

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

Núm. 4.264.—Tomo 96

AÑO OCHENTA Y DOS

31 Agosto 1935



SOLUCIÓN FUMOZE

Clorato de Magnesia
al décimo

CORIZA

Una cucharada de las de café en medio vaso de agua, al empezar cada comida.

(Deshidratación rápida de la mucosa nasal)

NEOPLASMAS

Dos cucharadas de las de postres por día, en dos veces.

(Muestra y Litteratura sobre pedido)

ETABLISSEMENTS FUMOZE, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS

Hygiene de la Mujer

POUDRE CHAUMEL

(Polvos Chaumel)

DESCONGESTIONANTE
ANTISÉPTICA
SUAVIZANTE



Etablissements FUMOZE
78, Faubourg St-Denis, Paris

PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Dolores del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOZE
78, Faubourg Saint-Denis, Paris



Representante en España, DANIEL ROBERT, Claris, 72.—Barcelona.

Ayuntamiento de Madrid

Balneario CALDAS DE OVIEDO

Especializado en la curación de **Reumas - Catarros - Consecuencias gripales**

GRAN HOTEL DEL BALNEARIO

(En el mismo edificio de los baños, estufas, inhalaciones etc.)

Todo confort - Cocina de primer orden a cargo de acreditado jefe de Madrid.
Automóvil del GRAN HOTEL a las estaciones de Oviedo

15 de JUNIO a 30 de SEPTIEMBRE

Balneario de Carlos III TRILLO

Temporada de 1.º de Julio
— a 15 de Septiembre —

Médico-director en propiedad: Excelentísimo señor don
VICTOR M.ª CORTEZ

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel
Deliciosa estación de verano. - Gran parque y monte
Clima de montaña, 780 metros
Servicio directo desde Madrid en tres horas.
Informes y folletos:
HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid

MEDINA DEL CAMPO (VALLADOLID)

Cloruradosódicas sulfurosas, variedad yodobromurada 15º

ESCROFULISMO, GINECOPATIAS,
REUMATISMO, ANEMIA, NEUROSIS

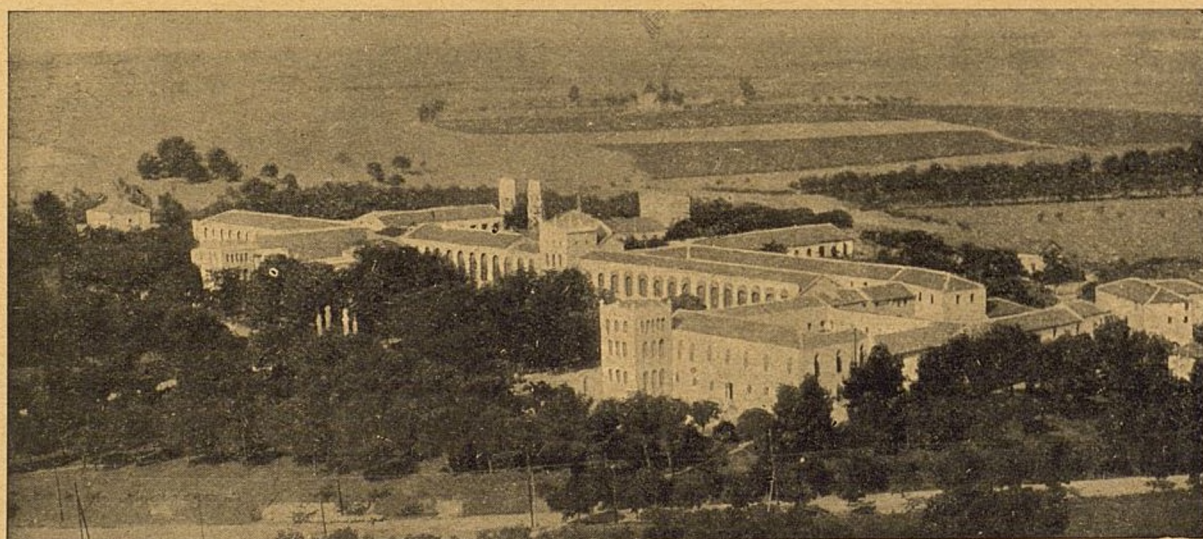
Temporada: 15 de Junio a 15 Septiembre

TERMAS ORION Santa Coloma de Farnés (Gerona)

Aguas agratotermas radioactivas. Las más fluoruradas
de Europa, contienen emanación de torium.

Enfermedades nerviosas, afecciones circulatorias,
reumatismos, procesos quirúrgicos

Temporada: Del 15 de Mayo al 31 de Octubre



SANATORIO PSIQUIATRICO ESQUERDO

FUNDADO EN 1877

PARA AMBOS SEXOS, CON SEPARACIÓN ABSOLUTA

Cuatro jardines exteriores e independientes con vistas al campo. Rodeado de pinar y terrenos propios
en extensión de 300 hectáreas, con dos granjas de labor, varias huertas y hoteles independientes.

TRATAMIENTOS MODERNOS ♦ CUATRO MÉDICOS INTERNOS

Director: JAIME ESQUERDO SAEZ

INFORMES.-MADRID. ... { Alfonso XI, 7
Teléfono 16962

SANATORIO. ... { Carabanchel Alto
Teléfono 20

Linimento:

Tigenol	} aa 10 gr.
Cloroformo	
Alcohol alcanforado.....	
	40 —

M.—Para fricciones locales.—Reumatismo muscular.

Loción:

Tigenol	20 gr.
Agua destilada.....	} aa 50 —
Alcohol de 80°.....	

M.—Dos lociones al día.—Urticaria.

Pomada:

Tigenol	4 a 8 gr.
Oxido de cinc.....	} aa 10 —
Almidón	
Diadermina	20 —

H. S. A.—Dos aplicaciones al día.—Seborrea.

(N. B.—En defecto de la diadermina, prescribase: vaselina y lanolina, aa 10 gramos.)

Soluciones:

Tigenol	60 a 100 gr.
Glicerina oficial.....	140 a 100 —

M.—Para impregnar torundas.—Vaginitis, metritis (sobre todo cervical), anexitis.

(N. B.—La solución a partes iguales sirve también para las úlceras varicosas y el psoriasis.)

Teobromina	50 centig.
Benzoato de sosa.....	10 —
Fosfato neutro de sosa.....	20 —

Para un sello. Número 20.—De cuatro a ocho al día, progresivamente.—Insuficiencia de la depuración urinaria (arteriosclerosis), cirrosis con ascitis.

Enemas:

Teobromina	2 a 4 gr.
Yema de huevo.....	Núm. 1.
Agua de cal.....	80 gr.

Emulsionese y adminístrese después de un enema evacuante (reténgase).—Enemas, anuria.

Poción:

Diuretina	2 a 5 gr.
Alcohol de 60°.....	10 —
Jarabe de azahar.....	40 a 60 —
Agua de lechuga.....	C. S. p. 150 ó 180 cc.

A cucharadas de las de sopa en el día.—Anuria, edemas, ascitis, uremia (?).

Niños de cinco a diez años:

Diuretina	1 a 2 gr.
Agua destilada.....	60 cc.
Jarabe de menta.....	40 —

M.—Una cucharada de las de postre cada hora.—Ascitis, edemas, pleuresía con derrame.

TERPINA

Farmacología.—Derivado de la trementina; cristales blancos, insípidos e inodoros, solubles en 250 partes de agua, en siete partes de alcohol de 90° y muy soluble en éter y en glicerina.

Acción fisiológica y terapéutica.—Sus propiedades son análogas a las de la trementina.

A pequeñas dosis (de 20 a 60 centigramos), la terpina aumenta y fluidifica las secreciones bronquiales, facilitando así la expectoración.

Además, a esta misma dosis obra como antiséptico de las vías urinarias y favorece la diuresis.

A dosis más elevada (de 80 centigramos a 1,20 gramos), su acción es opuesta. Por una parte, la terpina disminuye las secreciones bronquiales (hasta llegar a agotarlas), y, por otra parte, disminuye notablemente el volumen de la orina; y si el riñón no está sano, puede determinar anuria, albuminuria y hematuria.

A estas dosis elevadas, la terpina es hemostática (hemorragias del pulmón y del útero).

Modos de administración y dosis.—1.° A pequeñas dosis (de 30 a 60 centigramos), se emplea como expectorante y balsámica en las bronquitis y en la tuberculosis pulmonar, cuando la expectoración es difícil y va acompañada de tos pertinaz, y, como antiséptico renal y balsámico, en las pielitis y cistitis.

2.° A dosis elevada (de 80 a 1,20 y hasta 1,50 gramos), agota una expectoración muy abundante (broncorrea), y también sirve como hemostática contra las hemoptisis y las metrorragias.

(No deben darse más de 80 centigramos a los brífticos.)

Modos de administración.—En sellos, píldoras y pociones (alcoholizadas, o, lo que es mejor, en pociones,

Es antiséptico y parasitocida; también es antipruriginoso, y, de una manera general, analgésico; por último, es queratoplástico y poderoso resolutivo.

No es tóxico ni cáustico.

Indicaciones.—En Dermatología, en el tratamiento del eczema, el psoriasis, la urticaria, la forunculosis, la seborrea, etc.; también se emplea en el tratamiento de la erisipela y de las quemaduras y en las heridas superficiales (ulceraciones, etc.).

Para todos estos usos se emplea el tigenol en embrocaciones, pomadas y lociones.

En Ginecología (tratamiento local de las metritis, anoxitis, parametritis y leucorreas y en el puerperio).

Contra las prostatitis (supositorios resolutivos).

Contra el reumatismo subagudo y las artritis (linimentos y baños).

En Otología y en Oftalmología.

Modos de administración y dosis.—Aplicaciones de pomadas (de 10 a 20 por 100 de tigenol Roche), soluciones acuosas, glicerizadas o alcohólicas (de 10 a 50 por 100 del volumen total) y jabones.

Para las vías genitales, tapones glicerizados (de 30 a 50 de tigenol y de 70 a 50 de glicerina), óvulos (30 por 100).

Supositorios: de 10 centigramos.

Linimentos (para las artritis): lanolina y tigenol, aa p. i.

Baños: disuélvanse primero 50 gramos de jabón y después 100 gramos de tigenol.

Colodión:

Tigenol	10 gr.
Colodión elástico	20 —

M.—Dos embrocaciones al día.—Erisipela.

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

31-VIII-1935

La correspondencia de esta sección deberá dirigirse al señor Director con advertencia expresa de su destino, TERTULIA MEDICA, y la publicidad, a la Administración, Apartado 121, Madrid.

Los números fatídicos y sus propiedades

El número es algo misterioso. Por sí mismo, en apariencia, un número no significa nada, y al mismo tiempo se aplica indiferentemente y con la misma pauta a todo lo que existe. Si digo que "dos veces tres es igual a seis", esto es tan verdadero aplicado a manzanas o a estrellas. Toda la armonía, todas las leyes del Universo se indican por números. No hay otra fórmula.

Este misterio de los números ha preocupado por mucho tiempo los cerebros humanos, y Pitágoras fundó sobre él toda su filosofía. Después de este sabio, los ocultistas no han cesado de atribuir a cada número una virtud y propiedades particulares haciéndoles derivar de los tres primeros.

De 1 a 9.—1 es el número de lo absoluto, de lo desconocido; 2 es el de lo relativo, de la división. Hay que haber dos para querellarse, para refir. No vale decir que también ha de haber dos para amarse, porque, en el momento que se ama, no hay más que

nio humano dominando la Naturaleza. El 7 desarrolla lógicamente la misma significación triunfante; 6 y 9 participan de la armonía del número 3; el primero tiene algo de engañoso y de instable, que proviene del maleficio del 2, porque es un número par: es el de la belleza; el segundo (tres veces tres) es radiante: es la gloria.

Tres milésimas interpretadas.—Los otros números, arriba del 9, envuelven el significado de los primeros por la

tos son los impares o aquellos cuyas cifras adicionadas forman un número impar. El adagio latino dice: "Numero Deus impare gaudet"; la divinidad ama el número impar. La mala reputación del 13 consiste en que la suma de sus cifras es 4, el número de la ley inexorable y fatal. Pero "fatal" no quiere decir "desgraciado", no tiene el mismo sentido, y significa únicamente "inevitable". Hay dichas fatales, como hay desgracias: son las que nos ocurren sin que hayamos hecho nada para lograrlas. El número 13 es excelente para unos y detestable para otros. Nada es absoluto, y si hay personas que se arruinan en viernes 13, en el mismo día la fortuna que les deja va a favorecer a otras.

El significado general de los números lo descartan los ocultistas, quienes admiten que la virtud de cada número varía con los individuos, en virtud de una misteriosa armonía.

Los números y los individuos.—Cada uno de nosotros posee un número que le es benéfico, y otro que es maléfico. El número 13 es benéfico para Paul Deschanel, cuyo nombre y ape-

Diarreas estivales ELDOFORMO

"Bayer"

suma de sus cifras tomadas en valor absoluto. Así, la milésima de 1.929: $1 + 9 + 2 + 9 = 21 = 3$. Nuncio, por consiguiente, de un año venturoso (por el 3).

El 1.918, último año de la gran guerra, debía ser fausto: $1 + 9 + 2 + 8 = 11 = 10 + 1$. La unidad, el número de los números, lo absoluto. Haciendo parecidas combinaciones, se verá que el pronóstico es infalible.

El año 1914, cuyo número se liga al 76, tuvo ciertamente una grande y melancólica belleza: la del inmenso sacrificio en los campos de batalla. Pero hay otra circunstancia que explica su enorme tristeza: 6 no es solamente $3 + 3$, si que también $4 + 2$. Dos es la disputa, 4 es la Naturaleza inerte, la tierra en la que penan los hombres. Se peleó por la posesión de la tierra.

Estas propiedades varían con los individuos y los acontecimientos.—Tras esta exposición, muy elemental, es admisible creer en los números fatídicos. Esta creencia no tiene, ciertamente, nada de científico, en el mo-

SOPA DE AGRIMAX

(Sopa de "Babeurre")

Leche parcialmente descremada y acidificada — con la adición de Hidratos de carbono —

Fábrica y Laboratorio de Productos Dietéticos
MAX F. BERLOWITZ
Apartado 595 Madrid

uno. Sólo hay dos cuando entre ellos nace alguna divergencia. Así, pues, 2 es un número desgraciado, infausto; 3 es el número de la conciliación de los contrarios: los "unifica". Es, pues, la expresión de una unidad, no ya inconoscible, sino lógica. Lo que es lógico es excelente.

Después de esto se encuentra que 4 representa dos oposiciones, $2 + 2$, que se equilibran. Esto despierta una idea de inercia, de ley fatal, como todas las de la Naturaleza, a la que están sujetos todos los seres. Ley del tiempo, que evoca invariablemente las cuatro estaciones, las cuatro edades de la vida; ley del espacio, que encadena nuestra visión a los cuatro puntos cardinales; ley que hace girar indefinidamente las cuatro aspas del molino; 8 es dos veces cuatro; amplifica esta expresión de encarcelamiento.

Pero 5 es la unidad imponiéndose al cuaternario, la victoria del ejército sobre las fatalidades materiales, el ge-

HOSPÉDESE EN EL
GRAN HOTEL LONDRES
GALDO, 2, esquina a Carmen y Preciados,
próximo a la Puerta del Sol.-MADRID

dermo sentido de esta palabra. Pero está afirmada por turbadoras coincidencias. Pertenece a los espíritus curiosos sonar más hondamente la oculta "aritmología", de la que damos las primeras nociones.

En regla general, los números fas-

ION-CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio

Frasco e inyectables

lido suman 13 letras, que nació en día 13, se sacó en un 13 y fué aclamado como candidato a la presidencia de la República otro día 13. En cambio, Masenét, que temía al número 13, murió en 13 de agosto de 1912, año cuyas cifras suman 13.

Hay números que presiden a un mismo tiempo los sucesos importantes de un destino, sean afortunados o desgraciados. El 14 es el número de Enrique IV. Su nombre, Henri de Borbón, tiene 14 letras. Nació en 14, después de haber tenido tres veces 14 años, y nacido en Ivry un día 14. Su asesino, Ravaillac, fué ejecutado catorce días después de su crimen. El mismo número dominó en la existencia de su nieto Luis, catorce de nombre, mayor de edad a los 14 años y coronado rey un 14 de mayo.

Los números y los acontecimientos. Las influencia que los números parecen tener sobre los hombres parece haberla tenido también sobre los

grandes acontecimientos humanos. Chateaubriand observó que los dos grandes imperios de Occidente cayeron exactamente a mil años de distancia, el primero en 814, por la muerte de Carlomagno, el segundo en 1814, por la abdicación de Napoleón I. Hay más todavía: en 1914 se declaró la gran guerra, preludio de la caída del imperio germánico.

San Luis, Luis XVI y el número 539.—Podríamos multiplicar los ejemplos de esta clase. Nos limitaremos, para terminar, a unas cuantas citas de coincidencias muy notables. Luis XVI, descendiente de San Luis, nació, como él, un 23. Entre los dos nacimientos transcurrieron 539 años. Si se añade este número, 539, al de cada año del reinado de San Luis, que se señaló por suceso importante, se encuentra la fecha de un acontecimiento semejante en la vida de Luis XVI.

San Luis nació en 1215; Luis XVI, en 1754 (1215 + 539); Isabel, hermana de San Luis, nació en 1225; Isabel, hermana de Luis XVI, en 1764 (1225 + 539). El padre de San Luis murió en 1226; el de Luis XVI, en 1765 (1226 + 539). La menor edad de San Luis data del mismo año 1226, y Luis XVI heredó la corona 539 años después. San Luis firmó una tregua con Enrique III de Inglaterra en 1243, y Luis XVI firmó un tratado

sétilos tuvo en la Antigüedad y sigue teniendo en nuestra época, porque el hombre, a pesar del progreso, queda subyugado por lo invisible y lo desconocido. Los ocultistas siguen sacan-

do gran partido de esta propensión innata y, como dijimos al principio, en el caso de los números atribuyen a éstos una potencia maravillosa, lo que no es de extrañar que sobre los mismos fundó Pitágoras toda su filosofía.

LA PARAFINA

Por HERIBERTO DURAN
Ingeniero

Entre los productos obtenidos por la destilación del petróleo crudo—que suman varios centenares—figura la parafina. Se sabe que el petróleo crudo es una mezcla, en proporciones variables, de diferentes grupos de hidrocarburos homólogos, como los hidrocarburos saturados: unos cíclicos y otros acíclicos, pertenecientes a las series aromáticas llamadas bencénicas, nafténicas, etc., o a las series grasas, como la parafínica.

Los hidrocarburos parafínicos, cuya fórmula general es $C_n H_{2n+2}$, constituyen la mayor parte de las fracciones ligeras o volátiles de los petróleos crudos, bajo la forma de gases o de líquidos. Los miembros de este mismo grupo químico se encuentran en el estado sólido, en las fracciones que destilan a toda temperatura normal. Con la palabra "parafina" se designa una mezcla de hidrocarburos saturados, sólida a la temperatura ordinaria.

El nombre de parafina fué emplea-

do, por primera vez, por el profesor de Química Reichenbach, en 1830, para designar un producto obtenido en la brea de la madera de haya, dándole este nombre por causa de la "poca afinidad" que tenía. Poco después se obtuvo también parafina de los alquitranes de la hulla, de los esquistos y de la turba. La que proviene del petróleo se obtiene de las fracciones pesadas de la destilación. En los laboratorios se han podido aislar de las parafinas diferentes hidrocarburos sólidos. El término más bajo de esta serie es el hexadecano— $C_{16} H_{34}$, punto de fusión, 18° —; después viene el heptadecano—punto de fusión, $22,5^\circ$ —; el

octodecano—punto de fusión, 28° —; el último término conocido hoy es el hidrocarburo $C_{27} H_{56}$, de peso molecular, 800. En cambio, no se ha podido todavía aislar ninguno de los constituyentes sólidos, que pertenecen al grupo nafténico.

Fischer y Tropsch han llegado a obtener, por síntesis, parafinas que tienen hasta 70 átomos de C por molécula, con peso molecular de cerca de 1.000 y un punto de fusión de 110° . Es muy difícil aislar los compuestos definidos del petróleo crudo, porque existe un grandísimo número de combinaciones homólogas e isómeras, y también por causa de la débil actividad química de estas sustancias. Su separación es extremadamente difícil y no se pueden emplear más que los métodos físicos de destilación y de cristalización fraccionadas. Como hemos dicho repetidas veces, el dominio de la Química pura del petróleo está todavía muy poco explorado, y comprende muchísimos problemas que están aún por resolver.

Los trabajos más notables acerca procedente de los petróleos crudos parafina en los petróleos crudos, son los realizados por el Prof. Zaloziecki, de la Escuela Técnica Superior de Lemberg, y sus conclusiones son admitidas—por lo menos, en cuanto a sus puntos esenciales—por la mayoría de

JARABE ALMERA
A BASE DE FOSFATO DE CAL
GELATINOSO, EL MAS ASIMILABLE

los químicos de la industria petrolífera moderna.

Mientras que la parafina comercial, procedente de los petróleos crudos parafinosos, es cristalina, Zaloziecki ha logrado obtener de ella, mediante el empleo de disolventes, una parafina bajo la forma de sustancia amorfa, blanda, fusible a baja temperatura y muy parecida a la ozokerita— $C_{30} H_{62}$ —que es un compuesto de hidrocarburos sólidos y en relación estrecha, en cuanto a su origen, con los aceites minerales. Zaloziecki ha dado a la parafina por él obtenida el nombre de "protoparafina", y ha demostrado que los aceites minerales crudos, como la ozokerita, contienen ya parafinas cristalizables, mezcladas con algunos constituyentes coloidales.

Según Zaloziecki, y también según Engler, Höfer y Bestushew, estos co-

BARACHOL
Cura Eczemas, Erupciones y Enfermedades Rebeldes de la Piel.

loides impiden la cristalización de la parafina, y por esto la mezcla queda amorfa. La destilación destruye la es-

(Continúa en la página XIV.)

Jarabe Bebé.-Tetradinamo.-Septicemiol.-Purgantil (Jarabe de Frutas)

(Véase anuncio página I.)

con Jorge III de Inglaterra en 1782 (1243 + 539). San Luis visitó a un príncipe de Oriente que quería hacerse cristiano en 1249; otro príncipe de Oriente, que quería hacerse cristiano, envía una embajada a Luis XVI en 1788 (1249 + 539). San Luis es hecho prisionero en Mansora en 1250; Luis XVI es hecho prisionero del pueblo en 1789 (539 años después). Los Pastores se sublevan, con su apóstata al frente, en 1250; en 1789, siempre 539 años después, aparecen los jacobinos, y un sacerdote apóstata entrega su iglesia al pueblo, etcétera.

Si no hay sucesos debidos al azar, la persistencia con que se presentan es inquietante.

La historia de la Humanidad está llena de coincidencias por el estilo, en las que los números juegan un papel

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico.

ALCALA, 88. — MADRID

importante, dando pretexto a las cábalas y a las interpretaciones.

Ello no es más que una de las fases de la superstición, que tantos pro-

BENZOFORMINA
PRODUCE FORMOL
Y DESINFECTA ORGANISMO

do, por primera vez, por el profesor de Química Reichenbach, en 1830, para designar un producto obtenido en la brea de la madera de haya, dándole este nombre por causa de la "poca afinidad" que tenía. Poco después se obtuvo también parafina de los alquitranes de la hulla, de los esquistos y de la turba. La que proviene del petróleo se obtiene de las fracciones pesadas de la destilación. En los laboratorios se han podido aislar de las parafinas diferentes hidrocarburos sólidos. El término más bajo de esta serie es el hexadecano— $C_{16} H_{34}$, punto de fusión, 18° —; después viene el heptadecano—punto de fusión, $22,5^\circ$ —; el

HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

NEUMO

Cultivo de neumococos y variedades de ESTREPTOCOCOS,
GRIPE — NEUMONIA — PLEURESIA FIBRINOSA
ANGINAS CATARRALES — OTITIS — ERISIPELA.

GONO

Blenorragia. Metritis. Pelvipertonitis. Artritis.
Orquitis. Cistitis. Prostatitis.

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

ANTIPIOGENO.—Anginas. Acné. Forunculosis.
Anthrax. Abscesos e infecciones a estafilo.

Teoría de la inmunidad y todos los trabajos científicos publicados se remiten a los
Sres. Médicos que lo soliciten a **M. MARTIN YAÑEZ.-Apartado 384.-Madrid.**

Laboratorios biológicos Doctor Julio Méndez.-Buenos Aires.



**FABRICACION
NACIONAL**



FORMA COMERCIAL

COMPRIMIDOS: 0,01 gr. de
Tebaicin. - Frasco de 20
comprimidos

AMPOLLAS: Solución esteriliza-
da al 2% (1 c.c. contiene
0,02 de Tebaicin).

Caja de 3 ampollas de 1,1 c.c.
» 6 » 1,1 c.c.
» 12 » 1,1 c.c.

Agentes exclusivos para España:

Hijos de Honorio Riesgo, S. A.
Calle Mayor, 7. - Apartado 12077. - MADRID

TEBAICIN

PODEROSO CALMANTE

ANALGÉSICO - ANTIESPASMÓDICO - ENÉRGICO

Contiene la totalidad de los alcaloides
del Opio en forma de cloruros solubles
y puros, en la misma proporción que se
encuentran en el Opio, pero con la ven-
taja de tener siempre una composición
constante.



MONOTION

**Tiosulfato sódico anhidro obtenido por procedimiento
original ♦ Empleo por vía intramuscular o intravenosa**

DOSIS: 1.^a 0,05 — 2.^a 0,15 — 3.^a 0,30 — 4.^a 0,45 — 5.^a 0,60 gramos.

Ayuntamiento de Madrid

SKODA

AUTOMOVIL UTILITARIO POPULAR

Fabricado por los Establecimientos
SKODA, de Checoeslovaquia

Doctor, este es su coche

PATENTE 8 HP PARA MEDICO, 40 Ptas. SEMESTRE

Consumo gasolina,
7½ litros por 100 km.



VELOCIDAD,
90 Km. por hora.

Chassis indeformable, con tubo central,
empleado únicamente por las grandes marcas.

Cuatro ruedas independientes.

Cambio de marchas sincronizado.

Cuatro frenos y freno a mano.

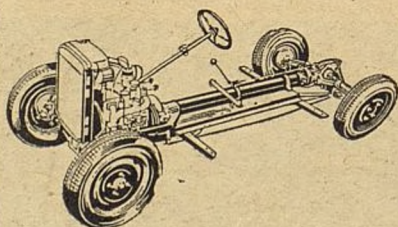
Instalación eléctrica Scintilla.

Espaciosas carrocerías aerodinámicas.

Amplio compartimento para maletas
en la parte posterior.

Neumáticos super-confort.

Equipo completo.



Pesetas

7.900

EN FRONTERA



Distribuidor Región Centro:

FRANCISCO SAINZ - Núñez de Balboa, 3

Teléfonos 53953 y 60589

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

HISTORIAL

■	Fundadores y Directores: D. Mariano Delgrás.—D. Serapio Escolar.—D. Francisco Méndez Alvaro.—D. Matías Nieto y Serrano.—D. Ramón Serret y Comín.—D. Angel Pulido y Fernández.—D. Carlos M. ^a Cortezo y Prieto.	■
---	---	---

PUBLICACIONES REFUNDIDAS.—Boletín de Medicina.—Gaceta Médica.—Genio Médico-Quirúrgico.
Correspondencia Médica.—La Sanidad Civil.—Revista Clínica de Madrid.

1854 AÑO OCHENTA Y DOS 1935

CONSEJO DE REDACCION CIENTIFICA

Presidente: Excmo. Sr. Prot. D. Amalio Gimeno y Cabañas
Conde de Gimeno, Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Vicepresidente: Excmo. Sr. Dr. Víctor M.^a Cortezo
Inspector general de Instituciones Sanitarias. Académico de número de la Nacional de Medicina. Profesor del Instituto Nacional de Sanidad.

VOCALES

Dr. MARIANO ACENA De la Beneficencia Municipal de Madrid.	Prof. A. GARCIA Y TAPIA De la Facultad de Madrid, Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. NICASIO MARISCAL Y GARCIA Director del Instituto Nacional de Toxicología. Académico y Secretario perpetuo de la Academia Nacional de Medicina.	Dr. J. MARTIN RENEDO Jefe de la Clínica Oftalmológica del Hospital Militar de Carabanchel.
Dr. VITAL AZA Y DIAZ Director del Sanatorio quirúrgico de Santa Alicia. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. MARIANO GOMEZ ULLA Inspector general de Cirugía del Ejército.	Dr. A. MORANA Y JIMENEZ Análisis clínicos.	Prof. R. ROYO-VILLANOVA De la Facultad de Valladolid. Académico C. de Valladolid en la Nacional de Medicina.
Prof. J. BLANC Y FORTACIN Agregado de la Facultad de Madrid. Jefe de Clínica del Hospital de la Beneficencia general. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Dr. F. GONZALEZ DELEITO Teniente Coronel Médico. Jefe de la Clínica Psiquiátrica Militar de Cuernavaca.	Dr. F. MURILLO Y PALACIO Ex Director general de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. J. SARABIA Y PARDO Pediatra. Decano del Hospital del Niño Jesús. Académico de número de la Nacional de Medicina.
Dr. JULIO BRAVO Jefe de la Sección de Propaganda de la Dirección general de Sanidad. Médico de los Dispensarios Antivenéreos nacionales.	Dr. JOSE GOYANES Y CAPDEVILA Decano de la Beneficencia provincial. Académico de número y Bibliotecario de la Nacional de Medicina.	Prof. J. A. PALANCA Y MARTINEZ FORTUN Ex Director general de Sanidad. Profesor del Instituto Nacional. Académico de la Nacional de Medicina.	Prof. ANTONIO SIMONENA Y ZABALEGUI De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de la Nacional de Medicina.
Dr. SANTIAGO CARRO Profesor del Instituto Rubio. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. BALTASAR HERNANDEZ-BRIZ De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Prof. ANTONIO PIGA Y PASQUAL Médico forense de Madrid. Presidente del Colegio de Médicos de Madrid.	Prof. ENRIQUE SUÑER Y ORDONEZ De la Facultad de Medicina de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina. Director de la Escuela Nacional de Puericultura.
Prof. A. FERNANDEZ MARTIN Auxiliar de la Facultad de Madrid. De la Beneficencia Municipal de Madrid.	Dr. J. DE ISASA Y ADARO Pediatra.	Prof. GUSTAVO PITTALUGA Y FATORINI De la Facultad de Madrid. Director de la Escuela Nacional de Sanidad. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. J. M.^a TOME Y BONA Dermatólogo. Bibliotecario de la Academia de Dermatología y Sifiliografía.
Dr. E. FERNANDEZ SANZ Presidente de la Liga Nacional de Higiene Mental. Académico de número de la Nacional de Medicina.	Dr. SANTIAGO LARREGLA Jefe del Laboratorio del Hospital de San Francisco de Paula y del de Pediatría de la Facultad de Medicina.	Dr. A. PULIDO Y MARTIN Urólogo. De la Beneficencia provincial. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Dr. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE De la Beneficencia provincial. Académico de la Nacional de Medicina.
Prof. FIDEL FERNANDEZ Y MARTINEZ De la Facultad de Granada. De la Beneficencia general y Académico C. en la Nacional de Medicina.	Dr. E. LUENGO Y ARROYO Del Instituto Nacional de Higiene.	Dres. JULIAN Y SANTIAGO RATERA Y BOTELLA Radiólogos. De la Beneficencia Provincial. Académicos C. de Madrid en la Nacional de Medicina.	Dr. J. VALDES LAMBEA Jefe de los Servicios de Tuberculosis del Hospital Militar y Profesor de Fisiología del Ejército. Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.
Dr. S. GARCIA VICENTE Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal de Madrid.	Prof. GREGORIO MARAÑON Y POSADILLO De la Facultad de Madrid. Académico de número de la Nacional de Medicina.		Dr. J. M.^a DE VILLAVARDE Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neurosiquiatra de la Beneficencia Provincial de Madrid.
	Dr. MANUEL MARIN AMAT Jefe del servicio de Oftalmología de la Beneficencia provincial de Madrid. Académico C. de la Nacional de Medicina.		

Vocal consultor jurídico: Dr. José M.^a Cordero y Torres, oficial letrado del Consejo de Estado.

Director: F. JAVIER M.^a CORTEZO y COLLANTES, oficial facultativo de la Academia Nacional de Medicina
Académico C. de Madrid en la Nacional de Medicina.

Redacción y Administración: Serrano, núm. 58. - Madrid. - Teléfono 52703

PRECIOS DE SUSCRIPCION

En toda España, América y Portugal, 25 pesetas al año, 14 semestre y 8 trimestre. Los demás países, 50 pesetas.
Número corriente 1 peseta. — Toda suscripción se considera prorrogada, de no recibir aviso en contra. — Pago adelantado
Número atrasado, 2 pesetas.

La correspondencia administrativa y giros al Administrador. }
La científica y profesional al Director. } Apartado de Correos núm. 121

PROGRAMA CIENTÍFICO

LEMA: PROGRESSI SUMUS, PROGREDIMUS, PROGREDIEMUR

Ciencia española.—Archivo e inventario del Tesoro Clínico, de los trabajos de investigación y de los laboratorios nacionales.—Crítica, análisis y aceptación de los progresos extranjeros.—Fomento de la enseñanza.—Todos los Hospitales y Asilos serán Clínicas de enseñanza.—Edificios decorosos y suficientes.—Independencia del Profesorado y purificación en su ingreso.—Fomento, premios y auxilios a los estudiantes y su ampliación dentro y fuera de España.

SUMARIO.—SECCIÓN CIENTÍFICA: La litiasis reno-ureteral bilateral, por el Dr. Pedro Cifuentes.—Salvarsanoterapia intramuscular, por Enrique A. Sáinz de Aja.—La ruta de Esculapio, por el Dr. Albiñana y Sanz.—BIBLIOGRAFÍAS.—PERIÓDICOS MÉDICOS.

LA LITIASIS RENO-URETERAL BILATERAL (Estudio clínico e indicaciones en su tratamiento)

POR EL

Dr. PEDRO CIFUENTES

Cirujano-urólogo y Decano-Jefe del Hospital de la Beneficencia General (antes de la Princesa)
Académico de número de la Nacional de Medicina

(Continuación)

IV.—DIAGNÓSTICO Y EXPLORACIÓN EN LA LITIASIS BILATERAL.

Ya hemos indicado la posibilidad de que la litiasis bilateral evolucione sin síntomas apreciables, apareciendo éstos solamente en períodos muy avanzados con relación al crecimiento o tamaño del cálculo.

En general, se observan los variados síntomas de la litiasis que han de orientar nuestro diagnóstico en ese sentido. En algunos enfermos estos síntomas faltan parcial o totalmente, y el motivo principal de requerir asistencia médica podrá ser por accesos febriles aislados o una febrícula persistente, y en ambos casos con orinas turbias, francamente purulentas. Ante estos síntomas, y con tanto más motivo cuanto que podemos observar, explorando atentamente, alguna sensibilidad dolorosa en la región renal, la idea de un proceso pielonefrítico es la que ha de dominar en nuestro ánimo; conveniente será en estos casos el análisis citobacteriológico de la orina para conocer la naturaleza de la infección.

Pero la exploración principalísima e inexcusable en estos enfermos ha de ser la radiografía. Cuando los síntomas objetivos o subjetivos hagan sospechar la existencia de litiasis, la exploración ha de hacerse sin limitar nuestra atención al solo riñón donde radiquen las molestias, sino a todo el aparato urinario. Este criterio es el que ha de dominar en la exploración radiográfica, y, felizmente, hace ya tiempo que ésta es la conducta seguida, pues cuando sólo se obtenían radiografías limitadas a un sector urinario determinado, pasaban desapercibidos los cálculos que seguían su evolución en otros sectores. En la litiasis urinaria no es raro observar el hecho de padecer un enfermo un cálculo vesical, y la radiografía descubrir que al mismo tiempo existe un cálculo en el riñón, que permanecería ignorado. Otras veces la radiografía no acusa cálculos en el riñón que produce dolores, descubriendo cálculos en el otro riñón, y, por lo que a la litiasis bilateral se refiere, es muy frecuente que la radiografía amplia, sistemática,

de todo el aparato urinario, nos dé a conocer la existencia de una calculosis bilateral donde solo, por los síntomas objetivos, se pensaba en litiasis unilateral.

Los síntomas clínicos, objetivos y subjetivos, aunque puedan tener un innegable valor, no son más que guías excelentes conducentes al diagnóstico que ha de ser afirmado por la radiografía.

La piuria persistente sin síntomas vesicales es siempre sospechosa de litiasis renal; por lo tanto, todo enfermo con piuria sin otros síntomas, debe ser sometido siempre a la radiografía. Es precisamente de esta manera como muchos cálculos latentes, y con frecuencia bilaterales, han sido descubiertos cuando ya su tamaño era considerable.

La radiografía simple nos proporciona interesantes datos en la litiasis urinaria; pero sólo en lo referente a la existencia del cálculo, forma y tamaño de éste. Por su relación o distancia a la 12.^a costilla, vértebras, y su relación con la sombra del contorno renal, cuando éste ha podido ser obtenido, podemos, en muchos casos, tener una idea de su situación; pero en otros este dato no podrá ser interpretado con exactitud en la radiografía simple. Tampoco ésta nos dirá nada acerca del estado, deforme o dilatado, de las cavidades renales y del uréter, y para esto hemos de recurrir a la pielografía ascendente o a la urografía intravenosa.

La pielografía ascendente proporcionará esos datos con gran claridad; en cambio, el líquido empleado puede, a veces, ocultar totalmente con su sombra la del cálculo, ya que el contraste sólo podrá ser apreciado cuando la densidad de sombras sea distinta. Aparte de esto, la pielografía ascendente reúne algunos inconvenientes, como son las molestias dolorosas, provocandoseudocólicos nefríticos y posible infección o agudización de la ya existente, inconvenientes muy acertadamente señalados por BELOT y PASTEUR en su ponencia a la A. F. de U., en 1927. Para los cálculos ureterales dudosos es recomendable la radiografía con sonda opaca o la ureterografía ascendente con líquido opaco, sobre cuyas

Sistomensina

"Ciba"

Hormona ovárica liposoluble
(Luteolipoide)
que regulariza los fenómenos
del ciclo menstrual.

Dismenorrea funcional,
metrorragias,
hemorragias de la
pubertad y menopausia,
reglas profusas y anor-
malmente prolongadas

Muestras y literatura:

**CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA
DE PRODUCTOS QUÍMICOS**

Barcelona
Aragón, 285



Madrid
M. de Cubas, 5



ANEMIAS



hepa

PRINCIPIO
AISLADO
CON HIERRO

ANTIANÉMICO
DEL HÍGADO
Y COBRE

J A R A B E

CADA FRASCO DE 100 C.C. CONTIENE
EL PRINCIPIO ANTIANÉMICO DE
1000 GRS. DE HÍGADO FRESCO

INYECTABLE

LA EFICACIA DE 2000 GRS. DE
HÍGADO POR AMPOLLA DE 2 C.C.
CAJAS DE 10 AMPOLLAS DE 2 C.C.

PRODUCTO NETAMENTE NACIONAL



LABORATORIOS JUSTE • MADRID •

FRANCISCO NAVACERRADA, 3 • HOTEL
APARTADO DE CORREOS 9030

características no hemos de detenernos, por no constituir esto materia para este trabajo.

La aplicación de la urografía intravenosa es de una indiscutible utilidad en la litiasis renal, y muy principalmente en la bilateral, puesto que, además de los datos de localización del cálculo y los referentes a configuración y tamaño de riñón y sus cavidades, nos proporciona muy interesantes datos sobre la eliminación de la substancia empleada (Uroselectan, Abrodil), lo que ha de reflejar una impresión sobre el valor funcional de cada riñón.

Aunque se dé preferencia a la urografía intravenosa sobre la radiografía simple, es aconsejable, y esta conducta seguimos nosotros, practicar primero una radiografía simple, para evitar que en una primera y única exploración de urografía intravenosa, como en algunos casos hemos visto, puedan pasar desapercibidas sombras calcúlosas enmascaradas por la sombra opaca de la substancia empleada, casos que motivaron diagnósticos erróneos de pielonefritis variadas, por ignorarse la presencia del cálculo que había pasado desapercibido a la exploración.

En ciertos casos de litiasis en que aparecen sombras poco marcadas o dudosas en los riñones, es aconsejable hacer la neumopielografía, con la que ciertos cálculos, cuya densidad les hace no ser muy opacos a los rayos X, se harán más visibles con ese contraste gaseoso. Tal ocurrió en dos de nuestros casos, en que, siendo la radiografía absolutamente negativa, los persistentes síntomas nos hicieron recurrir a practicar una neumopielografía que demostró la existencia de un cálculo en la pelvis del riñón izquierdo. Este método, ideado por BURKHARD y POLANO en 1907, estuvo casi olvidado muchos años, habiendo sido de nuevo preconizado por GOTTLIEB en Rusia, LICHTENBERG en Alemania y CHAUVIN en Francia. En estos casos dudosos consideramos preferible la neumopielografía a la pielografía ascendente, preconizada también como contraste para descubrir cálculos de poca densidad, pero nuestra opinión es que con la pielografía ascendente en la litiasis hemos de ser muy parcos al aplicarla, por el peligro de infección ya mencionado anteriormente, lo que en algunos casos podría trastornar el plan de indicación operatoria.

La separación de orinas por cateterismo ureteral ha de ser de gran utilidad en la litiasis bilateral, cuando, además de la prueba de urografía intravenosa queramos precisar con más detalle el estado funcional de cada riñón, y principalmente será insustituible si pretendemos conocer el grado de infección que existe en cada lado, y el poder de concentración de la orina en cada riñón, determinando así si el caso que observamos es susceptible de cirugía conservadora en ambos lados o de si existe un riñón con función totalmente anulada. La ex-

ploración por índigo carmín es muy útil también para ese conocimiento.

Debemos hacer siempre en la litiasis bilateral la exploración global de la función renal, suficiente en algunos casos para decidir una intervención operatoria. Damos la preferencia para estas pruebas globales a la determinación de la urea sanguínea y la prueba de eliminación de la fenolsulfonaftaleína (F. S. F.).

En la cantidad de urea de la sangre no debemos olvidar, como hace notar WILDBOLZ, que su valor es mayor en las cifras altas, por indicar una indudable retención; pero en las cifras bajas no lo tiene tanto, ya que en es-

tos casos no nos informa con exactitud sobre una buena permeabilidad renal, por estar demostrada la existencia de pequeñas azotemias, coexistiendo con insuficiencias renales, en lo que intervienen otros factores (persistente régimen hipozoado anterior, insuficiencia hepática, estado hidrémico, etc.). Por esto en las pruebas globales no hemos de limitarnos al empleo de una de ellas, sino que es recomendable emplear alguna más. A este fin practicamos también, desde 1913, la prueba de F. S. F., que, en general, nos ha proporcionado siempre muy úti-

les datos. Hemos observado que existe un innegable paralelismo entre el resultado de la prueba de F. S. F. y la cifra de urea de la sangre, muy elocuente para la apreciación de la función renal. Autores hay, sin embargo, como MAYER y JOURDAIN (*Archives des Mal. des Reins*, tomo VI, fasc. 2), que combaten esta opinión, considerando que ese paralelismo es poco sólido y presentan sobre ello múltiples casos. En nuestra opinión, ciertos hechos aislados en que esa correlación no haya sido apreciada, no quita en absoluto el valor a dicha relación, que ha sido defendida por VIDAL (*Patologie des Reins, Traité de Médecine*, 1929), PASTEUR y VALLERY-RUDOT (*Maladies des Reins*, París, 1926), y HELOUIN (*Presse Médicale*, 1926), y también observada desde hace mucho tiempo por nosotros. En enfermos renales en que, conocida su afección, son sometidos a un persistente régimen hiponitrogenado, puede observarse frecuentemente esa falta de paralelismo (cifra de urea sanguínea normal o ligeramente elevada con eliminación deficiente de la F. S. F.), que en estos casos ha de carecer de valor, teniendo en cuenta esas circunstancias del régimen a que están sometidos los enfermos, que influyen, como ya hemos indicado, sobre la retención ureica. Al perder esta cifra forzosamente su paralelismo con el verdadero estado de permeabilidad renal, puede, pues, darse el caso en que, con azotemia de cifra normal, exista una marcada disminución de la eliminación de la F. S. F. (estados cardíacos, cirróticos, etc.), y, en cambio, también podrá observarse que con elevadas azotemias coexista una buena eliminación de F. S. F. (hipertensión elevada, nefritis aguda, etc.); estos hechos, aunque pueden presentarse, son la excepción, y, en general, hemos

Avance de sumario para el número siguiente

(6 de septiembre de 1935)

DR. F. GONZÁLEZ DELEITO: Medicina legal de la parálisis general progresiva.

DR. PEDRO CIFUENTES: La litiasis reno-ureteral bilateral. (Conclusión.)

DR. ANTONIO DE TENA Y MOLERA: Hipocloremia e hiperemesis gravídica.

DR. ALBIÑANA: La ruta de Esculapio XII.

Bibliografías.

Periódicos.

Sección profesional.

de admitir un vidente paralelismo entre ambas pruebas, con la salvedad de esas posibles alteraciones.

V.—INDICACIONES OPERATORIAS.

El capítulo más importante en la litiasis bilateral es el referente a las indicaciones operatorias y tratamiento que en cada variedad ha de ser aplicado. Refiriéndonos sólo en este trabajo a la litiasis quirúrgica, hemos de recordar que antes de la época radiográfica, los cirujanos y urólogos no hacían mención de indicación operatoria en la litiasis bilateral, por ser esta variedad de litiasis escasamente observada. Por eso las obras clásicas antiguas (CIVIALE, THOMPSON, GUYON) no mencionan ni inician siquiera su estudio. Es LEGUEU, en su tesis de 1891, uno de los primeros en llamar la atención sobre la frecuencia de la litiasis bilateral; pero hasta principios de este siglo, en 1907, no se trata de las indicaciones operatorias (*As. Fr. de Urología*), con motivo de una comunicación de este autor, donde se plantea ya el problema de si debe operarse sobre los dos riñones en la misma sesión o en dos sesiones, y en este último caso, sobre cuál riñón debe operarse primero.

En la litiasis bilateral, la primera parte del problema quirúrgico ha de ser resuelta sobre tres principales cuestiones:

1.ª Si la operación debe ser hecha sobre los dos lados en una o en dos sesiones.

2.ª Si es en dos sesiones, sobre qué riñón debe ser hecha la primera operación.

3.ª Clase de operación a realizar en ambos lados.

Respecto al primer punto, la opinión más generalizada es la de operar en dos sesiones. La operación en una sola sesión es rechazada por la mayoría de los autores, teniendo en cuenta el traumatismo operatorio que supone sobre el tejido renal, así como el *shock* producido por una larga anestesia, habiendo sido los principales defensores de esta tendencia autores como LEGUEU (7), ALBARRÁN (8), ROSENSTEIN (9), MÖRL (10), RAVASSINI (11), NICOLICH (12), ROCHET (13), BRAASCH (14) y RAFIN (15).

Sólo en casos muy excepcionales ha podido ser efectuada la operación bilateral en una sola sesión, si el enfermo tiene buenas condiciones de resistencia, si los cálculos son pequeños y susceptibles de ser extraídos por pielotomía, y permitiéndolo el estado anatómico y funcional de ambos riñones. KRETSCHMER (19) operó un enfermo de ureterotomía izquierda, y en la misma sesión, nefrotomía en el lado derecho. MARIÓN (20) preconiza también en algunos casos la doble pielotomía; pero repetimos que sólo excepcionalmente se podrá realizar esta conducta. MORÁN (21) practicó en un niño de cinco años y medio nefrotomía en ambos lados, con éxito. TENAIN (22) publicó también un caso de cálculos renales tratados por doble pielotomía en una sesión. SMITH (67) también preconiza la doble intervención simultánea cuando el enfermo es resistente.

Son pocos los partidarios de esta doble intervención simultánea, siendo aceptado, en general, el concepto de operar en dos sesiones separadas por un plazo mínimo de uno o dos meses, ampliable según las condiciones de cada caso. No puede establecerse una pauta fija en la duración de ese plazo, pues casos hay en que sea conveniente prolongarle más, antes de intervenir sobre el

otro riñón. En nuestros casos, nunca hemos operado los dos riñones en la misma sesión, por ser convencidos partidarios de efectuarlo en dos tiempos.

Con la operación en dos tiempos no sólo disminuimos la intensidad del *shock* operatorio, sino que damos suficiente tiempo para que se restablezca y mejore la función del riñón primeramente operado, condición que siempre favorecerá la actuación sobre el otro riñón si la función renal global estaba ya comprometida. Conviene tener en cuenta lo que dice LEGUEU (7): "Reducida a un solo lado la operación, es ya bastante grave por sí sola, por la deficiencia de un riñón o de los dos...", y las observaciones sobre que funda sus conclusiones ponen en evidencia, según este autor, "los peligros de un traumatismo exagerado sobre estos enfermos, y lo conveniente que es el dosificar una intervención para hacer que ésta sea soportable y eficaz".

* * *

Si tenemos en cuenta que el pronóstico de la litiasis bilateral es grave y que la presencia de un cálculo produce siempre en el riñón lesiones infectivas y destructivas, que si en un principio son puramente cavitarias, la propagación al parénquima es su final, con la progresiva destrucción del mismo por esclerosis, se comprende la necesidad, teóricamente, de la operación para salvar, si no los dos riñones, uno, por lo menos, necesidad que ha de existir dentro de las limitaciones que más adelante expondremos al hablar de las indicaciones operatorias.

No hay completo acuerdo en lo referente a qué riñón debe ser operado primero. ALBARRÁN y LEGUEU (7-8) preconizaron que debe operarse el riñón menos enfermo, con objeto de asegurar el restablecimiento de éste antes de que se produjeran lesiones más acentuadas, y para poder actuar después con más libertad de acción sobre el riñón más enfermo, practicando en éste, si preciso fuese, una nefrectomía.

Esta conducta ha sido también defendida por NICOLICH (1), EDGERTON (23) y otros, siendo la que ha tenido mayor aceptación. No obstante, TREPLIN defendía la operación primera sobre el riñón más enfermo, y así ha procedido en algunos casos RAFIN (15), preconizando también estas ideas MARIÓN y SMITH.

NICOLICH (12) modifica también un tanto su manera de pensar, y se inclina a efectuar la primera operación sobre el riñón de peor función, fundándose en un caso en que el riñón derecho padecía una hidronefrosis cerrada, y el izquierdo contenía un cálculo sin lesiones acentuadas; operó primero el lado derecho por nefrectomía y después el izquierdo por nefrotomía, y en sus consideraciones declara que si así no hubiese procedido y hubiese operado primero el lado izquierdo le preocupaba la idea de que hubiese surgido algún accidente en esta primera intervención, que hubiese obligado a practicar una nefrectomía en dicho riñón izquierdo, lo cual hubiese sido una grave situación, dada la lesión del otro lado.

Esta posibilidad de algún accidente operatorio en el lado menos enfermo y primero operado es lo que para algunos autores ha sido la causa de aconsejar la operación primera sobre el riñón más enfermo; pero el razonamiento lo consideramos un tanto pueril, ya que el accidente podría ocurrir también en la segunda opera-

ción (sobre el riñón menos enfermo), siendo la situación de la misma gravedad, si precisamente el riñón más enfermo hubiese tenido que ser nefrectomizado.

RAVASSINI (11) considera que es preciso extender la indicación operatoria tan lejos como sea posible, pues los enfermos están demasiado cerca de la muerte para que vacilemos en una operación que puede salvarlos.

Aunque reconociendo un buen deseo en esta aseveración de RAVASSINI, en la práctica no puede admitirse ese tan amplio optimismo, como más adelante hemos de exponer.

La opinión más generalizada actualmente entre los urólogos es la de operar primero el riñón menos enfermo (LEGUEU, MÖRL, ROSENSTEIN, RAVASSINI, ROCHET, RAFIN, BRAASCH, etc.). Sin embargo, muchos de estos autores hacen la salvedad de la conveniencia, en ciertos casos, de operar primero el riñón más enfermo si el estado de éste constituye un peligro para la vida del paciente. Este eclecticismo es lo razonable: no es posible aplicar una pauta sistemática ante la variedad de casos clínicos, y nuestra conducta va de acuerdo con el criterio de estos autores.

Planteado el problema de este modo, es decir, de operar primero el riñón menos enfermo, conviene establecer qué entendemos por riñón menos enfermo. Ha de referirse esto al tamaño del cálculo, su situación y al estado del riñón, tanto funcional como anatómico, principalmente en lo que a la infección se refiere. Hemos de considerar, por lo tanto, como riñón menos enfermo un riñón en que el cálculo sea pequeño, que asiente en la pelvis renal, siendo factible la pielotomía, y que conserve dicho riñón una función aceptable, con ninguna o escasa infección. Si estas condiciones no se reúnen completamente, han de establecerse por comparación con el otro riñón, si éste está profundamente infectado y alterado en su función o con cálculos muy grandes o múltiples.

ROCHET (13) admite tres categorías para lo que se refiere a las indicaciones operatorias:

A) *Pequeños cálculos en los dos riñones.*—Son justificables de tratamiento médico. Sin embargo, debe intervenir en los casos de cólicos nefríticos repetidos y tenaces sobre el riñón que más sufrimiento produce o que ocasione más hematuria. También debe operarse en los casos de enclavamiento del cálculo en el uréter, haciendo ureterotomía.

B) *Pequeño cálculo de un lado y cálculo grande en el otro.*—Preconiza la operación sobre el riñón menos lesionado (cálculo más pequeño), puesto que en este caso el riñón está expuesto a ser bloqueado por el cálculo con serios accidentes.

C) *Cálculos grandes en los dos riñones.*—Está indicada la operación si la fiebre y los dolores señalan un estado piónefrótico en un lado, estando autorizados a practicar la nefrectomía. Fuera de estos accidentes agudos, aconseja no precipitarse en operar; los dos riñones están casi igualmente enfermos y conceptúa muy peligrosa la operación. Los enfermos, según ROCHET, pueden vivir aún mucho tiempo, y aunque están condenados, no debemos precipitar su fin.

Conceptuamos estas indicaciones trazadas por ROCHET como poco detalladas fundamentalmente. No precisa cuál es el riñón a estimar como más sano en el segundo grupo, pues el tamaño del cálculo no puede, en ge-

neral, servirnos de guía, y respecto a los casos de gruesos cálculos en ambos riñones, no puede aconsejarse la nefrectomía de un riñón piónefrótico como indicación general, por haber muchos casos de esta índole en que es más aconsejable la nefrostomía que la extirpación del riñón.

Puede darse también el caso de un riñón en el que el cálculo sea muy pequeño y, sin embargo, sea el riñón más enfermo. Tal puede ocurrir cuando el cálculo, por su situación en la pelvis renal, obstruye el vértice de la misma o pasa al uréter, obstruyendo este conducto; en estos casos el riñón sufre rápidamente los efectos de esa obstrucción, pudiendo comprobarse por el cateterismo y por la urografía intravenosa, o con el carmín de indigo, que su valor funcional queda rápidamente anulado. En estas condiciones, aunque en el otro riñón existan cálculos múltiples o cálculo voluminoso, el riñón más enfermo será el primero, en el cual es necesario y urge suprimir el bloqueo a que está sometido por el pequeño cálculo.

MARTÍN (26), en un caso en que había en el riñón derecho un cálculo ramificado y en el uréter del lado izquierdo un cálculo detenido, se vió obligado a operar primero el riñón derecho, por existir alarmante síntomas de piónefrosis con fiebre alta, haciendo nefrectomía; en la misma sesión practicó la ureterotomía sobre el lado izquierdo, operaciones que curaron a la enferma.

LEGUEU (4) y BRAASCH (14) reconocen también la necesidad, en ciertos casos, de operar primero sobre el lado más alterado cuando complicaciones infecciosas agudas sean de inminente gravedad para el enfermo. El segundo autor de los citados insiste en que, exceptuados estos casos, debe ser siempre operado primero el riñón menos lesionado y que funcione mejor.

MARIÓN (20) aconseja salvar uno de los dos riñones y no proceder a la nefrectomía más que como último trance. Los cálculos pequeños en ambas pelvis renales, siendo justificables de pielotomía, podrán ser tratados con esta doble operación, en ciertos casos, en una sesión. En los cálculos grandes de ambos riñones, este autor aconseja la nefrotomía, operando primero el riñón más enfermo. Si se presentase recidiva, aconseja la nefrostomía. En los casos en que el estado funcional de los riñones es muy deficiente, la abstención operatoria será la conducta a seguir, y en especial cuando el enfermo ofrezca pocas resistencias orgánicas. En los casos de cálculos gigantes bilaterales, bien tolerados, aconseja también la abstención.

Como dice muy bien PHELIP (27), es difícil establecer reglas fijas en esta cuestión, estableciendo una pauta general en la conducta a seguir. Es cuestión de tacto, que cada cirujano deberá resolver en cada caso.

Salvando la posibilidad de un accidente operatorio (desgarro, hemorragia, etc.), que pueda acontecer en la primera operación, cosa que si siempre se pensara y temiera contraindicaría la operación en enfermedades renales, creo que cuando no existen indicaciones urgentes por parte de uno de los riñones y se vislumbra la posibilidad de tener que practicar una nefrectomía en uno de los lados, es conveniente seguir el consejo de ALBARRÁN y LEGUEU de operar primero el menos enfermo, especialmente si en éste el cálculo es pequeño, ya intrarenal o en pelvis renal; en este último caso, una pielotomía suprimirá la posibilidad de una obstrucción y ase-

guraré disponer de un riñón en buen estado para soportar la operación sobre el otro.

Pero como la variedad de los casos es grande, no puede admitirse este criterio al pie de la letra y de un modo general. La dirección de nuestra conducta a seguir ha de depender de las condiciones de cada caso y, en general, hay que dar preferencia en la litiasis bilateral a la operación conservadora en los dos lados, pielotomía o nefrotomía, y sólo en los casos en que un riñón esté muy anulado y contando con que el otro tenga capacidad suficiente para sostener la función renal, podrá practicarse la nefrectomía del lado más enfermo. *Lo fundamental es siempre asegurar la función en un lado, o sea salvar un riñón.*

Las indicaciones operatorias deben estar basadas en varias condiciones: caracteres del cálculo, su localización, estado anatómico del riñón, estado de la función renal y estado general del enfermo, dependiendo de este conjunto si procede o no operación, y, en caso afirmativo, lado que debe operarse primero y procedimiento operatorio a seguir.

Hemos de examinar estas indicaciones, formando primero tres grandes grupos de litiasis renoureteral bilateral, con arreglo a la localización de los cálculos.

I. CÁLCULOS RENALES EN AMBOS LADOS.

A) En los dos lados existe una apreciable igualdad de condiciones referentes al tamaño del cálculo y estado de la función y tejido renal; en estos casos es indiferente empezar por un lado u otro, a menos que existan síntomas (dolores o hemorragias) que hagan preferible la primera operación en uno de ellos. Comprende este grupo dos variedades:

1.º Cálculos pequeños susceptibles de ser extraídos por pielotomía en una o varias sesiones. Pielotomía. Si son mayores, nefrotomía.

2.º Cálculos múltiples o gigantes en ambos lados (No operar, a menos de accidentes agudos de un riñón, haciendo nefrostomía.)

B) Las diferencias expuestas pueden ser muy marcadas, sin que el riñón más enfermo constituya un peligro inmediato para la vida del enfermo. En este caso, es preferible operar primero el riñón menos enfermo para asegurar rápidamente su curación y poder actuar más libremente sobre el otro, si preciso fuese. Tres casos pueden presentarse:

1.º Cálculo en la pelvis renal de un lado y cálculo en cálices o intrarrenal en el otro. (Pielotomía sobre el primero y nefrotomía sobre el segundo en otra sesión.)

2.º Cálculo grande en un riñón y cálculo pequeño en otro. (Operar primero éste.)

3.º Un riñón está infectado y con función muy disminuida; pero sin síntomas de retención que puedan ser peligrosos; en el otro riñón, cálculo pequeño y en buen estado funcional. (Operar primero éste.)

C) Cuando estando acentuadas esas diferencias, el riñón más enfermo está con gran retención (hidro o pionefrosis) y constituya un peligro inmediato para la vida del paciente, estando el otro con función suficiente, debe operarse primero el lado más enfermo, haciendo primero nefrotomía, y, si es necesaria, la extirpación dejándola para después de haber extraído el cálculo del riñón menos enfermo.

II. CÁLCULO RENAL DE UN LADO, Y URETERAL EN EL OTRO.

1.º Existe obstrucción ureteral, y ésta es reciente. En este caso debe operarse primero el cálculo ureteral. Si el cálculo del otro riñón lo permite, se haría ulteriormente una pielotomía o nefrotomía. Si sobre este segundo riñón estuviese indicada la nefrectomía, debemos asegurarnos siempre de que el primer riñón operado ha recobrado su función; si ésta es mediana, debemos practicar la nefrostomía sobre el otro lado o abstenernos de toda operación si la función renal no lo permite.

2.º La obstrucción ureteral es antigua, existiendo hidronefrosis o pionefrosis. Si hay peligro inminente, debe actuarse sobre este lado con nefrotomía; la nefrectomía primitiva, como excepción. Si no existen accidentes agudos y el cálculo fuese tolerado, se operará primero el cálculo del otro riñón (pielotomía o nefrotomía), actuando después sobre el otro para practicar la nefrectomía, si la función del riñón primeramente operado lo permite.

III. CÁLCULOS EN AMBOS URETERES CON O SIN COEXISTENCIA DE CÁLCULO EN EL RIÑÓN.

En este caso, el problema es principalmente ureteral, y sobre los cálculos asentados en el uréter hemos de poner toda nuestra atención, practicando ureterotomía en el lado últimamente obstruido y, en general, sobre el lado menos enfermo, pues de este modo acudiremos más rápidamente a salvar uno de los riñones. Si el tamaño del cálculo lo permite se intentará primero su expulsión con cateterismo ureteral.

En otra sesión se haría la ureterotomía del otro lado, y si este riñón estuviese muy infectado o con cálculos, podrá ser operado de nefrostomía, y aun en caso necesario, de nefrectomía, si el otro riñón tiene función normal.

* * *

Dentro de las condiciones expuestas en estos grupos, para considerar operable un caso de litiasis renoureteral bilateral se requiere, ante todo, que las exploraciones hayan demostrado una función renal suficiente. Una deficiencia de ésta ha de contraindicar siempre la operación, y la abstención será la regla; en estos casos cabe mejorar siempre el estado del enfermo con un régimen apropiado para, si el estado funcional mejora, llegar a la intervención operatoria que muy oportunamente había sido diferida. Al no conseguir esto, nuestra norma continuará siendo la abstención, y sólo en caso de presentarse accidentes agudos con accesos febriles indicadores de un estado pionefrótico, o de un absceso perinefrítico, cuyos accidentes pongan en peligro la vida del enfermo, en estos casos nos veremos forzados a intervenir llenando una indicación vital, con nefrostomía o con simple lumbotomía para desagüe de un absceso, operaciones que en esas condiciones habría que realizar preferentemente con anestesia local. La abstención debe ser también la regla en los casos de edad muy avanzada y de poca resistencia orgánica del enfermo.

Cierto es que algunos enfermos con pruebas funcionales deficientes pueden soportar alguna intervención operatoria sobre el riñón, si ésta es rápida y conser-

vadora, especialmente la nefrostomía, resistencia ante

Estas reglas que hemos expuesto como guías para la



Contra la gripe....



Ayuntamiento de Madrid

litiasis
abso-
ueden
n mu-
nduc-
y bien
s a él

sis bi-
úmero
en la
e pue-
os si-

dentes
la to-
l con
a pre-
a in-

al he-
lado,
nal, y
le hay
riesgo

litiasis

AL.

mien-
ser el
onser-

extraer
eridas.
exis-
imero,
e res-
econ-
ón de
itiasis

que lo
el ór-
pero
til al-
nente,
e vive
sufi-
pren-
stema,
a cir-
or al-
con-
Reco-
a mi
ñalar
s evi-
a una
onser-
s que

guraré disponer de un riñón en buen estado para so-

II. CÁLCULO RENAL DE UN LADO, Y URETERAL EN EL

por
P
pue
moc
gui
en
tera
loto
ñón
eap
drá
Lo
lade
L
var
ción
ren
con
tiv
ope
F
me
tera
I
A
de
do
fer
tan
ribl
este
I
por
son
2
(No
hac
E
cad
lig
es
par
má
sos
I
en
prin
2
en
3
mir
ser
bue
C
riñ
pio
vid
te,
do
ción
del



Sarampión

INFECCIONES FEBRILES



JOE



vadora, especialmente la nefrostomía, resistencia ante el traumatismo operatorio, más segura si evitamos la anestesia general. El caso citado por CANTINIEAUX (34) es interesante, referente a un enfermo con cálculos en los dos riñones que tenía 3 grs. de urea sanguínea, y que, sometido a tratamiento, fué operado, con 0,85 de urea, de nefrotomía doble con un mes de intervalo.

Por lo que a la disminución funcional del riñón en caso de litiasis bilateral se refiere, hemos de hacer constar nuestra opinión, de acuerdo con la de algunos autores (BRAASCH, RAVASSINI, BOECKEL, LEVY), de que no debemos ser muy pesimistas ante las pruebas globales funcionales bajas, por ser susceptibles de poder ser mejoradas. Insiste BRAASCH en que la presencia del cálculo en el riñón, y especialmente en el uréter, disminuye siempre el funcionamiento del mismo, y esto puede observarse también en el riñón menos enfermo, siendo frecuente observar en éste una disminución del valor funcional muy acentuada, como lo observó LEVY (28) en un caso de la clínica de MARIÓN, operado de nefrotomía con extracción de cálculos del riñón izquierdo, cuyos cálculos retrocedieron del uréter dilatado; el riñón estaba anulado funcionalmente, y en el riñón derecho existían cuatro cálculos con función renal suficiente en este lado. Fué operado primero el riñón izquierdo, muriendo el enfermo de uremia a los cuatro días.

BOECKEL (29), en otro caso operado de pielotomía en ambos riñones, habiéndose presentado recidiva calculosa en el riñón izquierdo, con anulación funcional de éste y buena función aparente en el riñón derecho, hizo nefrectomía sobre el riñón izquierdo, muriendo la enferma de coma urémico al quinto día.

Casos son éstos en que, aunque demuestran la posible y progresiva disminución funcional sobre el riñón que hemos considerado como menos enfermo, son discutibles las indicaciones efectuadas en ellos, pues en el primer caso, demostrada la no existencia de accidentes agudos en el riñón izquierdo que obligasen a operar primero sobre él, cabe pensar si hubiera sido preferible operar primero el riñón derecho, menos enfermo, pero amenazado de bloqueo, por tener cuatro cálculos. La observación de BOECKEL demuestra el peligro de la nefrectomía como primera operación en estos casos y la conveniencia de no efectuarla más que cuando las pruebas funcionales sean muy buenas y esté asegurada la función del otro riñón.

La disminución funcional en los riñones litíasicos es susceptible de mejorar después de extraídos los cálculos. Así, un riñón calculoso con deficiencia funcional, al ser librado de la presencia del cálculo y mejorar su función, podrá permitir ulteriormente la actuación sobre el otro riñón, incluso con nefrectomía. Este cambio funcional se observa muy marcadamente en los casos de cálculo ureteral de reciente detención, en los que puede comprobarse, y así lo hemos hecho nosotros en varios casos, con la exploración de carmín de índigo y con la prueba de urografía intravenosa, que estando aparentemente casi anulado el riñón correspondiente, la operación de ureterotomía llega aún a tiempo de desbloquear al riñón, restableciéndose la función tan notablemente después de esta intervención, que asombra ver las diferencias entre las pruebas anteriores y las posteriores a ésta.

Estas reglas que hemos expuesto como guías para la aplicación de las indicaciones operatorias en la litiasis bilateral no pueden tener, sin embargo, un valor absoluto ni pretender ser sistemáticas. Teóricamente pueden ser admisibles, pero en la práctica difícil será en muchos casos adaptar exactamente a ella nuestra conducta. Cada caso ha de ser detenidamente estudiado y bien meditado el pro y el contra de las indicaciones a él aplicables.

Cuando se han observado muchos casos de litiasis bilateral, interviniendo quirúrgicamente en buen número de ellos, se adquiere el convencimiento de que en la aplicación del tratamiento resaltan tres hechos, que pueden considerarse como fundamentales, y son los siguientes:

1.º *La abstención operatoria, obligada ante evidentes contraindicaciones, permite en muchos casos, ante la tolerancia de los cálculos, conllevar la enfermedad con largas supervivencias. En estas condiciones, sólo la presentación de accidentes agudos graves obligaría a intervenir.*

2.º *En gran número de casos de litiasis bilateral hemos de conformarnos con la operación en un solo lado, salvando un solo riñón que asegure la función renal, y renunciando a la operación sobre el otro, si en éste hay tolerancia, y cuya intervención pudiera ser un riesgo para el enfermo.*

3.º *La aplicación de una nefrectomía en la litiasis bilateral debe ser conducta de excepción.*

VI.—LA NEFRECTOMÍA EN LA LITIASIS BILATERAL.

Ya hemos indicado que en el problema de tratamiento de la litiasis bilateral el criterio general debe ser el de actuar siempre sobre la base de la cirugía conservadora.

Así, pues, todas las operaciones que permitan extraer los cálculos conservando el riñón, serán preferidas. Esto no es punto de discusión; podrá discutirse y existir diferentes criterios sobre el lado a operar primero, sobre si debe operarse o no, etc.; pero en lo que respecta a la nefrectomía, los que más pueden preconizarla lo hacen siempre juzgándola como operación de excepción, y como tal debe ser aplicada en la litiasis bilateral.

Si la nefrectomía cura no debemos olvidar que lo hace mutilando, es decir, suprimiendo totalmente el órgano. El ideal sería poder curar sin suprimir éste; pero cuando un riñón, sobre no desempeñar función útil alguna, estando destruido anatómica y fisiológicamente, constituye un evidente peligro para el enfermo, que vive ya exclusivamente con el otro riñón, si éste está suficiente, podrá estar indicada la nefrectomía, y sorprende, no obstante, que algunos autores sean, por sistema, radicalmente opuestos a esa aplicación terapéutica circunstancial. Ha sido combatida la nefrectomía por algunos, aun en la litiasis unilateral; pero nosotros consideramos exagerada esa oposición sistemática. Reconozco que en cierto aspecto no le falta razón a mi querido amigo el Dr. H. Bastos, de Lisboa, al señalar el peligro de la nefrectomía en los litíasicos, pues evidente es la conveniencia de que un riñón que posea una cantidad de parénquima útil, pueda y deba ser conservado si es posible suprimir o extraer los cálculos que

contiene; y también somos de los que hemos insistido sobre el peligro del riñón único en los litíasicos ante la posible aparición de manifestaciones calculosas ulteriores. Pero estamos también de acuerdo, dentro de ciertos límites, con los que aducen la inconveniencia del empeño en conservar un riñón totalmente insuficiente, y que, además de las probabilidades de recidiva calculosa, sea un constante peligro cuando está muy infectado. Hemos tenido casos de operaciones conservadoras sobre el riñón, en que en plazo más o menos breve hemos observado la reproducción calculosa con la consiguiente disminución progresiva de la función del órgano. Las repetidas operaciones sobre el mismo no hacen más que repetir el riesgo para el enfermo. Hay casos de cálculos renales en los que tan clara, tan evidente es la inutilidad del riñón, que su conservación resulta una verdadera utopía, ya que la duplicidad del órgano renal en estos casos es para el enfermo sólo nominal, por vivir de hecho con un solo riñón.

Asimismo, en ciertos casos de cálculos gigantes ramificados que, ocupando todo un riñón, anulan totalmente la función de éste, la nefrectomía sería, teóricamente, la única operación factible, ya que una operación conservadora de amplia nefrotomía es inaplicable por la excesiva gravedad que supone. Es preferible a la nefrotomía en estos casos la abstención, a menos de accidentes que obliguen a la intervención, como ya hemos indicado. En mi ponencia al Congreso Internacional de Urología, de Roma (24), hacía notar que la mortalidad de la nefrectomía en la litiasis unilateral, según el examen de las estadísticas, era de 8 por 100, siendo aquella mayor en la nefrotomía (13,29 por 100), alcanzando en algunas estadísticas hasta el 20 por 100. No he de mencionar aquí lo referente a la pielotomía (cuya mortalidad oscila entre el 3 y 4 por 100), ya que la comparación la hago solamente entre la nefrectomía y la nefrostomía para cálculos grandes.

Aparte de los casos indiscutibles de total anulación funcional del riñón, comprendemos, sin embargo, que sea discutible la aplicación de la nefrectomía en la litiasis bilateral, dada la gravedad y trascendencia que puede tener la supresión de un riñón estando el otro lesionado, y estamos obligados a meditar y a aplicar esa indicación con más escrupulosidad que en otras afecciones renales. Tengamos siempre en cuenta que el litiasisico doble, por el hecho de tener que sufrir dos operaciones, está más expuesto al *shock*, y que, aunque la función renal sea aceptable, al existir cálculos en ambos riñones, las lesiones de nefritis litiasica ha de colocarlos en condiciones desfavorables y expuestos a complicaciones por rápida inhibición funcional.

Las condiciones en que, por parte de un riñón en la litiasis bilateral, puede presentarse la indicación de la nefrectomía primitiva o secundaria, aparte de su anulación funcional, estando el otro ya operado, y con buen estado funcional, son las siguientes:

- 1.ª Cálculos gigantes o múltiples, intolerados por dolores o hematurias.
- 2.ª Hidronefrosis o pionesfrosis, con destrucción del órgano.

En estos casos, si el estado del enfermo no permite una nefrectomía primitiva se hará nefrostomía con anestesia local, quedando permanente el desagüe lumbar, o practicándose la nefrectomía secundaria cuando el estado del enfermo lo permita.

El practicar la nefrectomía sobre el riñón más enfermo y primeramente operado no es aconsejable. Tiene en estos casos la nefrectomía mayor gravedad, pues aunque para algunos autores el riñón menos enfermo puede *sostener el golpe*, no hay seguridad de cómo este riñón, aún no liberado de sus cálculos, pueda reaccionar ante la supresión del otro.

Hay casos en la literatura médica en que así se ha procedido por excepcionales circunstancias, no pudiendo servir estos hechos para hacer esta conducta recomendable. Tal es el caso referido por NICOLICHI (12), y otro de COTTE (33), en que se hizo primero nefrectomía sobre el riñón derecho hidronefrósico, estando el riñón izquierdo con un cálculo.

Otro caso de MARTÍN (26), en el que existía un cálculo ramificado en el riñón derecho y un cálculo en el uréter izquierdo, pensando operar primero éste por ureterotomía, la aparición brusca de un estado febril, con intensos dolores en el riñón derecho, obligaron a intervenir primero en este lado, encontrándose el riñón muy infectado y con lesiones de trombosis, teniendo que practicar una nefrectomía; al cabo de un mes se hizo la ureterotomía sobre el lado izquierdo.

Para que, juzgando indicada una nefrectomía en la litiasis bilateral, podamos realizarla, es absolutamente indispensable que las pruebas funcionales de un riñón sean muy buenas, así como las globales, complemento unas de otras, y siempre sobre la base de que el riñón que haya de extirparse lo sea por constituir un peligro para la vida del enfermo.

La operación sobre el riñón menos enfermo, practicada primero, al mejorar la función de éste permitirá con más seguridades la operación de nefrectomía sobre el otro riñón.

Las pruebas funcionales que no alcancen una cifra normal deben hacernos abstener de la nefrectomía, limitándonos, entonces, a la nefrostomía cuando hay retención renal. Si se trata de cálculos gigantes en un riñón y la función del otro riñón, primeramente operado, no permite una nefrectomía sobre aquél, es preferible la abstención a practicar la nefrotomía, que acarrearía aún mayor gravedad en esos casos de cálculos voluminosos.

La aplicación de la nefrectomía, pues, en la litiasis bilateral ha de ser circunstancial y sólo reservada para casos muy precisos con indicación indiscutible. En muchos casos en los que no aparezca clara y evidente esta indicación, hemos de abstenernos, o practicar, si necesario fuese, una nefrostomía permanente.

VII.—LA TOLERANCIA EN LA LITIASIS BILATERAL.

Ya hemos indicado la frecuencia con que los cálculos bilaterales evolucionan en estado latente, y esto hace que en ciertos enfermos se lleguen a observar cálculos muy antiguos en su evolución y de insospechados tamaños.

Esto hace que, en muchos enfermos, aun siendo ya conocida la existencia de dicha litiasis, pueda observarse una larga supervivencia. Hay enfermos que conllevan su afección calculosa en una situación tan extraordinaria y asintomática, sujetos a su régimen alimenticio y medicamentoso, unas veces por estar en ellos contraindicada la operación y otras por no someterse a ella, que asombra el buen estado con que soportan estos pacientes su enfermedad renal.

Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1900.

Granulos de CATILLON

0.001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

Con estos gránulos se han hecho las obras discutidas en la Academia de Medicina, París 1889. Proban que 2 ó 4 producen pronta diuresis, reaniman el corazón debilitado, disipan

ASISTOLIA — DISPNEA — OPRESION — EDEMA — Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0001

STROPHANTINE

CRISTAL

TÓNICO del CORAZON por EXCELENCIA

Efecto inmediato — Uso continuo sin inconveniente ni intolerancia. — Exigir la firma CATILLON

Premio de la Academia de Medicina de París, por "Strophantus y Strophantine"

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

Agentes para España. GIMÉNEZ-SALINAS y C^a, Avda. Eduardo Dato, 10, MADRID

"CALCIUM-SANDOZ"

SANDOZ

SAL ORGANICA, TOTALMENTE ASIMILABLE.—INYECTABLE INDISTINTAMENTE POR VIA ENDOVENOSA E INTRAMUSCULAR.—GRAN VARIACION EN LAS FORMAS FARMACEUTICAS, FACILITANDO LA ADMINISTRACION INDIVIDUAL

GRANULADO
sin azúcar

Cajas de 50 y 100 gramos.

TABLETAS EFERVESCENTES
bebida deliciosa

Cajas de 12 tabletas.

COMPRESIDOS DE CHOCOLATE
exquisitos a saborear

Cajas de 30 comprimidos.

Inyectables al 10% . . . { Cajas de 5 y 20 ampollas de 10 c. c.
Cajas de 2, 5 y 10 ampollas de 5 c. c.
Cajas de 3 y 10 ampollas de 2 c. c.

Inyectables al 20% . . . { Cajas de 1, 5 y 20 ampollas de 10 c. c.
Cajas de 2, 5 y 10 ampollas de 5 c. c.

ION-CALCINA

PALLARES

Laboratorio M. PALLARES
Plaza Mosén Sorell, 6
VALENCIA

Hemostático-reconstituyente
a base de *cloruro de calcio*
FRASCO.-Para uso interno
AMPOLLAS.-Inyección intravenosa

STROPHANTUM

PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-
mente preparada y exactamente
dosificada

ESTAFILASA del D^r DOYEN

*Solución concentrada,
inalterable, de los principios
activos de las levaduras
de cerveza y de vino.*

Tratamiento específico contra las Infecciones Estafilocócicas: **ACNÉ, FORUNCULOSIS, ANTRAX**, etc.

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

Provoca la fagocitosis, evita y cura la mayor parte de las **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

SOLUCIÓN de FLUOROFORMA
ESTABILIZADO EN LOS
EXTRACTOS VEGETALES

GERMOSE

No Tóxico

SABOR
AGRADABLE

Tratamiento de la Tos - **COQUELUCHE** - Tos nerviosa

*Comprímdos compuestos de Hipófitis
y Tiroides en proporción prudencial,
de Hamamelis, Castaña de India
y Citrato de Sosa.*

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

LABORATOIRES LEBEAULT, 5, Rue Bourg-l'Abbé, PARIS

POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS

Para muestras e informes. GIMENEZ-SALINAS Y C.^a Avda. Eduardo Dato, 10, MADRID

Ayuntamiento de Madrid

NICOLICH (30) cita el caso de un enfermo con cálculos voluminosos y múltiples en los dos riñones que llevaba una existencia activa con muy escasas molestias. CHRISTIAN J. BAASTRUP (31) observó el curioso caso de otro enfermo de treinta años con cálculos gigantes en ambos riñones que falleció a los pocos días de su entrada en el hospital; la autopsia confirmó el diagnóstico, encontrándose en el riñón izquierdo un cálculo que pesó 267 gramos. Este enfermo había vivido sin grandes molestias, y el diagnóstico de su enfermedad fue hecho pocos días antes de su muerte.

FEXZI (32) refiere el caso de un enfermo de cuarenta años con cálculos grandes en ambos riñones perfectamente tolerados, y que fueron puestos en evidencia a causa de una hematuria provocada por un puntapé recibido en la región renal derecha.

Uno de nuestros casos es el concerniente a una enferma que vivió con sus calculosis doble durante veinticinco años, y murió después a los sesenta años a causa de una gripe.

Tratamiento de los casos inoperables.—Cuando la contraindicación operatoria es por deficiencia de función renal, debe ser sometido el enfermo a régimen hiponitrogenado, con las limitaciones que aconseje la persistencia de éste.

Los antisépticos urinarios, siempre que existan orinas purulentas, por vía gástrica o intravenosa, será la medicación usual del enfermo, con algunos descansos.

Si la insuficiencia renal no es muy intensa y la contraindicación operatoria es por otra causa (tamaño del cálculo, edad del enfermo, debilidad general de éste u otras afecciones concomitantes), el régimen alimenticio, siempre sobre la base de ser hiponitrogenado, puede mitigarse en parte, permitiendo al enfermo pequeña cantidad de alimentos albuminoideos.

En todos estos casos será conveniente alternar con la medicación prescrita el uso de aguas minerales, siendo preferibles las poco alcalinas y de acción diurética (Corconte, Alzola, Vittel). Con las aguas minerales ricas en alcalinos conviene ser muy prudente en su administración, ya que el exceso de alcalinidad de la orina pudiera favorecer el crecimiento de los cálculos cuando éstos son fosfáticos.

(Continuará.)

Salvarsanoterapia intramuscular

POR

ENRIQUE A. SAINZ DE AJA

Profesor agregado de la Facultad de Medicina.
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Presidente de Honor
de la Academia de Dermatología.

Deseamos exponer en el presente artículo el alcance, la extensión de que es capaz hoy la salvarsanoterapia muscular, en vista de la perfección a que se ha llegado en preparar arsenicales de sostenida tolerancia y marcada eficacia terapéutica.

No significan estas líneas nada contra la salvarsanoterapia venosa, que conserva todo su rango a través de un cuarto de siglo, de millones de inyecciones puestas a enfermos tratados. Pretendo solamente fijar mi opinión personal y llamar la atención hacia el poco uso que se hace de aquella vía (la muscular) o forma de inyectar salvarsanes.

Así como hablando o necesitándose una inyección venosa todo el mundo clasifica y propone: primero, salvarsán; segundo, mercurio, del mismo modo que cuando, al necesitarse inyecciones musculares, de manera sistemática se piensa: primero, en bismuto; segundo, en mercurio, pero apenas se concede lugar a los salvarsanes.

Esta idea tuvo su explicación durante mucho tiempo, por la carencia de arsenicales con actividad positiva y con tolerancia suficiente para permitir el tratamiento de los enfermos en policlínica o no encamados.

En efecto, por aquellos tiempos los arsenicales a nuestra disposición para la inyección muscular eran muy atenuados en su dosificación, muy rebajados en su potencia curativa y, no sólo inferiores a los salvarsanes venosos, sino también al bismuto muscular, y aun a algunos mercuriales usados por igual vía. Y se explicaba que nadie pensase en salvarsanes musculares y se diera preferencia a bismúticos y aun a mercuriales.

Pero ahora las cosas han cambiado; el solusalvarsán lo ha permitido, por su perfecta tolerancia, actividad terapéutica y dosificación equivalente al neosalvarsán venoso. Ya expusimos en un trabajo anterior, en el que estudiábamos el solusalvarsán, el juicio que nos merecía este preparado, y no vamos a repetirlo ahora; baste recordar que propugnábamos dosis aisladas de 0,10 a 0,40 ó 0,60, según sexo, etc., dosis global por cura de seis a nueve gramos, y dos inyecciones semanales.

Ateniéndonos a estas normas fundamentales de dosis aisladas, dosis global por cura o series de inyecciones y plazos de inyección a inyección es como formularemos a continuación las indicaciones precisas y las posibles cuando no se pueda usar los salvarsanes venosos.

No se olvide que estimamos, con la mayoría de los autores, que la vía muscular, en igualdad de condiciones, es inferior en actividad y utilidad a la vía venosa.

Para remediar esto puede acudir a tres recursos:

- 1.º Aumentar la dosis por inyección.
- 2.º Aumentar la cantidad global de medicación por cura o serie de inyecciones.
- 3.º Aproximar, acortar los plazos de inyección a inyección.

No aconsejamos lo primero, por estimar imprudente pasar de 0,60 (seis centímetros cúbicos) por inyección aislada y por aumentarse el volumen de líquido a inyectar en cantidad excesiva.

No aconsejamos lo tercero, porque la tolerancia de los músculos en que se inyecta tiene su límite, y tres inyecciones semanales intramusculares no se toleran bien, ni local ni generalmente.

No hay más camino que el de aumentar la cantidad total de solusalvarsán por cura. En consecuencia, consideramos insuficiente toda cura que no llegue a seis gramos, y para nosotros el ideal es la cura con nueve gramos, que, a dos inyecciones semanales, dura dos a dos meses y medio.

Naturalmente que nos referimos a la cura de un adulto, y que estas dosis y plazos tendrán las correcciones de rigor en cada caso, según se hace en terapéutica general y en salvarsanoterapia en especial.

Y lo mismo decimos de esto, más acentuado todavía, en la cura de sífilis congénita durante los primeros meses y años de la vida, que es donde encontramos por ahora el más amplio campo de indicaciones para terapia muscular o hipodérmica con salvarsanes.

En efecto, la sífilis congénita, y aun la sífilis adqui-

rida en los primeros meses o años de la vida, si ha de gozar en general de los beneficios terapéuticos de los salvarsanes, ha de ser a favor del empleo de éstos por vía muscular o hipodérmica.

En nuestras manos la hemos ejecutado del siguiente modo:

Dosis inicial.—Un cuarto de centigramo por kilogramo de peso.

Dosis de ascenso.—Pasar a medio centigramo y tres cuartos de centigramo por kilogramo de peso.

Dosis máxima.—Un centigramo por kilogramo de peso.

Dosis global por cura.—La correspondiente, según la edad del niño, tolerancia general, etc., a los seis a nueve gramos de la dosis global del adulto, según consta y conocemos por las indicaciones de la terapéutica general, es decir, que cuando éstas señalan que la dosis debe ser de 1,20, 1,10, 1,5, la cantidad total de solusalvarsán será de 0,30 a 0,45, de 0,60 a 0,90, de 1,20 a 1,80, respectivamente, etc., etc.

La *inyección hipodérmica* en estas tempranas edades, practicada en región interescapular o subescapular, seguida de suave y detenido amasamiento, hasta parente reabsorción de la masa líquida inyectada y diluyendo, si es preciso, en solución salina o fisiológica (dos o tres centímetros cúbicos), la masa de solusalvarsán a inyectar ha sido perfectamente tolerada.

Es más: usando para las dosis inferiores a 0,10 gramos (un centímetro cúbico), la jeringa de tuberculina, que permite una dosificación exacta, no hay que diluir, y la tolerancia es excelente.

En los dos o tres primeros años de la vida, la inyección hipodérmica, interescapular o subescapular nos parece preferible a la muscular en nalgas. Puede emplearse. Debe recomendarse.

Y ya que de *sífilis congénita* hablamos, o, más exactamente, de *sífilis infantil*, sea congénita o no lo sea, diremos que es en ella, que es en esta época de la vida, que es hasta los cinco o seis años aproximadamente en la que debe estimarse la cura arsenical, siempre indicada en primer término y, dentro de esta medicación, la vía muscular o hipodérmica, superior a la endovenosa y, desde luego, a la vía gástrica; y no sólo debe estar indicada en primer término, por mejor tolerancia local, tópica, sino por ser la menos peligrosa de las tres (venosa, muscular, gástrica), y la mejor tolerada por el organismo. Es más inocua la cura salvarsánica o arsenical por vía hipodérmica o muscular que por vía venosa (neosalvarsán, etc.), y digestiva (spirocid, etc.).

Desde luego, es superior en potencia curativa a bismúticos y mercuriales en tolerancia local inmediata y mediata, en dolor y en formaciones de nódulos, etc.

Pasados estos primeros años de la vida, estimamos que no hay sensible diferencia entre lúes congénita o adquirida, y, por lo tanto, las indicaciones de que hablaremos se dirigirán indistintamente a una u otra, sólo teniendo presentes el período o fases de la enfermedad y las condiciones de sujeto enfermo u organismo.

Pero conste que en el lactante y primera infancia estimamos de capital importancia y primera línea la cura arsenical, y por vía hipodérmica o muscular, según edad, etc.

Sífilis primaria.—Es el momento en que no debe emplearse la cura muscular con salvarsán. Por lo tanto,

debe quedar en segundo término, cuando no pueda usarse por vía venosa, por unos u otros motivos.

Ahora bien: cuando, en contadísimos casos, hemos tenido que recurrir a cura abortiva con salvarsanoterapia muscular, hemos quedado satisfechos, pero no podemos afirmar nada en concreto.

En lúes primaria no está indicada, pero se acudirá a ella ante la imposibilidad de ejecutar las inyecciones venosas, y siempre asociándola al bismuto en la medida que la tolerancia local aconseje.

Sífilis secundaria.—Aquí hemos de distinguir tres situaciones:

a) Sífilis secundaria con positividad serológica y clínica (lúes florida).

b) Sífilis secundaria con positividad serológica y en latencia clínica.

c) Sífilis secundaria en latencia serológica y clínica.

Caso a).—Cabe afirmar cuanto se ha manifestado respecto a la sífilis primaria.

Caso b).—Lo mismo, aunque ya con alguna mayor amplitud para el empleo de solusalvarsán, cuando se trata de secundarismos tardíos o ya pasado un año del momento del contagio.

Caso c).—En esta situación deben ser preferidos los salvarsanes musculares a los venosos, siempre que de medicación arsenical se trate. En otros términos dicho: el solusalvarsán debe ser empleado en las latencias clínicas y serológicas del período secundario con preferencia a otros salvarsanes y alternando con curas bismúticas en caso de riñón deficitario, en lúes latente y gestación, en paciente con mal estado de boca, en tuberculosos y tuberculizables, etc.

Lúes terciaria.—Examinemos los mismos casos de que acabamos de hablar en el período secundario, para mayor sencillez:

Caso a).—Puede emplearse sin el menor escrúpulo el solusalvarsán, en vez del Neosalvarsán. Debe emplearse, desde luego, cuando se trata de lúes viscerales (aórtica, endarteritis cerebral, etc.), en las que pudiera ser violenta o peligrosa la inyección venosa. Debe emplearse quizá siempre en las dos primeras inyecciones, como dosis de tanteo para la tolerancia, máxime si se trata de pacientes de edad avanzada, posibles sensibilizados por precedentes curas arsenicales, etc.

Debe emplearse en los viejos como medida de elemental prudencia, no sólo en las dosis de tanteo, sino en toda la cura.

Caso b).—No hay ventajas con la salvarsanoterapia venosa en latencias clínicas y positividades serológicas, por lo común persistentes y aun irreducibles. Alternese la serie o cura de salvarsán muscular con la de bismuto. No hay inconveniente ni peligro, y sólo encuentro ventajas con esta línea de conducta.

Caso c).—Como en el precedente.

En suma: el terciarismo ofrece amplio campo para la salvarsanoterapia muscular en todo momento, debido a la coincidencia de localizaciones viscerales, edad de los pacientes y casi ausencia de contagiosidad.

Sífilis cuaternaria.—En este período las indicaciones nacen más bien a *fortiori* en P. G., cuyo estado de inquietud impide la inyección venosa en tabéticos con fuertes crisis dolorosas tras de aquéllas, y apenas nada más, porque en el cuaternarismo, aun lo intravenoso es poco y precisa paludoterapia y semejantes procedimientos.

A pesar de ello, algunos casos, bien de tabes, bien de

P. G., podrían obtener mejoría evidente con solusalvarsán bien tolerado, pero, como indicamos ya, los momentos de empleo muscular del solusalvarsán en el cuarto período de la sífilis son de excepción y no de regla, si hemos de juzgar por lo que el líquido, suero y clínica nos enseñan a diario.

Pese a lo sostenido por algunos autores, y dentro de lo que los arsenicales valen en estos casos, no vemos modo actual de ensanchar con utilidad el campo de uso muscular de los mismos.

Reactivación.—En cambio, nos ha parecido excelente medio de reactivación preserológica el solusalvarsán por vía muscular, sobre todo en luéticos latentes, que han de simultanear sus ocupaciones con el examen médico y con la discreción que la vida familiar y conyugal exigen. Es siempre más inapetente, perturba menos el vivir diario una inyección muscular que no una venosa de neosalvarsán, y los efectos reactivantes no desmerecen, son similares con una y otra técnica.

Por todo ello y por su mejor poder reactivador que el bismuto y mercurio, creemos que debe ser preferido el solusalvarsán al neosalvarsán, al bismuto y al mercurio, y ampliar aquí considerablemente su empleo.

Dosis de tanteo.—Otro tanto decimos de la primera o primeras inyecciones arsenicales de una serie o cura; es, con mucho, más inofensivo y eficaz tantear la tolerancia con uno, dos o tres centímetros cúbicos sucesivamente de solusalvarsán que no con 0,15 y 0,30 de neosalvarsán. No sería perjudicial en modo alguno, sino extraordinariamente ventajoso, estatuir que la primera o dos primeras inyecciones de una serie fueran musculares en vez de venosas, para evitar síndromes graves en los grandes y aun pequeños intolerantes o sensibilizados.

He aquí otra vez las posibles ampliaciones de la salvarsanoterapia muscular.

En resumen, estimamos posible campo de uso de salvarsanes por vía muscular en las dosis, forma y plazos indicados antes:

1.^a La actividad y tolerancia terapéutica del solusalvarsán deben determinar una ampliación considerable del empleo de la vía muscular en el tratamiento de la sífilis con salvarsanes.

2.^a Para que la cura sea equiparable a la endovenosa precisa: dos inyecciones semanales de 0,10 gramos a 0,40 gramos ó 0,60 gramos, y dosis global de seis a nueve gramos.

3.^a La vía muscular o hipodérmica es de elección en sífilis (congénita o adquirida) durante los seis primeros años de la vida. Dosis inicial, 1/4 de centígramo por kilogramo; dosis máxima, un centígramo por kilogramo e inyección. Dosis global: la correspondiente según la edad del niño, calculada sobre los seis a nueve gramos a que asciende la dosis en un adulto normal.

4.^a En sífilis primaria sólo se usará cuando, por motivos divresos, sea imposible o peligroso el uso de la vía venosa.

5.^a Lo mismo puede afirmarse en casos de sífilis secundaria florida.

Ante latencias clínicas y positividades serológicas, ya es equiparable el uso venoso o muscular de salvarsanes, sobre todo en secundarismos tardíos (en latencia clínica).

Lúes secundaria en latencia clínica y serológica es

tributaria de los salvarsanes musculares, alternando con los bismúticos, y preferible a la vía venosa.

6.^a Lúes terciaria. Es preferible la vía muscular a la vía venosa en términos generales, teniendo en cuenta que se suele tratar de enfermedad antigua, prácticamente no contagiosa; de enfermos adultos o ya viejos y con localizaciones viscerales, que soportan mejor que el choque brusco de la inyección en la sangre la acción más suave de la muscular.

7.^a Sólo existen indicaciones aisladas en la sífilis cuaternaria y dependientes de circunstancia, como las indicadas para el terciarismo, o ajenos a la lúes en sí.

8.^a Nos parece excelente medio para reactivación serológica el uso del solusalvarsán, superior al bismuto y al mercurio y más cómodo que el neosalvarsán.

9.^a Debe ser norma general que las dosis o inyecciones para tantear tolerancia o sensibilización al arsénico sean musculares y no venosas.

LA RUTA DE ESCULAPIO

(Crónica de un viaje médico-histórico por los Museos de Europa)

POR EL

Doctor ALBIÑANA Y SANZ

Graduado en las Facultades de Medicina, Derecho, Filosofía y Letras

XI

CIRUJANOS Y BARBEROS

Estoy un poco ruborizado, lector. Anoche hubo juer-ga. Una fiestecilla castiza. Se trataba de despedir a un compañero pensionado que regresaba a España, finada su misión, y los cuatro camaradas restantes, juntamente con algunos ilustrados individuos de la colonia, nos reunimos a cenar en un bullicioso restaurante de Montpar-nase.

¡Todo caro, amigo mío! A más de cien francos por barba salimos escotados. ¡Vaya un golpe para la mise-ra pensión! Pero un día es un día, y la despedida al compañero había de ser digna del rumbo de nuestra tierra.

Cuando nos disponíamos a abandonar el local y marcharnos tempranito a nuestras *chambres* respectivas, oímos unos alegres compases que llegaban, tentadores, a nuestros oídos. Era la orquesta de un *dancing* elegante, instalado en el piso bajo, que en aquel instante tocaba el *Relicario*. La hermosa y españolísima canción nos acariciaba, halagadora, como un saludo de la lejana patria. Todos los de la reunión tuvimos el mismo pensamiento: “¿Qué hacemos? ¿Se baila?” Silencio general. Cada cual meditaba, tratando de adaptar sus quehaceres al tiempo. La música continuaba, insinuante; en sus notas había una voluptuosidad irresistible. Cada uno ven-ció sus escrúpulos de hombre *serio*, y, sin previo acuer-do, maquinalmente, nos hallamos de repente en el inte-rior de la sala.

Espléndida iluminación, que parecía inflamar el de-corado, de tonos rojos. Abundancia de mujeres hermo-sas, desnudas de medio cuerpo arriba, y casi, casi, de medio cuerpo abajo; los encajes y las sedas eran un pre-texto para subrayar caprichosamente las desnudeces. Asidas a sus efímeros galanes, de todas las nacionali-

dades, revoloteaban por la sala, como mariposas del pecado, para ir a posarse junto a la mesa, ante una botella de champaña. El ambiente, tibio y perfumado, invitaba a una eterna permanencia; parecía que fuera de aquel local no había penas ni conflictos, y que la Humanidad entera sentíase satisfecha de la vida.

Como allí no se podía continuar *de gorra*, pronto llegó un *garzón* de gran uniforme, con las pantorrillas al aire, preguntando qué marca de champaña preferían los señores. Una sensación de opresión se apoderó de nuestras gargantas; nadie se atrevía a responder, pero todos pensábamos en lo ruinoso del negocio. El *garzón* se daba cuenta del apuro y nos miraba con cierto airecillo de desdén, suponiéndonos gente de poca moneda. ¡Buen ojo clínico el del amigo! Pero aquella mirada irrespetuosa la estimamos depresiva para la dignidad nacional, y, dando a un tiempo sendos puñetazos en la mesa, contestamos a coro, en un grito solemne y reivindicador:

¡Seis botellas de lo caro!

Partió el mozo por el recado, seguido de nuestros comentarios hostiles.

—¡Pero qué se habrá creído este *miserable*!—argüía uno.

—¡Habrá tío mala zombra!—añadió un andaluz—. ¡Lo que le zobra a uno es *parné pa jasé bailá como un oso al amo d'esta tienda*!

Llegó el espumoso licor, y con él la alegría. Al principio, se libaba con relativa circunspección; pero, a medida que saltaban los tapones de las nuevas botellas, iban enardeciéndose los ánimos. Al chocar de las copas se brindaba por todo lo brindable, con tal de que se relacionara con la madre España. Hubo brindis retrospectivo que alcanzó a Don Pelayo, el de la Reconquista; el patriotismo se subía a la cabeza, conducido por el champaña, y, en breves instantes, la clásica locuacidad española se hizo dueña del *dancing*.

De espectadores nos convertimos en espectáculo: pero un espectáculo discreto, mantenido en los límites de la más hidalga dignidad; todos los concurrentes callaban, acogiendo con una sonrisa de simpatía la radiante alegría de nuestro grupo; se nos dió la iniciativa de los bailes. Una botella que ofrecimos a la orquesta acabó de adueñarnos del *cotarro*.

—¡A ver, maestro, un pasodoble español!

Y la orquesta, zumbona, se arrancó tocando el *Himno de Riego*.

Ovación general, por los de la española; el público aplaudía sin saber por qué. Un inglés muy tieso decía en mal francés a su amigo, junto al lado nuestro, que aquella música era la *marcha del torador*, una pieza muy bonita que él había oído tocar en las corridas de toros, en San Sebastián.

Se bailó todo el repertorio, antiguo y moderno, como en los buenos tiempos del preparatorio. Y a la hora de la *verdad* llegó el *garzón* con la cuenta: ¡Aquello daba miedo! Una congoja se apoderó de todos nosotros cuando un camarada, con la nota en la mano, nos anunció que solamente la propina ascendía a 50 francos.

—¿Cómo es eso?—preguntó uno.

—Porque se da siempre el diez por ciento del valor de la consumición—respondió un *veterano*.

—¡El diez por ciento! ¿En qué cuerpo legal se encuentra consignada esa disposición absurda?—arguyó, extrañado, un jurista de la asamblea, tendiendo el brazo en ademán declamatorio.

Pagamos. El medio millar de francos que se marchó, para no volver, dejó desoladas nuestras faltriqueras. Era una despedida costosa; así lo manifestó uno de los del gremio cogiendo del cuello al compañero en cuyo honor se celebraba la fiesta, mientras le gritaba, alarmado:

—Oye, Pérez, márchate pronto a España, porque si te quedas aquí medio día más, nos vas a llevar a la ruina.

Disipada la neblina del espumoso brebaje y reintegrado a mi pupitre de la Biblioteca Nacional, donde tantas horas llevo consumidas revolviendo legajos y manuscritos, dediquéme a ordenar algunas notas referentes al antiguo barbero, tipo interesantísimo en la historia médica, como precursor del moderno cirujano, cuyas personalidades y funciones presentábanse confundidas hasta una época relativamente reciente.

Con razón consigna el doctor peruano Hermilio Valdizán que "si la antigüedad de una profesión es argumento de nobleza, noble es el arte del barbero". Personas de alto rango han tenido este oficio, entre los que se citan las hijas de Dionisio, tirano de Siracusa, que lo practicaron en su propio augusto padre, Alceo Varro, que de barbero llegó a cónsul de Roma, y otros muchos. No menos importantes eran las personas que dispensaron sus favores a estos auxiliares, recordándose a Iris, barbero de Cleopatra, que llenaba cerca de esta histórica dama, además de sus funciones quirúrgicas, una misión confidencial. Niccolo Gasparrini, barbero del papa Paulo V, heredó de éste una buena renta; y otro papa, Urbano VIII, hizo caballero del Hábito de Cristo a su barbero, Antonio Sermonetta. (Véase la obrita que acerca de este arte ha publicado Valdizán. Roma, 1913.)

No se crea que el barbero de antaño se limitaba a la función peluqueril de su colega actual. La cirugía, desorganizada en todas las naciones, estaba en sus manos, sobre todo en sus pequeñas manifestaciones; a los menesteres de rapabarbas unía aptitud para sangrar, aplicar ventosas, sanguijuelas, vejigatorios y cauterios; y oficialmente reconocido y protegido, figuraba en corporación, asociándose bajo el patronato de San Cosme y San Damián. De cuantas funciones desempeñaba el barbero de los siglos XVI y XVII, la más importante era la sangría. Montañas de libros se han escrito en pro y en contra de esta indicación, que tanto apasionó a los antiguos y tantas sátiras ha inspirado en la literatura clásica. Y como se trata de una operación interesante, bueno será estudiar los fundamentos científicos de la sangría, según el criterio de los que la practicaban en tiempos remotos.

Conviene recordar que el barbero, ni aun en el apogeo de su arte, intentó invadir el campo reservado al médico; al contrario, siempre ha permanecido sumiso a él; su hostilidad fué de continuo para el cirujano, que le disputaba la práctica de la profesión; ambas convirtiéronse en un solo oficio: el de cirujano-barbero, que en Francia fué establecido a final del siglo XV, aunque de hecho venía ejerciéndose desde el siglo XIV, pues el rey Carlos V, en 3 de octubre de 1372, ya autorizó a los Barberos para hacer las operaciones poco difíciles. Al amparo de esta autorización vino a establecerse más tarde una lamentable confusión entre el oficio de barbero-cirujano y la profesión de cirujano, propiamente dicha. Estos prácticos, de condiciones y de saber diferen-

tes eran designados con el mismo nombre común de cirujanos, siendo difícil distinguir en muchos documentos históricos cuándo hacen referencia a los barberos y cuándo a los verdaderos depositarios del arte quirúrgico. La sangría no era jamás practicada sin orden del médico; su ejecución se consideró durante largo tiempo como un menester inferior, y hasta el médico más humilde se hubiera sentido deshonrado con la práctica personal de esta intervención. Para tal función era llamado el barbero-cirujano, que necesariamente había de cumplir su cometido en presencia del facultativo indicador de la operación. Un curioso grabado del final del siglo XVI, consignado por Jacques Guillemeau (*Chirurgie française*, 1594), representa la escena de un barbero-cirujano practicando la sangría en presencia de un médico y de un aprendiz o *valet*.

Existían curiosos prejuicios relativos a la sangría. Algunos cirujanos preconizaban su uso antes de suministrarse a un enfermo la "corteza peruana", o sea la del árbol de la quina. Otros hacían depender el éxito de la sangría nada menos que del movimiento de los astros, y hasta un práctico peruano, Juan Gerónimo Navarro, publicó un interesante libro acerca de *Sangrar y purgar en días de conjunción*.

¿Qué instrumentos se empleaban para la sangría? Según una cita de Tiberio Malso, médico y cirujano del siglo XV, muy afamado en la ciudad de Nápoles, las primeras sangrías se practicaron empleando unas piedras pequeñas en disposición de lancetas, y a las damas se les sangraba en los pies y en las piernas con un

He aquí el material quirúrgico de un barbero a principios de la Edad Moderna: una bandeja, dos navajas, una lanceta, un bisturí, una molleta para calentarlos, lejía y una vasija, un peine, dos pañuelos, un hornillo



Tipo de barbero-cirujano del Siglo XVI. Grabado de la época.



Barbero practicando una sangría. Grabado del Siglo XVI. (Libro «Chirurgie française», por Jacques Guillemeau, 1594.)

hueso punzante de pescado. En algunos pueblos de Indias se sangraba aplicando un caracol punzante en las venas frontales; el sangrador aspiraba el líquido, que luego daba a las mujeres embarazadas para que la nueva sangre las hiciera fuertes y robustas (!).

con agua para la cara. A esto se añadía una cuerda para ligar el miembro por encima del punto de la sangría, y una paleta con un poco de tierra mojada para aplicarla a la herida.

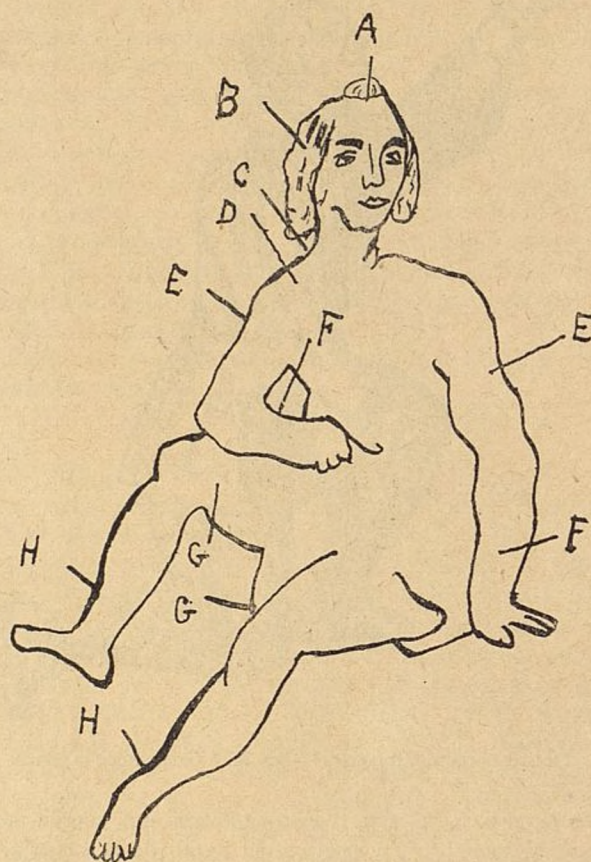
La lanceta adoptaba diferentes formas, gráficamente descritas en el pintoresco lenguaje de la época. Las había con hoja "en rama de olivo". Otras "en lengua de víbora"; otras, en forma de "saeta". A esta última, preferida por los barberos italianos, la llamaron *moschetta*, y se consideraba *peligrosa*, porque podía "transpasar" la vena. Los barberos españoles dieron preferencia a la lanceta en lengua de víbora.

Los puntos o "lugares" de la sangría están detallados en un esquema de la época, con la leyenda siguiente: "A) Entre la sutura coronal. B) En la sutura landoide. C) Entre la primera y segunda y tercera vértebras. E) Al fin del músculo opoinide. F) Sobre el cuerpo exterior. G) En el hueco del músculo interno. H) Sobre el maléolo de la parte interna."

A pesar de esta aparente precisión, existía diversidad de opiniones respecto al número de venas en las cuales debía sangrarse. Unos cirujanos seguían el parecer de Galeno, que fijaba en cinco el número de estas venas; otros, con Albucasis, estimaban que eran veintiséis, diez en la cabeza, diez en los brazos y seis en las piernas. Pero, generalmente, los médicos ordenaban la sangría en catorce venas, a saber: "una en la frente, dos en las sienes, dos en la lengua, cuatro en cada brazo, que son la "basílica, la cefálica, el tronco y la media común llamada"; dos en cada mano, "entre el índi-

ce y el pulgar, el anular y el auricular"; una en el pliegue de la pierna, detrás de la rodilla, y dos en cada pie, o sean, la de la madre, dicha safena por dentro, y la ciática de aquélla de fuera".

Según Brambilla, los barberos del tiempo de Cornelio Celso no practicaban la sangría de un golpe, como se hizo en época más avanzada y en nuestros días, sino



Esquema representando los «Puntos o lugares de la sangría», según un grabado del Siglo XVII.

que "en aquel tiempo, con gran estudio, separaban las venas de la cutis y las carnes, y después las herían". Cuando la sangría era en los miembros inferiores, se obligaba al enfermo a andar unos veinte pasos, si su salud se lo permitía, con objeto de "hacer venir la sangre"; hecha la ligadura por encima de la vena, realizábase fácilmente la intervención.

Los antiguos no desconocían los accidentes a que se exponía el enfermo con motivo de la sangría. Lanfranch, cirujano milanés del siglo XIII, condenó que fuese practicada por aprendices inexpertos y barberos poco escrupulosos, dando origen sus descuidos a "inflamaciones, supuraciones, aneurismas y gangrenas en el lugar mismo de la infección". Y al comienzo del siglo XVI, el médico florentino Pietro Francisco Paulo, en su tratado *De venae sectione adversus Avicennam*, daba reglas para la "flebotomía, y señalaba con claridad el peligro de herir nervios, arterias, aponeurosis y tendones".

Cuando la sangría se practicaba en países fríos o en el crudo invierno, la sangre, al brotar de la herida, se coagulaba rápidamente, impidiendo la salida del líquido y malogrando la operación. Al barbero que le sucedía este accidente se le suponía de poca experiencia, y

para evitarlo, el operador se encerraba en un cuarto abrigado con el enfermo, alumbrado con luz artificial.

El valor terapéutico de la sangría ha sido objeto de curiosas apreciaciones. Según Girolano Cardano, "la sangría del brazo era de alivio en la pleuresía; y la del miembro inferior de la parte opuesta, lo era en las enfermedades del hígado y del bazo". La practicada en la frente servía para aliviar "la fluxión y postema de los ojos, la hemicrania, los dolores de cabeza del comienzo de la lepra y la frenesía". La sangría de la "vena del hígado o basílica era útil para los flujos de sangre, fiebre, el humor colérico y la repleción".

Pero donde se encuentran datos realmente monstruosos es en los tratados relativos al volumen de la emisión sanguínea. Morealo afirma haber practicado en una misma persona sangrías de dieciocho onzas cada una, con pocos días de intervalo; a una maniaca la extrajo tres libras de sangre. Y añade: "... y no hice cerrar la sangría sino cuando la enferma no profirió más palabras y cuando sentí faltar el pulso." Platero refiere el caso de una joven que en una semana había sido sangrada "con provecho" (!) *setenta veces*. Así se comprende la sátira, verdaderamente sangrienta, del famoso Dr. Sangredo; y la muletilla tan en boga en el siglo XVII de que con la ayuda de Dios "y un buen cirujano, en tres días despachaban a un enfermo".

La facilidad con que los antiguos dejaban escapar la sangre obedecía a la creencia de que el enfermo en cinco días recuperaba dieciséis onzas de sangre; esta afirmación de Dodart ha causado más víctimas que todas las batallas de la Edad Moderna.

Una vez practicada la sangría, había que cerrar la herida. Para ello, lo mismo que para restañar las producidas por la aplicación de sanguijuelas, los antiguos barberos y cirujanos apelaban a buen número de recetas originales. Una de las más usadas era la siguiente:

"Sangre humana seca en polvo.
Bolo armeniorienta.
Sangre de drago.
Incienso.
Mastic.
Sarcocola.
Corteza de incienso.
(Un dracma de cada cosa.)"

En otras fórmulas entraba la piedra amatista, la tierra sellada, sanguinaria, el papel quemado y el *estírcol de mulo negro, en polvo, tomado en el mes de mayo*. Asombra la simple lectura de esta terapéutica monstruosa. También se preconizaba como hemostático el empleo de los *pelos de liebre*.

El siglo XVII puede señalarse como el período de auge de los barberos-cirujanos. Su poder fué grande, pretendiendo sobreponerse a los cirujanos propiamente tales.

La lucha fué enconada, terminando en Francia, en 1743, con una disposición real que despojaba a los primeros de toda intervención quirúrgica. Dos años más tarde establecióse en Londres la misma restricción, y sucesivamente en todas las naciones.

Pero esta muerte del *barberismo* fué solamente oficial, pues el vulgo, por el impulso adquirido de largos siglos, seguía acudiendo a los barberos, que, aunque con menos ciencia, cobraban también menos que los cirujanos. La reorganización de los estudios médicoquirúrgicos fué realmente la que dió el golpe de gracia al

oficio barberil, pues a partir de este momento, cuantos se decidían por la profesión quirúrgica habían de sujetarse a los planes establecidos.

Y así fué extinguiéndose uno de los tipos más interesantes y pintorescos de la historia de la Medicina.

(Continuará.)

BIBLIOGRAFIA

PAIDOLOGÍA E HIGIENE ESCOLAR, por el Dr. C. Sánchez Freijo.

Esta obra cumple la necesidad sentida en nuestra Patria de conocer mejor al niño, especialmente escolar, en su doble aspecto físico y mental, para con ello instituir racionalmente normas higiénicas y pedagógicas encaminadas a obtener el más perfecto desarrollo integral del mismo y a corregir los defectos somáticos o psíquicos ya iniciados en él.

El autor ha sabido desarrollar este vasto como importante asunto dividiendo la obra en dos partes, con 16 capítulos. Los primeros capítulos estudian la variabilidad individual, la biometría, antropometría, la psicotecnia y psicometría escolar, y los sugestivos problemas de la herencia y constitución referidas al niño, enseñando con ellos a definir y a clasificar los diversos tipos de niños normales y a valorar numéricamente las desviaciones anormales que puedan presentarse en el curso de su desarrollo. Siguen a estos primeros capítulos otros seis, dedicados al estudio de las sucesivas fases del desenvolvimiento normal del cuerpo y de la mente hasta la edad de la pubertad, pasando revista a las causas capaces de alterar este normal desarrollo y describiendo igualmente de forma certera y admirable las enfermedades y defectos somáticos, sensoriales y psíquicos que son más dables encontrar en el escolar. Por último, la segunda parte de la obra comprende cinco capítulos, que se ocupan de la higiene física, mental y moral del niño, de la higiene del local-escuela y sus anejos, de la higiene del material escolar y del maestro, terminando con la descripción de las instituciones circunesculares y con un bosquejo de organización médocoescolar.

Trascendente es la obra del Dr. Sánchez Freijo en un país como el nuestro, en el que la Medicina escolar se halla abandonada.

Todos sus capítulos se hallan saturados de interés y amenidad, y a ello se une el exquisito celo que la Editorial Reus ha puesto en su confección.

Merece, por esto, que tal libro figure en la biblioteca de todo médico y pedagogo.

ARQUIVO DE CLINICA PEDIATRICA DA FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO. II, 1931-1934. Porto.—Enciclopedia portuguesa. Lda. 1935.

La presentación de este segundo volumen del *Arquivo de clinica pediátrica* obedece, como el primero, a la obligación de dar publicidad a los estudios realizados en los servicios escolares, por modestos que sean. De tiempo en tiempo se reúnen en un volumen los artículos dispersos por las revistas, y así queda documentada en cierto modo la actividad docente.

Como ya consta en el tomo primero, no es cuestión el valor de los trabajos contenidos; pero en los que aporta el segundo volumen se muestra un evidente progreso.—M. A. C.

PERIODICOS MEDICOS

PAUTRIER.—*Las lesiones granúlicas pulmonares de la enfermedad de Besnier-Boeck; dificultad de interpretación de las imágenes radiológicas nodulares.*

Desde la reunión de Estrasburgo de mayo de 1934 ha quedado admitido que, si bien únicamente por la observación de los elementos cutáneos podemos efectuar el diagnóstico de la enfermedad de Besnier-Boeck, estamos obligados a investigar cuidadosamente los restantes síntomas de esta enfermedad general a nivel de los pulmones, ganglios y huesos.

En este trabajo insiste el autor sobre la frecuencia e importancia del diagnóstico de lesiones en los ganglios traqueobrónquicos y en los pulmonares. Marstenstein las ha observado 45 veces en 48 casos; Kissmeyer, 19 en 24, y Pautrier, cinco en seis casos. Estas lesiones son, por lo general, tórpidas y silenciosas, siendo únicamente la radiografía practicada sistemáticamente la que puede descubrirlas. Unas veces se trata de infiltraciones peribronquiales, y, con frecuencia, un alargamiento de las sombras hiliares con ganglios marcadamente hipertrofiados; otras veces, de infiltraciones de los ganglios del mediastino, recordando la linfogranulomatosis maligna de Hodgkin; por último—siendo sobre este aspecto sobre el que particularmente llama la atención Pautrier—, pequeñas granulaciones diseminadas simétricamente en los dos pulmones, condensándose hacia los polos. Cuando se desconoce la posibilidad de estas imágenes en la enfermedad de Boeck, pueden dar lugar a importantes errores diagnósticos. Esta enfermedad tiene una evolución tórpida, crónica y, por lo general, benigna.—(*Bull. et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*. Año 50, número 28.)—T. B.

F. DE A. ESTAPE y F. GRUENBAUM.—*El tratamiento intravenoso con estrofantina de la insuficiencia cardíaca crónica.*

A la manera de conclusiones, y como justificación del criterio que ha informado este trabajo, los autores lo resumen y concretan de manera clara y precisa, en consideraciones sobre digitaliterapia, con el fin de que sirvan de guía al médico práctico para discernir y decidir, con fundamento de causa, la línea de conducta más adecuada el tratamiento de las diversas afecciones cardíacas.

Conclusión de orden general es que no todos los trastornos cardíacos son tributarios de la medicación cardiotónica. Hemos ensayado recientemente la sistematización de las afecciones del corazón en cuatro grupos: primero, trastornos sensibles; segundo, arritmias; tercero, lesiones orgánicas, y cuarto, insuficiencia cardíaca. Estas afecciones pueden presentarse, es verdad, conjuntamente, en combinaciones diversas, pero también de un modo aislado: una arritmia extrasistólica solitaria, la angina pectoris, sin lesión orgánica de las coronarias; un defecto valvular bien compensado; la insuficiencia cardíaca de causas cardíacas. Pues bien: sola o combinada, únicamente la insuficiencia cardíaca es tributaria de la medicación. Es un grosero error que se comete a menudo administrar digital o cualquier otro medicamento cardiotónico al enfermo que se queja, por ejemplo, de extrasístoles o de precordialgia, o que al examen se comprueban signos de un defecto valvular bien compensado.

En el grupo de las arritmias, quizá la taquicardia paroxística y la taquiarritmia completa pueden constituir una indicación, aun sin fenómenos de insuficiencia, por la acción frenadora que ejerce la medicación. Pero, hasta en estas circunstancias, el tratamiento con la quinidina nos reporta en muchos casos mayores ventajas.

La indicación *princeps*, por no decir exclusiva, del tratamiento cardiotónico con la digital y sus sucedáneos, está representada por la insuficiencia cardíaca en todos sus grados.

Otra conclusión que se desprende más especialmente de este estudio es que con la posibilidad del empleo parenteral de los cardiotónicos puede conseguirse, no solamente un tratamiento más eficaz de la insuficiencia cardíaca en general, sino que, en ciertos casos, constituyen el único modo de obtener algún resultado.

Entre los productos que se han mostrado más útiles para ser empleados por esta vía ocupan el primer lugar las estrofantinas, especialmente por vía endovenosa.

Deben considerarse como indicaciones de la estrofantinoterapia intravenosa: las crisis agudas, insuficiencia cardíaca (asma cardíaco o edema pulmonar sobreagudo); todas las formas de asistolia con gran éstasis hepático o con dilatación cardíaca muy acusada (diámetro transversal mayor de 19 centímetros), y los casos refractarios o la digital por diversas causas.

Según algunos autores, las curas con estrofantina deben ser de corta duración, solamente por períodos de dos o tres días, con una dosis total de un miligramo o un miligramo y medio. Para estos autores, la estrofantinoterapia solamente es aplicable a las formas agudas de insuficiencia cardíaca, en las que cabe normalizar los trastornos circulatorios con este breve tratamiento y con dosis tan pequeñas.

Criterio justo cuando se utiliza la estrofantina *gratus*, la cual, por su toxicidad, implicaría un serio peligro de emplearse en tratamientos más prolongados.

Cuando está indicada esta forma prolongada de tratamiento (insuficiencia cardíaca crónica, con éstasis hepático, y en los casos refractarios a la digital), debe utilizarse únicamente la estrofantina *kombé*, con la cual, dotada de un menor poder de acumulación, se puede llevar a cabo el tratamiento con todas las ventajas y sin ningún riesgo.

Para la aplicación de la estrofantina no tienen importancia decisiva la causa, la clase y el lugar de la lesión cardíaca, sino, ante todo, la disminución en el rendimiento del corazón o el grado de insuficiencia cardíaca. Esto se refiere, principalmente en cuanto al defecto valvular, al tratamiento de la estenosis mitral descompensada; para llegar a un resultado hay que administrar durante mucho tiempo dosis pequeñas, en general de dos o tres décimas de miligramo; las superiores las toleran mal los enfermos, y el éxito terapéutico no se produce.

Como en toda digitaliterapia, en la estrofantinoterapia hay que tener en cuenta los fenómenos de acumulación (bricardia excesiva, aparición de extrasístoles frecuentes, especialmente en forma de bigeminismo, bloqueo parcial, vómitos, diarrea, gastroenteralgias, etc.).

Como dosis terapéutica media de la estrofantina *k*, de Boehringer, puede administrarse medio miligramo; pero será conveniente, en los primeros días, partirla y administrar un cuarto de miligramo por la mañana y otro cuarto por la noche. Las dosis ulteriores han de ajustarse al curso de la enfermedad. La primera señal segu-

ra de que un enfermo responde al tratamiento es, generalmente, la disminución de la disnea y de las molestias subjetivas, y el enfermo, que no podía conciliar el sueño durante semanas o meses, puede acostarse y descansar. Es por lo que se recomienda dar las inyecciones de estrofantina en lo posible, por la noche, cuando menos al iniciarse el tratamiento, con objeto de que puedan aprovecharse plenamente estos efectos derivados de la mejor circulación.

Finalmente, la estrofantinoterapia intravenosa, permitiendo una dosificación más exacta y una mejor graduación de las reacciones del corazón enfermo, nos da un firme punto de apoyo para el juicio pronóstico de la insuficiencia cardíaca.—(*Revista Médica de Barcelona*, Barcelona, julio 1935, núm. 139, págs. 3 y 20.)—M. A. C.

GOUGEROT.—*Esclerodermia del anillo prepucial*.

Presenta el autor en este trabajo dos interesantes observaciones de esclerodermia: una se refiere a una esclerodermia pura del anillo prepucial y de la piel del pene, y la otra a una esclerodermia del anillo asociada a otras lesiones (placa leucoplasiforme del glande, infiltrado papuloso rojo próximo al meato). Este último enfermo, que tenía también una leucoplasia comisural, fué sometido a un tratamiento bismútico, desapareciendo tanto el estado leucoplasiforme como el infiltrado. (*An. Mal. Ven. An.* 29. Núm. 11.)—T. B.

E. BUCH.—*Tratamiento de la jaqueca con el bellergal*.

Los estudios de Much sobre la patogenia de la jaqueca mediante las pruebas de la adrenalina parecen comprobar que la causa del acceso reside en un trastorno simpaticotónico de los vasos cerebrales, hemicrania simpaticotónica. Hay un aumento del tono de la porción cerebral del simpático, que a su vez desencadena un estado de excitación de la porción craneal del parasimpático. En vista de ello se recomendó tratarlas con ginergeno (ergotamina Sandoz), que inhibe de un modo electivo el simpático; pero si bien se obtuvieron muchos éxitos, también se registraron no pocos fracasos. Por ello, el autor cree preferible asociar el ginergeno a la belladona y al ácido fenilbarbitúrico. El bellergal contiene 0,2 miligramos de bellafolina, 0,3 miligramos de ergotamina y 0,2 gramos de ácido fenilbarbitúrico por cada tableta. Pueden darse hasta tres o cuatro tabletas el día del ataque. Los resultados, dice el autor, son muy satisfactorios, aunque, a decir verdad, registra casos de fracaso total de la medicación. De todos modos, el tratamiento no modifica en nada las reacciones especiales de estos enfermos frente a la adrenalina (*Zeit. f. Laryng.*, tomo 25, fas. 3. Ap. en *Die Medizinische Welt*, 1935, núm. 30.)—F. D. G.

GOUGEROT y HAM HUU CHI.—*Eritema biotrópico después de eritrodermia arsenical, negativación del Bordet-Wassermann en el curso de la eritrodermia*.

La observación que comunican los autores en este trabajo confirma el importante papel que representan las defensas cutáneas en el sífilítico. Este enfermo, que había tenido una erupción biotrópica de tipo eritematopolimorfo, se le negativizó rápidamente la serología al comienzo de la eritrodermia arsenical padecida. (*An. Mal. Ven. An.* 29. Núm. 11.)—T. B.

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

- A/** *Simplicidad de su composición*
Yodo. Hipofosfitos, cal, sosa, manganeso.
Fosfato sódico. Glicerina pura.
- B/** *Ninguna substancia de peligroso manejo para la infancia. Ni estrignina, ni arsénico*
- C/** *No es una emulsión, ni uno de los llamados extractos del aceite de hig. de bacalao. Es un licor no alcohólico, ni azucarado, de sabor gratísimo y tolerado perfectamente.*
- D/** *Medicación YODADA por excelencia. Depurativo. Reconstituyente*

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

ES EL RECONSTITUYENTE PREDILECTO DE LOS SRES. MÉDICOS PARA USO DE SUS HIJOS.

Eficaz en el tratamiento de las

Adenopatías
Linfatismo
Escrofulismo
Raquitismo
Diabetes
Heredosifilis
Ameno y Dismenorrea
Convalecencias
Estados llamados Pretuberculosos



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

Los Sres. Médicos pueden pedir muestras en Madrid a nuestro representante: D. Ruperto de Frutos, Almirante, 3, pral. Tel. 17193

Ayuntamiento de Madrid

Remineralización integral

OPOCALCIUM

del Doctor Guersant

IRRADIADO con Vitamina D. pura cristalizada
Paratiroide (extracto titulado en unidades Collip)
sellos, comprimidos, granulado.

SENCILLO : sellos, comprimidos, granulado.

Guayacolado : sellos. Arseniado : sellos.

A. RANSON, Farmacéutico, 121, Av. Gambetta, **PARIS** XX^e

LITERATURA Y MUESTRAS

J. GARCIA MARTIN

Fernandez de la Hoz, 20

MADRID

M. SOLER ELIAS

Muntaner, 191

BARCELONA

VEINTE PEPTONAS DIFERENTES

+

HIPOSULFITO DE MAGNESIO Y DE SODA

+

SALES HALOGENAS DE MAGNESIO

ANACLASINE

RANSON

COMPRIMIDOS
GRANULADO

DESENSIBILIZACIÓN
ESTADOS HEPÁTICOS
ACCIÓN COLAGOGA

A. RANSON, Farmacéutico, 121, Av. Gambetta, **PARIS** XX^e

LITERATURA Y MUESTRAS

J. GARCIA MARTIN

Fernandez de la Hoz, 20

MADRID

M. SOLER ELIAS

Muntaner, 191

BARCELONA

La función sanitaria es función del Estado, y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal.—Garantía inmediata del pago en los titulares por el Estado.—Independencia y retribución de la función forense.—Dignificación profesional.—Unión y solidaridad de los médicos.—Fraternidad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.

SUMARIO.—SECCIÓN PROFESIONAL: Boletín de la semana, por Decio Carlán.—«In memoriam»: Cortés Pastor, por el Dr. José Álvarez Sierra.—Al margen de la lucha antituberculosa: La verdad en su lugar, por A. Navarro Blasco. Medidas que urgen: La supresión de Colegios, por Angel F. Domínguez.—Yo, como presidente, por Sisinio Crespo. Cursillo de laboratorio.—SECCIÓN OFICIAL.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Terapia.

BOLETIN DE LA SEMANA

Melancolía, duelos y satisfacciones

EL ANIVERSARIO DE DON CARLOS

En este 24 de agosto que fué el sábado último, cálido y luminoso, vaga nuestro espíritu impregnado de la dulce melancolía de los recuerdos por aquel que nos abandonó ¡ya hace dos años!

Son tantas las cosas menudas y grandes que se sacuden de nuestra memoria con la evocación de D. Carlos, que salta nuestro corazón de una en otra, agitado por las más dispares emociones.

El testimonio de compañía de los amigos y de las personas que nos manifiestan su afecto, acompañándonos en esta fecha, para nosotros de tan inextinguible dolor, hemos de recogerlo en estas líneas, contestando con el más cordial agradecimiento.

En la mañana del día 24 se celebraron misas en varias iglesias de Madrid, aplicadas por el eterno descanso del abuelo de los huérfanos de médicos, y en la tarde del mismo día acudimos en peregrinación ante su tumba, que fué cubierta de flores y de oraciones por los que en la Casa de EL SIGLO MEDICO tienen un altar de perenne devoción elevado al recuerdo de quien por tantos años fué su maestro y su amigo.

La familia de D. Carlos María Cortezo, el Consejo de Administración de EL SIGLO MEDICO y cuantos en él colaboramos y rendimos nuestro empeño y nuestro trabajo por seguir rectamente la senda que él nos marcara, hacemos en estas líneas expresiva contestación de gracias a todos y ferviente voto por el eterno descanso de su alma.

UNA SEMANA TRÁGICA

Durante los días de esta última semana nos hemos visto sorprendidos por las noticias de una serie de accidentes que han ocasionado la muerte y la desgracia de personas muy estimadas entre la clase médica.

Comenzó el desfile dramático con la tentativa de envenenamiento perpetrado en las personas de cinco enfermeras del Sanatorio Antituberculoso de Parañaín, en Pamplona, por obra de un pobre perturbado, y que, afortunadamente, no causó las muertes que se proponía.

Dos días después moría en un terrible accidente de automóvil el presidente del Colegio de Médicos de Valencia, Dr. Cortés Pastor, persona muy estimada en los centros profesionales médicos.

Era el Dr. Cortés Pastor hombre inteligente y estudioso, y, más que nada, lleno de buen deseo de trabajar en las obras de Medicina Social, tanto en favor de sus compañeros como de los huérfanos de médicos y de las fundaciones de la Cruz Roja.

En Valencia se apreciaba su actividad y competencia, y formaba siempre parte de cuantos Comités dedicasen sus afanes al mejoramiento de las obras de Medicina Social.

Miembro del Consejo de Colegios, se ocupó, quizá más que nadie, de intervenir en la suerte de los huérfanos de médicos, y durante muchos años era significativa su actitud en las visitas que constantemente dedicaba al Colegio de la Guindalera.

Para nosotros no era acertada la tendencia del Dr. Cortés Pastor en cuanto al sistema que defendía como preciso para la Institución, pero nunca se pudo negar su gran interés por los huérfanos y su correcto deseo de acertar en cuanto proponía.

Los huérfanos de médicos sufren una lamentable pérdida con la muerte de Cortés Pastor, porque nosotros estamos seguros de que, convencido, al fin, cuál era la verdadera guía para el engrandecimiento de la Institución, su apoyo hubiera sido decisivo, y acaso no hubiera tardado mucho tiempo en variar su idea en favor de la defendida por nosotros.

Hombres como Cortés Pastor son los necesarios. Lo peor, frente a un problema de esta índole, es la indiferencia: a un indiferente no se le convence nunca, o se tarda mucho más en lograrlo que al más decidido enemigo de un sistema.

23 al 29 de septiembre de 1935.

X Congreso Internacional de Historia de la Medicina

Descanse en paz el ilustre médico valenciano, y reciban sus familiares y amigos el testimonio de nuestro más sincero pésame.

* * *

Cuando aún no salíamos de la sorpresa que la trágica muerte del Dr. Cortés Pastor nos produjo, hubimos de sufrir otra nueva emoción al conocer los detalles de la muerte de D. Hermes Piñerúa, director general de Montes e hijo del glorioso maestro de la Química española, Prof. D. Eugenio Piñerúa y Alvarez.

Don Hermes Piñerúa era persona distinguidísima en los centros culturales y sociales de Madrid. Ocupaba un alto puesto en el Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes, y últimamente fué nombrado por el Gobierno director de Montes.

Contaba el Sr. Piñerúa en esta Casa de EL SIGLO MÉDICO con lazos de amistad fraterna, mantenida desde los primeros años de la infancia con nuestro director y nuestro administrador general.

Hermano del ilustre profesor de la Facultad de Madrid, D. Oscar Piñerúa y Fernández del Nogal, e hijo del que fué maestro de tantas generaciones de médicos, la muerte trágica de D. Hermes Piñerúa ha causado dolorosísima impresión en los centros médicos y académicos de Madrid.

Quisiéramos desde estas líneas contribuir a la triste labor de intentar el consuelo de esos padres viejecitos y sacudidos por la desgracia cuando su lucha y la nobleza de su conducta les hacía tan merecedores de una dulce tranquilidad en los postreros años de su vida.

Reciban los familiares de nuestro querido amigo D. Hermes Piñerúa el testimonio del más sincero dolor por la tremenda pena que les aflige.

EL HOMENAJE AL PROF. ANTONIO GARCÍA TAPIA

El día 8 del próximo mes de septiembre se celebrará en la villa de Riaza el acto inaugural del monumento elevado en homenaje de admiración y cariño al ilustre maestro de la Laringología española, Prof. Antonio Tapia.

Todo hace prever que en ese día será grandiosa la manifestación de cariño y aplauso que rodee a D. Antonio, persona verdaderamente única en el arte de hermanar los egoísmos del investigador y hombre de ciencia, con las generosidades e inquietudes de un espíritu siempre juvenil y abierto a todos los amores y a todos los entusiasmos.

En estas páginas de EL SIGLO MÉDICO contábamos apenas hace un año algo de las maravillas logradas por D. Antonio Tapia para hacer de Riaza

un lugar lleno de amenidades y bellezas sumadas al caudal natural de sus hermosuras.

La obra del Hospital, debido a la generosidad, casi loca, ¡santamente loca!, de D. Antonio Tapia, es algo que merece el aplauso y la admiración de todos los españoles. Porque se puede, al amparo de una gran fortuna, legar un hospital o cualquier otra fundación benéfica al pueblo que nos viera nacer, pero poner los días y las horas, la habilidad de su inteligencia, el esfuerzo de las manos y el aliento del ejemplo, para ir, piedra a piedra, levantando un hospital como el que Tapia ha hecho en Riaza, eso es mucho más admirable, y eso requiere el señalamiento que sin duda se hará el día 8 de septiembre ante el monumento que va a ser inaugurado.

Nos proponemos acudir en tal día a dar un abrazo al maestro y a recoger las impresiones de los actos que allí se celebren, y esta noticia vaya solamente como heraldo de tal fecha, que se marcará de modo imborrable en la historia de los grandes médicos españoles de la época actual.

DECIO CARLÁN.

"IN MEMORIAM"

CORTÉS PASTOR

En plena actividad profesional y clínica, cuando su nombre era una garantía de acierto en ese Concejo de Colegios que pretende monopolizar la dirección de los destinos de la clase médica española, ha fallecido, víctima de un trágico accidente, el Dr. Cortés Pastor.

Cuando hace media docena de años quedó acéfala la Medicina valenciana por muerte de Sanchis Bergon, los sanitarios de aquella provincia y muchos de los de otras pensaron que el sucesor no sería fácil de encontrar. El Dr. Cortés Pastor, enérgico, sin ser autoritario; activo, sin caer en egoísmos caciquiles, y consciente de cuáles eran las verdaderas reivindicaciones que debíamos perseguir, se hizo en poco tiempo el guía de sus compañeros, sosteniendo el prestigio que al Colegio de Valencia le había dado su antecesor.

Si a los cargos directivos de nuestros organismos sociales lleváramos siempre hombres de la altura y preparación de Cortés Pastor, no nos encontraríamos en la situación de angustia y crisis a que estamos llegando corporativamente.

Después de haberse destacado como hombre de ciencia y como buen clínico; de conquistar una selecta clientela y de actuar intensivamente, lo mismo en la Beneficencia municipal que en las sesiones del Ateneo Médico, sintió en su corazón de hombre bueno el dolor de los hermanos de carrera, fracasados por falta de orientación personal unas veces, pero muchas por indefensión contra este Estado egoísta, que permite el aca-



Tonofosfán



Tonofosfán

caja de X ampollas al 1 o 2%

Cuotas de inscripción... { Congreso, ptas. 90. Pida detalles a la Secretaría general
familiares, ptas. 40. Arrieta, 12. MADRID

de todas
fesión li-

to de la
deas úti-
licos, au-
nalidades

ún cuan-
ra como
ódiga en
en obras

SIERRA

23 al 29 de septiembre de 1935.

Cuotas de inscripción....

Congresista, ptas. 90.
Familiars, ptas. 40.

Pida detalles a la Secretaría general
Arrieta, 12. MADRID

282

EL SIGLO MEDICO

Descanse en paz el ilustre médico valenciano, y un lugar lleno de amenidades y bellezas sumadas recibirán nuestro

Cuan
trágica
hubimo
detalle
rector
tro de
ñerúa

Don
ma en
Ocupa
trucció
nombr

Cont
GLO M
nida d
nuestro

Hern
Madrid
e hijo
de méo
rúa ha
tros mé

Quisi
triste l
viejecit
lucha y
merece
treros

Recil
D. Hei
dolor p

EL HOM

El di
brará e
nument
riño al
la, Pro

Todo
la man
D. Ant
arte de
hombre
tudes c
todos l

En e
mos ap
gradas



Obesidad
endócrina



ELITIRAN

Principio activo integral
del tiroides

Como médico culto adhiérase al

X Congreso Internacional de Historia de la Medicina

23 al 29 de septiembre de 1935.



El Prof. Antonio García Tapia, a quien se rinde un homenaje nacional en Ríaza el próximo día 8 de Septiembre.

paramiento de cargos en unos privilegiados, condenando a otros a la miseria y la desesperación.

No era Cortés Pastor un teorizante, ni un arrivista, ni un plumífero ocasional: era todo un hombre y un médico de gran talento. Conocía por propia experiencia los dolores y vicisitudes que tiene que sufrir el médico humilde, el médico rural y el médico pobre de las grandes ciudades. Tomó a su cargo esta defensa y se acreditó como abogado de primera categoría.

En Medicina, decían sus compañeros de promoción que siempre se había distinguido por sus condiciones especiales de clínico, de interpretador de síntomas, como derivación de una preparación anatómica formidable adquirida en los años de juventud.

Pero, además, era un sociólogo y un escritor de elegante estilo. Sus artículos, de gran profundidad de pen-

samiento, ponían de relieve su conocimiento de todas las miserias y lacras del ejercicio de una profesión liberal.

Su colaboración al redactarse el Reglamento de la Previsión Médica fué muy eficaz, aportando ideas útiles y contagiando de todo su entusiasmo a médicos, autoridades de la Dirección de Sanidad y personalidades políticas.

Triste cosa es siempre la muerte, pero más aún cuando sorprende de improviso y cuando arrastra como trágico ciclón una vida llena de ilusiones, pródiga en ideas fecundas que aún tenían que cristalizar en obras útiles para sus compañeros.

DR. ALVAREZ-SIERRA.

Cuotas de inscripción... { Congresista, ptas. 90. Pida detalles a la Secretaría general
familiares, ptas. 40. Arrieta, 12. MADRID

Al margen de la lucha antituberculosa

LA VERDAD EN SU LUGAR

Para D. Julio Blanco Sánchez.

En un tranquilo y pintoresco pueblecito vizcaíno de pescadores, donde encuentro el apetecido descanso, leo la carta con que me favorece el Dr. Blanco Sánchez, contestando a la mía abierta. Su lectura me proporciona viva satisfacción, pues reconoce, con plausible sinceridad, en sus aspectos fundamentales y substantivo, la certeza de mis *recuerdos*, discrepando únicamente en lo adjetivo y en algún minúsculo detalle. Pero el señor Blanco trae en ella a colación nuevos puntos, mejor dicho, pone sobre el tapete de la discusión temas que fueron ya debidamente rebatidos en tiempo oportuno, resultando preciso, por dicho motivo, insistir para que la verdad quede en su puesto y aniquilada toda sofisticación.

Ciertamente que el Sr. Blanco no ha realizado grandes esfuerzos para redactar la contestación, pues ha empleado el viejo procedimiento de repetir y coger parte de lo expresado por otros, quebrándose su respuesta de puro sutil. Y es que para los espíritus habituados al retraimiento suele resultar la discusión tarea penosísima, representando una especie de indigestión mental. Lejos de mí perspicacia suponer que pueda desagradarle al Dr. Blanco la recordación de hechos que yo creí tendría por grato. Lo lamento. Para consuelo mío he recibido felicitaciones por la carta abierta que le dirigí de las más diversas procedencias y en número insospechado; algunas de ellas, ¿quién podía presumirlo!, de médicos de lucha antituberculosa del Estado.

Constituye un indiscutible acierto del Sr. Blanco el creer que tengo habitual inclinación al ataque y la polémica, si entiendo por ataque la respuesta viva y tenaz contra los atropellos e injurias que me afecten, y por polémica, la firme decisión de airear la defensa de legítimos derechos vejados, procurando el prevalecimiento de la verdad y la justicia.

Agradezco muchísimo la selección con que me distingue al suponer que yo soy el único que interviene en la campaña iniciada por los médicos de la lucha antituberculosa arbitrariamente destituidos. O el Sr. Blanco está desmemoriado o no transita la Prensa profesional o diaria, pues otra suposición en nada le favorece. Me permito aconsejarle, si no lo toma a mal, que consulte las colecciones de las revistas médicas madrileñas y algunas de provincias, así como los diarios, desde que se produjo el cambio de régimen político en España, y saldrá de su error, viendo artículos sobre este asunto de plumas bien cortadas, que conmigo comparten el honor de llevar adelante la campaña justiciera y reivindicadora que tanto inquieta. Además, todas mis actuaciones a este respecto han llevado siempre el aval de los médicos de la lucha antituberculosa que, como yo, sufrían disposiciones vejatorias, viéndose favorecidos por el aplauso de grandes sectores profesionales, no ligados a esta cuestión de modo tan directo como aquéllos.

Tampoco ha interpretado felizmente la intención del pensamiento, "balletero malo, a los suyos tira", que

califica de *aforismo*. Este pensamiento no es un aforismo, amigo Blanco; tiene otro nombre, y no voy yo a cometer la imperdonable ligereza de ofender su gran cultura recordándole el apropiado. Por otra parte, si tiene empeño en llamar copa a una botella, por mí puede pasar, no resultase luego que si exteriorizo mi discrepancia se estime como ataque personal. Además, por ello no va el Sol a adelantar ni a retardar sus horas de salida.

Las explicaciones aclaratorias de algunos extremos con que nos ilustra el Sr. Blanco son de muy estimar. No voy a discutir por tan poca cosa. Sustituya la palabra tintorería por tinción, si ésta le satisface más; aceptado que en microbiología bacilar haya trabajado con fruto punto menos que Jaime Ferrán (no se lamentará de la equiparación); admitido que sus artículos sobre tuberculosis y enfermedad de Addison hicieran época. Con todo, el director de un sanatorio antituberculoso tiene que resolver diariamente problemas complejos que no son precisamente de microbiología bacilar, ni se esfuma, por elevadísima que fuera la capacidad selectiva de las personas que en aquella fecha le otorgaron el cargo de director del Sanatorio Lago.

Con admirable sencillez explica el amigo Blanco lo de la *freniceptomía*. Ahora resulta que es fruto de un *lapsus calami*; una P aparecida fuera de su sitio. Convergamos en que fué un *lapsus* repetido con ensañamiento y unas docenas de veces en que la P se extravió. ¡Malditas letras!

Produce extrañeza que, convocado concurso-oposición libre para cubrir la plaza de director del Sanatorio Lago, actuase sólo el Sr. Blanco, habiendo tantos médicos animosos que anhelan demostrar su competencia fisiológica y tener un cargo oficial. ¿No resulta en extremo significativo tal alejamiento, *único en este tipo de torneos*, cuando en concursos-oposiciones a plazas de establecimientos antituberculosos se han presentado verdaderas nubes de profesionales? Sólo una explicación me satisface: el terror pánico que entre los médicos produjese la noticia de que habían de contender con fisiólogo tan ilustre y temible como el Sr. Blanco.

Sin embargo, no puedo sustraerme a recordar el razonamiento del negro, receloso de la fidelidad de su mujer, cuando decía a su hija: *Tu pade, nego; tu madae, nega; tú, banca; aquí hay tampa*.

Y vamos con uno de los puntos nuevos, tocado con escasa fortuna por el Sr. Blanco, que, al parecer, le solivianta, relacionado con mi pretensión actual, según dice, de que el Estado acoja en sus brazos a los médicos de lucha antituberculosa que pertenecieron al extinguido Patronato y, sin más trámites ni pruebas, los convierta en funcionarios públicos de la Sanidad Nacional. El amigo Blanco se cierne a este respecto en el plano de las suposiciones, y le sería imposible presentar prueba documental de que yo haya defendido jamás semejante tesis. He sido quien más crudamente ha censurado la actuación de dichos médicos, con las debidas excepciones, en los establecimientos antituberculosos e inicié la crítica en tiempos ya lejanos, cuando nadie sentía la necesidad de tratar públicamente de estas cuestiones. Pero la situación legal de algunos de esos médicos quedó perfectamente clara por sentencia firme del Tribunal Supremo; la competencia fisiológica de los citados compañeros fué discernida por un Tri-

bunal de técnicos perteneciente a la Sanidad Nacional. ¿No constituye acaso esto trámites y pruebas? ¿Pretende tal vez el Sr. Blanco invalidar el fallo del más alto Tribunal de justicia? ¿Estima quizá equivocada la decisión y propuesta del Tribunal revisor, compuesto por los Dres. Verdes Montenegro, Víctor Cortezo y Bardají? ¿Será que regatea a tan ilustres personalidades solvencia científica o ecuanimidad para obrar en justicia?

Por otra parte, sin entrar en la administración general del Estado, limitándonos a la sanitaria, existen los casos siguientes, cuya recordación brindo al Sr. Blanco: médicos de las antiguas brigadas sanitarias, nombrados interinamente, con escaso tiempo de servicios, obtuvieron sus plazas de los Institutos de Higiene en propiedad; médicos antiguos del servicio de profilaxis pública venerosifilítica, dependientes de las Inspecciones Provinciales de Sanidad, nombrados por los más diversos modos, fueron confirmados en sus cargos; subdelegados interinos a quienes se les concedió en propiedad las plazas que ocupaban; médicos habilitados de baños, que fueron incorporados al Escalafón de directores; etc. Además, seguramente no ignora el Sr. Blanco que alguno de los médicos de lucha antituberculosa a que antes me referí, son ya funcionarios públicos de la Sanidad Nacional, y, aunque le parezca pretensión desmedida, esto entra en la categoría de hechos consumados. En consecuencia, debiera iniciar el Sr. Blanco esa fase administrativa que, con su proverbial desprendimiento, me brinda, y que yo estimo en su justo valor, pero de la cual le libero gustoso, pues me parece cosa tan trivial el esfuerzo que supone la admiración de por vida, si ésta se prolonga unos años.

La candidatura para Directiva de la Sociedad Española de Tisiología, a quien el Dr. Blanco se refiere, y que, según manifiesta, motivó su retirada de esta entidad, carecía de matiz político, aunque algunas de las personas que la integraban militasen en determinados campos. Los discretos dejan la política en la puerta de las Sociedades apolíticas, como desde su fundación ha sucedido en aquélla. Demuestra plenamente el señor Blanco la clase de respetos que guarda a quien, con insuperable acierto y dignidad presidía y preside la citada Sociedad, al suponer que inmediatamente desperataría la política en el seno de ella. ¿Sentir pujos políticos de ese tenor, cuando el Sr. Blanco ha considerado honroso llamarse en una revista profesional médico del Real Patronato de la Lucha Antituberculosa!

Resulta menos desfavorable para el Sr. Blanco suponerle flaco de memoria o deficientemente informado en la materia de que voy a tratar que admitir como cierto que, con plena conciencia y bien documentado, intente tergiversar la verdad. No comenzaron el ataque los médicos de la lucha antituberculosa, sino que se inició contra ellos una campaña antes de destituirles de sus cargos. Vinieron después las destituciones y otras cosas, de las que no voy ahora a ocuparme. ¿No recuerda el Sr. Blanco unos artículos aparecidos en la Prensa diaria, antes de iniciar nosotros la campaña defensiva, que contenían una serie de injurias y el menosprecio para todos los destituidos? ¿Carece de información sobre lo sucedido en provincias? ¿No tiene noticias de ciertos manejos recientes, con la finalidad de invalidar determinadas disposiciones ministeriales? ¿Y

ello no constituye una sañuda persecución de dichos médicos?

Los médicos de la lucha antituberculosa destituidos, no sólo yo, hemos censurado unas disposiciones ministeriales arbitrarias, de atropello y vejación, y la conducta de unos colegiados. ¿Atacamos a alguien por decir que, contra toda norma de equidad y justicia, ilegalmente, se nos arrebataron unas plazas? Ahí está el fallo del Tribunal Supremo, denegando las disposiciones ministeriales, contra las cuales se recurrió, y afirmado el derecho que tenemos a los cargos que se nos arrebataron.

¿Atacamos a alguien por afirmar que quienes se presentaron en los concursos-oposiciones para ocupar *nuestras plazas* (no otras, como dice el Sr. Blanco, pues los cargos de director laringólogo, pediatra, analista, radiólogo, etc., de los establecimientos antituberculosos en que se produjeron las vacantes de esa anómala forma, no son de nueva creación) infringieron el Código Colegial y no se comportaron como buenos compañeros? Ahí están los Estatutos y el Reglamento del Colegio de Médicos de Madrid, cuyo artículo 23 es bien expresivo. Y si la realidad de los hechos resulta decisiva contra determinadas actuaciones, ponerlas de relieve no es afán de ataque y de polémica, sino defensa de una causa justa y oposición enérgica al atropello. ¿Acaso tienen algunos señores idéntica tonalidad espiritual que aquellos aristócratas del citado Patronato de Lucha Antituberculosa, a quien bravamente *fustiga ahora* el Sr. Blanco, que abrigaron la pueril pretensión de ahogar desde la *Gaceta*, a golpe de disposiciones, toda crítica de su labor?

Tampoco quiero dejar en el aire la pregunta hecha por el Dr. Blanco acerca de si creo defender mejor los intereses que legítimamente puedan corresponder a los compañeros, promoviendo lo que él considera jaleos y polémicas. Sin duda de ningún género. Tengo el firme convencimiento, y en tal creencia voy superiormente acompañado, de que si esperamos *alegres y confiados* a que de modo espontáneo, sin promover "todos estos jaleos y polémicas", fuera reconocido nuestro derecho y subsanado el atropello, hubiéramos dado ejemplo magnífico de mansedumbre y continuaríamos aguardando la venida del venturoso día que jamás llega. La eficacia de esta campaña, en la cual nos acompañó y alentaba el nunca bastante recordado Dr. Codina Castellví, está patente en la situación actual del conflicto, bien distinta, no lo negará el amigo Blanco, a como sería de esperar calladamente, que quienes promovieron, ejecutaron y mantuvieron la injusticia cometida, reconociesen el error y de modo espontáneo lo reparasen.

No descubro qué Comisión sea esa a la que se refiere el Dr. Blanco, cuyo deseo se cifra "en la devolución a cada cual de lo, que injusta e ilegalmente le hayan quitado (hermosas palabras, cuyo alcance percibe el menos avisado), sin perjudicar los nuevos derechos por otros adquiridos". Sin reserva mental de ningún género, hago votos por que dicha Comisión actúe con perfecto acierto.

Finalmente, ¿es comprensible que puede inquietar una visita de inspección, girada sin previo aviso, a los establecimientos sanatoriales? Quien esté limpio y puro, sale siempre fortalecido del análisis de su gestión en el cargo que desempeña. El Dr. Blanco ha descubierto en

esa petición, que yo hice y sostengo, una intención malévolamente dirigida hacia él. Nada más lejos de la verdad. A este propósito de descubrir intenciones, quiero citar el final de una conocidísima fábula de Iriarte, que dice:

*Y pues vituperan
señaladas personas,
quien haga aplicaciones,
con su pan se lo coma.*

A. NAVARRO BLASCO.

Medidas que urgen

La supresión de Colegios

Es llegada la hora de hablar de los Colegios Médicos, señalando la ineficacia, a veces inutilidad, de la función que deben desarrollar. Las personas nada tienen que ver con que unas Instituciones sean deficientes; para las personas podemos tener, y tenemos, los máximos respetos, pero no en lo que afecta a los Colegios, por lo mismo de ser Centros por donde pasan todas las faltas profesionales, en lugar de ser filtro que las detenga, seleccione y evite, a la vez que hogar; verdadero, honorable y atrayente hogar profesional, que nos acoge, nos defiende, nos protege y nos conforta en la dura realidad de nuestro ejercicio médico en el ambiente rural.

Antes de entrar en el fondo del asunto, diré que esta opinión es compartida por muchos compañeros, y quizá sean todos (los titulares al menos) los que, unidos a este criterio, desean lo mismo que voy a exponer.

¿Para qué podemos desear retener, conservar los Colegios Médicos tal y como están en la actualidad constituidos, según hoy es su labor, conforme son sus intervenciones, carentes de autoridad y desprovistas de prestigio? Para nada útil podemos desear que subsistan.

Un médico titular es atropellado, separado, destituido sin expediente, sin amonestación, sin fuerza (*ni forma*) legal alguna, y el Colegio de Médicos se declara y reconoce impotente para solicitar y obtener la reparación merecida; aún más, en el Boletín del Colegio se publica un suelto sobre tal caso, y el alcalde del pueblo en cuestión va a la capital de la provincia a pedir explicaciones sobre dicho suelto y exigir una rectificación. ¿Hasta qué extremos se llega por la pendiente resbaladiza de la relajación moral y degeneración profesional!

¿Qué han hecho y hacen los Colegios en regulación de partidos médicos (titular e iguales) e intronismos que haya y pueda haber en los mismos? Veamos.

El titular de un pueblo fallece o se ausenta, y el vecindario, libremente, sin intervención alguna del Colegio, contrata los servicios con el postor de más bajo precio, al que se le da la interinidad de la titular. Se anuncia la vacante (a veces, ni se anuncia en años y años, para dar margen al esquirol), y, sea en la forma que sea, hay solicitantes que se hallan por encima del introducido; si triunfa el espíritu de justicia y es nombrado el que así lo merece, al tomar posesión de la titular se encuentra en la aldea a un *compañero*, el cual en los meses o años en que ha estado de comiso, él solo en el pueblo, y presintiendo no iba a ser titular *in illo tempore*, "ha amarrado las igualas con el compromiso de varios años, y

hasta vital, a perpetuidad, *sine die*. Acto seguido de la toma de posesión del nuevo titular, comienzan los escarceos, las críticas, los comentarios, las rastrerías, las indignidades, y cuando el eco de éstas (nada más que el eco) llega a los Colegios, éstos nada pueden hacer. Natural, naturalísimo que les suceda esto, ya que cuando podían haber hecho algo, profilaxis de ese cáncer profesional, nada hicieron. Hubiera bastado *no permitir contratos sin anuencia e intervención de los Colegios*, y asimismo *no permitir la colegiación sin informarse del titular o titulares*, y si se hallaba vacante, *hasta proveerse en propiedad*.

De haberse llevado a efecto estas medidas desde siempre, ¡cuántos casos denigrantes se hubieran evitado! ¡Y cuántas víctimas, cuánta sangre se hubiera ahorrado! No se ha hecho, y si se han admitido colegiaciones con el solo informe (mejor, requisito) de los presidentes de la Junta de partido, aun cuando éstos mismos estén faltando a la más elemental ética y deontología profesionales.

Los resultados y consecuencias del más que lamentable estado de cosas que apuntamos se han visto, recogido y comprobado en casos que están perennes en el recuerdo de todos.

Y como esta carencia de autoridad es ingente en los Colegios Médicos, no basta modificar, arreglar, substituir parcialmente alguno o algunos artículos de los Estatutos; hay que suprimir los Colegios, y antes de crear los organismos que hayan de substituirlos, tener confeccionados nuevos Estatutos que repondan al presente, a la realidad que vivimos, al hoy médico, cada día más obscuro, más dramático. Los paliativos fracasaron hace tiempo, y en estos últimos años ha fracasado igualmente la farmacopea, por lo cual se impone la cirugía, el cuchillete de amputación, y ésta para separar cabeza de tronco.

Verificada la amputación, para los Colegios, alafia póstuma, cual se concede a todo cadáver.

En estos momentos yo quisiera que la televisión estuviera instalada en la mesa del despacho de todos los compañeros, y observarían mis vacilaciones al escribir estas cuartillas, porque hay datos, detalles recogidos, episodios que han sucedido, que, presentes en la memoria, pugnan por emerger del limbo en que están encerrados, y para no transcribirlos he de ir sorteando pensamiento tras pensamiento, de los muchos que cruzan por mi mente, a veces con gran pujanza y enorme vehemencia por llegar al papel. Pues que no hay televisión, suplídla con vuestra imaginación, haciéndoos cargo de lo delicado que es hablar de un asunto dejando al margen hechos relacionados con ese mismo asunto.

He propuesto y defendido en mis artículos la prohibición del ejercicio llamado libre, en pueblos menores de cinco mil habitantes, porque en ellos no cabe otra forma de ejercicio que el igualatorio, única forma de vida para el llamado medio libre, y desde el preciso instante que haya titular y libre en un pueblo, ambos necesitando el igualatorio (incomparablemente más «libre»), no pueden evitarse immoralidades, bajezas, indignidades, con el fin de rebajar al *compañero*; pero rebajándose más el que tales medios usa, mucho más que lo que trata de rebajar al colega, al hermano en profesión. He defendido y defiende esa prohibición, porque únicamente faltan esos graves inconvenientes, y esas

ESTREÑIMIENTO

Lactolaxine Fydau

COMPRIMIDOS DE
FERMENTOS LÁCTICOS
LAXANTES

COMBATE EL
ESTREÑIMIENTO
LA ENTERITIS Y
SUS CONSECUENCIAS
RESTABLECE LA
SENSIBILIDAD
DE LA MUCOSA
REEDUCA EL
INTESTINO

*1 a 3 Comprimidos
por día.*

MEDICAMENTO LAXANTE
IDEAL PARA NIÑOS,
ADULTOS Y ANCIANOS.

LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS
PARIS • FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General
Napoles 166 BARCELONA

SAEVI

PROFILAXIA y TRATAMIENTO

"PER OS"

DE TODAS LAS

ESPIROQUETOSIS

**DISENTERÍA
AMÍBICA**

PALUDISMO

POR EL

stovarol

**TRATAMIENTO ARSENICAL
DE LOS ESTADOS DE
ANEMIA Y DE ASTENIA**

PRESENTACION

FRASCOS de 28 COMPRIMIDOS a 0.25

FRASCOS de 70 COMPRIMIDOS a 0.05

FRASCOS de 200 COMPRIMIDOS a 0.01

**EL EMPLEO DEL STOVARSOL
DEBE EFECTUARSE BAJO LA
VIGILANCIA DEL MÉDICO**

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE

—Specia—

MARQUES **POULENC Frères** & "USINES du RHONE"

86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

LABORATORIO FARMACEUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
(ESPAÑA)

Jarabe Bebé

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

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

Tetradinamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

AL PEDIR MUESTRAS INDÍQUESE ESTA REVISTA Y ESTACIÓN DEL FERROCARRIL

consecuencias más graves aún, en los pueblos en que haya ambiente, público, vecindad suficiente para sostener una especialidad, no a juicio del especialista, sino de las entidades profesionales. Habrá pueblo de 4.000 habitantes que dé para un especialista, debido a circunstancias especiales, tan bien como otro de 6.000; pero serán los menos, y por lo mismo, al constituir excepción, confirman la norma general como regla a seguir para todos. Allí donde, por núcleo de población fija o flotante, donde quepa un especialista, bien puede afirmarse hay sitio para varios especialistas, de la misma manera que hay para un odontólogo, hay para un oculista o un otorrinolaringólogo; luego, en pueblos mayores de 5.000 a 6.000 habitantes hay lugar para varios médicos de los llamados libres. No así en los menores de esa cifra, que no dan más que la iguala, y ésta exigua, máxime donde hay varios, y por tanto, donde poder elegir y a ninguno pagar. Esos son los únicos beneficiados de la lucha innoble entre médicos: los pescadores a río revuelto.

Y todo esto, que era consentido por los Colegios, ha quedado sin hacerse, y en su virtud ha ido elaborándose esa situación actual tirante, violenta, degradante para la Medicina y los médicos. Por todo ello pedimos la supresión de todos los Colegios Médicos, abriendo una etapa de consultas para la elaboración de los estatutos y reglamentos por que han de regirse los organismos que han de llenar la función que no han desempeñado los Colegios, y, una vez elaborados, crear ese organismo con autoridad y prestigio.

ANGEL F. DOMÍNGUEZ,

NOTA.—En nuestro próximo artículo puntualizaremos algún asunto ha poco sucedido, demostrativo hasta la saciedad de lo que se trata en éste

YO, COMO PRESIDENTE

Asamblea de médicos celebrada en Villamartirio... Un escéptico me murmura al oído: "Bueno, otro acto más, que servirá para justificar unos gastos que, como los anteriores, serán inútiles." "No, señor, esta Asamblea es para el proletariado médico: ¿no ve que es en Villamartirio? Allí no va la aristocracia, allí no hay fondas ni hoteles, escasamente hay pan y cebolla. Además, que nuestro dinero sirve para ellos, no para nosotros, y aquí todo el mundo se paga viaje y gastos; de esta manera no se celebran Asambleas por "sport"... Sí, señor, es por figurar y viajar gratis..., y vaya, deje usted un poco su pesimismo y no sea tan suspicaz: aquí se viene a trabajar, no a divertirse ni a dedicarse a los placeres gastronómicos."

Presidente de honor no existe, porque nadie se lo merece; nuestro amor propio se ofende al ofrecer nuestro cariño a quien no sabe lo que se le da y no aprecia su valía; por otra parte, no tenemos que hacer la pelotilla a nadie.

Vocal 1.º El ministro de nada le importa. Dice: "Me congratulo de asistir a esta Asamblea, la primera cosmopolita, pues os veo a todas las clases representadas, porque en las anteriores noté siempre la ausencia

de la democracia médica. Tiene la palabra el señor director."

Vocal 2.º Señor director. Dice: "Señores: está plenamente demostrado que sois unos burros; con los dedos de la mano os podía señalar las veces que sois culpables de eso que vosotros llamáis atropellos; ¡si sois unos vagos, si lo que os dan os lo regalan! Ejercéis una profesión teniendo por lema la suma ignorancia; no pensáis más que en pedir; yo os digo que quien paga manda, y si no, yo os repito que a mí me paga la política, y a ella la sirvo y a ella me atengo."

Vocal 3.º El señor rector dice: "La congruencia de la incongruencia de esta Asamblea me hace berbiquear en este bracear de la lingüística paradisiaca con que deambula esta epopéyica Asamblea, en la que todos se portarán como excelentes jenizaros que tremolan sus ideales muy leales, suprema aspiración de la sinrazón; que aquí se serpentearán "discursos huecos como éste muchos en todas las Asambleas".

Vocal 4.º Un médico parado. "Señores: me levanto para decir que la solución que debe darse al problema médico es el de decir al Estado que a mí me ha dado un título de capacidad para el trabajo, pero que esto está lejos, y digo que todas las plazas que queden vacantes deben ser ocupadas por nosotros; es deber nuestro dar las más rendidas gracias a la muy grande ley de Coordinación Sanitaria, porque gracias a ella se ha formado tal barullo, que plaza que queda vacante es para nosotros; claro que algo nos cuesta, porque tenemos que poner el aviso a los compañeros de que tenemos las iguales; de esta manera nos colocamos y vamos a ver quién nos aupará; como lo que nosotros hacemos merece justa recompensa, no estaría demás que se cumpla la base 33 de la nueva ley municipal, y transcurrido que sea un año de nuestra interinidad, la titular nos sea concedida en propiedad; por creerlo justo es por lo que ruego a la Asamblea se lleve a conclusión esta nuestra petición, porque al obrar así no infringimos ninguna ley ni hollamos ningún principio deontológico; obro conforme a mis derechos y de conformidad con la suprema aspiración de trabajar para vivir sin pisar derechos más legítimos."

Vocal 5.º Un médico de Asistencia pública domiciliaria. Dice: "Antes de formular mi conclusión ruego a los asistentes presten un poco de atención a la sumarisima historia que voy a poner a su consideración. Al amparo de la ley, y por creerla útil y necesaria, se creó la plaza de médico titular, reformada y ampliada con los posteriores nombres de inspector municipal de Sanidad y de médico de Asistencia pública domiciliaria; para pertenecer a esta clase existe necesidad de cumplir ciertos trámites legales, y a los que venimos de antaño, también desembolsos considerables. ¿Para qué todo esto, señores? Pues para que el Estado nos emplee a su antojo y gratis, todo titular ha sufrido los disgustos inherentes a las curas de heridos de mano airada; cualquier juez le ha hecho ir y venir a distancias considerables, con frío y con calor, cuando bien le ha parecido. ¿Y sabéis lo que le ha producido al titular estos viajes, así como las curas hechas? Siempre gastos; los municipios te nombran y destituyen cuando bien les parece, y además no te pagan. ¿Pueden los señores asistentes señalar un solo caso igual al que estoy refiriendo? Seguramente que no; yo pido para reparar esta injusticia que, puesto que el Estado se sirve de nosotros

Cuotas de inscripción.... } Congresista, ptas. 90. Pida detalles a la Secretaría general
Familiars, ptas. 40. Arrieta, 12. MADRID

Cuotas de inscripción....

Congresista, ptas. 90.
Familiares, ptas. 40.

Pida detalles a la Secretaría general
Arrieta, 12. MADRID

288

EL SIGLO MEDICO

y la función sanitaria es función del Estado, que éste nos pague y nos asigne sueldos que, como mínimo, oscilen entre 6.000, 7.000 y 8.000 pesetas."

Vocal 6.º Un médico libre: "Se suele llamar esquirol en tono despectivo, y no existe tal; yo soy un señor con un título que me concede la ley para ejercer mi profesión y, como tal, lo hago. ¿Qué derechos tienes tú, titular, más que yo? Ninguno, acaso; la ley te prefiere a ti para la plaza de titular, y yo no te lo discuto ni te lo niego, así como tú no puedes alegar ningún derecho preferente sobre mí al ejercicio con los particulares, y porque puedo y quiero, ejerzo. ¿Que te resto medios para vivir? Te vas a otro lado, pues no porque tú vivas yo voy a morir, y digo que allí donde se presente un cliente allá voy por él, y si tú lo haces por 20 pesetas, yo lo hago por 10 pesetas, y si quiero, le doy chocolate. Mientras las Facultades sigan haciendo médicos en serie seguiré haciendo todo lo que haya que hacer por vivir, derecho que nadie me podrá negar. Solamente me amarga el que trabajo y no cobro."

Yo, como presidente, digo que estoy contento de lo tratado, y que me encanta ver que cada cual arrime el ascua a su sardina; de esta manera es como más me durará el ser presidente, que tanto me agrada, y que no pienso dejar, aunque me digan lo que quieran. ¿Con no hacer caso de los dichos! ¿Que bajo mi presidencia no cobran los titulares? Que no cobren: lo que hace al caso es que paguen. ¿Que bajo mi presidencia salen médicos y más médicos que no trabajan y otros que trabajan y no cobran? Qué me importa: el caso es que paguen y que Hacienda se nutra. ¿Que la tragedia existe? Mientras yo esté cómodamente sentado en mi poltrona y pueda alternar con los "ases" de la política de la provincia y de la nación, todo va bien. Yo, como presidente, os digo que estoy muy agusto siéndolo, y que para eso soy presidente, para llevarme vida cómoda y regalona, y hago votos por que las Presidencias sean como hasta hoy: perennes.

SISINIO CRESPO.

CURSILLO DE LABORATORIO

En el Hospital de San Luis de los Franceses (Claudio Coello, 92) se realizará un cursillo teórico práctico de laboratorio, bajo la dirección del Dr. Bistuer, con una ampliación sobre hormonas sexuales y diagnóstico biológico del embarazo por el Dr. Rebollo, jefe del servicio de Higiene Prenatal.

Plazas limitadas.

Duración: 15 de octubre a 15 de diciembre.

Inscripciones, en la Dirección del Hospital.

SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 15 DE AGOSTO:

Ministerio de Trabajo, Sanidad y Previsión.—Ordenes nombrando a D. Rafael Méndez Martínez jefe del servicio de Fisiología Farmacológica en la sección de Farmacobiología del Instituto Nacional de Sanidad.

"GACETA" DEL 16 DE AGOSTO:

Ministerio de Trabajo.—Ordenes confirmando en el cargo de jefe médico especializado del Servicio Nacional Antitracomatoso a D. Ramón Álvarez Torres.

* * *

Nombrando a D. Fulgencio Navarro Blasco para el cargo de médico residente tocólogo del Pabellón de Maternidad del Sanatorio Antituberculoso de Valdelatas.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,1; ídem mínima, 702,7; temperatura máxima, 30,6°; ídem mínima, 15°; vientos dominantes, NNO., NE. y OSO.

Cundió nuevamente la alarma de la existencia de una epidemia de fiebre tifoidea, y una vez más ha sido desmentida. No existen más casos de dicha enfermedad que en igual época de otros años. En cambio, han sido frecuentes las erisipelas y otros procesos estreptocócicos.

En los niños abundaron el impétigo y las anginas.

CRONICAS

Tratado práctico de Etiqueta y distinción social, sexta edición. Distribución esmerada por asuntos, 4 pesetas ejemplar.

Cosido al periódico adjuntamos prospecto de "La Química Comercial Farmacéutica, S. A. Bayer", anunciando cuatro de sus productos.

Indicaciones del fórceps y técnica operatoria del mismo, por el Dr. D. A. Paulino Pons. Prólogo del Doctor R. Ramón y Cajal. Un tomito con numerosos grabados, 4 pesetas.

Adjuntamos con el presente número un secante de los Laboratorios Llopis. Recomendamos a nuestros suscriptores su lectura.

Oposiciones a médicos forenses.—Para abonar los derechos de oposición, obtener las contestaciones al programa oficial y cuantos datos desee tener sobre éste u otros asuntos, dirijase a D. Manuel Bázquez, Sección Consultas y Servicios anejos de EL SIGLO MEDICO.—MADRID.—Apartado 121.

Medicación por la quinina. Fiebres palúdicas, gripales, etc.

NIÑOS *Quinintantina*
DELGADO RONCO

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar.

Bolaños y Aguilar (S. L.). Talleres gráficos. Altamirano, 50. Madrid.

Como médico culto adhírase al Ayuntamiento de Madrid

Jugo de carne Valentine's

El mejor alimento para convalecientes el
JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el
VALENTINE'S

Los médicos lo emplean en los Hospitales, en sus clínicas particulares y aun en sí mismos cuando ven que el organismo necesita reponerse. Esto demuestra la fe que tienen en el poder vital de dicho preparado, pues aumenta las fuerzas decaídas cuando los órganos digestivos se han debilitado. Es el mejor alimento.

DR. JULIAN CALLEJA, presidente de la Real Academia de Medicina de Madrid (España): "Tengo una gran satisfacción en informarles que considero el JUGO VALENTINE'S como un poder de gran superioridad para vigorizar el sistema nervioso, por lo cual yo mismo lo empleo en mí y lo prescribo a mis enfermos."

JOHN TANNER M. D. LL. D., médico decano en el dispensario general Farringdon, para enfermedades de mujeres y niños, Londres (Inglaterra): "En los casos de flujos y hemorragias de todas clases, fiebres, formas graves de neumonía y extenuación extremada, cuando el estómago se niega a retener otras preparaciones ordinarias, es cuando el JUGO VALENTINE'S obra como una verdadera maravilla. No puedo hablar en términos más altos de este preparado, puesto que he podido apreciar sus inmensas ventajas en el tratamiento de los más serios y delicados casos que están bajo mi cuidado."

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América
VALENTINE'S MEAT-JUICE Co.
RICHMOND, VIRGINIA, U. S. A.

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos

Agentes generales para España y sus colonias
E. DURAN, S. en C.
Calle de Tetuán, 9 y 11. — MADRID

DE LA GOTA

Magnífica obra del Dr. ANAYA, en la que expone todos los caracteres y casos de esta enfermedad. Tratamiento propio y estudio, resumen y comentario de los profesores europeos especializados en esta rama de la Medicina.

Un tomo cuidadosamente editado.

Una obra práctica y necesaria a todos los médicos.

Un libro de consulta constante.

SOLO POR 5 PESETAS.

No deje de adquirir este libro y haga sus pedidos al

APARTADO 121 O MADRID

Lipiodol Radiológico

Acelte Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

**"ASCENDIENTE" Y
"DESCENDIENTE"**

Permite la exploración y el estudio sobre el vivo, sin dolor y sin que haya ningún incidente fastidioso, en las cavidades más nobles del organismo ni en los territorios que hasta ahora han permanecido cerrados a las miradas de los investigadores.

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales
para la Exportación:
Laboratoires

ANDRE GUERBET
& C^{ie}
22, rue du Landy
Sy Ouen PARIS

Solo se ha de aceptar el
producto que lleve el
marbete "AZUL".

**LIPIODOL
LAFAY**

En España: Sr. Juan MARTIN, Calle de Alcalá, 9, Madrid
y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.
Islas Canarias: B. APOLINARIO Farmaceutico, Las Palmas

Quince lecciones sobre sífilis

por los Doctores Durán Sousa, Vida Lumpié, García Leal, Ortega Nieto, Queipo del Llano, Martí Torres, Castro Nuño, Bentabol, Moncada, Macías, Martínez Nevot, A. Nouvilas, Domínguez Luque, Oliva y Vidal Juárez, ocupándose cada autor de un tema especial.

Editado en magnífico papel cuché, con grabados y encuadernación fuerte y elegante.

12 ptas. ejemplar : Pedidos a EL SIGLO MEDICO



SANATORIO NEUROPATICO

Calle de Pablo Iglesias, 52 - CARABANCHEL BAJO (Madrid) - Tel. 116 C.

Director: Dr. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8.—MADRID.—Teléfono 11380

Sanatorio con tres edificios y jardines independientes; uno abierto para enfermos nerviosos y otros dos cerrados para mentales, con separación de ambos sexos.—Tratamientos modernos.—Cuatro médicos; dos internistas.

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

Simblosis de fermentos lácticos y búlgaros en medio vegetal y al máximo de vitalidad

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día

En gastroenteritis, tóxicas diarreas estivales, infecciones intestinales, etc., es de notable éxito

LACTOBULGARINA

IODASA BELLOT

Solución titulada de IODO
PEPTONA - BELLOT

SIN IODISMO

Cada V gotas contienen un centígramo de iodo combinado con la peptona. XX gotas obran como un gramo de ioduro alcalino.

Dosis media: Niños, de V a XX gotas. Adultos, de X a L gotas.

Escrófula, raquitismo, artritis, reumatismo, arterioesclerosis, enfermedades del corazón y de los vasos, asma, enfisema, linfatismo, bocio, infartos glandulares, obesidad, sífilis.

LA IODASA se prepara en España desde el año 1907.

F. BELLOT - Antonio López, 163
MADRID

TRATAMIENTO EFICAZ

REUMATISMO
YODOVISAL

Salicilato sosa
YODURO potasa

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA

ESQUIZOFRENIA
MANGAN - ARSENILO
Cacodilato de manganeso - Cacodilato de sosa

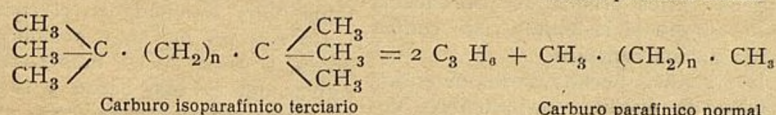
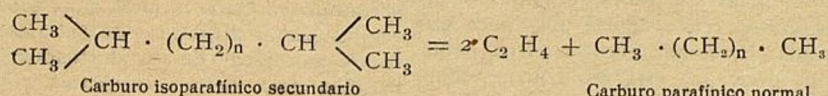
Lanierías y Colchonerías MALDONADO

Casas especializadas en el servicio de
SANATORIOS ♦ PREVENTORIOS
DISPENSARIOS, etc. ♦ ♦ ♦

Leganitos, núm. 27 - Teléfono 13888
Sucursal: Fuencarral, 48 - Teléfono 11842

TALLER MECÁNICO de VAREO de colchones
Bola, núm. 12 - MADRID

estructura coloidal y hace pasar la parafina al estado "macrocristalino". Según él, las parafinas cristalizadas, llamadas corrientemente "parafinas", son hidrocarburos parafínicos normales, y las parafinas amorfas, llamadas abreviadamente "ceresinas", son, en realidad, isoparafinas, formadas por hidrocarburos de cadenas ramificadas. La transformación de las ceresinas en parafinas cristalizadas se obtiene por destilación, y puede expresarse por las ecuaciones siguientes:



Teniendo los isómeros, en general, puntos de fusión inferiores a los de los hidrocarburos normales, se obtiene la parafina con puntos de fusión más elevados. De todos modos, ha quedado plenamente probado que una verdadera ceresina se distingue de una manera muy clara de la parafina por sus parámetros físicos esenciales, como son: el peso específico, la estructura, el peso molecular, la viscosidad, la refracción, la dispersión, el punto de nitrobenceno y el punto de ebullición. Aunque Zaloziecki no haya podido apoyar su hipótesis en pruebas experimentales, se admite que la composición elemental de los hidrocarburos de las ceresinas las excluye del grupo de los naftenos. Además, contrariamente a las parafinas que no son atacadas o lo son poquísimas, reaccionan con el ácido sulfúrico y el ácido clorosulfónico, porque el hidróge-

mentos muy interesantes, que tienden a probar, por una parte, una estructura normal para los hidrocarburos aislados de la ozokerita; y, por otra parte, la existencia de una crecida proporción en isoparafinas, aun en las mismas parafinas de destilación.

Sin embargo, debemos decir que la cuestión de la relación entre la parafina macrocristalina de destilación y las ceresinas, ya procedan de aceites crudos, ya de la ozokerita, no ha encontrado aún solución completa, por-

que no se ha podido llegar a aislar las ceresinas naturales de los isocarburos, que son compuestos definidos, y también porque la síntesis de las isoparafinas no ha podido lograrse aún.

Para criticar la concepción de Zaloziecki sobre la parafina cristalina y amorfa, se funda Gurwitch en las in-

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano

CASA SANTIVERI, S. A.
Call, 22. — BARCELONA

vestigaciones experimentales, y estima que la parafina amorfa solamente se distingue de la estructura cristalina por la más pequeña diferencia de las dimensiones de los cristales, y dice que la razón de la diferencia debe buscarse en el comportamiento de las parafinas amorfas y las cristalinas, con respecto a las condiciones que retardan la cristalización de la parafina. También es de opinión de que las sustancias que impiden la cristalización de la protoparafina pertenecen (por lo menos, en parte), a los grupos de las resinas y de los asfaltos, porque si estas sustancias son eliminadas de los aceites minerales parafínicos, se puede ver en el microscopio que el aceite tiene cristales mucho más numerosos y más grandes. También dice que se pueden encontrar con el microscopio, en la luz polarizada con nicoles cruzados, indicios de preexistencia de parafina cristalizada en

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico
BALDACCI - PISA

muchos aceites crudos, sin tratamiento alguno por los disolventes.

La opinión de Gurwitch ha sido confirmada por Sachanen y Bestushew, como consecuencia de sus experimentos sobre la solubilidad de las protoparafinas, demostrando que, tan-

to éstas como las piroparafinas no forman soluciones coloidales y obedecen a la ley de la solubilidad de las sustancias cristalinas. Estos químicos han llegado a la conclusión que

CARABAÑA: el mejor purgante

no hay diferencia entre las protoparafinas y las piroparafinas, por lo menos en principio. Por esto Sachanen y sus colaboradores consideran como definitivamente establecido que la estructura cristalina de todas las parafinas contenidas en los petróleos crudos es idéntica, y que no se diferencian unas de otras más que por el carácter de sus cristales. Aseguran que los parafinas, en el estado puro, cristalizan en bandas estrechas, y que las ceresinas lo hacen en agujas. Tanaka, que pretende haber profundizado más en el estudio de estas cuestiones, dice que la parafina ordinaria presenta dos formas de cristales: una es en placas y otra en agujas romboidales, y que unas y otras tienen el mismo carácter químico. Las placas son parafinas normales y las agujas son isoparafinas.

En todo laboratorio es muy fácil comprobar que, adicionando una pequeña cantidad de ceresina a una parafina, ésta cambia su estructura y se obtiene una parafina amorfa que no suda ni se puede pensar. Pero no nos son conocidas las modificaciones que se producen durante el proceso de la destilación. Sachanen admite que, en presencia de la ceresina se alcanza, por medio de la destilación llevada hasta la temperatura del "cracking", una descomposición parcial de ésta y,

Antiséptico Glorógeno Lumen

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.
Apartado 22.—Jaén

como destilado, un aceite de parafina apropiado para la fabricación de la parafina. Una formación de parafina proveniente de la ceresina no puede tener efecto más que a una temperatura mucho más elevada. Así es que esta formación, en las condiciones de trabajo normal de una refinería, no tiene gran importancia; por esto las parafinas, en los destilados, se obtienen principalmente de las parafinas ya contenidas en los petróleos crudos, y solamente una parte de ellas por la descomposición de las ceresinas. Las parafinas se encuentran siempre en los destilados, después de las ceresinas, siendo éste un hecho demostrado por la práctica normal en las refinerías.

En sus estudios y experimentos sobre la parafina, Zaloziecki establece dos nuevos modos de formación de la

Ioduros Bern De K y Na y cafeinado, químicamente puros. No provocan IODISMO. Fabricación nacional.

no ligado al carbono terciario es relativamente menos estable. Hay que notar también la fácil oxidación de las ceresinas por el permanganato de potasio y su fácil nitrificación. Son muchos los químicos que opinan que las ceresinas tienen un punto de ebullición más bajo que las parafinas de peso molecular idéntico o más pequeño, porque, entre los isómeros, la combinación con la cadena normal tiene ordinariamente el punto más alto de ebullición. Una distinción interesante consiste en que la ceresina, diferentemente de la parafina, retiene firmemente aceite mineral, que no se puede extraer más que con la presión o la sudación. Por esta cualidad, algunos opinan que las ceresinas pertenecen a los hidrocarburos isometanos.

Pero el famoso químico Gurwitch, que es una gran autoridad en materia petrolífera, ha hecho varios experi-

parafina. Después de la extracción de toda la protoparafina, en ciertos petróleos crudos, obtiene, por destilación seca, un destilado que contiene una buena cantidad de parafina. En otros casos, los constituyentes asfálticos de un petróleo crudo, carbonizados por el ácido sulfúrico concentrado, después de un desparafinado perfecto, daban por destilación una gran cantidad de parafina en el destilado. Así obtenía una nueva formación de parafina por la destilación de un alquitrán ácido de los petróleos crudos parafinosos.

El mismo efecto se produce en la fabricación de la parafina de lignito, que se forma casi enteramente, durante la destilación, por descomposición de las combinaciones oxigenadas saponificables y cerosas.

En resumen: hay que decir que no se ha logrado, hasta ahora, hacer la

Estreñimiento: Supositorios Evacuatif Rivalta. De eficacia infalible. Prospectos gratis

Preparación de óvulos y supositorios. Rambla Cataluña, 44.—BARCELONA

luz sobre estos fenómenos en su totalidad, y que es preciso practicar investigaciones muy profundas para llegar a encontrar una explicación razonable.

No todos los petróleos crudos tienen una cantidad de parafina suficiente para que la extracción industrial sea ventajosa. Desde el punto de vista técnico, se distinguen: los petróleos crudos de "base parafínica", cuyos residuos contienen, después de la destilación de las fracciones ligeras, mucha parafina; y los crudos, de "base asfáltica", en los que predominan los naftenos y otros carburos análogos. Para fijar la base de un petróleo crudo se ha establecido muy recientemente un diagrama, según los pesos específicos de los destilados, y luego se les compara con los petróleos crudos de base bien conocida y estudiada. El "American Petroleum Institute" ha publicado el resultado de muchísimas experiencias que ha hecho, y, de acuerdo con ese resultado, es posible deducir los pesos específicos de los distintos destilados de un petróleo crudo de base determinada. Una de las consecuencias más interesantes del resultado es que, si la fracción del intervalo 275-300 (obtenida en la destilación de un petróleo crudo, bajo una presión de 40 milímetros) tiene su punto turbio a 15° bajo cero, puede asegurarse que el petróleo carece completamente de parafina.

La proporción de parafina que tienen los petróleos crudos es muy variable. El químico norteamericano Mr. Mabery dice que existe una relación entre la cantidad de parafina que contiene un crudo y la de los hidrocarburos saturados con punto de

fusión bajo. Si los crudos tienen gran cantidad de estos últimos, puede asegurarse que también tendrán cantidad grande de parafina; mientras que, por el contrario, una cantidad crecida de

IRRIGACIONES RADIO-ACTIVAS
MONTURIOL
CURAN FLUJO BLANCO
Muestras Farmacia Monturiol,
San Bernardo, 60

nafteno en las fracciones bajas prueba que el crudo tendrá muy poca parafina. Pero, por nuestra parte, podemos decir que esta regla no se cumple en varios crudos de procedencia rusa, aunque sí la hemos visto confirmada en los rumanos.

Los análisis hechos de los petróleos crudos de distintas procedencias demuestran la gran diversidad de proporciones en que entra en su composición la parafina. Mientras que los crudos de Pensilvania no llegan a tener un 4 por 100, en Europa tenemos los de Bakú, que alcanzan un 6 por 100; los de Rumania, que llegan a un 10 por 100; los de Cabian, en Francia, tienen un 12 por 100; los de Galitzia (Polonia), llegan a un 14 por 100. En los nuevos campos petrolíferos de Crosny (Cáucaso), la proporción de parafina alcanza el 18 por 100, y en las islas de la Sonda llega a un 20 por 100. Se cita como muy extraordinario

FIMONAL
Vías respiratorias.

el caso de un crudo de Java que alcanza el 40 por 100. Algunos crudos de base asfáltica de Méjico y Venezuela contienen proporciones variables de parafina sólida.

Para extraer la parafina de los petróleos crudos hay que proceder a la destilación de éstos, y luego, a tratar convenientemente los productos destilados obtenidos; por esto es muy importante conocer bajo qué forma molecular se encuentra la parafina en los destilados. Aun cuando actualmente

ya es posible dirigir la destilación con el fin de obtener un destilado determinado para luego poderlo desparafinar fácilmente, hace falta tener mucho cuidado en la destilación, para no destruir otros destilados importantes en la fabricación de los lubricantes. Los destilados obtenidos contienen siempre parafinas cristalinas, junto a otras amorfas, que se encuentran fácilmente en las fracciones pesadas y en los residuos de las más ligeras. Los progresos continuos de la técnica han permitido en estos últimos años separar las partes cristalinas de las amorfas, y aun sacar de los destilados la parafina dura de una estructura cristalina muy solicitada en el comercio.

Lo que no ha sido posible hasta ahora, a pesar de las numerosas tentativas que se han hecho y se hacen

SOLUCION REICHENBACH

BALSAMICA, CON TIOCOL,
BENZOATO SODICO Y DIONINA

J. DOMINGO CHURTÓ
C. Libertad, 14.—BARCELONA

continuamente, es obtener directamente la parafina de los petróleos crudos mediante el empleo de los disolventes, a pesar de la gran variedad de ellos de que hoy se dispone, como ya hemos dicho.

Lo que principalmente impide obtener el resultado que se persigue es la presencia de los asfaltos y de las sustancias colorantes en los crudos. Actualmente no hay otro procedimiento para obtener la parafina que la destilación de los crudos, pero tenemos la esperanza de que pronto se logrará encontrar disolventes selectivos que permitirán eliminar asfaltos y colorantes, lo mismo que se ha logrado en el refinado moderno de los aceites lubricantes (véase "Ibérica", número 1.063, página 173). Cuando se haya encontrado el medio de aplicar un procedimiento análogo a los petróleos crudos, se producirá una verdadera revolución en la industria petrolífera.

(De Ibérica.)

BANCO GERMÁNICO

DE LA AMÉRICA DEL SUR, S. A.

MADRID. CARRERA DE SAN JERÓNIMO, 26
APARTADO 380

Visitad la bella Alemania, utilizando

REGISTERMARK

que vendemos con descuento considerable sobre la cotización normal. Pidan informes y cheques que son pagaderos en todas las sucursales del DRESNER BANK, de Berlín y de la DEUTSCHEN VERKEHRS KREDITBANK.

Para embrocaciones en las articulaciones dolorosas, cuando están contraindicados los salicilados. (Cúbrase seguidamente con algodón.)—Reumatismo articular.

Píldoras:

Terpinol	} aa 10 centig.
Benzoato de sosa.....	
Azúcar pulverizado.....	C. S.

Para una píldora.—De dos a diez al día, según las indicaciones.—Bronquitis.

TETRANITROL

Sinonimia: Tetranitrato de eritrol.

Farmacología.—Cuerpo insoluble en agua y soluble en alcohol.

Acción fisiológica y terapéutica.—Es un buen vasodilatador, útil contra la hipertensión arterial; su acción, menos pronta que la de la trinitrina, es más duradera.

Algunas veces produce cefaleas muy molestas.

Está indicado en los estados de hipertensión: aortitis, aneurismas, enfermedad de Reynaud, angina de pecho, etc.

Modos de administración y dosis.—De tres a cinco miligramos al día en gránulos, comprimidos o solución alcoholizada. (No debe darse más de un miligramo de una vez.)

TIGENOL

Farmacología.—Líquido oscuro, muy soluble en agua, glicerina y alcohol. (Las manchas que deja en la piel y en las ropas desaparecen simplemente lavándolas con agua.)

Acción fisiológica.—Aplicado el tigenol a la piel y a las mucosas se deseca rápidamente, dejando un barniz elástico y duradero, pero no adherente,

mezclando con un jarabe la terpinina finamente pulverizada). Cada toma debe ser de 15 a 30 centigramos, según las indicaciones.

Niños: 10 centigramos al día por año de edad.

Sellos:

Terpinina	12 centig.
Benzoato de sosa.....	8 —
Polvo de raíces de acónito.....	1 —
Polvo de opio.....	2 —

Para un sello. Número 30.—Para tomar de cuatro a cinco al día.—Bronquitis con expectoración difícil y tos pertinaz.

Elixir:

Alcohol de 90°.....	300 gr.
Terpinina	20 —

Disuélvase y añádase:

Tintura de vainilla.....	15 —
Jarabe de bálsamo de tolú...	100 —
Glicerina de 30°.....	C. S. p. 1 litro.

(Una cucharada de las de postre contiene 20 centigramos de terpinina.)—De dos a seis cucharadas de las de postre en las veinticuatro horas, según las indicaciones. Bronquitis.

Píldoras:

Terpinina	15 centig.
Polvo de opio.....	1 —

Para una píldora. Número 40.—Para tomar tres o cuatro al día para facilitar la expectoración; de cinco a ocho para agotarla.—Bronquitis.

Terpina	{ aa 2 gr.
Brea de Noruega.....	
Extracto de polígala.....	{ aa 1 —
Benzoato de sosa.....	

Divídase en 30 píldoras.—Para tomar de seis a ocho al día.—Acción expectorante, bronquitis, etc.

Guayacol cristalizado.....	{ aa 5 centig.
Terpina	
Acido benzoico.....	{ aa 2 milig.
Extracto de belladona.....	
Extracto de beleño.....	

Para una píldora. H. número 100.—Para tomar una cada dos o tres horas (hasta ocho al día).—Tuberculosis pulmonar, laringitis aguda.

Terpina	{ aa 5 centig.
Carbonato de guayacol.....	
Benzoato de sosa.....	
Bálsamo de tolú.....	

Para una píldora. H. número 60.—Para tomar seis u ocho al día.—Bronquitis agudas (después del período febril).

De 12 a 16 al día.—Bronquitis crónicas, broncorrea.

Pociones:

Terpina	50 centig.
Benzoato de sosa.....	1 gr.
Tintura de acónito.....	XX gotas.
Jarabe de tolú.....	40 cc.
Agua destilada de lechuga.....	80 —

H. S. A.—Una cucharada de las de sopa cada hora.—Bronquitis aguda.

Niños de dos a ocho años:

Terpina	20 a 40 centig.
Benzoato de sosa.....	30 a 60 —
Jarabe de catecú.....	{ aa 25 gr.
Jarabe de tolú.....	
Agua destilada de lechuga	C. S. p. 100 cc.

H. S. A.—Una cucharada de las de postre cada dos horas.—Bronquitis.

Terpina	30 centig.
Alcohol de 60°.....	20 gr.
Jarabe de ratania.....	{ aa 25 —
Jarabe de trementina.....	
Agua destilada.....	C. S. p. 150 cc.

A cucharadas de las de sopa en el día.—Edema agudo del pulmón.

TERPINOL

Farmacología.—Líquido oleoso, incoloro, de olor aromático, insoluble en agua y soluble en alcohol. Resulta de la deshidratación de la terpina.

Acción fisiológica y terapéutica.—Análogas a las de la terpina; pero el terpinol obra más rápidamente y desodora mejor las secreciones pulmonares.

Es superior a la terpina en las afecciones respiratorias, e inferior en las de las vías urinarias.

Modos de administración y dosis.—De 40 centigramos a 1,20 gramos en cápsulas de gluten (de 20 centigramos) y píldoras.

Mezcla (uso externo):

Guayacol puro.....	4 gr.
Terpinol	{ aa 10 —
Alcohol de 85°.....	

CATARROS BIFOSFOTIOL TOSAS

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOL

Se obtienen resultados positivos y rápidos con este preparado en las afecciones pulmonares, catarrros bronquiales y gripales, desgaste orgánico, escrofulismo e inapetencias

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO

de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatosis rezumantes).

De venta en todas las Farmacias. Pídanse muestras al Laboratorio de Productos Dermatológicos
J. Caballero Roig Apartado 710.—BARCELONA

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg. Esculus hipocast, novocaína, anestésina, etc. Cura Hemorroides internas, externas, sangrantes y padecimientos del recto
Tubo con cánula, 3,60 pesetas; correo, 4,10. De venta en farmacias.

Nuevos libros del Dr. Valdés Lambea

Jefe de los Servicios de tuberculosis del Hospital Militar de Madrid y Profesor de Fimatology del Ejército

Percusión y auscultación del aparato respiratorio

(Seis lecciones elementales)

8 PESETAS

Terapéutica fundamental de la Tuberculosis

(Lecciones para médicos generales y estudiantes)

10 PESETAS

Pedidos a EL SIGLO MÉDICO: A reembolso 0,75 más

¿TIENE USTED LA COLECCION DE MONOGRAFIAS EDITADAS POR EL SIGLO MEDICO?

¿No? Pues haga inmediatamente su pedido y nunca se arrepentirá de ello.

ANALISIS

de orinas, esputos, leches, sangre, aguas, etc.

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

Sucesor del DR. CALDERON

Carretas. 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

Indicaciones del FORCEPS y técnica operatoria del mismo

Por el Dr. A. PONS

4 PESETAS EJEMPLAR

PEDIDOS AL APARTADO 121-MADRID

Antiasmático poderoso

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO

Médicos distinguidos y los principales periódicos profesionales de Madrid: "El Siglo Médico", la "Revista de Medicina y Cirugía Práctica", "El Genio Médico", "El Diario Médico Farmacéutico", "El Jurado Médico Farmacéutico", la "Revista de Ciencias Médicas de Barcelona" y la "Revista Médico-Farmacéutica de Aragón", recomiendan en largos y encomiásticos artículos el JARABE-MEDINA DE QUEBRACHO como el último remedio de la Medicina moderna para combatir el ASMA, DISNEA y los CATARROS CRONICOS, haciendo cesar la FATIGA y produciendo UNA SUAVE EXPECTORACION.

PRECIO: 6,50 pesetas frasco

DEPOSITO CENTRAL: Sr. Medina, Serrano, número 36, Madrid, y al POR MENOR, en las principales farmacias de España y América.

Tratado práctico de etiqueta y distinción social

4 PESETAS EJEMPLAR

Pedidos al Apartado 121 MADRID

ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS (STOMALIX)

Cura el dolor de estómago, acidez, dispepsia, vómitos, diarreas en niños y adultos, dilatación y úlcera del estómago; tonifica, ayuda a las digestiones y abre el apetito, siendo utilísimo su uso para todas las molestias del

ESTÓMAGO. INTESTINOS

Venta en farmacias-Pídanse folletos al Laboratorio Saiz de Carlos, Serrano. 36-MADRID

BARDANOL

Laboratorio

Aurelio Gámir

Valencia



BARACHOL



Antiséptico ideal. Obra por absorción medicamentosa y evaporación de gases, curando la sarna sin baños, sin desinfección de ropas y aplicando la pomada únicamente en las manos.

LABORATORIOS FAUS — VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

Publicaciones de EL SIGLO MEDICO

MONOGRAFIAS

Se encuentran a la venta las siguientes:

PRECIOS

	No suscrip- tores	Suscriptores
	Pesetas	Pesetas
I.—Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas, por el Dr. Valdés Lambea...	2,00	1,60
II.—La demencia precoz, por el Dr. Vallejo Nágera.....	2,00	1,60
III.—Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes, por el Dr. Javier María Tomé y Bona (2. ^a edición).....	3,00	2,40
IV.—Los problemas clínicos de la úlcera del estómago, por el Prof. Fidel Fernández Martínez (de Granada).....	2,00	1,60
V.—La blenorragia aguda y su tratamiento, por el Dr. Angel Pulido Martín.	2,00	1,60
VI.—El médico rural ante las distocias más frecuentes, por el Dr. Vital Aza (2. ^a edición).....	3,00	2,40
VII.—Los problemas clínicos del estreñimiento rebelde, por el Prof. Fidel Fernández Martínez (de Granada).....	2,00	1,60
VIII.—La epilepsia, por el Dr. José María de Villaverde.....	2,00	1,60
IX.—El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea, por el Dr. García Vicente, y Alteraciones de la voz. Laringitis y ronquera, por el Dr. Huarte Mendicosa. (Dos monografías en una.).....	2,00	1,60
X.—El tratamiento del reumatismo, por el Dr. Federico Peco y M. Sellés....	2,00	1,60
XI.—Las helmintiasis intestinales más frecuentes en patología humana, por el Dr. Santiago Larregla.....	2,00	1,60
XII.—Manual de sifiliografía práctica, por el Dr. Javier María Tomé y Bona.	3,00	2,40
XIII.—Tuberculosis: contagio, herencia y constitución, por el Dr. Valdés Lambea.....	3,00	2,40

AVISO IMPORTANTE.—No serviremos ningún libro sin previo pago. Los reembolsos tendrán un aumento de 0,75 pesetas, por pequeño que sea el pedido. Diríjanse al apartado 121.—Madrid.