pérdida de algunos de los que posee; así, por ejemplo, pierde más o menos rápidamente su fácil cultivabilidad y se convierte en parásito obligado; pierde la acción inflamatoria intensa de ésta dotada cuando es hiper-virulenta y adquiere propiedades directamente tuberculógenas que antes no poseía. De microbio capaz de producir una enfermedad hiper-aguda mortal en pocas horas, se convierte en bacteria que solo es capaz de producir experimentalmente una tuberculosis vulgar, enfermedad esencialmente crónica; de bacilo no ácido resistente, de fácil cultivo en los medios nutritivos ordinarios, se convierte en bacilo ácido resistente de Koch, pasando antes por un estado intermedio no ácido resistente, pero parásito obligado difícil de cultivar y eminentemente tuberculógeno.

Bajo esta base intermedia es como más abunda en los tuberculosos: abunda tanto, que bajo el punto de vista numérico podemos decir que el b. a. r. de Koch carece de importancia, pues solo se cuenta por unidades y a veces falta por completo; ahí que la participación que a él le corresponde, como agente de las lesiones existentes en un tuberculoso, sea casi despreciable.

Mientras la bacteria no ácido resistente y fácil de cultivar, que origina la etapa no tuberculosa de esta enfermedad, experimenta las indicadas mutaciones, el organismo por su parte sufre alteraciones correlativas a las mutaciones de la bacteria.

Ambas series de modificaciones, la serie de la bacteria y la del organismo, están ordenadamente encadenadas y cronológicamente unidas por estrechos vínculos de causalidad, de tal manera que, interrumpiendo o cortando la cadena por uno cualquiera de sus eslabones o anillos, las modificaciones subsiguientes dejan de producirse.

Todo esto, como es fácil de adivinar, ofrece el más alto interés por lo que concierne a la profilaxis vaccinal y a la terapéutica específica de esta enfermedad.

Desde luego salta a la vista que, siendo tan profundos los cambios sufridos por la primera bacteria, hay que considerar a la tuberculosis no como una enfermedad, sino como complejo morboso producido por antígenos de

especies distintas, cuyos efectos, al sobreponerse, complican y dificultan, como es natural que así suceda, la solución del problema de su profilaxis vaccinal y el de su terapéutica específica.

Mas, no quiero que se me crea por mi palabra. Veamos la base experimental en que se apoyan los anteriores conceptos, única manera de demostrar que estando cimentados en hecho perfectamente comprobables, se impone una rectificación del dogmatismo imperante sobre la génesis y la naturaleza de la tuberculosis (1).

(Se continuará.)

UN MÉTODO PRÁCTICO PARA INVESTIGAR LOS PIGMENTOS BILIARES

Entre los distintos procedimientos existentes para investigar en las heces los pigmentos biliares hay algunos que pertenecen por completo al laboratorio, y de éstos no quiero ocuparme. En cambio la reacción de Triboulet es tan sencilla y práctica que está al alcance de todos los Médicos, permitiéndoles averiguar si en una deyección existe estercobilina, que es su pigmento normal o bilirubina, que es el pigmento normal biliar, pero que no debe encontrarse en ese estado cuando llega al intestino.

Esta reacción tiene una colosal importancia en Medicina de la infancia, y sobre todo para la determinación de los trastornos digestivos en los niños de pecho, hasta el destete.

Recordemos ante todo los siguientes datos de fisiología. La bilis contiene un pigmento que es la bilirubina. Cuando ésta llega al intestino se hidrata, convirtiéndose en hidrobilirubina o estercobilina. Lo normal es que éste sea el pigmento encontrado en las heces.

Puede suceder que se halle o que no; que exista urobilina; que exista urobilina y estercobilina; que no se encuentren ninguna de ambas sustancias.

(1) Sustituiré en este trabajo los nombres que en anteriores publicaciones di a las nuevas bacterias de la tuberculosis, por nombres de las letras del alfabeto griego α , β , γ , δ , que nada prejuzgan. La γ corresponde al bacilo ácido resistente de Koch, bacilo que también designaré con las iniciales b. a. r. de Koch. Con las letras griegas α , β , δ ,

¿Cómo podemos averiguarlo? Muy sencillamente. Basta con tener a nuestra disposición agua destilada, y una solución de sublimado acético que se formula así:

Sublimado corrosivo.....	3 gramos 50 centíg.
Acido acético.....	3 cc.
Agua destilada.....	100 cc.
ml.	

Con esos elementos y un tubo de ensayo grande procederemos a la investigación que es simplicísima.

Cójase de una deyección reciente una cantidad como un garbanzo; deslíase en 10 cc. de agua destilada; añádase VIII gotas de sublimado acético; déjese en reposo de una a veinticuatro horas.

Si la deyección es de un niño de pecho no hay que hacer nada, sino observar los resultados; si es de un adulto es preciso que haya estado sometido durante tres o cuatro días con anterioridad al experimento a un régimen lácteo o de leche y feculentos. Además—así nos lo ha enseñado la experiencia personal—precisa que el enfermo no tome compuestos de bismuto.

Si la parte inferior del líquido se ha teñido de color de rosa y la superior está turbia, es indicio de que la secreción biliar y las funciones del intestino son normales. Si la parte inferior del líquido es verde, indica una secreción normal, pero sin que se hayan modificado en el intestino ciego los pigmentos biliares, cosa que acontece en el meconio, denotando en niños de edad más avanzada o una evacuación demasiado rápida o una hipersecreción biliar (Desiechan). Cuando la coloración es gris revela acolia; y si junto con la coloración gris existe falta de enturbiamiento del líquido en la parte superior, podremos afirmar que existen trastornos hepato-intestinales de pronóstico nada favorable.

Las interpretaciones patogénicas y las indicaciones terapéuticas que se deducen de la facilísima reacción de Triboule, hacen de ésta un medio diagnóstico que todo práctico debe conocer y aprovechar en beneficio de sus enfermitos.

Dr. Richard Levistein.

SOBRE EL DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Resumen de la conferencia dada en el Instituto Rubio el 17 de Octubre de 1912.

Por EL DR. D. MIGUEL GIL CASARES

Catedrático de Clínica médica en la Universidad de Santiago (1).

Señores: Al honor muy señalado que me concedéis recibíendome benévolo en esta ilustre casa, no puede yo, desgraciadamente, corresponder desarrollando una conferencia de altos vuelos científicos, acomodada al lugar y al auditorio; mis alas no son bastante robustas para elevarme hasta las alturas que vosotros ocupáis. En la vanguardia de los Médicos científicos formáis, en efecto, en primera fila. Sois de los que en el terreno de la Medicina cultiváis las ciencias puras: la Bacteriología, la Física, la Química, y con vuestro trabajo intenso y fructífero contribuís al adelanto Médico.

Pero al lado de los Médicos científicos siempre han existido, y siempre serán necesarios, los Médicos prácticos, y, por mi carácter de Catedrático de Universidad, cuido más de la educación de los segundos que de los primeros, aunque sólo sea por el sólo hecho de que la enseñanza debe a un régimen de mayorías, que están formadas por los alumnos medianos, no por los mejores. Esos Médicos prácticos han de ser no sólo Médicos internistas, sino Cirujanos, tocólogos, Médico-legistas, etc.; han de ejercer su profesión en las pequeñas villas y en el campo; han de realizar incesantemente un trabajo abrumador y, con todo, han de resolver los problemas que la práctica médica les plantea, privados, quizás, del Consejo de Médicos especialistas, y desprovistos seguramente de todo el complicado y costoso menaje moderno de los laboratorios.

Pensando en ello, siempre me he preocupado en la resolución del problema del diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar, desde el punto de vista práctico, es decir, con el solo auxilio de los métodos clínicos, no de laboratorio. Debo anticiparos mi parecer de que el problema es de solución factible. Pero antes de ver cómo se resuelve, conviene determinar el concepto de lo que debe entenderse por diagnóstico temprano (en oposición al tardío), que otros llaman precoz, con menos propiedad del lenguaje.

No se trata de averiguar si el organismo alberga gérmenes tuberculosos saprofíticos. Tampoco me refiero a esos casos en que, sin lesiones anatómicas demostrables, muestra el individuo fenómenos anafilácticos al ensayo de las tuberculinas. Más tarde aludiré de pasada a estas llamadas tuberculosis bacteriológicas, en oposición a las clínicas. Nuestros medios de exploración no alcanzan a demostrarnos las primeras granulaciones tuberculosas formadas en los pulmones, no sólo por la insignificancia de las lesiones anatómicas, sino también por la posible ausencia de las reacciones humorales, que, dada la levedad del ataque, no se han producido todavía con intensidad demostrable. Recuérdese lo que sucede en la infección

(1) De la «Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas».

V

Los designios de la Providencia se cumplen, y el día 25 de Mayo del año 1085, el Rey D. Alfonso el VI entra triunfante en *Tolaitola*; la ciudad que los mahometanos llamaron después *maldita*.

Aumentóse el perímetro de la población y el número de habitantes desde aquella gloriosa fecha, así como el número de sus industrias, el de sus talleres de inmortales artistas, el de sus templos y monasterios, el de sus escuelas; y tornan los esplendores de la Corte a lucir dentro de sus muros, y se honra en aclamar a sus reyes y prestarles el homenaje debido; y surgen de sabios sin cuento, y santos y prelados, y magzates y guerreros, dotados de almas grandes que se saben hacer admirar doquiera son conocidos; y por ellos la ciudad llega al apogeo de la grandeza, con su Catedral incomparable, su Alcázar, su San Juan de los Reyes; y entre hombres y edificios y grandezas históricas, llegan a constituir de Toledo, el punto culminante de la nación dominadora de dos mundos; y en mala hora para la vieja Corte, ve llegan sus hijos a sublevar contra su rey, por ver en los actos de aquél un menosprecio de la importancia de los derechos del pueblo, un abuso insufrible de la autoridad del monarca; y entonces..... entonces ruedan por el suelo cabezas de denodados varones, y con ellas caen para siempre cual por interminable verdadero el esplendor, la grandeza, la importancia, la riqueza ampulada por los siglos, hasta hacer que sólo queden en pie de la antigua y fortalecida ciudad de los Alfonsos y los Fernandos, parte de sus admirados monumentos, estrechas calles, en donde se alzan palacios señoriales abandonados, con escudos heráldicos al frente, y ruinosas escuelas, emporio del saber en otros tiempos.

Dentro de no lejana fecha quizá halla que poner en alto una inscripción con estas o parecidas frases: «*Aquí fué Toledo*» (1).

(1) Respetuoso con las demás opiniones del erudito Dr. Moraleda, disiento de que tal inscripción se ponga alguna vez para testimoniar la muerte de una gran ciudad, que resurge potente en el día, vitalizada por una juventud culta, entusiasta, amante de su gloriosa cuna. (A. Piga).

Orografía e hipsometría

de la provincia de Toledo.

La cuenca del Tajo y los montes de Toledo.

Le provincia de Toledo se halla situada entre los 39°, 15' y 40° 15' de latitud N., y los 0° 40' de longitud E. y 1° 40' de longitud O. del meridiano de Madrid. Su extensión superficial es de 15.257 km². Limita por el N. con las provincias de Madrid y de Avila; al S. con Ciudad Real y Badajoz, al O. con Cáceres. El punto más elevado de la provincia es el cerro de Peñafiel 1.410 metros. Las sierras de Castañar, las Guadalerzas. Yébenes, el Pócito y la Calderina, constituyen una cordillera que limita al Oriente la Mancha alta.

Altitudes de los pueblos de la provincia de Toledo según los trabajos geodésicos y topográficos del Instituto Geográfico y Estadístico.

	<u>Metros.</u>
Ajofrín.....	770
Alameda de la Sagra.....	594
Albarreal de Tajo.....	452
Alcabón.....	534
Alcañizo.....	374
Alcaudete de la Jara.....	412
Alcolea de Tajo.....	354
Aldeaencabo de Escalona.....	009
Aldeanueva de Barbarroya y Corralrubio.....	510
Aldeanueva de San Bartolomé.....	575
Almendral.....	639
Almonacid de Toledo.....	720
Almoróx.....	533
Añoover de Tajo.....	595
Arcicóllar.....	544
Argés.....	656
Azaña.....	527
Azután.....	337
Barcience.....	513
Bargas.....	590
Belvís de la Jara.....	447
Borox.....	580
Burguillos.....	676
Burujón.....	504
Cabañas de la Sagra.....	553
Cabañas de Yepes.....	708
Cabeza Mesada.....	747
Cabeza y Chozas.....	202

Caleruela.....	372
La Calzada de Oropesa.....	358
Camarena.....	575
Camarenilla.....	506
El Campillo.....	650
Camuñas.....	673
Cardiel de los Montes.....	402
Carmena.....	562
Carpio de Tajo.....	482
Carranque.....	665
Carriches.....	553
Casar de Escalona.....	465
Casarrubios del Monte.....	516
Casasbuenas.....	682
Castillo de Bayuela.....	563
Caudilla.....	569
Cervera.....	538
Cazalegas.....	441
Cebolla.....	440
Cedillo.....	546
Cerralbos (Los).....	464
Ciruelos o Villarreal.....	705
Cobeja.....	499
Cobisa.....	675
Consuegra.....	704
Corral de Almaguer.....	705
Cuerva.....	771
Chozas de Canales.....	557
Chueca.....	738
Domingo Pérez.....	498
Dosbarrios.....	711
Erustes.....	531
Escalona.....	461
Escalonilla.....	548
Espinoso del Rey.....	723
Esquivias.....	605
Estrella (La).....	553
Fuensalida.....	593
Gálvez.....	712
Gamonal.....	442
Garciotún.....	473
Gerindote.....	542
Guadamur.....	622
Guardia (La).....	664
Herencias (Las).....	363
Herreruela.....	378
Hinojosa de San Vicente.....	649
Hontanar.....	843
Hormigos.....	487
H.....	555

Huerta de Valdecarábanos.....	625
Iglesuela (La).....	254
Illán de Vacas.....	480
Illescas.....	588
Lagartera.....	369
Layos.....	651
Lillo.....	684
Lominchar o Villanueva de la Sagra..	645
Lucillos.....	480
Madridejos.....	688
Magán.....	486
Malpica.....	396
Manzanaque.....	715
Maqueda.....	501
Marjaliza.....	858
Marrupe.....	584
Mascaraque.....	714
Mata (La).....	567
Mazarambroz.....	775
Mejorada.....	548
Menasalbas.....	702
Méntrida.....	598
Mesegar.....	478
Miguel-Esteban.....	679
Mocejón.....	480
Mohedas de la Jara.....	644
Montearagón.....	428
Montesclaros.....	558
Mora.....	717
Nambroca.....	672
Nava de Ricomalillo (La).....	651
Navahermosa.....	735
Navalcán.....	394
Navalmoralejo.....	423
Navalmorales (Los).....	569
Navalucillos (Los).....	740
Navamorcuende.....	769
Noblejas.....	737
Noez.....	753
Nombela.....	498
Novés.....	570
Nuño-Gómez.....	469
Ocaña.....	730
Oliás del Rey.....	586
Ontígola con Oreja.....	607
Orgaz.....	744
Oropesa.....	423
Palomeque.....	609
Pantoja.....	524
Paredes.....	490

sifilítica: desde que el chancro se inicia hasta que se comprueba en la sangre la presencia de los amboceptores específicos, transcurre, por regla general, un plazo de varias semanas.

Todo lo más, cuando con unos u otros síntomas equívocos temiésemos la aparición de la tuberculosis, contribuiría a resolver nuestras incertidumbres el estudio de los antecedentes del enfermo. De mis observaciones en la región gallega he obtenido la convicción de que allí, en mi país, son tres los principales factores que influyen en la aparición de la tuberculosis pulmonar. Uno es la herencia, trátase de la del bacilo, trátase de la del terreno en términos generales, o simplemente de estados alérgicos hereditarios. Para mí, la herencia de la tuberculosis es tan innegable como la de la lepra: herencia de padres a hijos, o enfermedad familiar manifestada en los hijos de matrimonios sanos en apariencia y en líneas colaterales de uno de los cónyuges. Es posible que en estos casos existan bacilosis hereditarias, y, sea como quiera, la geneogénesis de la tuberculosis se encuentra, por lo menos, en el 28 ó 30 por 100 de los enfermos.

Otro factor preponderante es la expatriación a las Américas y en particular a la Argentina. Es formidable la emigración del pueblo gallego. También es importante la repatriación, y con ella, a la vez que la riqueza, entran en Galicia las enfermedades, y en particular la tuberculosis (cosa análoga puede decirse de la lepra).

Por fin, si estas dos causas son las responsables de más del 60 por 100 de los casos, otro 20 por 100 debe atribuirse al abuso de las bebidas alcohólicas, y en particular del vino, que es considerado por muchas personas como bebida inofensiva, siempre que sea puro y no provoque estados de embriaguez. No tengo para qué recordar que no son sinónimos los estados de alcoholismo crónico y de embriaguez habitual.

Repito que estos tres factores podrán inclinar acaso nuestro juicio en sentido afirmativo cuando coexistan con unos ú otros síntomas sospechosos. Pero diréis: ¿es que no se contagia la tuberculosis sin necesidad de que intervengan los factores antes mencionados? En una estadística que he formado recientemente, sólo he encontrado un 16 por 100 de casos espontáneos de tuberculosis pulmonar. No niego el contagio; no puedo negar lo evidente. Pero lo que afirmo es que tiene lugar muchas menos veces de lo que supone, y, además, aún no sabemos a la hora actual cómo se realiza, si por inhalación de los esputos desecados o de las partículas de saliva que despiden los enfermos (infección por gotitas), o si por ingestión desde el tubo digestivo, como tampoco sabemos a ciencia cierta cuál es el papel que desempeñan en la infección del hombre los bacilos tuberculosos de otras especies animales.

Yo os haría la misma pregunta con que encabezó una comunicación que he presentado al Congreso de San Sebastián (1): la de si teméis contraer la enfermedad al cuidar a vuestros enfermos tuberculosos, y estoy ciertísimo de que todos responderíais negativamente. El temor sólo se tiene al empezar el ejercicio profesional; más tarde, al correr de los meses y de los años, todos sentimos la convicción profunda de que el mal tuberculoso no se contagia con la facilidad de otros males infecciosos. Creo que ésta será también vuestra opinión.

(1) «El contagio y la herencia de la tuberculosis pulmonar y de lepra en Galicia», (Comunicación laureada con diploma de honor).

Permitidme que me haya extendido más de la cuenta en estos trascendentales problemas, que en realidad no he hecho más que rozar, y volvamos a nuestro tema. Clínicamente, el diagnóstico temprano de la tuberculosis pulmonar es el que descubre un grado limitado de lesiones en su primer período, cuando el parénquima está dañado en muy escasa extensión (generalmente en su vértice) y ni las lesiones se han reblandecido ni abierto, ni el organismo padece otras consecuencias que las muy escasas a que dan lugar los focos tuberculosos circunscritos y cerrados.

Apremios de tiempo y deseos de no hablaros sino de aquellas cuestiones en las que creo tener algo personal que referir, me obligan a no pasar revista a la serie indefinida de signos y síntomas a que unos u otros autores conceden importancia. Me ocuparé tan sólo de la auscultación, de la percusión y de la termometría de los casos incipientes.

Clínicamente, los fenómenos auscultatorios debieran preceder, en orden cronológico, a los percutorios. La existencia de granulaciones en un vértice ha de producir por necesidad estenosis y aun catarro de los pequeños bronquios, congestiones, atelectasias, etc., y, de consiguiente, modificaciones en los delicados ruidos de la respiración vesicular. Pero es el caso que ésta no es igual en todos los hombres: varía con la edad, con el sexo, con que el individuo tenga una u otra conformación torácica, uno u otro estado de nutrición, uno u otro tipo respiratorio; varía, en fin, con el estado de ánimo, y difiere más o menos, y esto es lo peor, en zonas simétricas de los dos lados del pecho. Por todo ello, el clínico más experimentado, el mejor especialista, podrá vacilar después de una auscultación minuciosa; para no tener dudas, sería menester que recordase, por decirlo así, la imagen acústica respiratoria de la persona objeto de examen en estado anterior de salud, y estos casos serán siempre los excepcionales.

Por otra parte, la enseñanza de los fenómenos incipientes de auscultación es menos objetiva que la enseñanza percutoria, puesto que siempre nos cabría la duda de si el discípulo percibe exactamente lo que le queremos demostrar, al paso que al percutir podremos invitarle a que por sí mismo produzca los contrastes acústicos.

Unas cuantas reglas eficaces cabe, no obstante formular respecto de la auscultación: la de realizarla a primera hora de la mañana, cuando el enfermo despierta del sueño nocturno; la de hacerla directamente o con los primitivos estetoscopios de madera, que son los mejores; la de examinar trecho a trecho los espacios intercostales, sin levantar la cabeza, variando por tanteo la zona de aplicación del instrumento; la de instar al enfermo a toser mientras se le ausculta; y por fin, y es regla que me parece muy valiosa, la que yo formulo de que, por lo general, el murmullo inspiratorio no sólo es más intenso sino *más agudo* que el espiratorio; y cuando este tipo acústico se invierte (inspiración más grave y espiración más aguda), el fenómeno suele indicar tránsito de la respiración vesicular a la bronquial.

Con estas precauciones, los fenómenos auscultatorios podrán ser un precioso indicador para el diagnóstico; pero no superan, repito, a los percutorios. A este respecto, creo muy interesante llamar vuestra atención sobre la percusión que yo denomino resonante. Su fundamento estriba en el hecho de que para percibir diferencias de tonalidad poco manifiestas es imprescindible que el medio que rodea al enfermo tenga buenas condicio-

nes acústicas. Los músicos, no sólo se preocupan de la bondad del instrumento que tocan, sino del lugar en que han de tocarlo; y en cambio, los Médicos nunca han atendido más que a la técnica de la percusión. Ved esta enferma; es una tuberculosa del vértice derecho. Con todo, la percusión comparativa insistente y delicada en medio de esta habitación, no demuestra diferencias manifiestas; y en cambio, el contraste acústico resalta con toda evidencia, aun para los oídos menos músicos, al reiterar la percusión, aproximando el dorso de la enferma a pocos centímetros de esta pared. La diferencia, repito, es tan notable, que su apreciación por todos vosotros es el mejor elogio que yo pudiera hacer de esta forma de percutir, que ha sido objeto por mi parte de otra comunicación al Congreso de San Sebastián (1). Debemos, pues, cuidar, al pretender descubrir escasas diferencias percutorias, que las ondas acústicas no se extiendan, perdiéndose, en medio de la sala, sino que se reflejen en una pared muy próxima al enfermo, que mantendrá paralelo con ella un plano dorsal o frontal, o percutiremos, y aun es preferible, en el hueco que dejen libre las dos puertas de un armario o vitrina, entre las cuales se acomodará al enfermo simétricamente. Creo que esta técnica está llamada a generalizarse y a prestar excelentes servicios a todos los prácticos.

No es ya tan fácil, sin anterior aprendizaje, la demarcación gráfica del área de sonoridad de los vértices en las fosas supraclaviculares y supraespinosas (método de Krönig). Sin entrar en detalles sobre el asunto (2), os demostraré prácticamente su valor en esta otra mujer tuberculosa. Mientras que en las fosas supraclavicular y supraespinosa derecha se percibe matidez timpanítica, que se confunde insensiblemente con la matidez completa de las partes blandas vecinas, sobre las regiones homólogas del lado izquierdo puedo señalar fácilmente con el lápiz esta faja sonora, semejante en su configuración al manípulo sagrado: cuelga del hombro por su parte estrecha, llamada istmo, y se ensancha al descender en el plano anterior y en el posterior. Pues bien; señalando gráficamente las áreas de sonoridad en casos sospechosos de lesión de sus vértices, podrán encontrarse diferencias de forma de las «hombreras» (una será más estrecha que otra), y diferencias en la facilidad para marcar sus límites (desvanecimientos de una o de las dos líneas limítrofes); además, marcando con el lápiz las apófisis espinosas de la región cónicodorsal, los espacios que restan entre ellas y las líneas internas posteriores de las hombreras serán acaso diferentes, y todo ello tiene un valor de primer orden para descubrir las infiltraciones iniciales de los vértices, no estas otras avanzadas, como las del caso que os presento, por no disponer, en este instante, de de otro más adecuado.

(Se concluirá).

(1) «Nota sobre un nuevo método de percusión (percusión resonante)». Comunicación laureada con diploma de honor.

(2) Véase mi comunicación al Congreso de Barcelona, titulada: «La percusión de los vértices pulmonares según Krönig,» (Memoria laureada con diploma de honor).

EL MÉDICO RURAL

Al médico rural pueden aplicarse aquellas famosas palabras: «¡gemid, humanos. Todos en él pusísteis vuestras manos!»

Ninguna clase social habrá tenido tantos defensores; muy pocas se hallan tan necesitadas de protección.

Y es que los defensores, espontáneos las más de las veces y extraños a la profesión en bastantes ocasiones, han sido cobardes o egoistas; torpes o interesados de sí, no de los intereses profesionales que aparentaban defender.

En todo hay excepciones. A los buenos, a los apóstoles justo es ofrecerles el testimonio de nuestra gratitud.

*
*
*

Necesitamos unión, armonía, comunidad de criterio, unificación de aspiraciones. Precisa definir nuestra personalidad social, ponernos de acuerdo respecto de lo que queremos tener, en una palabra, bandera y programa.

Porque si todo eso no existe, el júbilo de un día se trueca en lamentaciones al siguiente; la esperanza del triunfo en desaliento y desconfianza.

*
*
*

Establecer una solidaridad entre los médicos que ejercemos en una misma provincia podría ser el primer paso para intentar más adelante una verdadera solidaridad médica nacional.

Conseguido lo primero no sería absurdo conseguir lo segundo.

Para lograrlo necesitamos, ante todo, hacer algo práctico, y tener durante toda la campaña perseverancia y energía.

Yo propongo como bases preliminares, el comprometernos solemnemente a denunciar todos los casos de intrusismo; aislar sin contemplaciones a cualquier compañero que cometa un acto de inmoralidad profesional o acepte un partido en condiciones indecorosas; hacer causa común enfrente de los restos del caciquismo rural; y estudiar todos los problemas concernientes a la profesión en la provincia de Toledo para tratar de resolverlos conforme a justicia y con equidad.

La REVISTA SANITARIA DE TOLEDO puede ser el órgano de nuestra unión, el portavoz de deseos hondamente sentidos. No desmayando podremos vencer.

Un Médico rural.

NOTICIAS

Nuestro querido compañero D. Juan Moraleda y Esteban, ha remitido a Londres para exhibir en la *Exposición Médico-Histórica* que tendrá lugar en el verano próximo organizada por Henry S. Wellcome, con los objetos siguientes, que forman parte de su colección de antigüedades y curiosidades españolas:

- 1.º Una *Pliga* árabe, del siglo X, de hueso: (*amuleto* hallado en Toledo).
- 2.º Un *Bisturí*, del siglo XVIII: de acero y hueso.
- 3.º Unas *Gafas*, del siglo XVIII: de acero y cristal.
- 4.º Un *Anting Anting* de bronce, del siglo XVIII. *Anito*: (*amuleto* filipino).
- 5.º Una *Pulsera* de plata y junco, del siglo XIX. *Amuleto* chino.
- 6.º Un *Documento arabe*, escrito en un pequeño volante de papel, del siglo XIX. *Amuleto* rifeño cogido a un moro en el monte Afra en 1909.
- 7.º Cinco *medallas médicas*, del Dr. Rubio; de la Virgen de Valdejimena abogada de la Rabia; de la fundadora de las Hijas de la Caridad; de la Academia de Medicina de París—1817—; de la Academia de Medicina de Bruselas.
- 8.º Una *Placa* de la *Vacuna*—su empleo—1804.
- 9.º Título de Médico de D. Alejandro Ramírez. Madrid 1796.
10. El Promotor de la Salud de los hombres, etc., del Dr. Vicente Pérez. El Agua remedio universal. Toledo 1752.
11. Carta Consultoria del Dr. D. Joseph Pinilla y Vizcarino, al Dr. D. Timoteo O-Scanlan. Se refieren a la inoculación de la *viruela artificial*. Alcalá 1793.
12. Medios Profilácticos contra el Cólera, por D. Fernando Sánchez. Toledo 1886.
13. Solemnidad celebrada el día 26 de Septiembre de 1880, en honor del Excmo. Sr. D. Melchor Sánchez de Toca y de los Médicos de la Beneficencia Provincial de Toledo. Biografías, composiciones, discursos que leyeron y pronunciaron en aquel acto. Toledo 1880.
14. Discurso pronunciado por el Dr. D. Dionisio Villanueva y Solís (etcétera), en la Sesión de Apertura que celebró esta Sociedad el día 5 de Abril de 1841—Ateneo Médico Quirúrgico—.
15. Reflexiones sobre varios puntos de la breve descripción de la Fiebre Amarilla de Andalucía, escrita por el Dr. D. Juan Manuel de Arejula, (etcétera), por D. Miguel Cabanellas. Madrid 1814.
16. Importancia de la Medicina legal y necesidad de su estudio, por Pedro Mata. Madrid 1844.
17. Sesión Imperial celebrada el día 30 de Noviembre de 1845, para la instalación pública y solemne de la Sociedad Matritense de Socorros Mutuos de Alumnos Médico-Cirujano. Madrid 1845.
18. El Agua en Toledo, por Juan Moraleda y Esteban. Toledo 1908.
19. Médicos y Farmacéuticos célebres de Toledo (y sus obras), por el anterior. Toledo 1890.

20. Médicos y Farmacéuticos célebres de Toledo—y sus obras—. Segunda Parte. Toledo 1911. Del mismo.
21. La Medicina y la Farmacia en Toledo, por el mismo autor. Toledo.
22. Paremiología Toledana, refranes toledanos, y entre ellos los relativos a medicina e higiene. Del antedicho autor. Toledo 1911.
23. Notas Médicas Toledanas, por el citado Sr. Moraleda. Toledo 1912.
24. Retrato (*grabado*) del Médico de Carlos IV. D. José Severo López.

Asociación médico=benéfica

de la provincia de Toledo.

CIRCULAR

Habiendo fallecido D. Julián García Suelto, titular de Tembleque, se ruega á los señores Asociados satisfagan con la mayor urgencia la cuota correspondiente de 5,25 pesetas, mas otra igual de reserva, advirtiéndole que, con arreglo al Reglamento, será dado de baja el que no abone ambas cuotas; quedando encargados de la recaudación los Delegados del distrito.

Toledo 13 de Enero de 1913.

El Presidente,

Venancio Ruano.

El Secretario,

Francisco López Fando.

En el próximo número publicaremos la lista de los que paguen las cuotas.

BIBLIOGRAFÍA

Tipos clínicos más comunes del quimismo gástrico.—Conferencia dada en el Instituto Rubio por el Dr. D. Luis Yagüe. (Folleto de 15 páginas).

El notable especialista de enfermedades del aparato digestivo Sr. Yagüe, ha demostrado una vez más, con la conferencia dada en el Instituto Rubio, que posee grandes condiciones de observador, de clínico, y que tiene el don de hacer fácilmente comprensibles las más árdidas cuestiones relativas a la especialidad que él cultiva con tanto acierto.

Los datos relativos al sondaje del estómago, puesto en uso por Küssmaul para tratar las gastroectásias; los hechos fundamentales fisiológicos de la digestión gástrica, que imponen la necesidad del empleo de igual comida de prueba y la de efectuar su extracción a igual tiempo de haber sido ingerida; el estudio de los tipos secretorios-hiperclorhídricos comunes, con sus variadas tardías y precoz, hiperclorhídricos latentes, hiperclorhídricos con acidez, hiperclorhídricos neuropáticos, etc.; y el acertadísimo juicio crítico que censura por igual a los que se fían del análisis del recogido gástrico y prescinden de la exploración del enfermo o exploran éste sin analizar aquél; tales son las cuestiones que desarrolla al Dr. Yagüe con una claridad admirable y una galanura en la forma digna de un verdadero maestro.

Reciba el autor la humilde felicitación de la REVISTA SANITARIA DE TOLEDO.



El sabio Dr. D. Jaime Ferrán, querido Maestro y amigo nuestro, ha tenido la bondad de remitirnos un ejemplar de su obra *La Nueva Bacteriología de la Tuberculosis, en sus relaciones con el diagnóstico, la terapéutica específica y la profilaxis vaccinal de esta enfermedad*.

Limitarse a alabar una vez más esa obra de Ferrán que alcanzó en el Congreso Internacional de la Tuberculosis, de San Sebastián (1912), el único gran diploma de honor y el premio de S. M. el Rey D. Alfonso XIII, es una puerilidad, disculpable en nosotros por el cariño que profesamos al ilustre bacteriólogo; más ni aún así incurriremos en ella y con más práctico criterio proporcionaremos a los lectores el placer de saborear las admirables páginas que integran *La Nueva Bacteriología de la Tuberculosis*, publicando el trabajo en la REVISTA SANITARIA DE TOLEDO.

A la clase Médica

y especialmente á los señores tocólogos.

Trousseau "LOZANO" para partos.

= CONTENIDO =

Un bote Compresas vulvares esterilizadas.—Otro íd., Algodón en tiras esterilizadas.—Otro íd. íd., en trozos, íd.—Otro íd., con una blusa, íd.—Un Pouchet con agua destilada y esterilizada.—Un Irrigador con cánula de cristal.—Una cánula Porgés doble corriente.—Otra íd. Dolleris intrauterina.—Otra íd. Onda cristal doble corriente.—Una Ampolla suero Hayem.—Un aparato inyector.—Una navaja de afeitar.—Un cepillo de uñas esterilizado.—Una polvera con polvos de almidón y borla esterilizados.—Una caja Xeroformo.—Dos agujas de seda enhebradas y esterilizadas.—Dos cordonetes de seda esterilizados.—Cuatro dediles de goma para reconocimiento.—Un tubo pastillas de sublimado de un gramo.—Otro íd. íd. de permanganato potásico de medio gramo.—Dos gramos de cornezuelo de centeno en 4 pps.—Una mascarilla para cloroformo.—Un abre-bocas.—Una pinza para la lengua.—Una caja ácido bórico polvo.—Una geringuilla hipodérmica.—Tres ampollas cafeina.—Dos íd. ergotina.—Tres frascos cloroformo Adrian.—Un frasco jabón líquido antiséptico.—Otro íd. Ergotina Ibon.—Otro íd. alcohol de vino puro.—Una lámpara para alcohol.—Dos vendas para el ombligo esterilizadas.—Dos pinzas Pean.—Una pinza para curas.—Unas tijeras.—Un tubo vaselina boricada esterilizada.—Doce imperdibles esterilizados en dos tamaños.—Un Forceps Tarnier.

— CONDICIONES =

Solo son de pago los artículos que se consuman ó deterioren, pagándose en concepto de alquiler una peseta diaria.

Este Trousseau puede modificarse en su contenido, según indicación de los Sres. Médicos.

Todos los gastos de transportes son de cuenta del consignatario.

Al hacer el pedido fuera de esta plaza, es preciso mandar referencias ó bien 300 pesetas.

Los pedidos pueden hacerse por teléfono ó telégrafo, pero siempre con tres horas á la salida del tren ó coche.

También nos encargamos de la esterilización de ropas de cama como para la parida, las que nos serán enviadas con tiempo suficiente para poderlas entregar bien secas.

Todos los desperfectos que puedan originarse en el transporte de este Trousseau serán de cuenta del consignatario.

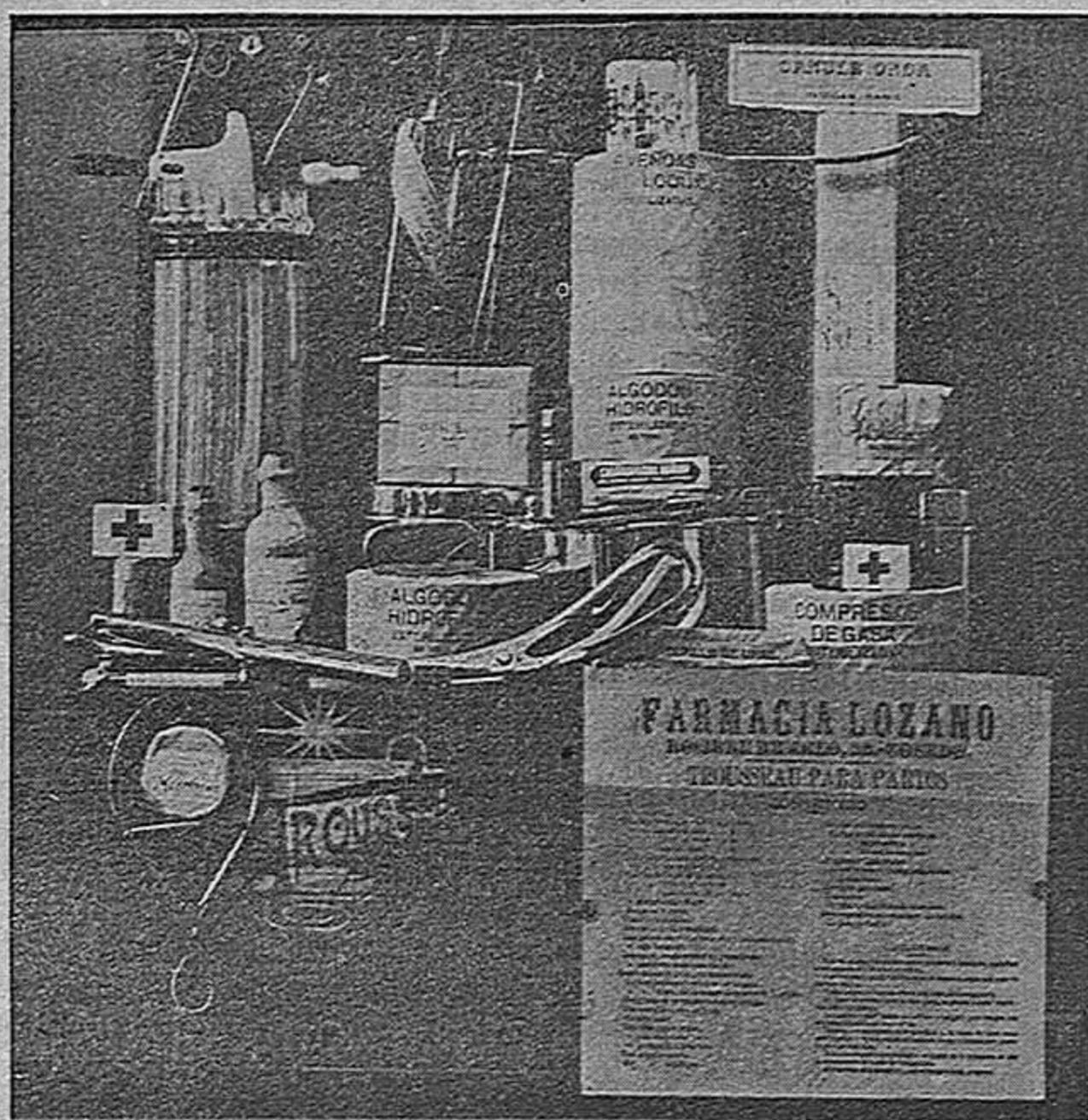
El transporte será siempre en gran velocidad á la ida y regreso.

FARMACIA LOZANO.—Hombre de Palo, 23.—TOLEDO.—Teléf. 186.

En breve publicaremos el fotograbado del Trousseau.

A la clase Médica y especialmente á los Sres. Tocólogos.

Trousseau "LOZANO" para partos.



Trousseau "LOZANO" para partos.

CONTENIDO.— Un bote Compresas vulvares esterilizadas.—Otro id. Algodón en tiras esterilizadas.—Otro id. id., en trozos, id.—Otro id., con una blusa, id.—Un Pouchet con agua destilada y esterilizada.—Un Irrigador con cánula de cristal.—Una cánula Porgés doble corriente.—Otra id. Dolleris intrauterina.—Otra id. Onda cristal doble corriente.—Una ampolla suero Hayem.—Un aparato inyector.—Una navaja de afeitar.—Un cepillo de uñas, esterilizado.—Una polvera con polvos de almidón y borla esterilizados.—Una caja Xeroformo.—Dos agujas de seda enhebradas y esterilizadas.—Dos cordones de seda esterilizados.—Cuatro dediles de goma para reconocimiento.—Un tubo pastillas de sublimado de un gramo. Oro id., id. de permanganato potásico de medio gramo.—Dos gramos de cornezuelo de centeno en 4 pps.—Una mascarilla para cloroformo.—Un abre-bocas.—Una pinza para la lengua.—Una caja ácido bórico polvo.—Una geringuilla hipodérmica.—Tres ampollas cafeina.—Dos id. ergotina.—Tres frascos cloroformo Adrian.—Un frasco jabón líquido antiséptico.—Otro id. Ergotina Ibon.—Otro id. alcohol de vino puro.—Una lámpara para alcohol.—Dos vendas para el ombligo esterilizadas.—Dos pinzas Pean.—Una pinza para curas.—Unas tijeras.—Un tubo vaselina boricada esterilizada.—Doce imperdibles esterilz adss en dos tamaños.—Un Forceps Tarnier.

Para más detalles pídase nota de condiciones.

Farmacia Lozano.—Hombre de Palo, 23.—Toledo.

— Teléfono 180. —

GLOBULOL

Preparación formo-arsenio-fosfatada
á base de lecitinas.

(NOMBRE REGISTRADO) PEINADO

ACCIÓN TERAPÉUTICA

Contra la tuberculosis, haciendo desaparecer la fiebre, sudores y expectoración; en el primero y segundo período, los bacilos. Infalible en la neurastenia, impotencia, esterilidad en la mujer (regularizando sus períodos), anemia, raquitismo, impotencia, pulmonía y su convalecencia y en general contra todas las enfermedades consuntivas. Aumenta el número de glóbulos rojos y leucocitos, apetito, peso y fuerza.

Por eminentes doctores se ha hecho constar que el metilarseniato de sosa ó arrhenal es, en la mayor parte de los casos, impotente por sí solo contra la fosfaturia de los tuberculosos. Dichos doctores han pensado que dando á los tísicos, al mismo tiempo que el arrhenal, un compuesto fosforado, fácilmente asimilable, capaz de compensar las pérdidas de fósforo que estos enfermos experimentan por las orinas y los esputos, obtendrían mejores resultados que con el derivado arsenical solo. Los hechos clínicos han confirmado sus previsiones. Ahora bien, como los fosfatos minerales son muy difícilmente asimilables, era racional pensar en proporcionar á los enfermos el fósforo bajo una forma análoga á la que se encuentra en el organismo.

Por estas razones hemos asociado al arrhenal las lecitinas, que son compuestos fosforados extraídos de la yema del huevo y análogos á los que se encuentran normalmente en el cuerpo humano, en su sistema nervioso, y muy especialmente, en grandes proporciones, en el cerebro.

El GLOBULOL activa las funciones digestivas, y como consecuencia las de nutrición y asimilación, disminuidas por la anemia y la tisis, suministrando al organismo todos los elementos y principios de que carece, estableciendo de este modo el equilibrio orgánico, dando fuerza y vigor á las células para que luchen contra las enfermedades y las venzan.

El GLOBULOL ha sido administrado á tuberculosos en primero y segundo grado con fiebre, sometidos anteriormente, sin resultado alguno, á la acción de la creosota, del cacodilato de sosa, etc., etc., obteniendo en poco tiempo una notable mejoría en su estado general, con aumento considerable de peso y apetito, desapareciendo los sudores nocturnos y la fiebre, y una disminución extraordinaria ó cesación completa de la tos. Los esputos perdieron, al cabo de algún tiempo, variable (un mes ó mes y medio cuando más), su carácter purulento (con desaparición, en muchos casos, de los bacilos de Koch, y la expectoración se hizo normal.

El GLOBULOL aumenta rápidamente el número de glóbulos rojos en grandes proporciones, así como también los glóbulos blancos.

Dosis y modo de emplearlo, véase el prospecto.

Depósito para la provincia de Toledo.—FARMACIA DE SANTOS.—Plata, 25.

BAZAR MÉDICO

Calle de Carretas, 35

(frente al buzón de Correos)

Antigua casa de J. CLAUSOLLES

Artículos de Cirugía, Ortopedia, Higiene y gomas.—Fábrica de Bragueros, Fajas ventrales, Suspensorios, etc.—Construcción de mesas de operaciones, Vitrinas, etc.—Aparatos electro-medicinales, Pantostatos, etc. Rayos X.—Aparatos para desinfección, Escupideras, Pulverizadores, etc.—Coches y sillones para inválidos.—Gran Fábrica de Antisépticos, Algodones, Vendas, Gasas, etc., en San Martín de Provencals, Barcelona.—Aparato del Dr. Castelló para aplicaciones del 606.—Vacuna suiza y del Instituto Selma, de Zaragoza.—Instrumentos para veterinaria.

Depósitos exclusivos de los maravillosos aparatos VEEDÉE para masaje vibratorio.—Idem LUMIN, aplicable á la corriente eléctrica urbana.