

# SECCIÓN BIBLIOGRÁFICA

## Libros Nuevos

**Terreno y bacilo en la tuberculosis.** — Dr. JOSÉ ORIOL ANGUERA. — *Editorial Miguel Servet*. Barcelona, 1946.

Se dice, y con razón, que la terapéutica de la tuberculosis se halla en un impase. Han fracasado sucesivamente todos los elementos farmacológicos con pretensiones específicas. Aparecen de tanto en tanto procedimientos quirúrgicos que con más o menos fortuna se van perfeccionando o desapareciendo. La colapsoterapia, preferentemente el neumotórax, con sus medios complementarios cuenta con positivos y duraderos éxitos. A pesar de ello, no estamos plenamente satisfechos de sus resultados. Resolvemos muchas veces un episodio local de la tuberculosis que sin ello abocaría a la catástrofe, pero no curamos siempre, además, la enfermedad tuberculosa.

Y es que todos esos procederes terapéuticos van destinados a luchar contra el bacilo de Koch y sus efectos.

Pero el germen es sólo un elemento de la bacilosis. En toda infección deben tenerse en cuenta dos factores: el agresor y el organismo.

Ante el fracaso de los medios destinados a vencer al bacilo han ido apareciendo trabajos esporádicos orientados en el sentido de desentrañar los secretos que encierra el terreno orgánico con el fin de llegar a conclusiones terapéuticas. Pero el concepto del terreno físicoquímico en la tuberculosis pulmonar es un problema de enjundia y, por consiguiente, pocos se atreven con él. MONCEAUX, SERGENT, PENDE, K. KLARE, ICKERT, DIEHL y pocos más han dicho alguna cosa sobre el tema, pero esporádicamente, sin aquella continuidad y empuje que requieren las materias de gran envergadura biológica.

Por eso es de loar la valentía del doctor JOSÉ ORIOL ANGUERA al escribir un libro: «Terreno y bacilo en la tuberculosis», prologado por el profesor J. CASAS, de Madrid, y publicado por la «Editorial Miguel Servet», de Barcelona.

A guisa de preámbulo, empieza situando los acuciantes problemas clínicos llenos de sinsabores, con el que nos debemos enfrentar todos cada día, o sea: la paradójica evolución que siguen ciertas formas de tuberculosis pulmonar, la facilidad del diagnóstico, y la ignorancia absoluta ante la suerte que cabrá a una terapéutica, aun la más correctamente seguida.

Después de glosar el que los años transcurridos y los enormes trabajos sobre el agente causal de la tuberculosis, el bacilo de Koch, no hayan podido conseguir la más tenue luz sobre aquellas premisas, entra de lleno en el estudio del factor terreno, con objeto de buscar en esa cantera la solución del enigma.

Desbroza el confusioñismo que las nomenclaturas caprichosas de los autores ha creado sobre el concepto de «terreno» y lo define como: *constantes biológicas del mundo vegetativo*; sostenidas por dos raíces: una, los cromosomas, factor hereditario que da lugar al «genotipo»; la otra, no hereditario y que origina los caracteres «paratípicos». Del mecanismo de actuación de estos factores y de la preponderancia que adquiere cada uno de los múltiples elementos de que se componen, deduce la influencia que sobre un organismo tendrá la tuberculosis.

En el capítulo III explica la manera de explorar el terreno, que el autor sintetiza diciendo que debe ser una autropología dinámica, con especial atención sobre la conducta fisiológica del individuo, deteniéndose especialmente en el método que adopta la escuela alemana capitaneada por K. KLARE.

Siguen después unas consideraciones sobre el terreno general y local, que denomina macrometabolismo y micrometabolismo después de hacer una telegráfica y clara disección de las influencias mecánicas que, según el autor, deben dejar paso a las fisiológicas.

Resultan interesantísimos y originales sus resultados experimentales *in vitro* e *in vivo* sobre el bacilo de Koch, según el rH y el pH de los medios en que se halla y los encontrados en enfermos tuberculosos y no tuberculosos.

Ese capítulo viene ligado a unos comentarios sobre la circulación pulmonar,

arterias y venas pulmonares y bronquiales, referidas a las teorías de MILLER, con grabados sacados de la obra de dicho autor, que le sirven para avalar sus experiencias llevadas a cabo para demostrar que el bacilo tuberculoso vive mejor en un medio arterializado que en uno de sangre venosa.

Es original también el capítulo dedicado al porqué de las localizaciones tuberculosas en la región apical.

Termina con un esbozo para una doctrina sobre la patogenia de las distrofias orientado en el sentido de poderse derivar a promesas terapéuticas, en las que naturalmente entraría la tuberculosis, a fin de poner los eslabones que conduca a encontrar el suspirado remedio que curara la tuberculosis enfermedad.

Es un libro profundo y bueno, con el que se enriquece la tisiología hispana en una materia fundamental, casi virgen también en la bibliografía universal. Está escrito con estilo esquemático y ameno, dentro de lo que permiten los temas, y con aquella simplicidad, tan difícil de obtener, que consigue transformar estas materias, de por sí complejas, en claras y asequibles a todos. Pero hay que leerlo despacio y meditarlo, como a un clásico.

JOSÉ CORNUDELLA

**El cuadro hemático y su interpretación clínica (incluso para las enfermedades tropicales.** — Prof. V. SCHILLING. — Versión de la 12.ª edición alemana por el profesor J. G. Sánchez-Lucas. Un tomo de 520 págs. con 102 figuras, 300 hemogramas y 7 láminas en negro y color. — Editorial Labor, S. A. 1947.

Sería inútil presentar a los médicos de habla española el conocidísimo manual del Prof. SCHILLING, a cuya traducción de la 12.ª edición en lengua alemana (cuarta española) nos referimos. En él se hallan compendiados los conocimientos básicos de Hematología, y se expresan una serie de puntos de vista personales, fruto de copiosa experiencia y de inmediata utilidad para el clínico.

Esta cuarta edición presenta una serie de mejoras que la hacen aún más interesante. Así, se dedica un amplio espacio al estudio detallado de las punciones de los órganos hemocitopoyéticos y a su interpretación, métodos a los que se otorga actualmente grande y fundada importancia. Merecen también destacarse los nuevos capítulos dedicados a la transfusión sanguínea, en que figuran todos los datos referentes a la transfusión directa, indirecta y con sangre conservada, reglas generales e indicaciones.

Los restantes capítulos han sido también revisados cuidadosamente por el autor, a fin de ponerlos al corriente de las modernas orientaciones hematológicas. Finalmente, nos permitimos destacar el interés permanente que poseen las páginas dedicadas a la valoración práctica del hemograma.

La traducción, verificada por el Prof. SÁNCHEZ-LUCAS, es modélica, revelando el profundo conocimiento del idioma y de la materia objeto del libro, que posee el ilustre maestro.

La Editorial Labor nos presenta una edición, como todas las suyas, excelente.

F. DE DULANTO

## Revistas Nacionales y Extranjeras

### CIRUGIA

**Operaciones transtorácicas en las neoplasias del esófago y del estómago.** — W. Nagel, F. Menke. — 83, 5, noviembre 1946, pág. 657.

Fueron operados 13 pacientes con lesiones del esófago inferior y del extremo cardial del estómago, por vía transtorácica. En 7 pacientes, la resección del esófago inferior y de segmentos gástricos fué debida al carcinoma.

La única muerte hospitalaria fué en el segundo día postoperatorio por accidente cardiovascular. Se trataba de un supuesto carcinoma, que luego se demostró era inflamatorio. En 5 enfermos con carcinoma, se hizo la laparatomía exploradora, hallándose los inoperables. En uno, fué extirpado el bazo; y en todos estos

se diseccó en su grado variable en una tentativa de liberal el tumor, antes que su inoperabilidad fuera manifiesta. Todos estos enfermos acusaron en forma temporaria alivio en su padecimiento y en un caso la mejoría se prolongó 9 meses. De los 7 enfermos a los que se les reseccó la lesión, uno falleció a los 9 meses por metástasis. De otro se supo que había tenido metástasis a los 6 meses de la operación. Cuatro enfermos se hallan en buen estado de salud a los 6 meses y al año de la operación. Un hombre había recuperado 15 kilos; comía con regularidad y se sentía bien. Con esta base de estos pocos casos y de los que figuran en la bibliografía, hay que ser cauto en decir o asegurar que la resección de las lesiones carcinomatosas del esófago inferior y estómago dan pocas esperanzas y que son un medio de aliviar un grupo de casos anteriormente rotulados como desesperados.

**Luxaciones.** — J. Callaman. — *J. A. M. A.*, Vol. 132, núm. 8, octubre 1946, página 441.

A pesar de que las luxaciones o dislocaciones resultan con frecuencia más graves que las propias fracturas, son consideradas con cierta desprecencia por los médicos prácticos. Se olvida que para que pueda luxarse una articulación, es menester que se hayan desgarrado los ligamentos, que a menudo se producen pequeñas fracturas por arrancamiento de los extremos óseos articulares. Todo el delicado conjunto de elementos que rodean a una articulación importante resulta alterado: los nervios y vasos estirados, comprimidos, irritados, los músculos rígidos por defensa contra el dolor que provocan los movimientos anormales, etc.

Mientras que en las fracturas comprobamos cierta movilidad anormal por su amplitud o por el plano hacia el que se realiza, en las luxaciones lo que se llama la atención es la rigidez.

Callahan, de Chicago, expone en forma breve y que revela su experiencia, algunas consideraciones fundamentales acerca de la conducta terapéutica a seguir en casos de luxación.

La articulación afecta debe ser manejada con la mayor delicadeza con objeto de evitar la agravación de las lesiones ya existentes.

Debe establecerse el exacto grado de función o disfunción nerviosa y vascular de cada segmento afectado, para prevenir complicaciones, para mejorarlas cuando están establecidas o para explicarlas como no producidas por las maniobras tendiente a la curación de las lesiones articulares óseas.

Antes de intentar cualquier maniobra para reducir presuntas luxaciones deben tomarse las radiografías necesarias para asegurarse no solamente de las características de luxación sino de la existencia de alguna fractura concomitante.

De la misma manera deben exigirse radiografías en diversas posiciones después de efectuadas las tentativas de reducción, para vigilar los resultados y proceder a la inmovilización definitiva.

Todas las reducciones deben ser efectuadas con el paciente bajo los efectos de anestesia general. La anestesia local o troncular ha sido utilizada, y lo es, con éxito en muchos casos, pero el autor insiste en la conveniencia de trabajar con un paciente que permita la fácil realización de todas las maniobras.

Termina el trabajo con una relación escueta de las diversas luxaciones observadas a nivel de las grandes articulaciones y sosteniendo que, en los libros clásicos de patología y aun en los especializados, se presta a las luxaciones menos atención de la que realmente merecen si se juzga por la cantidad de serias deficiencias funcionales observadas en la práctica diaria.

## DERMATOLOGIA

**La reacción de Mitsuda en los vacunados con B. C. G.** — R. Ginés y C. Poletti. — *An. de la Facultad de C. Med. Asunción*. T. V, núm. 21, pag. 143.

Treinta y un niños, hijos de leprosos, internados en el Preventorio «Santa Teresita», todos ellos actualmente indemnes de lepra, previo estudio radiofotográfico de tórax y tuberculínico, que mostró un 77 % de reacciones positivas a la tuberculina y algunos con primoinfección ganglionar, fueron inoculados con vacuna

B. C. G. por la técnica de multipuntura de Rosenthal. Once de ellos, cuya Mitsuda anterior era desconocida, mostraron después de la vacunación un 82 % de reacción Mitsuda positiva; igualmente los veinte restantes, cuyas reacciones de Mitsuda perfectamente controladas como negativas, mostraron después de la vacunación B. C. G. un 80 % de virajes positivos. Por estos motivos, y luego de otras consideraciones, los autores llegan a las siguientes conclusiones:

No parece probable la relación antigénica entre tuberculosis y lepra.

La infección tuberculosa no puede ser tomada como causante de la reacción de Mitsuda positiva.

La vacunación B. C. G. sería capaz de hacer positiva la reacción de Mitsuda en un 80 %, tanto en los anérgicos como alérgicos a la tuberculina.

La comprobación que acabamos de hacer obligaría a encarar la premunición de la lepra por el B. C. G. si se considera como demostrada la opinión de los leprólogos, de que la reacción de Mitsuda positiva implica una inmunidad relativa, y sería deseable para personas que convivan en un medio donde la lepra sea endémica.

Admitiendo que la reacción de Mitsuda positiva significa una inmunidad relativa, la comprobación que acabamos de hacer nos lleva a considerar la posibilidad de prevenir la lepra con el B. C. G., sobre todo en un medio donde sea endémico el «mal de San Lázaro».

## GASTROENTEROLOGIA

**Diagnóstico diferencial en 207 casos hospitalizados de úlcera péptica.** — R. C. Kirk. — *Gastroenterology* (Baltimore). Vol. 7, agosto 1946, pág. 168.

Presenta el autor un estudio que fué hecho en un hospital militar de Oklahoma. En un período de 16 meses fueron ingresados en la sección de enfermedades gastrointestinales 1.306 reclutas. Durante este período se demostró que tenían úlcera péptica 207 soldados. Había 200 con úlcera duodenal y 7 con úlcera gástrica, una proporción de 28 : 1. Este informe se refiere principalmente a los 200 casos de úlcera duodenal. El dolor en el centro del epigastrio que se presenta avanzada la noche y que se irradia a la espalda parece diagnóstico de úlcera duodenal activa. No se halló correlación entre los análisis gástricos y la gravedad de la úlcera o de las molestias. No había ácido clorhídrico libre en el contenido gástrico en ayunas en 26 casos y en el contenido con la comida de prueba en 12 casos. Un aumento en el recuento total y en el porcentaje de células polimorfonucleares es indicio elocuente de una úlcera penetrante. Una úlcera duodenal tiene un 10 % de probabilidades de producir hemorragia seria y un 5 % de probabilidades de perforarse durante su curso. El alcohol y el tabaco no intervienen como factores etiológicos en esta enfermedad. La prueba radiográfica de úlcera existía en el 100 % de estos casos. Comparando estos 200 pacientes de úlcera con otros 200 en los que se había sospechado úlcera péptica, pero que no pudo demostrarse, se encontró que los pacientes de úlcera péptica en conjunto no mostraron mayor o menor grado de desequilibrio psiquiátrico que los pacientes con afección cardíaca orgánica, tuberculosis o diabetes; esto es, el concepto emocional de la génesis de la úlcera duodenal no pudo ser probado.

R. M. B.

## HEMATOLOGIA

**El radiofósforo como tratamiento de elección en la policitemia primaria.** — L. A. Erl. — *American Journal of Medicine*. Vol. 1, octubre 1946, pág. 362.

La policitemia primaria parece ser una enfermedad adquirida en la que hay una hiperplasia de la médula ósea y un aumento anormal del volumen total de sangre periférica. Hallazgos asociados son esplenomegalia, metabolismo basal elevado y concentración elevada de ácido úrico en la sangre. La duración de la policitemia primaria oscila entre diez y quince años. La policitemia secundaria es un trastorno en el que la concentración de glóbulos rojos de la sangre periférica está elevada, generalmente en un intento de compensar la anoxemia. La duración de la

policitemia secundaria está determinada por el proceso primario. La policitemia familiar es una enfermedad congénita caracterizada por numerosos hematíes pequeños, pero nivel normal de hemoglobina, metabolismo basal normal y concentración de ácido úrico en la sangre normal. La policitemia familiar no es incompatible con una vida de duración normal. El fósforo radiactivo inhibe eficazmente la mitosis de los normoblastos en los casos de policitemia primaria, pero no en los de policitemia secundaria. Se comunican 30 casos de policitemia primaria que hasta ahora han tenido 41 remisiones satisfactorias después del empleo de radiofósforo. Un paciente con policitemia secundaria no respondió al radiofósforo, como era de esperar. El fósforo radiactivo es en la actualidad el tratamiento de elección de la policitemia primaria.

R. M. B.

### MEDICINA INTERNA

**Valoración de los métodos de estudio de la circulación vascular periférica.** — S. Lisker. — *J. Int. Coll. Surg.* 9, 3, 377; mayo-agosto 1946.

Esta comunicación tiene por objeto intentar la valoración de los métodos más simples para el examen de la circulación periférica. Se ha elegido como problema específico la oclusión arterial de grado avanzado con gangrena o con inminencia de gangrena.

En orden de importancia los métodos de examen son: 1) Una anamnesis minuciosa y un examen clínico detallado, que incluirá la edad y sexo del paciente, la presencia o ausencia de la verdadera claudicación intermitente, el comienzo y carácter de los síntomas y la existencia de otras afecciones que puedan tener una relación etiológica con las enfermedades vasculares periféricas. Tienen importancia fundamental la presencia o ausencia de latidos en las arterias accesibles, el estado de la piel, la acción sobre la coloración cutánea del ascenso y descenso de las extremidades y el tipo y localización de las zonas gangrenosas. 2) La oscilometría. Esta nos informa acerca del grado de pulsación producida por las contracciones ventriculares, en las grandes arterias. Por supuesto cualquier estado que disminuye la sístole ventricular o la elasticidad de las paredes arteriales, hará descender el índice oscilométrico. Cuando el índice oscilométrico es cero en las proximidades de la rodilla, la circulación se halla gravemente comprometida. Es posible que un paciente con índice cero a la altura del tobillo, no tenga latidos palpables en la pedia o en la tibia posterior, y no obstante no necesite tratamiento quirúrgico urgente. La caída considerable en el índice oscilométrico a medida que se desciende en el examen de las extremidades, indica la lesión de los vasos profundos, pero si el índice cero se constata en la vecindad de la rodilla o codo lo más probable es que se trate de una oclusión arterial completa. 3) Prueba de la histamina. Los autores emplean el método de Starr, que consiste en múltiples punturas intradérmicas a través de una gota de la solución histamina al 1-1000, a diferentes alturas del miembro. La reacción normal es la aparición de un botón y un halo dentro de los cinco minutos de la inyección. En los casos en que la oclusión es reciente y en los que la gangrena progresa con rapidez, la reacción a la histamina es prácticamente y siempre negativa. Temperatura de la piel. Cualquier instrumento para registrar la temperatura cutánea es útil. El enfermo debe hallarse en reposo completo de 15-20 minutos antes de que se inicie el examen. El estudio de la temperatura superficial y sus variaciones es de importancia extraordinaria como resultado de la vasodilatación producida fisiológicamente o como consecuencia de la inhibición simpática ya que cualquier ascenso definido de la temperatura cutánea se debe principalmente a un aumento del flujo sanguíneo. Si la temperatura asciende en 1°-1°5 después del bloqueo paravertebral con novocaína es probable que la simpatectomía sea beneficiosa en pacientes con trastornos circulatorios graves.

Con el objeto de orientar el tratamiento, los enfermos con trastornos circulatorios periféricos serán divididos en tres tipos:

Sin dolor en reposo, responden en cualquier tratamiento y con frecuencia se restablecen por completo:

Enfermos con dolor moderado en reposo que se alivia con los sedantes, calor,

etcétera. Serán mejor tratados en el hospital, sobre todo si hay necrosis tisular. Esta habitualmente es superficial y no progresiva. La gran mayoría de este tipo puede también rehabilitarse.

Enfermos con dolores intensos en decúbito que se agrava a la menor elevación del miembro y que no calman con los sedantes. La gangrega es profunda. Generalmente evolución mala. En términos generales, cualquier forma de terapéutica física que agrave el dolor, no debe continuarse, desde que el dolor es un índice de anoxia tisular.

## NEUROLOGIA

**Test neurocapilar en un dudoso caso de perturbación circulatoria cerebral.** —

B. Just Tiscornia — *Arch. Oftal. Buenos Aires*. T. XXI, núms. 10-11, octubre-noviembre 1946, pág. 339.

El autor relata el caso de un paciente que presentó perturbación circulatoria cerebral por aneurisma intracraneano o angioma cortical de cerebro en el territorio de la carótida interna y que el test neurocapilar pone de relieve perturbaciones oculares metabólicas muy marcadas, que pasaron inadvertidas con otros métodos de examen, y que mejoraron con la intervención quirúrgica (ligadura de la carótida primitiva) del lado afectado.

## OFTALMOLOGIA

**El antígeno metílico en Oftalmología.** — V. Muhlmann y R. Lachman. — *Arch.*

*Oftal. de Buenos Aires*. T. XXI, núms. 10-11, octubre-noviembre 1946, pág. 334.

La tuberculosis ocular es bastante frecuente en la clientela hospitalaria.

Se presenta generalmente con carácter inespecífico.

Los antecedentes clínicos y radiológicos nunca faltan.

En muchos casos la presencia del síndrome tóxico general, es muy evidente.

El antígeno metílico es una medicación específica, inocua, bien tolerada en todas las edades, no produce fenómenos de intoxicación ni reacciones intempestivas de orden general, local o focal.

Los efectos curativos se aprecian a las pocas inyecciones, mejorando el estado general, con aumento del apetito, las fuerzas y el peso.

Estos resultados no tienen con frecuencia más que un carácter temporal. De ahí la necesidad del tratamiento prolongado y la repetición periódica del mismo.

Con el antígeno metílico se mejoran algunos procesos no tuberculosos al producir la desensibilización del organismo, por suprimir o modificar la principal causa del desequilibrio humoral en los sujetos tuberculosos hiperérgicos.

**Imperfecciones de los tonómetros modelo Schiotz.** — F. Vidal y A. Zappi. — *Arch.*

*Oftal. de Buenos Aires*. T. XXI, núms. 10-11, octubre-noviembre 1946, pág. 325.

Con balanza de torsión modificada se mide en 14 aparatos el empuje que realiza el vástago de los tonómetros modelo Schiotz sobre córnea y la variación de dicho empuje entre 0 o 20 de la escala. En ninguno de los tonómetros examinados este empuje del vástago se encuentran variaciones que llegan hasta el 30 % del recorrido.

**Contribución oftalmológica al diagnóstico y tratamiento de un caso de cefalea.** —

A. D. Grammatico. — *Arch. Oftal. de Buenos Aires*. T. XXI, núm. 8, agosto 1946, pág. 219.

El autor describe el caso de un paciente que sufre fuertes cefaleas desde hace muchos años y que no ha podido mitigar, pese a que ha visitado a infinidad de médicos, los cuales atribuían a su especialidad las causas de la afección, instituyendo dispares tratamientos. Un minucioso examen clínico y oftalmológico demostró que se estaba en presencia de una paciente con un estado de inestabilidad vascular. Se instituyó un tratamiento destinado a estimular la irrigación vascular de las membranas oculares consistente en instalaciones de ergotropil, desapareciendo las cefaleas y haciéndose más amplio el campo visual. Simultáneamente tratamiento general con opoterapia tiroidea, levadura de cerveza y dieta adecuada de cenizas ácidas.

## PEDIATRIA

**Esclerosis múltiple en la infancia.** — H. R. Carter. — *Amer. J. of Dis. of Child.*, 138, 1946.

El A. destaca la relativa rareza de la esclerosis múltiple en los niños. Admitiendo una mayor variedad en la sintomatología en los niños que en los adultos, acepta la siguiente limitación para el diagnóstico clínico: una enfermedad esencialmente afebril, con un curso remitente crónico y con síntomas de interrupción funcional de componentes variables del sistema nervioso central. Presenta, a continuación cuatro casos en niños que comenzaron sus trastornos neurológicos a los 10 años, 9, 12 y 13 de edad. Comenta algunos problemas diagnóstico-diferenciales, con las siguientes enfermedades: encefalomiелitis agudas diseminadas de las enfermedades infecciosas, enfermedades familiares de Friedreich y Marie y tumores del eje encefálico. Hace una lista de medicamentos que se han ensayado empíricamente, con resultados muy dudosos: arsenicales, dicoumarin, suero hemolítico, lecitina, tiamina por vía subaracnoidea, piridoxina, rojo trypan, histamina intravenosa, cambio de clima. Finalmente, entra en algunas hipótesis etiológicas y patogénicas. Se ha pensado en el mecanismo alérgico; se han buscado enzimas de acción mielolítica.

## Información General

Facultad de Medicina de Barcelona

El Prof. Xavier Vilanova nuevo Catedrático de Dermatología

El día 1.º de julio se realizó en la Facultad de Medicina la toma de posesión de la Cátedra de Dermatología y Venereología por el Profesor XAVIER VILANOVA, recientemente designado para la misma en virtud de concurso de traslado. El acto fué presidido por el Ilmo. Sr. Decano Prof. SORIANO, asistiendo el Catedrático jubilado Prof. J. PEYRÍ y numerosos facultativos.

ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA se complace en expresar al ilustre Profesor su más cordial bienvenida, deseándole los mayores éxitos en su alto cometido.

# ELIXIR CALLOL

GLICEROFOSFATOS - KOLA - PEPSINA

**Poderoso tónico-reconstituyente - Eficaz eupéptico y digestivo**

**CONVALECENCIAS-FATIGA INTELECTUAL - AGOTAMIENTO FISICO  
ANOREXIAS Y DISPEPSIAS**

PARA MUESTRAS:

Apartado 520

**LABORATORIO CALLOL**

**BARCELONA**