MEDICINA Y CIRUGÍA AUXILIAR

ÑO V
viembre
944

ÓRGANO OFICIAL DEL CONSEJO GENERAL
DE LOS COLEGIOS OFICIALES
DE PRACTICANTES DE ESPAÑA

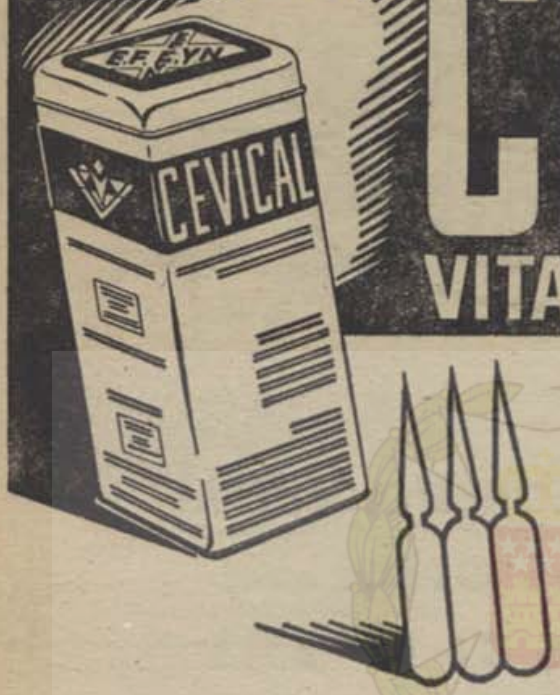
NÚMERO
46

Colegio Oficial de Enfermería

HIPOTENSOR
ROVI
REGULADOR DE LA TENSIÓN
SANGUINEA SIN INTOLERANCIAS
CADA 30 GOTAS: IODO ORGANICO 0,06 gr.
BENZOATO BENCILO 0,15
EXTRACTO MUERDAGO 0,05
INT. ARNICA 0,15
LABORATORIOS ROBERT
MALDONADO 9 MADRID

CEVICAL

VITAMINA C + CALCIO



INDICACIONES

Infecciones, anemias, estados pre-tuberculosos, tuberculosis, hemorragias, lactancia, crecimiento, estados pre-carenciales, astenias, etc.

FORMAS FARMACEUTICAS

Caja de 10 ampollas de 5 c. c.
Caja de 10 ampollas de 2,5 c. c.
Bote de 150 gramos granulado.

DOSIS

Una inyección diaria. 3 a 5 cucharaditas

LABORATORIO E. F. E. Y. N.—Apartado 3.097.-MADRID

BOLAÑOS Y AGUILAR S.L.

TALLERES GRAFICOS

GENERAL SANJURJO N°10 TELEFONO 42878 - MADRID

ORTOPEDICO

ALONSO

CONSTRUCTOR

Piernas y brazos artificiales
Fajas - Bragueros - Vendajes
Instrumental de Cirugía
Gotieras - Muletas

FUENCARRAL, 98

TELÉFONO 15724

ULLOA - ÓPTICO

GAFAS - LENTES ••• CARMEN, 14 - MADRID

HA INTRODUCIDO EN ESPAÑA

"SONOTONE"

EL MEJOR APARATO PARA SORDOS

BARCELONA
Fontanella, núm. 17

15 % de descuento a los señores Practicantes

ZARAGOZA
Coso, núm. 71

SOCIEDAD ANONIMA CLAUSOLLES

FABRICA DE APOSITOS, APARATOS E INSTRUMENTOS
DE CIRUGIA, BRAGUEROS, APARATOS ORTOPEDICOS,
ARTICULOS PARA HIGIENE, GOMAS E IMPERMEABLES

Carretas, 27 (antes 35) - Teléfono 11530 - MADRID

CASA CENTRAL: Rambla de Cataluña, 8.-BARCELONA

medicina y cirugía auxiliar

Órgano Oficial del Consejo General de los Colegios Oficiales de Practicantes de España.

Redacción y Administración:
Conde Romanones, 10, 1.º
Teléfono núm. 76852

Suscripción (12 meses).. 15,00 ptas.
Número suelto..... 1,50 —
Número atrasado..... 1,75 —

SUMARIO

Págs.

EDITORIAL: *Confiemos en nuestra prosperidad*, por Juan Córdoba..... 3

SECCIÓN CIENTÍFICA: *Patología general de sífilis*, por Enrique Alvarez Sáinz de Aja 4

Infiltraciones perifocales en la tuberculosis pulmonar, por Juan Carbonell 8

La obesidad y el masaje, por Antonio Esteban Ibañes..... 9

Quemaduras: Su tratamiento, por Juan Tapia Extruc..... 12

Las conjuntivitis, por Isidoro Colado Merino..... 16

PREVISIÓN: *Entrega de socorros de defunción en el Colegio de Orense.* 19

Entrega de los primeros socorros de la Previsión en el Colegio de Burgos 20

Cantidades recaudadas para el día de la Previsión en el año 1944. 21

Organización de la Asamblea Nacional (circular número 17)..... 22

SECCIÓN DE TITULARES 24

NOTICIAS 31

EDITORIAL

Confiemos en nuestra prosperidad

Coincide la publicación de esta Revista con la apertura de nuestra asamblea, en la que estudiaremos los problemas más vitales y condensado las necesidades inmediatas en las conclusiones que han de elevarse a la superioridad, de cuyo resultado hemos de tener confianza en el futuro. A tal propósito, considero como sinónimas las palabras fe y confianza, pues ambas expresan idéntico concepto, por más que en el transcurso del tiempo se haya alterado su primitiva y genuina significación.

Los practicantes, en su primera asamblea motivada por la nueva legislación sanitaria del Estado español, pondrán de manifiesto a las autoridades correspondientes, después de un detenido examen de todos los servicios auxiliares médicos y actividades encomendadas a cada uno de los sectores sanitarios autorizados para tales funciones, la necesidad de que en el nuevo reglamento sanitario se aumente el plan de estudios a los primeros auxiliares médicos que, sin distinción de sexos, fué creado por nuestro Estado para así prestar mejor servicio a sus semejantes, y por tanto, servir mejor a España, que está por encima de todos nuestros intereses personales. Se haga la delimitación de los campos de acción profesional en armonía con lo exigido para la obtención del Título, Diploma o Certificado de aptitud o capacitación de cada auxiliar sanitario. Ello constituye el denominador común de los problemas de los practicantes.

Siendo la asamblea la autorizada para tratar y juzgar estas cuestiones, dejemos para el próximo número, donde se publicarán sus conclusiones, y, entre tanto, no olvidemos que la fe en el ideal es la más poderosa palanca de la prosperidad, y que la persistente lucha por colocarnos a la altura de nuestro noble ideal es la única fuerza capaz de enaltecer y fertilizar la conducta.

Si deseamos cumplir una obra meritoria, hemos de empezar por colocarnos con la vista fija en el ideal; poner corazón, cerebro y manos en la obra y tener inquebrantable fe, resolución inflexible y paciencia inagotable para perseverar hasta el fin.

Juan CORDOBA,
Presidente del Consejo General.

SARNICAL
TRATAMIENTO DE LA
SARNA
DE OLOR AGRADABLE

LINIMENTO
MASAGIL
Indicado en toda clase de dolores reumáticos, musculares, contusiones, golpes, torceduras, etc.
Laboratorio PEREZ GIMENEZ

Sección CIENTIFICA

Patología general de sífilis

(Estudio esquemático)

por ENRIQUE ALVAREZ SAINZ DE AJA
Médico Director del Hospital de San Juan de Dios.

LA SÍFILIS EN EL TIEMPO.

Depositados los treponemas en superficie de piel o mucosa, tras un contacto sucio, pueden quedar allí, siendo el contaminado mero portador de gérmenes y desapareciendo éstos con sencillas medidas higiénicas (agua y jabón), arrastrados y no muertos; o quedar por tiempo mayor o menor, siendo el portador susceptible de ser contagiante en tanto alberga gérmenes en su piel o mucosa; este hecho debe ser bastante raro, pero hay historias clínicas que lo abonan y explican.

Es indudable que nuestras manos médicas, de quienes reconocen y curan enfermos con lesiones abiertas, han sido contaminadas múltiples veces con gonococos, bacilos de Ducrey, treponemas, estafilococos, etc., y hemos sido portadores de gérmenes los más variados, habiéndonos librado de ellos sin más que sencillos lavados jabonosos, fricciones alcohólicas y medidas de higiene y limpieza nada más.

Cuando los treponemas, después de su depósito en superficies cutáneomucosas, logran penetrar en el organismo, tras quince o treinta días de incubación originan la lesión primaria, el chancro. Evoluciona éste, con sus progresivas lesiones clínicas de vasos linfáticos y ganglios regionales de primera línea, y alrededor de los quince días de su existencia aparecen las reac-

JOAQUIN GONZALEZ
INDUSTRIAS DE APOSITOS Y ORTOPEDIA
SAN MATEO, 20 - TEL. 41084 - MADRID
PRECIOS ESPECIALES A LOS SRES. PRACTICANTES

ciones serológicas positivas como primer indicio de respuesta general orgánica. Son excepcionales las apariciones de positividades antes de catorce días, como después de la cuarta semana.

A los setenta días del contagio acontece el brote del exantema roseólico y papuloso, según datos de los clínicos del siglo XIX, que fueron los que pudieron observar más repetida y claramente este evento, cuando ni había serorreacción ni se conocía el treponema, y cuando la cultura popular e higiene social eran rudimentarias en materias médicas. Un poco largo nos parece el plazo por lo que hemos observado nosotros, pero desde luego que media bastante más de un mes desde la iniciación chancrosa al brote del secundarismo florido.

Ya en el período secundario, de modo espontáneo o por intervenciones terapéuticas, viene el período de alternancia entre latencias y fases activas de la infección. En realidad, la sífilis es una infección con latencias y brotes similar al paludismo: latencia desde el contagio al chancro (incubación clínica); latencia del chancro al brote de positividades en sangre (incubación serológica); latencia desde éste al brote de roseola y pápulas, y latencias cada vez más largas, por lo común, durante el resto de la enfermedad. Como se habrá observado, para el desarrollo y fijación de esta idea hemos abusado del concepto de latencia, aplicándolo a fases en que no existe en punidad de lenguaje y de concepto; perdónesenos el abuso o impropio caso, en aras del desarrollo de la idea.

Viene después, tras meses (hecho rarísimo en la actualidad) o años, muchos años, el paso al período terciario, a la presentación del goma como lesión; o no llega nunca, bien por acción de los medicamentos, bien por desviarse la marcha de la dolencia por otros derroteros. Afortunadamente, son pocas las sífilis que llegan al generalato (período terciario o de goma), como son también pocos los cadetes que ciñen la faja y lucen entorchados en el porvenir. Hoy día son una minoría los síndromes terciarios.

Como es corriente, son muchos los pacientes que del décimo al décimoquinto año de enfermedad acuden con síndromes de período cuaternario, con tabes, con parálisis general, con

El ilustre médico Dr. D. Enrique Alvarez Sáinz de Aja, Consejero Nacional de Sanidad, Presidente de la Sociedad Española de Dermatología y Director del Hospital de San Juan de Dios, de Madrid, que honra nuestra Revista con su valiosa colaboración científica.

taboparálisis, sin haber pasado por el terciarismo; se lo han saltado, y en ocasiones el historial del cliente salta de referir un chancro a presentársenos con una impotencia, atrofia óptica, crisis dolorosas por tabes, o con delirio

de grandezas, disartría, temblor y síndrome mental por parálisis general; claro es que el secundarismo, tanto serológico como clínico, tuvo que existir, pero el primero no se observó, y el segundo fué tan somero que no fué advertido por el cliente.

Sin embargo, la referencia histórica es que una sífilis pasó de lo primario a lo cuaternario, como en otros casos pasó de lo primosecundario al cuaternarismo, sin pasar por lo terciario en un caso ni en otro.

Finalmente, y aunque este concepto no figure en ninguna obra así concebido, viene el período de los síndromes vasculares. Estos, si bien iniciados y con posible y cierta exteriorización desde posibles tiempos de la infección, es lo cierto que son observados por nosotros desde el punto de mira cronológico de los más viejos infectados, después, mucho después de los tiempos secundarios, y aun terciarios y cuaternarios; pueden convivir con los secundario, terciario y cuaternario; pero adquieren su máximo relieve años y años a distancias de la iniciación del camino que la sífilis recorre en las vidas de los sifilizados. Son las endarteritis cerebrales con o sin incidentes de hemorragia u obstrucción, con o sin hemiplegia, en la quinta, sexta y séptima décadas de la vida; son los acroasfícticos y con gangrenas de partes distales; son los aneurismáticos, los aórticos; son el conjunto de síndromes viscerales o no, por vascularitis, por endarteritis sifilíticas. Pero siendo el gran núcleo, la gran masa, patología de viejos por sí o de sífilis muy antigua, de comienzo remoto. Todo lo cual no excluye que observemos estos cuadros desde los más precoces tiempos. El complejo y variado grupo de lesiones vasculares en sífilis es común o puede serlo a todos los períodos clínicos ya indicados. Como que de la sífilis podría decirse que es una treponemosis como causa, un chancro, pápula o goma como lesiones elementales o clínicas; pero es una vascularitis como lesión elemental íntima, desde que el telón se levanta hasta que la función acaba.

La sífilis en el espacio.

Cuando el treponema es depositado en superficie de piel o mucosas, o queda en ella, o es alejado con medidas higiénicas o penetra en el organismo. En casos raros, por inoculación operatoria, generalmente en médicos y ejercitantes en Medicina, por transfusión sanguínea y en el feto, los treponemas pasan directamente a la sangre y vasos linfáticos desde el primer momento.

Corrientemente, invade el organismo por doble vía, se introduce por lagunas linfáticas en red y vasos, para caminar a ganglios de primera, segunda y tercera líneas, después a la gran vena linfática o conducto torácico y, finalmente, ingresa en el torrente circulatorio sanguíneo; pero éste es el comienzo largo, lento, pausado; lo dificultan las defensas orgánicas de tejidos, de células.

Más rápido es el paso a capilares sanguíneos y, de ahí, a venas y sangre; tan rápido es, que en los estudios experimentales se observó la existencia de una treponihemia al quinto día de una inoculación; la conocida treponihemia del quinto día.

Es decir, que merced a este doble mecanismo de entrada, tenemos una doble marcha o proceso. El camino lento, local, da lugar a la incubación de lo que luego serán chancro, linfitis y adenopatías regionales. El camino rápido a lo que pudiera llamarse la incubación serológica, tanto más rápido camino para la

SYRALBINA
TABLETAS
Astringente, antidiarréico, dispepsias infantiles,
— — catarros intestinales, colitis, etc. — —
Asociación del tanato de albúmina con una levadura
LABORATORIO FARMACOLÓGICO LEVANTINO
CARLET. - Valencia

invasión, como más tardía y lenta incubación para las positividades serológicas, como ya indicamos antes.

Afortunadamente, el treponema no encuentra grandes facilidades para la sifilización; cuando aborda o desembarca en un puerto del cuerpo humano, le cuesta días y días establecer una cabeza de puente, un chancro.

Afirmada ésta, tiene que luchar paso a paso en la península que el pene significa (como caso el más corriente), hasta desbordarla y llegar a los primeros pueblos (ganglioslinfáticos), y desde éstos desparramarse y ocupar otros y otros cada vez más importantes.

Circulando por sangre días y días, tropieza con defensas más eficaces, y de ahí que la denuncia por reacciones serológicas positivas sea muy posterior a la manifestación primaria clínica.

Estos retrasos y resistencias, tanto locales como generales, dan un precioso tiempo, a que queda intervención el gran aliado, la poderosa ayuda que significan las medicaciones. Tan poderosa y eficiente que, como sabemos, puede llegar a tiempo de yugular la enfermedad entre el brote chancroso y la positividad serológica. Cura abortiva en el período primario verdadero. Puede llegar a tiempo para que, con sólo el chancro y su cohorte regional y las positividades serológicas, impida el brote del secundarismo clínico. Cura en la fase serológica inicial del secundarismo.

Como se sabe, nosotros admitimos como período primario tan sólo los días que median entre el brote del chancro y la aparición de las positividades serológicas, pues consideramos a éstas como la prueba, muestra o reconocimiento de una sifilización general. No admitimos un período primario seronegativo y otro seropositivo; estimamos el debut de la serología como el más importante momento de la vida de una sífilis en organismo y la colocamos como la puerta de entrada a lo secundario.

(Continuará.)

MANUAL TEÓRICO-PRACTICO

PARA

PRACTICANTES, MATRONAS Y ENFERMERAS

por el Doctor

Antonio Box María-Cospedal

Médico militar, Médico de la Marina civil, Premio extraordinario del Doctorado.

TOMO PRIMERO

Va ilustrado con 211 figuras

Materias que comprende:

HISTORIA. ÉTICA. ORGANIZACIÓN. CUIDADOS. HISTOLOGÍA. ANATOMÍA. FISIOLOGIA. LABORATORIO. TERAPÉUTICA.

TOMO SEGUNDO

Va ilustrado con 318 figuras

Materias que comprende:

PATOLOGÍA MÉDICA. INTOXICACIONES. HIGIENE. INFECCIONES. PATOLOGÍA QUIRÚRGICA. OPERACIONES. VENDAJES. ESPECIALIDADES. OBSTETRICIA. PEDIATRÍA. EVACUACIÓN.

Precio de la obra completa (2 tomos) 80 pesetas

Dicha magistral obra es la mejor de todas las publicadas hasta la fecha *y la única que ha sido premiada por la Real Academia de Medicina* con el premio Rubio 1944 («B. O.» 18-3-44). Es el libro indispensable para la preparación de los programas de Practicantes, Matronas y Enfermeras, y, además, utilísimo para ejercer dichas profesiones. La firma del Dr. Box, conocidísima por sus publicaciones y el haber sido premiada dicha obra, es la garantía más sólida de la bondad de la misma.

VENTAS AL CONTADO Y A PLAZOS de dichos dos volúmenes, y de todas las publicaciones que usted necesite, en el antiguo y acreditado

Instituto Editorial Reus

Preciados, 6 y 23. — MADRID

Infiltraciones perifocales en la tuberculosis pulmonar

Años ha que publiqué en nuestra Revista artículos que pudieran servir de enseñanza hasta a mí mismo, porque, como dijo un gran filósofo: «Yo sólo sé que no sé nada.» Ahora quiero volver a buscar acogida en las reducidas páginas, y que, de no encontrarla, no sería para mí sorpresa, toda vez que las ocupan plumas de mayor valía.

Pasando definitivamente a tratar del tema fundamental, diré que las infiltraciones perifocales que invaden los territorios pulmonares son debidas, unas veces, a infecciones exógenas y, otras, por la inestabilidad ganglionar. También pueden desenvolverse análogos procesos en campos pulmonares que no habían sido afectados, a consecuencia de reinfecciones recientes, otros en zonas anteriormente invadidas, solicitadas por la reavivación de focos más o menos estabilizados.

En muchos casos la infiltración se produce por los productos bacilares mismos y, en otros, por la excitación nerviosa de otras enfermedades.

Al observar a un enfermo tuberculoso veremos que la fiebre es oscilante, y apreciaremos en la auscultación crepitaciones generalmente en base y si las infiltraciones son o no con área de difusión.

Representan unas, como la precoz, brotes en regiones indemnes, que pueden constituir el punto inicial del desarrollo de una tuberculosis evolutiva; otras, como las tardías, pueden conducir al mismo fin exacerbando focos antiguos o constituyendo nuevos focos, producto de reinfecciones endógenas o exógenas. El porvenir de cada una de estas infiltraciones puede ser distinto, y podremos observar que en unos casos se reabsorben con mayor o menor rapidez y en otros alcanzan extensiones diferentes y determinan la esclerosis, el endurecimiento de la zona que ocupan o bien se caseifican o reblandecen. Se nos impone, por lo tanto, una atenta vigilancia del enfermo para poder predecir cuál será la probable evolución de la infiltración.

He tenido ocasión de observar una radiografía que correspondía a una joven de veintiún años, en la que se podía apreciar con toda claridad un roce intenso en la región extracardíaca e infiltración izquierda con reacción pleural. Tiene esto una representación clínica que podemos llamar exacerbación del proceso. La infiltración precoz en el pulmón generalmente es periférica y, por tanto, cercana a la pleura, produciendo tos al principio. Según Redeker, la tos catarral, con espectoración más o menos abundante, no suele presentarse hasta que aparecen fenómenos de reblandecimiento.

También puede causar una pleuritis, diagnóstico que se puede obtener si el enfermo se queja de dolor en el pecho y de una opresión difícil de explicar, pero que es una sensación que siempre suele acompañar a las infiltraciones extensas por la tensión del tejido pulmonar infiltrado.

Madrid, septiembre 1944.

JUAN CARBONELL

La obesidad y el masaje

Empezaré recordando en pocas palabras lo que es el tejido adiposo, su manera de desarrollarse, cuáles son sus funciones y las causas que favorecen su formación.

El tejido adiposo o grasiento no se encuentra más que en las regiones donde existe tejido celular o conjuntivo. En una persona adulta normalmente constituída, el tejido adiposo viene a pesar dos o tres kilogramos. En algunas regiones no existe más que en una pequeña cantidad. Se le encuentra bajo la piel en el abdomen, región lumbar, nalgas o región glútea, mamas y bajo las aponeurosis en las cavidades viscerales. Existe en todas las personas y no desaparece jamás totalmente, ni aun en los casos de demacración y desnutrición considerable. Se produce en mayor cantidad en las personas jóvenes, bien nutridas y vigorosas una acumulación de grasa mucho más considerable bajo la piel que en los demás puntos del cuerpo.

Este tejido tiene un color amarillento, está formado de lóbulos y presenta un aspecto granulado. A la lupa se ve claramente que va acompañado por regueros de tejido celular y conjuntivo, constituyendo tabiques entrecruzados que limitan grandes espacios y areolas. En estas areolas se observan las granulaciones amarillentas que varían del tamaño de un grano de mijo a un guisante pequeño; éstos son los lóbulos grasientos. Cada lóbulo está limitado por una cubierta de tejido conjuntivo en la que resbalan los vasos capilares que se encuentran sobre las mismas células grasientas; cada lóbulo está formado por unas cuarenta o cincuenta células aproximadamente.

Cada célula o vesícula grasosa está en contacto inmediato con las células vecinas.

La célula grasosa está constituída por una delgada pared transparente y amorfa y por un contenido líquido, oleoso y transparente también. La pared de la célula tiene un nudo o núcleo, no perceptible si no es con microscopio.

Cuando por golpe o por cualquier otra causa una parte del cuerpo sufre una inflamación o está edematosa, la margarina y la estearina contenidas en las vesículas adiposas de la región, se separan de la oleína y forman cristales.

Existe una pequeña parte de grasa libre independiente de las células, que dimana de la rotura de algunas vesículas.

El abuso de alimentación grasienta y de las féculas en unos casos y la mejor o peor desasimilación en otros, puede ser el origen de la obesidad.

No es suficiente la ingestión de alimentos grasos para producirse la gordura, porque si esto fuese así los esquimales y los lapones serían todos gordos sin excepción.

La obesidad constituye una verdadera distrofia; puede encontrarse en todas las edades de la vida.

El cuerpo se deforma, la cabeza es piriforme, el cuello se confunde con la espalda, la fisonomía pierde su expresión, el tórax y el abdomen están unidos. A veces el bajo vientre y las nalgas toman tal volumen, que llegan a ocultar por completo los órganos genitales. Este aumento de volumen del cuerpo se generaliza en todas sus partes, y el aumento de peso que de ello resulta puede llegar a ser de cuatro a cinco veces mayor que el peso normal de un individuo bien constituído.

La excesiva gordura produce cierta dejadez, tiende a dificultar los movimientos; al menor es-

fuerzo el cuerpo suda y se producen sofocaciones. El decúbito horizontal es penoso y en ocasiones imposible.

La sensibilidad general está disminuída. Los obesos tienen propensión al sueño, palpitaciones y vértigos; si a esto se une la amenaza de la diabetes, se comprenderá que la obesidad es de un pronóstico serio y que el médico tendrá que luchar contra la invasión del cuerpo por la grasa.

La obesidad es algunas veces congénita; la influencia hereditaria es un factor importante que no admite discusión.

El artritismo crea una predisposición a la obesidad y la escrófula obra en el mismo sentido.

La falta de ejercicio, el abuso del sueño, la abundante alimentación y el exceso de líquidos, cerveza, etc., determinan también la obesidad.

Para asegurar la disminución y destrucción del producto mórbido hace falta seguir una terapéutica bien comprendida y meditada que ejerza una acción profunda sobre este proceso de hipergenesia del tejido adiposo, siendo conveniente averiguar, en primer lugar, la causa original de la obesidad en cada caso, y teniendo, además, una noción exacta de los antecedentes personales y hereditarios del enfermo.

Se ha recurrido muchas veces a los alterantes, a los diuréticos, a los purgantes; pero no existen mejores coadyuvantes que el régimen, el ejercicio y el masaje, que es uno de los medios que obran más enérgica y rápidamente.

las maniobras del masaje podrán ser generales o locales, según el fin que se persiga y su aplicación será más enérgica al mismo tiempo que mejor soportada por sujetos en que el menor ejercicio activo les produce fatiga.

El masaje, por su acción mecánica, ocasionará la ruptura de la membrana envolvente de la vesícula adiposa y la difusión de su contenido líquido en el tejido conjuntivo, al mismo tiempo que los movimientos activos y pasivos que le acompañen determinarán la oxidación de la grasa acumulada en todo el cuerpo de una manera eficaz y progresiva.

El masaje general aumenta notablemente la excreción de la urea, fortifica los músculos, disminuyendo la laxitud o debilidad; hará cesar las palpitaciones, puesto que obra como calmante, y suprimirá poco a poco las sofocaciones y demás trastornos a que está sometido el obeso.

Por su acción fisiológica, el masaje determina una superactividad de funcionamiento de la redecilla capilar y, como consecuencia, la reabsorción de los elementos adiposos derramados en el tejido conjuntivo, su pase al torrente circulatorio y su excreción o eliminación por las vías naturales.

Hace falta en los obesos activar los fenómenos

Contra la sífilis y procesos sifilíticos, el nuevo preparado

HEPA-BISMUTO

(Asociación de la hormona antitóxica del hígado a la sal liposoluble carbocarbonato de Bismuto)

La acción de la "HORMONA ANTITÓXICA" del hígado protege de manera eficaz el organismo, pudiendo sin peligro alcanzarse una saturación del Bismuto y con ello la desaparición rápida de las lesiones sifilíticas en cualquier estado de su evolución, consiguiéndose asimismo una rápida negativación de la serología del enfermo

LABORATORIO HERRERA :: HERMOSILLA, 75 :: MADRID

de desasimilación de la materia, sin olvidar que el análisis de la orina (análisis cuantitativo de veinticuatro horas) señalará cuándo el tratamiento oxidante deberá ser prohibido, si la urea y los fosfatos están en aumento.

El sudor constituye uno de los mejores medios de eliminación de los productos grasos; por tanto, los chorros de pavor, las estufas o cámaras a temperatura elevada y el ejercicio pueden dar muy buenos resultados, unidos al masaje.

La esgrima, la equitación, la gimnasia, desembarazarán de grasa al obeso, y su abdomen y piernas recobrarán su estado normal. Las sofocaciones disminuirán, ya que éstas son debidas a la gran cantidad de ácido carbónico originado por la combustión de las grasas durante el ejercicio.

Por medio de la excitación cutánea (masaje, hidroterapia) se estimulará el sistema nervioso.

El trabajo muscular es un regulador de la nutrición necesaria a los temperamentos demasiado ricos y a las constituciones débiles. Bajo la influencia de la falta de ejercicio se acumulan en el cuerpo materiales que dificultan su funcionamiento. Para el equilibrio perfecto de la nutrición es necesario que los tejidos de reserva sean usados a medida que se vayan formando.

La falta de ejercicio produce una oxidación menor de sangre que la hace menos vivificante; el apetito disminuye, los músculos pierden elasticidad, los tejidos de reserva se acumulan y producen la obesidad por defecto o falta de desasimilación de la grasa, la agota por defecto de combustión de tejidos azoados.

El régimen alimenticio, hidroterápico, gimnástico y masoterápico se establecerá, adecuado a cada caso, por el médico, no añadiendo más que algunas indicaciones del profesor francés Bouchar, que decía: «Hace falta realizar los ejercicios y medios que faciliten la disolución de las grasas y activar las combustiones, poniendo en juego los aparatos fisiológicos con los que su funcionamiento cree la fuerza y, por consecuencia, la quema de la materia, óxido de los carburos de hidrógeno. La contracción muscular interviene, en primer lugar; el ejercicio corporal, la gimnasia, los movimientos de brazos y piernas. Es en ayunas cuando el trabajo muscular será verdaderamente útil.»

Y por hoy, nada más, queridos compañeros.

ANTONIO ESTEBAN IBAÑES

Quemaduras: Su tratamiento

Antes de entrar en la terapéutica de las quemaduras sería conveniente establecer su definición, así como los diversos grados de intensidad que en ella pueden presentársenos.

Se entiende por quemaduras las lesiones causadas en el organismo bajo la acción del calor, así como por los agentes cáusticos. Moorhead la define diciendo que es «una herida infectada producida por el calor».

Por la intensidad de la lesión, se dividen en quemaduras de primero, segundo y tercer grado. Las quemaduras de primer grado tienen su representación en las producidas por los rayos solares después de una prolongada exposición (eritema solar), y si esta exposición fuera más de lo conveniente en personas de piel delicada y sensible, puede llegar a ocasionar quemaduras de segundo grado.

Las quemaduras de segundo grado, producidas te sobre los vasos, paralizándolos y dando lugar al enrojecimiento de la piel por la hiperhemia que se produce. En la transición al grado siguiente, la lesión de la pared vascular es más intensa y hay exudación del plasma, con ligera inflamación. Al desaparecer la hiperhemia, la piel se descama y desprende, quedando en su lugar la piel pigmentada.

El tratamiento de esta clase de quemaduras es sumamente sencillo, pues basta aplicar a la región afectada un apósito graso estéril o dar toques de azul de metileno.

Las quemadura sde segundo grado, producidas por llamas o líquidos hirvientes, adquieren más importancia, ya que se trata le un proceso inflamatorio iniciado por la destrucción celular y a la que sigue una intensa hiperhemia.

Inmediatamente, a las pocas horas de producirse, aparecen en la zona quemada las «vesículas» formadas por la acumulación de líquido entre la capa córnea y el cuerpo papilar de Malpigio, cuyas células son destruidas en parte.

Para su tratamiento, si son de poca extensión, y sobre todo si recaen en regiones donde difícilmente pueda aplicarse un vendaje de escayola, nos limitaremos a extirpar las ampollas con pinzas y tijera, haciendo luego pulverizaciones con una solución acuosa de tanino al 2,5 por 100, cada dos horas, hasta conseguir que la piel adquiera un tinte grisáceo; dejaremos esta cura al aire libre y no levantaremos la costra que se forme si no nos lo exige una infección secundaria, haciéndolo procurando traumatizar los tejidos lo menos posible y repitiendo la cura con tanino.

Las quemaduras de tercer grado son producidas por contacto con cuerpos incandescentes y caracterizadas por la formación de escaras, que comprenden, por lo menos, el epidermis y parte del dermis y cuya profundidad varía. Con arreglo a esta última, Dupuytren estableció seis grados, afectando el cuarto al tejido celular subcutáneo, el quinto a los músculos y el sexto a los huesos. Esta clasificación está hoy día en desuso.

Las escaras presentan un aspecto de color gris oscuro, y la profundidad no puede determinarse aunque se pueda tener un elemento de juicio en el modo de producirse, ya que será más profunda en una quemadura por presión que por impregnación de líquidos inflamados, que tenderán a esparcirse por las líneas de menor resistencia.

Pudiera ser que la escara se eliminase sin supuración; pero esto se observa en quemaduras muy superficiales, y la regla es que constituyendo un

cuerpo extraño se elimine con supuración abundante.

La escara superficial, y llamamos así a aquella que ha invadido el epidermis y parte del dermis, se elimina con gran dolor por afectar a una región tan rica en terminaciones sensitivas; pero el proceso cicatrizatorio es más favorable, porque los conductos excretores de las glándulas cutáneas que han quedado indemnes y que penetran profundamente en la piel representan pequeños islotes de epidermización. Solamente cuando todo el cuerpo papilar del dermis ha sido destruído, entonces la cicatrización es más lenta; la pérdida de substancias que ha habido se va rellenando poco a poco por el tejido conjuntivo de granulación, y al revestirse la superficie de tejido epitelial que avanza hacia los bordes, la cicatrización se va completando.

Respecto a las cicatrices, se hace notar su tendencia a la retracción y su escasa vascularización, por lo que representan un lugar favorable a la aparición del epitelioma (úlcera de Marjolin); epitelioma de un crecimiento bastante lento, debido a la mencionada falta de vascularización.

Prestando la atención debida a las manifestaciones generales que se presentan en los quemados de este grado, veremos cómo desde el primer momento el pulso experimenta un aumento de tensión para decaer súbitamente muy por debajo de lo normal (shock); el enfermo, inquieto y agitado, no puede conciliar el sueño, padeciendo sed intensa, pero conserva perfecta lucidez. La temperatura va aumentando progresivamente hasta los 40° ó más, en cuyo caso el pulso es muy frecuente y de baja tensión, la piel fría y la respiración muy acelerada. Hay orinas escasas, albuminúricas o hematúricas; respiración de Cheynes Stokes; mueren los enfermos en este estado de colapso en el primero o segundo día. Es terriblemente paradójico el que los quemados «mueran de frío», debiéndose esto a que la pérdida de calor inicial hace que el enfermo esté en intensa predisposición al shock.

En las autopsias no se encuentran lesiones características, pero suele haber congestión visceral y trombosis en los vasos del pulmón y cerebro.

En los casos en que el curso es menos grave, la fiebre dura unos días, para ir cediendo poco a poco; pero con frecuencia se continúa con la fiebre, debida al proceso infeccioso, sobreañadido a la supuración, que hace la curación interminable.

En el mecanismo de la muerte de los quemados hay que admitir una distinción entre la muerte inmediata y la muerte tardía, ya que en casos menos frecuentes la muerte puede sorprendernos más tarde, incluso a los doce días, cuando todo hacía suponer que el peligro había pasado.

Los accidentes mortales ocurridos en el primero o segundo día se explican de un modo satisfactorio por la teoría, ya antigua, de Sonnenburg, según la cual la muerte se debe al shock. Esta acción refleja es motivada, de un lado, por el trauma psíquico, y de otro, por la intensa irritación de una zona sensitiva extensa y por el dolor; accidentes éstos que pueden originar una parálisis refleja del tono vascular, precedida de una fase

ANTONIO P. GONZALEZ

INSTRUMENTAL QUIRURGICO :-: MOBILIARIO CLINICO :-: AGUJAS PARA INYECCIONES :-: JERINGUILLAS VENTOSAS, ETC. :-: SURTIDO :-: ECONOMIA

DOCTOR MATA, 1-1.° (Frente al Hospital de San Carlos) MADRID
TELEFONO 71561 APARTADO 7.094

SOLICITEN NUEVO CATALOGO

momentánea de excitación, con elevación de presión sanguínea.

La muerte tardía puede explicarse por la *teoría tóxica*, ya que en la zona quemada se originarían por la destrucción de las albúminas celulares substancias diversas, de acción tóxica, que serían las que originaran la muerte.

El pronóstico de las quemaduras de tercer grado «depende de la extensión de éstas y no de su profundidad», estimándose como mortales las que afectan a la mitad de la superficie del cuerpo o más; las de un tercio de superficie, como muy graves, siendo el pronóstico variable al depender de la edad del quemado y de la extensión de la quemadura, por lo que en los niños el pronóstico es más desfavorable, y quemaduras de poca extensión pueden originar la muerte.

Para el tratamiento de esta clase de quemaduras existen hoy día una variada gama de ellos, de todos los cuales expondremos los de uso más corriente y resultados más eficaces.

Uno de ellos es el tratamiento tánico, introducido en la práctica por Davison, y el cual se funda en la propiedad que tiene el tanino en precipitar los productos tóxicos que se forman en la región quemada. El efecto astringente del ácido tánico evita la penetración en la profundidad de las proteínas tóxicas, que al precipitarse forman una capa protectora que recubren la quemadura. Es necesario aplicar una solucción de confección reciente, porque de llevar algún tiempo preparada se formaría ácido pirogálico, de menor poder astringente.

El primer cuido a un quemado es o debe ser tendente a su estado general y a evitar el shock, dejando para más tarde la curación de la quemadura, ya que es de lo que peligra en las primeras horas, y si desatendemos este aspecto y empezamos a practicar la cura, desnudando al enfermo y ocasionándole gran dolor con ello, contribuímos a incrementárselo con nuestro inoportuno celo. No hay, pues, que desnudarlo, sino recalentarlo. Para ello se le mete en una cama calentada a 38° ó 40° por medio de una estufa eléctrica o cualquier otro medio que se tenga a mano; enseguida se le debe de inyectar Cardiazol-Efedrina, para reanimar el tono cardíaco, y después morfina. En su lugar, también se le puede inyectar una ampolla de solución débil de Eucodal-Escopolamina-Efetonina.

Inmediatamente se le practica una toma de sangre, y aprovechando la aguja se le inyectará una buena dosis de suero salino intravenoso. La sangre tomada servirá para enterarnos de datos que contribuirán al establecimiento del pronóstico, tales como el grado de hiperviscosidad y el de hiperconcentración, la cifra de hiperglucemia y, especialmente, la hipocloruremia.

Solamente al cabo de algunas horas, y cuando el enfermo está más reposado, habiendo pasado el peligro del shock, se procederá al tratamiento local, desnudando al enfermo con gran precaución para evitar que quede adherida la piel al vestido. Este tiempo es muy doloroso y el dolor hay que evitarlo, en primer lugar por la repercusión que tendría en el estado general del enfermo, y en segundo lugar, porque impediría realizar la cura en perfectas condiciones.

Por ello, si la morfina que anteriormente se le inyectó no bastase para tenerlo sumido en sueño, se le inyectará una ampolla intravenosa de Eucodal-Escopolamina-Efetonina, que lleva las siguientes proporciones:

Bromhidrato de Escopolamina....	0,001	gramos.
Eucodal	0,02	—
Efetonina	0,05	—
Agua destilada para.....	1 c. c.	

Y después, con el herido dormido, se limpia la periferia de la quemadura con éter o bencina, de modo que quede la piel bien limpia. Las placas quemadas se limpian suavente con suero tibio. Las flictemas gruesas se pinchan sin escindirlas, y, por el contrario, se escinden las flictemas rotas. Una vez terminada esta limpieza quirúrgica, que debe de ser minuciosa, se procede a aplicar la primera cura.

Por medio de un pulverizador cualquiera, y si no se tiene a mano basta con un aparato de «Flit»,

se pulverizan las quemaduras con la siguiente solución:

Tanino	50	gramos.
Bicarbonato sódico	8	—
Bicloruro de mercurio	0,50	—
Agua hervida	1 litro.	

Esta pulverización se repite cada treinta minutos durante doce horas, manteniendo durante todo este tiempo al enfermo bien caliente para evitar la pérdida de calor. Al cabo de este tiempo, la quemadura debe presentarse recubierta por una costra negra, lisa y seca, y entonces consideramos que la quemadura está bien tanizada. Basta entonces recubrir las costras con gasa estéril embebida en solución tánica, y se deja al herido bajo un cerco que evite las rozaduras de las mantas o cualquier otro objeto que le pudiera producir dolor.

Y durante diez días no hay que preocuparse más de las lesiones locales y sí solamente vigilar el estado general del enfermo, procurando la administración de sueros salinos intravenosos y líquidos bucales.

No hay que olvidar administrar al cuarto día, que es cuando se manifiesta generalmente la insuficiencia suprarrenal, adrenalina. Al cabo de los diez días se despega la costra por los bordes, y al desprenderse suele mostrarse una piel flexible, sin retracción, allí donde por no haber habido destrucción de la dermis la piel puede regenerarse.

El tratamiento tánico debe ser empleado desde un principio, comprometiendo su eficacia la aplicación anterior de cualquier substancia grasa.

Entre otros tratamientos tenemos: el tratamiento helioterápico, defendido como el método ideal; tratamiento con suero adrenalizado, originado al comprobarse la lesión en las suprarrenales en los quemados (X gotas de la solución al milésimo por cada 100 gramos); otro tratamiento de excelentes resultados es aplicar, después de la perfecta limpieza de la quemadura, gasas empapadas en aceite de hígado de bacalao, pudiéndose emplear la pomada (compuesta de vaselina, 75 gramos; aceite de hígado de bacalao, 25 gramos); procediendo a aplicar después un vendaje oclusivo de escayola que mantenga los miembros en su máxima extensión para evitar deformidades posteriores.

JUAN TAPIA EXTRUC,
Practicante del Consultorio Indígena de La Aguera (Sahara Español)

Suplicamos a nuestros amables colaboradores que al remitir sus trabajos tengan en cuenta la limitación de espacio para su publicación.

Por otra parte, les pedimos también que procuren no emplear la palabra "continuará", pues preferimos artículos que no comprometan números sucesivos.

LAS CONJUNTIVITIS

Como complemento a «Notas oftalmológicas», publicado en esta revista del mes de agosto pasado, modestamente hoy verso sobre las conjuntivitis, para que cuando nos hallemos en presencia de estas enfermedades, las diferenciemos y hagamos, no un diagnóstico claro, sino una aproximación de la enfermedad que padece y le enviemos sin pérdida de tiempo al oculista para que instituya el tratamiento adecuado.

Las conjuntivitis son las afecciones más corrientes de los ojos y anexos, siendo unas más frecuentes que otras, sin que esté nadie exento de padecerlas, y pueden ser agudas o crónicas.

Conjuntivitis blenorrágica.—Afección producida por el gonococo de Neisser (principalmente en los recién nacidos) y de tan grave pronóstico, que, aun curada a tiempo, algunas veces puede llevar consigo la pérdida de la visión del ojo afectado.

Es, por lo tanto, una de las enfermedades microbianas más temibles que se conocen en la práctica oculística, aunque, debido a la profilaxis que el paciente ejecuta, son pocos los casos que se dan, puesto que todo enfermo atacado de blenorragia es advertido del peligro que corre si, inconscientemente, lleva las manos contaminadas a los ojos. Así, que todo gonocócico extremará lo más escrupulosamente posible el lavado de sus manos, sobre todo después de todo contacto con las partes enfermas, y se abstendrá durante la enfermedad de llevar los dedos a los ojos.

Iguales precauciones deben tomar los que asisten a dichos enfermos, evitando el gravísimo peligro a que están expuestos. Debido a la secreción tan abundante que existe se aconsejará al enfermo que, al acostarse, lo haga sobre el ojo afecto, evitando que el ojo sano sea contaminado.

La sintomatalogía de esta enfermedad es una gran tumefacción y congestión palpebral, con supuración abundantísima seropurulenta (a veces sanguinolenta); existe «quimosis» de la conjuntiva oculopalpebral, saliendo en ocasiones fuera de los párpados; hay dolor, lagrimeo, fotofobia, fiebre, etc., acompañándose muchas veces de infarto ganglionar.

Las complicaciones corneales dejan extensos «leucomas», que invaden casi toda la córnea, perdiendo la visión por efecto de estas opacificaciones.

Al hallarse en presencia de una oftalmia purulenta, por poco que se sospeche, y para no confundirla con una conjuntivitis aguda, se mandará hacer un análisis de exudado conjuntival, el cual nos dará la clave de dicha enfermedad, procurando hacer este examen bacteriológico antes de la cura primitiva.

Tratamiento.—Lavados frecuentes de agua hervida, mejor de permanganato potásico al 1 por 1.000, boricada, suero fisiológico, toques de nitrato de plata al 1 por 100. Pomadas argénticas. Sulfamidas (pomadas) aplicadas localmente. Proteinoterapia. Inyecciones de cianuro de mercurio (endovenosas), etc. Este tratamiento debe ser instituído por un especialista.

Tiene aquí primordial importancia la profilaxis de esta terrible afección ocular en el recién nacido. Debiendo practicarse obligatoriamente, con arreglo a la ley, inmediatamente después del parto, la instilación en los ojos del recién nacido de unas gotas de solución de nitrato de plata al 1 por 100, según el método de Credé; pero prácticamente el nitrato de plata puede reemplazarse por el protargol al 1 por 20 y por argirol al 1 por 10, mercurio-cromo, etc., que no son tan

cáusticos, y su acción es casi tan segura, sobre todo el mercurio-cromo, que es muy enérgico.

Conjuntivitis granulosa (tracoma).—Es una enfermedad muy corriente en la región Sur de España, aunque, por regla general, existe en casi toda la Península, causando muchas veces la ceguera. Es una plaga social, un peligro temible para el porvenir de la raza y uno de los problemas más graves que se proponen hoy día a los higienistas. Su declaración es obligatoria.

Se caracteriza ésta por unas típicas granulaciones esféricas puntiformes, de color rojo muy subido, del tamaño de una cabeza de alfiler o más pequeñas y que asientan sobre el fondo de saco y conjuntiva tarsal superior (pocas veces en el inferior), originando con el roce lesiones en la córnea (pannus). En períodos avanzados de la enfermedad, las cicatrices conjuntivales dan lugar a la inversión del borde ciliar, con la consiguiente desviación de las pestañas, que entonces se dirigen hacia el globo ocular (entropión, triquiasis, distriquiasis), y por el roce sobre la córnea ocasiona con mucha frecuencia ulceraciones, opacidades y hasta leucomas, que impiden normalmente la visión; existe a veces picor, fotofobia, sensación de cuerpo extraño, etc.

Hay una forma segregante que es muy contagiosa, por lo que a los enfermos de esta clase hay que advertirles que deben extremar mucho la limpieza de los ojos, no consintiendo que los utensilios de su aseo personal, sobre todo las toallas, las usen los que convivan con él.

Al evertir los párpados se procurará explorar bien éstos para no confundirla con la conjuntivitis folicular, y sospechado que sea tracoma, se le envía al oculista para que proceda a su tratamiento.

El tratamiento puede ser quirúrgico, mecánico o medicamentoso. El medicamentoso (local) más frecuentemente empleado es el de sulfato de cobre en cristales. Nitrato de plata al 2 por 100. Preparados de aceite de Chaulmoagre (pomadas). Atropina, etc., siendo éste dispuesto por especialistas.

Conjuntivitis diftérica.—Es una enfermedad producida por el bacilo de Löffler, generalmente la padecen los niños, si bien los mayores pueden contraerla y desarrollárseles dicha enfermedad. Casi siempre es una complicación de una angina diftérica o crup.

Es poco corriente, y cuando se manifiesta es que el enfermo no ha sido diagnosticado a tiempo, extendiéndose y localizándose en las conjuntivas palpebrales.

Los síntomas son: secreción, fotofobia, lagrimeo, inyección conjuntival, etc.; pero al evertir los párpados, se encuentra en la conjuntiva palpebral unas falsas membranas fibrinosas que, al desprenderlas, dejan al desucbierto unas superficies cruentas. La córnea puede estar invadida, así como las vías lagrimales. A veces pueden comprometer la visión, ulceraciones perforantes e incluso determinan su pérdida total.

La regla es que, al tratar la difteria con los sueros específicos de ésta, caigan dichas membranas y no queden alteraciones anatómicas en los párpados.

Además del tratamiento general específico, se aplica el local con pomadas lubrificantes y antisépticos sedantes.

El especialista prescribirá el tratamiento adecuado.

Conjuntivitis flictenular o queratoconjuntivitis. Es una enfermedad que aparece en individuos escrofulosos y alérgicos, sin estar exento nadie de padecerla.

Asienta de preferencia sobre el limboesclerocorneal, caracterizada por unas pequeñas flictenas, con ligera inyección conjuntival, que, al cabo de unos días, se abren y se ulceran, acompañándose de dolor, fotofobia, sensación de cuerpo extraño, lagrimeo, picor, etc.

Como la causa principal parecen ser los estados antes indicados, habrá que atender al estado general del paciente con vitaminas y vacunas antialfas; además de estos tratamientos, se impone el local de atropina, óxido amarillo de mercurio al 2 por 100, calomel; siendo el especialista el que prescriba el tratamiento.

Conjuntivitis primaveral.—Es una afección ocu-

lar que suele aparecer frecuentemente en la primavera y el otoño, siendo muy predispuestos a contraer esta enfermedad aquellos que efectúan trabajos con el heno, segadores, empacadores, labradores, etc, ya que el agente causal de esta enfermedad se cree sea producido por el pólen de ciertas plantas gramíneas.

La conjuntivitis primaveral asienta de preferencia en la conjuntiva tarsal superior, pocas veces en el fondo de saco; son unas granulaciones grandes aplanadas, de contorno poligonal, produciendo fotofobia, lagrimeo, exudaciones, etc.

Hay una forma de conjuntivitis que asienta alrededor del limoesclerocorneal (nunca en la córnea), caracterizada ésta por un anillo papuloso que le da un aspecto característico.

Hasta la fecha, el tratamiento específico no ha sido hallado; es, por lo tanto, una enfermedad que aparece y desaparece por sí sola, pues muchas veces la permanencia en las montañas, sumada a un tratamiento general a base de hierro o inyecciones subcutáneas de cacodilato sódico a dosis algo elevadas, es suficiente para obtener la curación; pero el especialista será el indicado si procede o no a su tratamiento.

Conjuntivitis folicular.—La conjuntivitis folicular es fácil diagnosticarla, puesto que su sitio de elección es el fondo de saco y conjuntiva tarsal inferior, estando estos folículos dispuestos en filas paralelas al borde palpebral y no dan lugar a complicaciones corneales.

Es una afección de poco valor y que no molesta apenas.

El tratamiento es a base de toques de nitrato de plata al 2 por 100 y pomadas mercuriales, de colirios débilmente astringentes de sulfato de cinc al 1/2 por 100 o de tanino al 1 por 100, sin descuidar el estado general, recomendando las playas, el sol y aire libre. El yodo (jarabe yodotánico y de rábano yodado, etc.) agrava las lesiones.

Conjuntivitis cáustica.—Hay un número indeterminado de substancias químicas que alteran la constitución de la conjuntiva oculopalpebral, siendo éstas, por lo general, substancias corrosivas; en cambio, hay otras que, al ponerse en contacto con el líquido lagrimal, las neutralizan y no producen alteración alguna.

Unas veces no producen más que una simple irritación conjuntival, otras alteran de tal forma el ojo, que da lugar a serias complicaciones corneales y conjuntivales, sobre todo si son substancias corrosivas, como ácidos, etc.

Se manifiesta la conjuntivitis química por enrojecimiento conjuntival, dolor, fotofobia, lagrimeo, picor, supuración y empañamiento de la córnea.

Presentado este caso, se levan los ojos con suero fisiológico o agua hervida templada y se aplican pomadas antisépticas sedantes, y si existen ulceraciones corneales o conjuntivales se les hace la misma cura y se le envía al oculista para que proceda a su tratamiento.

Conjuntivitis actínica (eléctrica).—Generalmente, todos los pacientes que toman baños de sol artificial y los que manipulan las lámparas de cuarzo, etc., están predispuestos (si no se protegen los ojos con gafas ahumadas) a padecer esta forma de conjuntivitis, que, por su benignidad, sólo se traduce en una irritación de las conjuntivas oculares.

Síntomas: Sensación de cuerpo extraño, fotofobia, dolor, lagrimeo, picor, etc. Como tratamiento, se prescriben lavados con soluciones débilmente antisépticas, argirol al 5 por 100 y pomadas antisépticas sedantes.

ISIDORO COLADO MERINO
Practicante militar. La Coruña.

PREVISIÓN

Entrega de los socorros de defunción a los beneficiarios de un colegiado fallecido en el Colegio de Practicantes de Orense

En el salón de actos del Colegio Provincial de Orense tuvo lugar el día 17 del actual la entrega del socorro de defunción, según determina el Reglamento de la Previsión y Socorros Mutuos de Practicantes, a los familiares del primer practicante fallecido en dicho Colegio, después de puesta en marcha nuestra Previsión, don Abrahán Movilla Jiménez.

El presidente del Consejo Provincial, señor Blanco, hace uso de la palabra para explicar la significación del acto, y en frases emocionadas ofrece a la viuda e hijos del compañero fallecido el testimonio de su condolencia, en nombre de todos los practicantes de la provincia. Se refiere luego el señor Blanco a los beneficios que a todos reporta nuestra Previsión, teniendo frases de encendido elogio para el Consejo de Administración, que ha sabido poner esta entidad a la altura de las primeras entre las de su clase en un año de funcionamiento.

Exhorta a todos los practicantes de la provincia a fin de que no pueda quedar uno sólo sin pertenecer a este gran organismo previsor y fraternal que une más y más las buenas relaciones que siempre han reinado entre la clase; asimismo invita a todos para que presten ayuda y apoyo a esta magna obra social que redunda en beneficio de todos.

Termina manifestando su gratitud y la de todos los practicantes españoles hacia el ilustrísimo señor director general de Sanidad, doctor Palanca, por la atención y cariño que viene prestando a los distintos problemas de los practicantes, ayuda que tiene su máximo exponente en el apoyo prestado a la Previsión, tan ansiada por todos y que, gracias a dicha personalidad, ha podido convertirse en realidad.

A continuación, el delegado de la Previsión en este Colegio, señor Villariño Ulloa, hace entrega a la viuda del fallecido señor Movilla (q. e. p. d.) de un cheque por valor de 5.000 pesetas, pertenecientes al grupo primero, que es donde estaba su difunto marido. Acto seguido se dirige a todos los concurrentes que llenaban completamente el salón de actos para exponer la significación del mismo con atinadas frases hacia nuestra Previsión, terminando su breve discurso con una salva de aplausos.

El acto resultó de una gran emoción y solemnidad, por ser el primero celebrado en este Colegio gallego; asistió el Consejo Provincial en pleno y todos los compañeros de la capital y muchos de la provincia.

Entrega de los primeros socorros de la Previsión en el Colegio de Practicantes de Burgos :-: :-:

El domingo día 1.° de octubre, con el salón atestado de colegiados de la capital y de la provincia, presididos por su Consejo provincial, les fué entregado el socorro de defunción a los beneficiarios del compañero fallecido de dicho Colegio don Félix del Valle. Este es el primer socorro que se entrega en el Colegio de Burgos, y ello viene a poner de manifiesto, una vez más, la eficiencia de nuestra pujante Previsión.

Por la Prensa local podrán los lectores ver el entusiasmo reinante entre los asistentes.

Dice la Prensa local:

«PREVISION DE SOCORROS MUTUOS DE PRACTICANTES DE ESPAÑA

El pasado domingo, festividad del Caudillo, hizo entrega el delegado de la Previsión de Socorros Mutuos de Practicantes, a presencia de la Directiva del Consejo provincial de Burgos, de la cantidad de cinco mil pesetas a la viuda del malogrado compañero Félix de la Calle, muerto en accidente y en acto de servicio.

Esta entrega es la primera que hace la Previsión de Socorros Mutuos en esta provincia y constituye un fiel exponente de lo que se puede conseguir con la unión e íntima colaboración de todos los practicantes en beneficio de los familiares de los sufridos miembros de esta abnegada clase sanitaria.»

Es deber de gratitud ayudar a quien nos favorece.

Acuérdate de nuestros anunciantes.

HIJOS DE D. QUERALTO

CIRUGIA-ORTOPEDIA
MOBILIARIO QUIRURGICO
BRAGUEROS - FAJAS
APARATOS ELECTRO-MEDICOS
MATERIAL PARA LABORATORIO

FUENCARRAL, 39 • MADRID
APARTADO, 915 TELEFONO 15152

Cantidades recaudadas para el día de la Pevisión el año 1944 : - :

Nombre de los donantes	Pesetas.
Colegio de Zamora	971
D. José Fernández Bacorrell, de Vigo.	15
Colegio de Teruel	500
D. Manuel Marín y otro, de Teruel	20
D. Ameliano Cabezas Soto, de La Granjuela	5
Personal de la Previsión, de Madrid	47,40
D. Pedro Concha, de Gargallo	5
D. Vicente Fernández, de Villardompardo	5
D. Pedro Sánchez, de Fuente el Fresno	10
D. Juan Torres Quiroga, de Túy	10
D. Joaquín García Gallo, de Madrid	25
D. Juan Ildefonso Rodero Jorquera, de H.ª de Arjona	2
D. Domingo Marcos, de Seo de Urgel (Lérida)	15
Colegio de Baleares, s/r	262
Idem de Almería, s/r	928
Idem de Palencia, s/r	268
Idem de Salamanca, s/r	1.909
Idem de Burgos, s/r	233
D. Julio Fernández, de Riaza	3
Colegio de Avila	229,50
Idem de Alicante	783
Idem de Pamplona (Navarra)	773
Idem de Santander	622,30
Idem de Salamanca (adición)	19
Idem de Almería (adición)	31
Idem de Cuenca	463,70
Idem de San Sebastián (Guipúzcoa)	487
Idem de Huesca	1.087,35
Idem de Teruel (adición)	786
Idem de León	557
Idem de Badajoz	726
Idem de Bilbao	670,50
Idem de Cáceres	1.242,50
Idem de Alicante (adición)	198
Idem de Huelva	1.104
Idem de Albacete	251
Idem de Toledo	831,50
Un practicante de Noquera (Teruel)	5
D. Sebastián Fernández, de Castro Urdiales	5
D. Antonio Herrera, de Santander	10
Colegio de Soria	100
Idem de Logroño	364
Idem de Lérida	160
Idem de Baleares	27
Idem de Oviedo	195
Idem de Burgos	88
Idem de Cádiz	770
Idem de Castellón	456
TOTAL	18.275,75

(Continuará.)

PAPELES YHOMAR

(Fermentos Lácticos)

Indicadísimo en el período de la dentición, trastornos intestinales, etc

BARDANOL

Elixir de Bardana y Estaño coloidal

Indicadísimo en Estafilococcias en todas sus manifestaciones

Laboratorios Aurelio Gamir, S. A.

VALENCIA DEL CID

Consejo General de Colegios Oficiales de Practicantes

Organización de la Asamblea Nacional

Circular número 17

Debido a la gran trascendencia que para el Cuerpo de Practicantes ha de tener la Ley de Sanidad, y creyendo que ésta ha de ser aprobada en la primera reunión plenaria que celebren las Cortes Españolas a primeros del corriente mes, este Consejo General pensó en la conveniencia de demorar la celebración de nuestra asamblea hasta pasados estos días, pensando así poder enterar a los señores asambleístas de este trascendental motivo, por el cual suponemos de gran interés para los practicantes españoles.

Por estas razones, en la última reunión del Consejo acordó que ésta se celebre durante los días 22 al 25, ambos inclusive. Como anticipo de lo que ésta ha de ser, adelantamos la información de que constará de una parte social, presentación de ponencias; otra cultural, conferencias por destacadas personalidades sanitarias, y otra recretativa, visitas a Centros sanitarios.

Con el fin de que los asambleístas y sus familias tengan la máxima facilidad para asistir a nuestra Asamblea Nacional, el Consejo General hizo gestiones para conseguir rebaja de precios en las tarifas de la R. E. N. F. E., y, al efecto, tan pronto tengamos en nuestro poder las tarjetas de asambleistas se enviarán a los Colegios, conforme a las peticiones recibidas, para lo cual rogamos se apresuren a anunciarnos las personas que han de venir y número de familiares, para remitirles igual número de tarjetas.

También suplicamos nos notifiquen el precio del hotel que deseen, ya que tenemos hablado con hoteles de tres clases de precio, para que cada uno nos diga el que desea; los precios son los siguientes: pensión diaria, todo comprendido, de 18 a 25 pesetas, de 25 a 35 y de 35 a 40.

Por ser esta época de mucho movimiento en Madrid, es importante que telegráficamente con-

CIRUGÍA - ELECTRICIDAD

Viuda de ANGEL VILLAR

Electricidad en general. Instrumental de calidad. Mobiliario médico.

Atocha, 102 - MADRID (7) (Junto a la Facultad de Medicina)

TELÉFONO NÚMERO 71048 — APARTADO CORREOS 7086

testen anunciando a la Secretaría del Consejo la clase de pensión que desean, así como del número que hayan de asistir, con el fin de poder reservar las habitaciones para su llegada.

En atención a las autoridades que nos han de presidir y lo interesante de los temas a tratar, esperamos la asistencia del mayor número posible de asambleístas.

PROGRAMA

Día 22 de noviembre.—Once mañana: Misa en la iglesia de los RR. PP. de la calle de Manuel Silvela por los practicantes fallecidos.

Cinco tarde: Solemne sesión de apertura, con asistencia de distinguidas autoridades.

A continuación, y después de haber despedido a las autoridades asistentes, se procederá a comunicar a los señores asambleístas las gestiones llevadas a cabo por el Consejo General y por el Consejo de Previsión.

Día 23.—Once mañana: Visita a los talleres de *A B C*.

Cinco tarde: Primera conferencia. Después de despedir al conferenciante, continúa la reunión para empezar a la discusión de ponencias.

Día 24.—Once mañana: Presentación a la Mesa de las conclusiones estudiadas por los ponentes de los distintos Colegios.

Cuatro tarde: Visita al Instituto Llorente, en autocar, y visita a las caballerizas del Instituto, situadas en El Pardo.

Ocho noche: Segunda conferencia.

Día 25.—Doce mañana: Conferencia sobre el Seguro de Enfermedad.

Seis tarde: Clausura de la Asamblea, a la que asistirán distintas autoridades sanitarias y jerarquías del Movimiento, y, finalmente, el Consejo General obsequiará con una cena, a las diez de la noche, a los delegados que vengan con representación oficial de sus Colegios, y a la que están invitadas las autoridades que nos honraron asistiendo a nuestros actos.

Espera este Consejo General que todos los practicantes procurarán asistir a esta Asamblea, en la que se estudiarán asuntos de gran trascendencia para el porvenir.

Madrid, 3 de noviembre de 1944.

El secretario general.
PEDRO CASTEJON.

V.º B.º
El presidente,
JUAN CORDOBA.

LAXANTE SALUD

SIEMPRE PRODUCE EFECTO
NUNCA CAUSA HABITUACION

CENSURA SANITARIA NUM. 4846

COMPRIMIDOS de Hipofosfitos SALUD

PODEROSO RECONSTITUYENTE CONTRA
RAQUITISMO · NEURASTENIA
INAPETENCIA · ANEMIA · CLOROSIS

Este reconstituyente se vende también en JARABE

APROBADO POR LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA

SECCIÓN DE TITULARES

Orden de confirmación de nombramientos de Practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria que ha sido remitida a las Jefaturas provinciales de Sanidad respectivas :-:

BADAJOZ

D.ª Teresa Martín Merchán, Acechal.
D.ª Angela Irizo Curadou, Talavera la Real.
D. José López López, Torre de Miguel Sesmero.
D. Eduardo Marín Domínguez, Valle de Santa Ana y agregado.
D.ª María del Carmen Ruiz, Villagonzalo.
D. Eduardo Amor Martínez, Villalba de los Barros.
D. Alejandro Pérez Murillo, Peñalsordo.
D. Antonio Oria Zamorano, Valverde de Llerena.
D. Juan Bernáldez Pagador, Trasierra.
D. Lorenzo Giménez Caballero, Santa Marta.
D. Tomás Cuadrado Pacha, Siruela.
D. Juan A. Muñiz Marfil, Orellana la Vieja.
D. Antonio Dánchez Sánchez, Navalvillar de Pela.
D. José Vélez Madero, Monterrubio de la Serena.
D. Fermín Galán Nava, Navalvillar de Pela.
D. Fernando Núñez García, Higuera de Vargas.
D.ª Antonia Cuevas López, Hornachos.
D.ª Petra Galán Santacruz, Hornachos.
D. Manuel F. Chacrado, Magacela.
D. Lesmes Reina Martínez, Monasterio.
D. José Salvador Muñiz, Montemolín.
D. José Blanco López, Feria.
D. Eulalio Rodríguez Moreno, Casas de Don Juan.
D. Valeriano Andrade Sánchez, La Haba.
D. José Márquez de la Rosa, Granja de Torrehermosa.
D.ª Alicia Cabalgante Barquero, Calera de León.
D. José de la Hera Mateos, Calzadilla de los Barros.
D. Juan Robledo de la Gala, Campillo de Llerena.
D.ª María Nicolás Sierra, La Codoñera.
D. Emilio Palacios Delgado, Barcarrota.
D. Manuel Lebrijo Martín, Alconchel.
D. Alfredo Serrano Gómez, Higuera de Vargas.

CORUÑA

D. Juan Varela Peteiro, Villamayor.
D.ª María Consuelo Tasende, Zas.
D.ª María de los Dolores López Rodríguez, Monfero.
D. Luis Fiuza Pérez, Tordoya.
D. Manuel Maza Otero, Touro.
D. Marcelino Fernández Zabala, Trazo.
D. José Louzao Brea, Vedra.
D. Bernardo González Paniagua, Mugía.
D. Manuel Noya Veiras, Oroso.
D. Jacinto López Blanco, Oza de los Ríos.
D. Isaac Vázquez Pardo, El Pino.
D. Manuel Mallo Concha, Puentedeume.
D. Manuel López Faraldo, Puentes de García Rodríguez.
D. Ramón Chenlo Castaño, Rois.
D. Ramiro Castelao Caeiro, Sada.
D. Félix Rodríguez Vila, San Saturnino.
D. José Rua Guerra, Santiso.
D. Celestino Peón Piñeiro, Toques.
D. Tomás Yáñez López, Miño.
D. Andrés Barreiro Gontán, Lousame.
D. José Montero Martínez, Lage.

D. Antonio Coira Balboa, Enfesta.
D. Agustín Rodríguez Alonso, Curtis.
D. José Méndez Vázquez, Coiros.
D. Luis Vidal Ojén, Cesures.
D. José Torres Barros, Cerceda.
D. Marcelino Hidalgo Pernas, Carral.
D. José Seoane González, Carnota.
D.ª María del Rosario Rodríguez Vila, Capela.
D. Antonio Canedo Souto, Cambre.
D. Luis del Río Ferro, Camariñas.
D. Jesús Basteiro Rego, Cabañas.
D. Cesáreo Astray Túnez, Buján.
D. Daniel Louzao Fernández, Boqueijón.
D. Luis Botana Ballo, La Baña.
D. Esteban Manrique Fernández, Aranga.

GERONA

D. Juan Grabalosa Canudas, Salt.
D.ª María Asunción Feliu Trías, San Gregorio y agregados.
D.ª Teresa Donada Bosch, Besalú y agregados.
D.ª Mercedes Causa Vergés, Castellón de Ampurias.
D.ª Concepción Campdelacreu Fores, Blanes.
D. José M.ª Bosch Domenech, Bescanó.
D. Nicasio R. Artiles Fleitas, Caldas de Malavella.
D.ª Juana Ruiz Barberá, Sarriá de Ter.
D. Gaspar Rodríguez Aguiló, Bañolas.
D.ª Adela Prieto Díaz, Rosas.
D. Aquilino Pardo Ainsa, San Feliu de Guixols.
D.ª María Dolores Matabosch Sans, La Escala y agregados.
D.ª Antonia Iglesias Famadas, San Jordi Desvalls y agregados.

GRANADA

D. Ramón Mañas Martínez, Benalúa de Guadix.
D. Nicolás Hernández López, Benamaurel.
D. José M.ª González Alvarez, Torvizcón.
D. Andrés Megíbar García, Pedro Martínez.
D.ª Dolores Hervás Quesada, Albolote.
D. Francisco Peraba Joyanes, Guadahortuna.
D. José Pérez Morales, Durcal.
D. Diego Martín Solera, Alomartes.
D. Martín Hernández López, Cortes de Baza.
D. Antonio López Robledo, Fonelas.
D. Emilio Chamorro Daza, Huétor Vega.
D. Salvador Ramírez Navarro, Chite de Talará.
D. Jacinto Molina González, Montegicar.
D. Ginés Uribe Oller, Huétor Tajar.
D. Francisco Delgado Hernández, Iznalloz.
D. Angel Fernández Cabrera, La Zubia.
D. Manuel Antelo García, Cenes de la Vega.
D. Francisco Martín Cano, Gabia Grande.
D. Antonio Granados Estévez, La Rábita.
D. Francisco Jaldo Sánchez, Jerez del Marquesado.
D.ª Concepción Vergara Cubillas, Salobreña.
D. Andrés Galera Ortiz, Puebla de Don Fadrique.
D. Luis Martínez Sánchez, Deifontes.
D. José Morales González, Galera.
D. Fernando Jerez Márquez, Ugíjar.
D. Eduardo Marín Pérez Hita, Castril.
D. José M.ª Alvarez Martínez, Orce.
D. José Rodríguez García, Churriana de la Vega.
D. Sebastián Arroyo Martínez, Monachil.
D. José Soler Bono, Salar.
D. Julio Sampelayo Rodríguez, Gor.
D. José Ratia Aguilar, Pampaneira.
D. Francisco Sánchez Ruiz, Pitres.

ASCORBICAL
Vitamina C y Gluconato Cálcico
INYECTABLES
DE 2,5-5 y 10 cc.

D. Juan Pérez Romero, Padul.
D. Juan Arrebola Alcaraz, Chimeneas.

GUADALAJARA

D. José Ramos Salmerón, Imón.
D. Otilio Ruiz Baquero, Pastrana.
D. José Sicilia García, Mochales.
D. Nunilo Agredeño Beltrán, Cifuentes.
D. Celedonio Carrera Martínez, El Cardoso de la Sierra y agregados.
D. Vicente Castel Izquierdo, Atienza.
D. Roberto Entio Anadón, Matillas.
D. Laurentino Giralda de la Fuente, Palazuelos.
D. José Andrés Gómez de la Mata, Sigüenza.
D. Román Gutiérrez Santamera, Cogolludo.
D. Eusebio López Aparicio, Alustante.
D. Federico Martín Martínez-Tapia, Estriégana.
D. Manuel Muñoz Muñoa, Canredondo.
D. Francisco Ortiz Moreno, Miedes de Atienza.
D. Vicente Peraire Beltrán, Valverde de los Arroyos y agregados.
D. Santiago Ramos García, Baños de Tajo.
D. Donato Jiménez Vesperinas, Alcuneza.

HUELVA

D. Eugenio Ramos Castro, Villalba del Alcor.
D. Gaspar Jaldón Mora, Puebla de Guzmán.
D. Rafael Ramos Soria, Aroche.
D. Bartolomé Vélez Tejero, Almonaster la Real.
D.ª María Juana Iñiguez de Valdeosera Vázquez, Gibraleón.
D. Antonio Tortosa Oria, San Bartolomé de la Torre.
D. Bernardino Barrios Marín, El Campillo.
D. Antonio Camacho Gómez, Niebla.
D. Camilo Gómez Cano, Villarrasa.
D. Manuel Dávila Vizcaíno, Manzanilla.
D. Manuel Pérez Márquez, Moguer.
D. Manuel Gómez Revelo, Aracena.
D. José Perea Ramos, Hinojos.
D. Manuel Rodríguez Ruiz, Villanueva de los Castillejos.
D. Manuel Iglesias Romero, Fuenteheridos.
D. Fermín Martín Domínguez, La Granada de Riotinto.
D. Miguel Corona Gallardo, Escacena.
D. Leoncio Delgado Garzón, Zufre.
D. Gonzalo Martínez Campos, Cumbres Mayores.
D. Fermín López Arenas, Alajar.
D. José Macías Harriero, Rociana.
D. Agustín Conseglieri Osuna, Aljaraque.
D. Heliodoro Mayoral Vázquez, Galaroza.

HUESCA

D. Delfín Clemente Betés, Ansó y agregado.
D. Eduardo Torralba Miguel, Gurrea de Gállego.
D. Rosendo Toyas Paules, Binéfar.
D. José M.ª Bardají Altemir, Monzón.
D. Félix Fañanás Sánchez Loporzano y agregados.
D. Cándido Yécora Royo, Zaidín.
D. Carlos Aregües Lapetra, Altorricón.
D. Antonio Fañanás Sánchez, Lupiñén y agregados.
D. Jorge Atarés Ara, El Grado.
D. Francisco Vizcarra Calvo, Jaca.
D. José Bitriá Pomar, Peñalba.
D. Carmelo Guillén Casasús, Villanueva de Sigena y agregados.
D. José Aguas Ponti, Torrente de Cinca.
D. Patrocinio J. Muñoz Chopo, Laspuña y agregados.
D. Jesús Bernués Rivarés, Velilla de Cinca.
D. Eusebio Rivasés Zamora, Alcalá de Gurrea.
D. José Pena Corvinos, Lalueza y agregados.
D. Salvador Torralba Miguel, Biscarrués y agregados.
D. Antonio Cudós Panó, Estopiñán.
D. Miguel Marzal Latorre, Jaca y agregados.
D. José M.ª Abós Allué, Yebra de Basa y agregados.
D. Antonio Izuel Sanclemente, Javierregay y agregados.
D. Donato Herrero Ochoa, Bailo y agregados.
D. Federico Lafuerza Loriente, Albelda y agregados.
D. Carlos Puig Riera, Apiés y agregados.

JAEN

D. Domingo Alvarez Ruiz, Navas de San Juan.
D. Juan A. Velasco Bruna, Lopera.
D. Edmundo Milla Escabia, Valdepeñas de Jaén.
D. Martín Herrando Montilla, Torres de Albanchez.
D. Francisco' Gómez Arboledas, Torreblascopedro.
D. Justo Jordán Castro, Huesa.
D. Diego Torregrosa Tabernero, Guarromán.

D. Antonio de la Cruz Ríos, Orcera.
D. Carlos Morales Merino, Puente de Genave.
D. Francisco Gallego Alcázar, Segura de la Sierra
D. Manuel Hermoso Ruiz, Cazalilla.
D. Gregorio Hoyo Martínez, Hornos.
D. Rafael Alguacil del Hoyo, Noalejo.
D. Francisco Maza Gil, Jamilena.
D. Manuel Casado Casado, Mengíbar.
D. Fructuoso Fuentes Corral, Canena.
D. Julio Herreros Cospedal, Fuerte del Rey.
D. Miguel Casado García, Santa Elena.
D. Francisco Rodríguez Callejón, Villanueva de la Reina.
D. Andrés Jiménez García, Siles.
D. Alejandro González Peñas, Bélmez de la Moraleda.
D. Alejandro Merenciano Leive, Montizón.
D. Manuel Navas Jiménez, Sorihuela.
D. José Sánchez Carrasco, Santiago de Calatrava.
D. Blas Nebrera Lara, Rus.
D. Alfonso Rodero Jorquera, Higuera de Arjona.
D.ª Carmen Jurado Toribio, Escañuela.
D.ª Griselda Redondo Delgado, Pozo Alcón.
D. Enrique Mendoza Bonilla, Fuensanta de Martos.
D. Julio Martínez Ruiz, Baños de la Encina.
D. Francisco Zafra Escabias, Fraiels.
D. Francisco Revueltas Ortiz, Valdepeñas de Jaén.
D. Basilio Peñuela Munuera, Pontones.
D. Antonio Mérida Palomo, Lopera.
D. Manuel Cabello Aparicia, Los Villares.

LAS PALMAS

D. Faustino Santana Martín, Santa Brígida.
D.ª María de la Trinidad León Perdomo, Haría.
D. José González González, Aguimes.
D. José Benítez Montesdeoca, Ingenio.

LERIDA

D. Joaquín Cubeles Escoda, Alguaire.
D. Samuel Estrada Solsona, Vilanova de Alpicat.
D.ª Basilisa Esteve Iborra, Mayals.
D.ª Dolores Calde Solé, Tremp.
D.ª Concepción Casafont Cots, Solsona.
D. Alfredo Martín López, Torrelameo.
D. Juan J. Martínez Recio, Viella.
D. Domingo Navines Nistal, Seo de Urgel.
D. Alejandrino Pastor Tarragón, Tárrega.
D.ª Nieves Miranda Pedrós, Bellvis.

LOGROÑO

D. Marino Galilea Sáenz, Molinos de Ocón.
D.ª Catalina San Casimiro González, Nalda.
D. Desiderio Tamayo Amelivia, Ezcaray.
D. Miguel Yécora Sáenz, Hormilla.
D. Francisco González Matute, Casalarreina.
D. Benito Ruiz Pérez, Almarza.
D. Servando Sáenz Gutiérrez, Villoslada de Cameros.
D. Francisco Adán Martínez, Ortigosa de Cameros.
D. Andrés Ramírez Sanz, Azofra.
D. José Alvarez Sanz, Grávalos.
D. Claudio Peralta Vela, Baños de Río Tobía.
D. Francisco Alegre Ruiz, Alesanco.
D. Benildo Alonso López, Murillo de Río Leza.
D. Angel Jiménez Pérez, Alcanadre.
D. Antonio Alguacil Pinillos, Cirueña.

Academia
RUIZ VILCHES
Internado para ambos sexos

Preparación completa para las carreras de

Practicante, Matrona y Enfermera

Alameda de Hércules, 75
Teléfono, 21473 :-: SEVILLA

MADRID

D. Francisco García Calvo, Parla.
D. Julián Calvo Torija, Hortaleza.
D. Juan Bonachera López, San Martín de la Vega.
D. Angel Calvo Larrañaga, Aravaca.
D. Manuel Díaz Serrano, Bustarviejo.
D. Emiliano Sánchez Rodríguez, Torrejón de Ardoz.
D. Rodolfo Utande Matarraz, San Sebastián de los Reyes.
D. Pedro Burgos Saucedo, El Molar.
D. Evaristo Ceciliano Pantaleón, Ciempozuelos.
D. Pedro Antonio Pérez Martínez, Miraflores de la Sierra.
D. Germán S. Benito Rodríguez, Villa del Prado.
D. Ignacio García González, Colmenar Viejo.
D. Diego Jiménez Barajas, Arganda del Rey.
D.ª Amparo Ramón Moreno, El Vellón.
D. José Pérez Naranjo, Fuenlabrada.
D. José Paredes Parejo, Colmenar de Oreja.
D. Fernando Laguna Osuna, Galapagar.
D. Adolfo Nefro Rodrigo, Pozuelo de Alarcón
D. Rufino Martínez Díaz, Cenicientos.
D. Miguel Díaz-Tendero Jiménez, Perales de Tajuña.
D. Iluminado Grijalba Bobadilla, Robledo de Chavela.

MALAGA

D. Antonio Parras Ranchal, Humilladero.
D. Luis Gallego Ruiz, Sierra de Yeguas.
D. Manuel Ayala Arias, Torrox.
D. Juan Barnestein González, Alfarnate-Alfarnatejo.
D. Rafael González Martín, Cuevas del Becerro.
D. Felipe Gómez Ballesteros, Almáchar.
D. Alfonso Heras Melgosa, Alhaurín de la Torre.
D. Manuel Gómez Romero, Almargen.
D. Julio Fernández de la T. Arrechea, Campillos
D. Ildefonso Conejo Mir, Valle de Abdalajís.
D. Francisco Arbós Balleste, Guaro.
D. Francisco Durán de la Torre, Teba.
D. Francisco Vera Aparicio, Alameda.
D. Angel Manuel Flores Fernández, Teba.
D. Francisco José Rodríguez Rodríguez, Yunquera.
D. José Martín Torroba, Benagalbón.
D. Melchor Conde Cabrera, Arriete.
D. Mariano Guzmán Hoyos, Cañete la Real.
D. Joaquín Mellado Procet, Villanueva del Trabuco.
D. Manuel del Pino Suárez, Casarabonela.
D. Esteban Cosano Nieto, Cortes de la Frontera.

MURCIA

D. Pedro Gerona Guillén, Ojós.
D. José Antonio Moya Santos, Lebrilla.
D. Ginés Arenza Vázquez, Blanca.
D. Fernando Alfonso Ayala, Torres de Cotilla.

ORENSE

D. César Conde Ves, Allariz.
D. Etelvino Iglesias García, Carballino.
D. Ramón Mouriño Vidal, Barco.
D. Pedro Pascual Franco, Maceda.
D. Aristides Quintairos Suárez, Merca.
D. Indalecio Quintas Ordóñez, Villardevós.
D. Joaquín M. Rey Feas, Leiro.
D. Adolfo Toimil Cerdeira, Irijo.
D. Narciso Túñez Amigo, Ribadavia.
D. Máximo M. Vela Laguna, Ginzo de Limia.

OVIEDO

D. Marcelino Sierra Castrillón, Pola de Allande.
D. Joaquín Fenero Río, Cabrales.
D.ª Adelaida Nozal de la Pinta, Candamo.
D. Dámaso García García, Caso.
D. Venancio Madera Fernández, Castrillón.
D.ª María Salomé Ferrera Palicio, Colunga.
D.ª Navarina Argüelles Fernández, Muros del Nalón.
D. Isidoro Lorenzo Serrano, Nava.
D. Carlos del Valle Fernández, Ribera de Arriba.
D.ª María Luz Moro Gutelar, Riosa.
D. Antonio López de la Riera, Soto del Barco.
D. Antonio Astray García, Tapia de Casariego.
D. Manuel Martínez Vijande, Vegadeo.

PALENCIA

D. Benjamín Alba Millán, Herrera del Pisuerga.
D. Deogracias Vecino Manrique, Villamuriel de Cerrato.
D. Alejandro Aguado Celada, Fuentes de Nava.
D. Quintiliano Hierro Gómez, Cisneros.
D. Santiago Giménez Pérez, Salinas de Pisuerga.
D. Emilio Merino Martín, Brañosera.

PONTEVEDRA

D. Fabio L. Torres Martínez, Catoira.
D. Luis Crespo Santos, Pazos de Borbén.
D. Francisco Casal Pereira, Moraña.
D. Benjamín Luis Barros, Mondáriz.
D. Tomás Monteagudo González, Campo Lameiro.
D. Antonio García Moldes, El Grove.
D. Deolindo Alfonso Martínez, Villanueva de Arosa.
D. Luciano Piño Senín, Sotomayor.
D. Jesús Lourido Brocas, Puente Sampayo.
D. Juan José Arruti Arruti, Puente Caldelas.
D. Andrés Mariño Frade, Poyo.
D. Daniel Castiñeiras Vázquez, Portas.
D. Enrique Rubido Diéguez, Nigran.
D. Antonio Alvarez Argüelles, Las Nieves.
D. Santiago Cea y del Rey, Meis.
D.ª Mercedes Pereira Baquero, Cuntis
D. Constantino Fontán Maquieira, Barro.
D. Ramón Frade Vidal, Golada.

SALAMANCA

D. José Méndez Montes, Villarino de los Aires.
D. José M. Martín Sánchez, Mogarraz.
D. Eduardo Sánchez Pérez, Arroyomuerto.
D. Santiago Sánchez Salvador, Fuenteguinaldo.
D. Rafael Tamames Martín, Galinduste.
D. Emilio Ruiz Pasantino, Bracamonte.
D. Florentino Montes Prieto, Espeja.
D. Agustín Vaquero Arroyo, Lagunilla.

SANTA CRUZ DE TENERIFE

D. Agustín Padilla Quintana, El Rosario.
D. Juan Marrero Miranda, Matanza de Acentejo
D. Nicolás Cabezola Perera, Tazacorte.
D. José Primo Leonato, Arafo.
D. Francisco Peña Orihuela, Guía de Isora.
D. Marcos Fuentes Albelo, Realejo Bajo.
D. Miguel Hernández de L. Muñoz, Mazo.
D. Enrique González Matos, Puerto de la Cruz

SANTANDER

D. Francisco de la Puente Fernández, Campoo de Suso.
D. Tomás Cuadrillero González, Campoo de Yuso.
D. Alfredo de la Iglesia Vicente, Polanco.
D. José M. González López, Las Rozas de Valdearroyo.
D. Pedro Moreno Pérez, Astillero.
D. José Fernández Fernández, Enmedio.
D. Manuel Fernández Luque, Santillana del Mar.
D. Fernando Girón Torres, Cartes.
D. José Vázquez Rodrigo, Valde San Vicente.
D. Antonio Sánchez Pérez, Santa María de Cayón.
D. Francisco Gómez Rodríguez, Laredo.

SEGOVIA

D. Gregorio Gómez Pérez, Sepúlveda.
D. Zenón Gómez Pérez, Bernardos.
D. José Alcira Samaniego, Santiuste de San Juan Bautista.
D. José Marcos Evisa, Fuentepelayo.
D. Gregorio García Rodríguez, Cantalejo.
D. Rufino Heredero Borreguero, Navas de Oro.
D. Felix Sacristán Terradillos, Villacastín.
D. Manuel Ruiz Merino, Valleruela de Sepúlveda.
D. Fermín Galán Blanco, El Espinar.

D. Emilio Martín Hernando, Nava de la Asunción.
D. Bernardino García Calvo, Vallelado.
D. Donato Martín Maderuelo, Navares de Enmedio.

SEVILLA

D. Domingo del Pino Morales, Alcolea del Río.
D. José Moreno Muñoz, Algamitas.
D. Julián Sánchez Somoza, Almensilla.
D. Luis Ramírez Calabaza, Almadén de la Plata.
D.ª Isabel Virosta Clemente, Aznalcázar.
D. Agustín Tristán Bazán, La Algaba.
D. Antonio Cuesta Jiménez, Bollullos de la Mitación.
D. José García González, Bormujos.
D. José Planas Trigueros, La Campana.
D. Pedro Díez Galeano Moreno, Carrión de los Céspedes.
D. Luis Castellón Alhamar, Roda de Andalucía.
D.ª Margarita López Silva, Los Molares.
D.ª Purificación Cortés, Peñaflor.
D. Salvador Díez Verrio, Pilas.
D. Antonio Pinto Serrato, Pruna.
D. Salvador Salazar Bermúdez, Gelves.
D. Juan García del Pino, Gilena.
D. Raúl Berral Alcalá, Casariche.
D. Pedro Adame Ortiz, Castillo de las Guardas.
D. Manuel Porrero Ricardo, Coripe.
D.ª Dolores Moreno Calahuche, Aguadulce.
D.ª Dolores López Vázquez, Castilblanco de los Arroyos.
D.ª Julia Pérez Martín, Albaida de Aljarafe.
D. Mateo Aranda Sánchez, Villanueva de San Juan.
D. Manuel Rodríguez García, Villanueva del Río.
D. Manuel Muñoz Benítez, Valencina.
D. Baldomero Bautista Martínez, Umbrete.
D. Manuel Fernández Clavijo, Tocina.
D. Francisco Campa Castillo, Santiponce.
D. Arturo Sánchez Martín, San Nicolás del Puerto.
D. Antonio Montero Jiménez, Sanlúcar la Mayor.
D. Manuel Reyes Delgado, Salteras.
D. Manuel Valoiz Jiménez, El Ronquillo.
D.ª Carmen Lobo Jiménez, La Lentejuela.
D. Manuel Sánchez Rodríguez, Ginés.
D. Santiago Ruiz López, Guillena.
D. Manuel Sabrinos Santamaría.

AVISO MPORTANTE

Se pone en conocimiento de los practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria que hayan hecho el examen de aptitud para transformación de interinos a propietarios en la convocatoria última, que, al ver publicada en nuestra Revista la lista de los aprobados en su provincia y no aparezca el nombre de alguno de éstos, lo ponga en conocimiento de este Consejo General, a fin de recabar de la autoridad correspondiente le sea remitido, por conducto del señor inspector provincial, el correspondiente nombramiento.

En números sucesivos aparecerán relaciones de aprobados de las provincias que falten.

Colegio Oficial de Enfermería

Noticias

Plazas vacantes de A. P. D.

PROVINCIA DE BADAJOZ

De 2.ª categoría.—Burguillos del Cerro, Granja de Torrehermosa.

De 3.ª categoría.—Alange, Corte de Peleas, Esparragosa de Lares, Fuenlabrada de los Montes, Higuera de la Serena, Malpartida de la Serena, Peraleda del Zaucejo, Valencia del Mombuey, Valencia de las Torres, Villarta de los Montes, Zarza Capilla, Medellín y Mengabril, Oliva de Mérida.

De 4.ª categoría. — Alconera, Casas de Reina, Cheles, Don Alvaro, Entrín Bajo, Esparragosa de la Serena, Garbayuela, Garlitos, Helechosa de los Montes, Hinojosa del Valle, Malcocinado, Orellana de la Sierra, Palomas, La Parra, Puebla de Obando, Puebla de la Reina, San Pedro de Mérida, Sancti-Spiritu y Risco, Taliga, Torremayor, Trujillanos, Valdetorres, Valverde de Burguillos, Villar de Rena, Esparragalejo, Higuera de Llerena, Reina.

De 5.ª categoría.—Acedera, Carmonita, La Morera, Nogales, Puebla del Prior, Rena.

PROVINCIA DE ÁVILA

De 2.ª categoría.—El Arenal, Barco de Avila, Encinares Horcajada, Hoyo de Pinares, Navaluenga.

De 3.ª categoría. — Burgohondo, Piedralaves, Pedro Bernardo, Solosancho.

PROVINCIA DE CASTELLÓN

De 1.ª categoría.—Villarreal.

De 2.ª categoría.—Cuevas de Vinromá, Nules.

De 3.ª categoría.—Viver.

De 4.ª categoría.—Tirig, Azuébar, Almenara, Aldondeguilla, Barracas, Castelnovo, Castillo de Villamalefa, Chovar, Eslida, Ludiente, Oropesa, Puebla Tornesa, Ribesalbes y Soneja.

De 5.ª categoría.—Chosdos, Sot de Ferrer, Geldo.

LABORATORIO HYALOS

DELGADO Y BERJANO, S. L.

Laboratorio y Oficinas: FERI, 162 - Teléfono 25423 - SEVILLA

DERMOSAL HYALOS antisárnico

Cura rápidamente la Sarna erupciones de la piel y toda clase de picores, no mancha la ropa ni la piel, de olor agradable y de fácil aplicación.

LOSAL HYALOS

Insecticida eficaz y rapido contra los parásitos del cuerpo, no manchando la piel ni la ropa

PROVINCIA DE JAÉN

De 3.ª categoría.—Benatae, Hinojares, La Iruela.

De 4.ª categoría.—Solera, Torrequebradilla.

De 5.ª categoría.—Carchel.

PROVINCIA DE ALICANTE

De 4.ª categoría.—Adsubia-Forna, Alcalalí-Lliber, Balones-Benillup-Benimasot, Benitachell, Cañada, Castell de Castells-Farmoca, Hondón de los Frailes, Hondón de las Nieves, Lorcha, Salinas, Taberna, Tibi, Torremanzanas.

De 5.ª categoría.—Alquería de Aznar, Beneferri, Benimarfull, Bolulla, Cuatretondeta, Facheca, Setla y Mirarrosa, Tollos y Vall de Alcalá.

PROVINCIA DE CÁDIZ

Espera, Villaluenga del Rosario, San Roque (3.° y 4.° distritos), El Gastor, Castellar de la Frontera, Torre-Alhaquime, Facina (Tarifa).

PROVINCIA DE LA CORUÑA

De 2.ª categoría.—Cerdido, Laracha.

PROVINCIA DE VALLADOLID

De 2.ª categoría. — Castronuevo de Esgueva, Villamentero, Langayo, Manzanilla, Torrescarcela, Bahabon, Sieteiglesias de Trabancos.

De 3.ª categoría.—Cabreros del Monte, Canalejas de Peñafiel y Fompedraza, Castrillo del Duero, Olmos de Peñafiel y Pedrosa del Rey.

De 4.ª categoría. — Corcos, Cubillas de Santa Marta, Geria.

De 5.ª categoría.—Adalia, Amusquillo y Villaco, Monasterio de la Vega, La Parrilla.

PROVINCIA DE BALEARES

De 3.ª categoría. — Alaró, Alcudia, Alegaida, Andraitx, Sancellos y Consell.

De 4.ª categoría.—Banalbufar, Buger, Castitx, Deyá, Escorca, Estellenchs, Lloseta, Manacor, Puigpuñent.

De 5.ª categoría.—Fornalutx.

PROVINCIA DE HUELVA

De 2.ª categoría.—La Nava, Santa Ana la Real, Cabezas Rubias, Paterna del Campo.

De 3.ª categoría.—Arroyomolinos de León, Berrocal, Cumbres de Enmedio, Lucena del Puerto, Puerto Moral, Villanueva de las Cruces, Paymogo.

De 4.ª categoría.—El Almendro, Cañaveral de León, Castaño del Robledo, Cortolazor, Cumbres de San Bartolomé, El Granado, Linares de la Sierra, Los Marinos, Palos de la Frontera, Sanlúcar del Guadiana, San Silvestre de Guzmán, Valdelarco, Villablanca.

LABORATORIOS DEL ELECTROLACTIL ◆ Ciscar, núm. 26 VALENCIA

ELECTROLACTIL: Fermentos lácticos y búlgaros. Vitalidad tres años. En líquido y comprimidos.
CALCIO-PARATIROIDES: En jarabe e inyectables. ● ANTIFEB IL ANTIPALÚDICO «VIXE»: En ampollas (Vía oral).
CALCIO «VIXE»: En comprimidos. ● ANTISEPTICO «VIXE»: Intenso desinfectante general. En inyectables.
VITASOYA «VIXE»: Poderoso reconstituyente. En pasta. ● DENTILACTINA: En polvo.

LABORATORIO QUIMICO FARMACEUTICO

A. BERENGUER·BENEYTO y C.ia

Marqués de Ahumada, 5 — MADRID

DIGITALINA NATIVELLE
Solución al 1 x 1.000

OUABAINA ARNAUD
Solución al 4 x 1.000

OUABAINA ARNAUD
Ampolla 1/4 (intravenosas)
Ampolla 1/2 (intramuscul.)

NATIBAINA NATIVELLE
Asociación 1/3 Digitalina Nativelle y 2/3 Ouabaina Arnaud

NATIROSE (Grajeas)
Tratat.° Angina de pecho

QUINICARDINA (Comp.)
Tratat.° de las Arritmias

CHLORO-CALCION
Solución $CaCl_2$, vía oral

CALCIO-VENAL
$CaCl_2$ al 10 % en ampollas de 5 y 10 c. c.

PARENTERO-CAL
Gluconato calcio y arrenal en ampollas de 3 y 5 c. c.

ALERGIAL
Desensibilizante, Asma Urticaria

ANEMIHEPAT
Ampolla 10 c. c. vía oral
Ampolla 2 c. c. inyectable
Ampolla 4 c. c. inyectable

AETHONE FALCOZ
Tos ferina, espasmódicas

MAGNOGENE
Sales halógenas de Magnesio. Próstata, Vías urinarias, Algias

BOLEASE MONAL
Extractos biliares y Boldo

TERKAL MONAL
Calcio, Terpina, Codeína Bronquitis, tos, catarros

BRONQUIASMOL, Jarabe
Yoduros, Cafeína, Efedrina Asma bronquial, Catarros, Bronquitis

HISTOGENOL NALINE
Glicerofosfato cal, Arrhenal, Nucleinato. - Reconstituyente, Antianémico: Vía oral

---

LANODERMA NICOLICH

ANTISÉPTICA

A LA CLORAMINA T. 2.50 %

INDICACIONES PRINCIPALES

Heridas infectadas, traumáticas o quirúrgicas.—Procesos infecciosos superficiales o profundos.—Ulceraciones de toda índole.—Lesiones cutáneas de origen microbiano.—Quemaduras infectadas.—Procesos cicatriciales en general.—Como antiséptico y estimulante de la epidermización ,etc.

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

Colegio Oficial de Farmeria de Madrid

Bolaños y Aguilar (S. L.).—General Sanjurjo, 20.—MADRID