

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

SEP. 1935

Núm. 4.265.—Tomo 96

AÑO OCHENTA Y DOS

7 Septiembre 1935

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 colesantina, 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

Médicos Madrileños Famosos

BIOGRAFÍA Y BIBLIOGRAFÍA DE MÉDICOS
ILUSTRES NACIDOS EN MADRID Y SU PROVINCIA

PRÓLOGO DE DON PEDRO DE RÉPIDE
Cronista de la Muy Noble, Muy Heroica y Excelentísima Villa de Madrid

EL SIGLO MEDICO acaba de editar cuidadosamente esta obra del Dr. Alvarez Sierra. Es un tomo de 300 páginas, con numerosos grabados estampados en magnífico papel cuché, y elegantemente encuadernado.

Precio del ejemplar, 14 pesetas.

Para los suscriptores de EL SIGLO MEDICO
20 por 100 de descuento.

Ayuntamiento de Madrid

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg. Æsculus hippocast, 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.

¡DOCTOR! ¿Quiere usted que el alcanfor que ha de inyectar a sus enfermos obre de manera rápida y segura? Pues use siempre el

CANFORETIL B. MARTIN

(Nombre registrado)

(Solución etéreo-oleosa de alcanfor puro del Japón)

En ampollas de 0,10, 0,20, 0,40, 0,50 y un gramo de alcanfor puro

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

Distribución esmerada por asuntos

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-Pídanlo al Laboratorio Saiz de Carlos, Serrano, 50-MADRID

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. ORTEGA

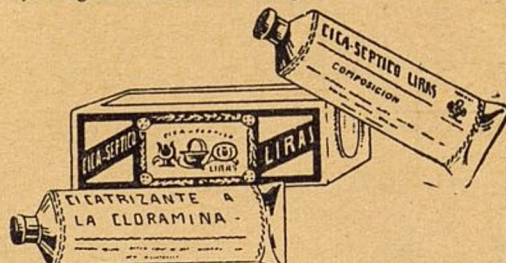
Sucesor del DR. CALDERON

Carretas, 14.-Madrid

FUNDADO EN 1866

CICA-SEPTICO LIRAS

De sorprendentes resultados en quemaduras, grietas de pechos, úlceras atónicas, forúnculos abiertos y en toda clase de heridas. La clase medica los receta, no por su procedencia castellana, sino por su gran resultado.—No se pega el apósito a las heridas.



CICATRIZANTE A LA CLORAMINA

Muy eficaz en casos idénticos y se prefiere Cloramina

En Centros Farmacéuticos y Farmacias surtidas.

Muestras a médicos.—Laboratorios Liras.—(Burgos) Villadiego

HIGIENE DE LOS OJOS



OFTALMOL

PODEROSO ANTISEPTICO DE LAS INFECCIONES DE LOS OJOS
LAVADOS Y BAÑOS OCULARES

INDICACIONES: Conjuntivas, úlceras de la córnea, oftalmias, tracoma (granulaciones), orzuelos, dacriocistitis (fístula lacrimal), blefaritis (inflamación de los párpados), caída de las pestañas, formación de forúnculos, costras, abscesos, etc., etc.

EL FRASCO LLEVA UNA BANERITA

Com.: Cía. hidrargvr., 0,02 gr.—Ac. carbazot, 0,01 gr.—Sal. seda.

Homborg, 6 gr.—S. Clorenalina, XX gotas.—Ag. bidestilada, 300 gr.

LABORATORIO IBERIA -:- Rambla Moncada, 29 -:- VICH (Barcelona)

TIROIDES (GLÁNDULA) Y DERIVADOS

Acción fisiológica.—Los efectos fisiológicos de los productos tiroideos son variables y frecuentemente contradictorios; sólo merecen la pena de recordarse sus aplicaciones terapéuticas.

Tirodismo.—Cuando se administran grandes dosis (cuatro lóbulos al día, por ejemplo) determinan efectos tóxicos, sobre todo en los mixedematosos, que consisten en taquicardias, palpitaciones, arritmia, elevación de la temperatura, sed intensa, anorexia, vómitos, cefalea, insomnio, temblores, parexia (sobre todo de los miembros inferiores), poliuria, albuminuria y glucosuria, malestar general y, dominando la escena, una debilidad gradual.

Aplicaciones terapéuticas e indicaciones.—a) La aplicación mejor justificada es el mixedema (de los adultos, infantil o postoperatorio), en el cual la medicación tiroidea precoz mejora el estado general y psíquico y hace desaparecer los edemas, restablece las funciones de relación y combate el enmagrecimiento, etc. Además, en los niños retardados o atrasados excita el crecimiento.

b) También es muy eficaz en el bocio parenquimatoso, en el cual el tumor se desvanece, mientras mejoran los demás síntomas.

No ejerce acción alguna en el bocio quístico.

c) En el bocio exoftálmico se obtienen resultados contradictorios; sin embargo, sobre todo en el bocio basedowiano, hay casos en que parece que la medicación tiroidea ha determinado una completa curación sin ningún inconveniente.

d) En la obesidad se observa por lo general una pérdida de peso apreciable; pero algunas veces esta mejoría no es más que transitoria, y en muchos casos no se consigue sino a costa de producir cierto grado de tiroidismo.

La forma que mejor justifica su empleo es la pletórica.

e) También se administra en el retardo de la conso-

TILO

Farmacología.—Se emplean las flores y las brácteas de la "tilia europaea" (Tiliáceas).

Acción fisiológica y terapéutica.—Sedante y antiespasmódica.

Por otra parte, la infusión caliente de tila tiene las propiedades digestivas de toda bebida caliente, que diluye el quimo y le quita acidez.

Está indicada en el empacho gástrico.

Modos de administración.—Infusión: 10 por 100.—Baños calmantes.

Baño sedante:

Flores de tilo.....	1 kilog.
Agua hirviendo.....	10 litros.

Infúndase, cuélese y agréguese al baño.

Infusión:

Hojas de melisa	} aa	4 gr.
Hojas de naranjo		
Flores de tilo.....		
Infusión		300 —

Para tomar a tazas.—Empacho gástrico.

TIMÍNICO (ÁCIDO)

Sinonimia: Solurol.

Farmacología.—Polvo amarillo parduzco soluble en agua, de la cual precipita por el alcohol.

El ácido timínico existe normalmente en el organismo; procede del desdoblamiento de las nucleínas.

Acción fisiológica y terapéutica.—La función del ácido timínico en el organismo es solubilizar el ácido úri-

co. Para activar esta solubilización es para lo que se prescribe este producto en los casos de uremia, litiasis urática, pielitis, gota, reumatismo crónico y jaqueca.

A 37 grados, un gramo de ácido tímico puede solubilizar 1,50 gramos de ácido úrico.

Modos de administración y dosis.—Solución, poción y, sobre todo, comprimidos de solurol de 25 centigramos. (Clin.).

La dosis útil es de 50 centigramos a un gramo al día durante tres a cinco semanas.

TIMOL

Sinonimia: Acido tímico.

Farmacología.—Se extrae de la esencia de tomillo. Cristales transparentes, cuyo olor recuerda su origen; poco solubles en agua (1 por 1.500) y en glicerina (1 por 100); muy soluble en alcohol, éter y cloroformo.

Acción fisiológica.—Poder antiséptico: unas cuatro veces mayor que el del fenol, con menos causticidad.

En solución concentrada irrita la piel.

Para las mucosas es cáustico, si está en solución concentrada, y astringente, si diluido.

Ingerido a dosis terapéuticas puede irritar el estómago (más de un gramo por dosis), hace descender la temperatura y obra como antiséptico interno y parasitocida.

Toxicidad.—El timol es 10 veces menos tóxico que el fenol: las dosis terapéuticas están muy lejos de ser peligrosas.

Aplicaciones terapéuticas e indicaciones.—Restringidas, a causa del obstáculo que opone su insolubilidad.

Al interior, se prescribe como antiséptico intestinal en las diarreas de todas clases, disentería, fiebre tifoidea, autointoxicaciones, etc. Algunas veces obra como vermífugo; finalmente, también se emplea contra la quiluria provocada por la filaria sanguinis.

Sellos:

Tiocol	80 centig.
Glicerofosfato de cal.....	3 —
Cacodilato de sosa.....	2 —
Polvo de nuez vómica.....	1 —

Para un sello. H. núm. 30.—Para tomar de dos a cuatro al día durante diez días antes de las comidas.—Tuberculosis pulmonar en todos los períodos.

Insuflaciones:

Tiocol	1 gr.
Cloruro de cocaína.....	15 centig.
Acido bórico.....	40 gr.

M.—Para insuflaciones de dos a cuatro veces al día.—Tuberculosis laríngea.

Pociones:

Tiocol	} aa	2 gr.
Benzoato de sosa.....		
Tintura de acónito.....		XX gotas
Jarabe de diacodión.....		50 gr.
Agua destilada de laurel- cerezo		10 —
Julepe gomoso.....	C. S. p.	150 cc.

H. S. A.—Una cuchara de las de sopa cada dos o tres horas.—Bronquitis agudas, bronconeumonías, neumonías.

Tiocol	10 gr.
Jarabe de corteza de naranjas amargas.	120 cc.
Agua destilada.....	180 —

Una cucharada de las de sopa cada cuatro horas (hasta ocho al día).—Bronquitis gripal, tuberculosis.

TERTULIA MEDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

AMENIDADES

7-IX 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.

Un paso de medicina histórica

La laringe de Gayarre

Por AMALIO GIMENO Y CABAÑAS

Los periodistas, como siempre, lo supieron muy pronto: al cadáver del eminente tenor se le había extraído la laringe. Los médicos encargados de su embalsamamiento habíamos practicado esta operación "post mortem", operación verdaderamente dolorosa para los encargados de hacerla, ya que no para el pobre cuerpo, que, rígido y frío sobre el cinc de la mesa, esperaba que hiciéramos correr por todas sus arterias el líquido que había de conservarle incorrupto.

El público lo supo, y nadie lo extrañó. En el simbolismo de la actividad del genio, la laringe de Gayarre bien podía colocarse junto al cerebro de Kant o al corazón de Fortuny.

96% de médicos de España a los CONVALESCIENTES les recetan el **ELIXIR CALLOL**

Tratábase del artista que había embelesado con la dulzura de su voz y conmovido con los acentos apasionados de su canto. ¿Qué más natural que conservar el órgano maravilloso que no volvería a sonar?

Después del último suspiro, sólo queda el barro orgánico que un día moldeó la fuerza de la vida: vaso volcado y roto, donde nadie encenderá ya el fuego que en él llameó hasta entonces.

Algunas horas más, y ni aun aquel barro frío quedará. Nuevas vidas harán de él su presa, y sobre la materia muerta, el trabajo de millonadas de seres diminutos continuará inacabable el torbellino del transformador movimiento que hacía pensar tan hondamente a Hamlet.

Y aunque es fuerza resignarse a esta dolorosa desaparición de todo lo que sobre la tierra caracterizó a un hombre, surge en nosotros, siempre que se deja resquicio a la rebelión del sentimiento, la protesta silenciosa, pero airada, contra esta destrucción, contra este aniquilamiento fatal, inexorable y necesario de todo lo que fué visible en forma humana.

Embalsamar es una intención de robo que pretendemos hacer a la muerte. Guardar una imagen querida

en el lienzo o en el papel es una defensa contra el olvido.

Y aun esto no nos basta. El cadáver, guardado artísticamente de la putrefacción ineludible, allá irá, al fin y al cabo, a acartonarse en la obscuridad de una cripta: el retrato que el tiempo ha de hacer borroso y pálido llamará inútilmente, en día no lejano,

Diarreas estivales **ELDOFORMO**

«Bayer»

a las puertas del recuerdo. No; falta algo. Aquel cadáver que se nos escapa, algo ha de dejarnos que lo recuerde. Unas veces será el cerebro, donde en calenturientas vigiliadas se engendró la idea o resplandeció prodigiosa la inspiración; acaso otras sea el corazón, musculosa entraña que la emoción espoleó en ocasiones críticas, en los segundos angustiosos del peligro o en los momentos de las supremas crisis de la Historia.

El cariño, la admiración, el culto a los grandes hombres, tienen natural predilección por el órgano cuyo pasmoso trabajo dió relieve a su personalidad y gloria a su nombre. Acaso debiera ser siempre el cerebro el órgano augusto que mereciera más que otro la religión del recuerdo y la atención del estudio; pero la especialidad en las manifestaciones del genio obliga a escoger muchas veces, más que el centro inspirador, el instrumento admirable que dejó en la obra humana el reflejo de su actividad, por más que con la vida se haya escapado el secreto de su prodigios.

Tenía, pues, más razón de ser la extirpación de la laringe que la conservación del cerebro de Gayarre. El

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

deseo natural de la familia justificaba además la preferente.

Había, por otra parte, algo de artísticamente conmovedor en el deseo de guardar aquel instrumento humano, pobre cajilla de cartílagos, cu- biertos de rojiza mucosa atados por

las fuertes y nacaradas cintas de los ligamentos y movido por músculos, aunque pequeños, poderosos.

La idea, si no me equivoco, fué del Dr. San Martín y aprobada por nosotros. Obtenido el permiso de la familia, se practicó la operación. Aseguro que mi amigo San Martín no habrá operado jamás en vivo con la emoción que hacía temblar su mano en aquellos momentos.

La cabeza del cadáver tendida hacia atrás, al aire, y la barba clara, rubia, de hirsutos pelos, ¡tantas veces peinada conquetonamente antes de pisar las tablas!, hacían salir hacia adelante el robusto cuello y los anchurosos hombros. La luz de las bujías daba un triste tono al desnudo perfil. Aquellos instantes fueron verdaderamente solemnes.

Cuando tuvimos entre las manos el delicado instrumento que con tanta

PAIDOTROFO
TONICO INFANTIL

pasión había vibrado en vida, nos pareció un sueño.

Examinamos todos con curiosidad y de primera intención la pequeña caja de música. Sabíamos que no se podían explicar todas las maravillas de una voz inimitable por la disposición anatómica de las cuerdas vocales, por la dureza o el grueso de todos los pliegues, por las dimensiones de la glotis, por el ángulo mayor o menor de las dos láminas del cartílago tiroideos, que, como fuerte escudo, resguarda el interior del seno donde la voz se hace y se modulan las notas; pero, a pesar de todo, la idea de que teníamos en las manos el portentoso instrumento que había hecho universal el nombre de un oscuro herrero de Navarra nos obligaba involuntariamente a buscar en su examen la explicación de sus triunfos, ¡como si el instrumento, mudo y silencioso para siempre, pudiera decirnos con sus escuetos datos anatómicos de qué modo el genio supo animarle y hacerle intérprete de la pasión conmovedora, de la dulzura infinita y de aquella música humana, jamás imitada por la cuerda y el metal!

La laringe de Gayarre no ofrece a primera vista caracteres extraordina-

rios, ni era posible que los ofreciera. La amplitud, la intensidad, el timbre, la belleza de una voz no dependen solamente de la organización de la laringe ni de su modo de funcionar. ¿Acaso el ancho pulmón, como fuelle poderoso, y los músculos que a la respiración concurren, no contribuyen a darle su carácter? ¿No son la faringe, con su alta bóveda, la base de la len-

S A R N A

Cúrase con **SULFURETO CABALLERO**

gua, tan movable a voluntad, el velo del mismo paladar, la boca y la caja de resonancia de las fosas nasales factores indispensables?

En el examen de las funciones de la vida humana, la complejidad de los elementos que a cada una de ellas concurren es una cosa que no debe olvidarse.

A pesar de todo, la laringe es, al fin y al cabo, el sitio donde la voz se produce al soplo vigoroso de los pulmones. Pero, ¿qué ha de decir de interesante al ojo escrutador del fisiólogo el pobre órgano muerto, que sirva para señalar el mecanismo admirable que daba carácter a aquellos matices de fonación, pocas veces iguales y jamás superados?

Todos los hombres hablan, todos podemos cantar. La voz y el canto, esa "segunda voz del hombre", como decía Rousesau, son don precioso que caracteriza nuestra personalidad y de que todos podemos disponer. Todas las laringes, pues, están dispuestas para hablar y cantar, sólo que hay quien lo hace como los cuervos, mientras que otros consiguen hacerlo como los ángeles.

¿En qué consisten esas diferencias? El cerebro dará la inspiración de la frase artística y sabrá comunicar a la palabra el calor de la emoción y a la melodía la salvaje fiereza de la ira o el delicado acento del amor, pero nada más. El instrumento, la laringe y sus accesorios, ejecutarán la música humana según su constitución: una li-

SIROPHANTIUM PALLARES

Valoración biológica:

Un cc. contiene 2 1/2 miligramos
de Estrofantina

gerísima, sutil y casi inapreciable desviación del tipo ordinario convertirá la voz en canto casi inverosímil por lo divino, allí donde el examen del anatómico apenas encuentra datos que expliquen este portento.

Milímetros de más o de menos en la hendidura triangular de la glotis; una abertura mayor o menor del án-

gulo que forman las dos láminas del tiroides; robustez inapreciable, tratándose de músculos pequeños, cuya contracción no puede medir dinamómetro alguno; cuestión de agilidad y rapidez, limpia tersura de una mucosa jamás irridada o soplo casi interminable de pulmones gigantescos; delicadas y sensibles cuerdas capaces de vibrar ágil y correctamente miles de veces por segundo, sin turbiedades que empañen la nota ni irregularidades que dificulten el pase de uno a otro registro; lengua educada; músculos domados y sometidos por la educación incesante y por un cerebro despierto que no admite protestas de incorrección o descuido: todo esto y algo más, difícil de adivinar e imposible de inquirir, todo esto explica que dos laringes se parezcan y casi se confundan en la mano del anatómico, y una de ellas apenas haya sabido hablar, mientras que la otra haya hecho gozar con la dulzura de melodías divinas.

La laringe de Gayarre parece grande, sin tener por ello un tamaño notable por su magnitud. Los músculos

CARABAÑA: el mejor purgante

que concurrían a su función, los intrínsecos y los extrínsecos, desarrollados, fuertes, gruesos, poderosos, lo mismo que todos los del cuello, robusto, y los del pecho. Sólo viendo aquel tórax y recogiendo las medidas de sus diámetros se comprende cómo la voz del eminente tenor tenía aquella intensidad y aquella amplitud incomparables, que aun en canto dulcísimo y en registro de cabeza hacía llegar a los más apartados lugares del teatro.

A más del tamaño, lo que choca a primera vista es lo agudo del ángulo saliente del cartílago tiroides, de esa prominencia llamada vulgarmente "manzana de Adán", que en Gayarre no era, sin embargo, muy notada en vida, por el tejido adiposo y por la configuración especial de su cuello; y como la agudeza de este ángulo influye sobre la longitud de las cuerdas vocales, y ésta, naturalmente, sobre la extensión de la voz, yo no sé si esto podría ser verdaderamente útil para explicar algo, a pesar de que no suele ser característico en las laringes de los que poseen voz de tenor (nombre que precisamente se debe a ser esta voz la medida intermedia de todas las voces y la parte que sostenía la melodía principal en los antiguos cantos religiosos), el tener una gran longitud en las cuerdas, estando éstas, por el contrario, en razón directa de la gravedad fonética.

Más notable que esto es aún la asimetría manifiesta y muy visible de la laringe, esto es, la desigualdad entre

sus dos mitades. Empieza ya esta asimetría a echarse de ver en la epiglotis, cuyo reborde libre es más alto y como guarnecido por una franja en su lado izquierdo; sigue luego notándose en el borde superior, sinuoso, del cartílago tiroides, donde en su parte media hay una profunda e irregular escotadura que se abre y se dirige también hacia la izquierda y abajo; y, por

JARABE ALMERA

A BASE DE FOSFATO DE CAL
GELATINOSO. EL MAS ASIMILABLE

último, se distingue en un detalle interior que llamó primeramente la atención de mi amigo el Dr. Cortezo, quien lo hizo notar a San Martín, a Salazar y a mí. En el borde libre de la cuerda vocal inferior también izquierda, y en su parte media, precisamente en el sitio más delicadamente organizado y dispuesto de la laringe, se distingue muy visiblemente, y sin que deje lugar a duda, una eminencia convexa y regularmente conformada, como si en aquel sitio la cuerda hubiera engrosado. Esto sí que no tiene fácil interpretación. La ausencia completa de síntomas anteriormente no permiten suponer la existencia de un tumorcillo en el borde de la cuerda. Jamás Gayarre se había quejado de ello. ¿Será esta ligerísima alteración en la forma del borde libre de esa cuerda un hecho de disposición natural? Entonces hay que confesar que jamás perjudicó a su voz.

Recuérdese que las cuerdas vocales son la parte más interesante, fina y delicada de la laringe; que ellas, por su tensión mayor o menor, por la abertura que dejan al paso del aire y por el número de sus vibraciones, dan carácter a la voz y al sonido; recuérdese que la figura de la glotis, que ellas determinan, tiene una influencia principalísima en el pase del registro de pecho al de cabeza, o viceversa, tan difícil siempre y que Gayarre vencía con gallarda facilidad, sosteniendo su canto "spianato", que no volveremos jamás a oír; recuérdese, por úl-

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

timo, que las notas más altas del registro, aun siendo de pecho, se realizan por medio de más de dos mil vibraciones de las cuerdas en un segundo, y que Gayarre, superando al célebre "do sostenido" de Tamberlick, "filaba" incomparable y divinamente su famoso "re" de la romanza

(Continúa en la página XIV.)

AJOLIN

El antirreumático más moderno y completo
Perfectamente tolerado por vía bucal
No tiene contraindicación alguna

FÓRMULA:

Principios volátiles de la variedad Alba del Allium
Sativum, los correspondientes a 100 gr. de bulbo
estabilizado.

Fenilquinolincarbonato sódico	7,50 gramos.
Ortooxibenzoato de sosa.	12,50 —
Benzoato de litina.	1,20 —
Vehículo apropiado, c. s. para 120 c. c.	

DOSIS:

Tres cucharaditas de las de café por día, pudiendo
elevarse hasta ocho cucharaditas diarias.

LABORATORIOS KOBER
SARRIA (Lugo)

Uromil

PODEROSO DISOLVENTE DEL ACIDO ÚRICO, PARA COMBATIR LA URICEMIA
Y LAS ENFERMEDADES DEL METABOLISMO



ARTRITISMO

ARTERIOESCLEROSIS

CÁLCULOS

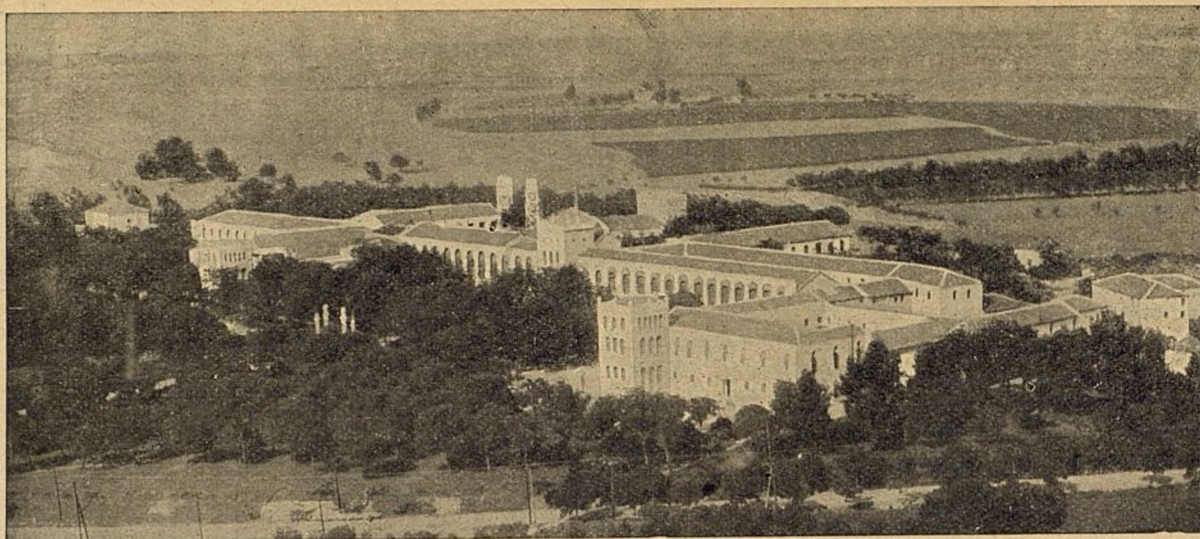
GOTA

URONIA

REUMA

LABORATORIOS VIÑAS - CLARIS, 71 - BARCELONA

Ayuntamiento de Madrid



SANATORIO PSIQUIATRICO ESQUERDO

FUNDADO EN 1877

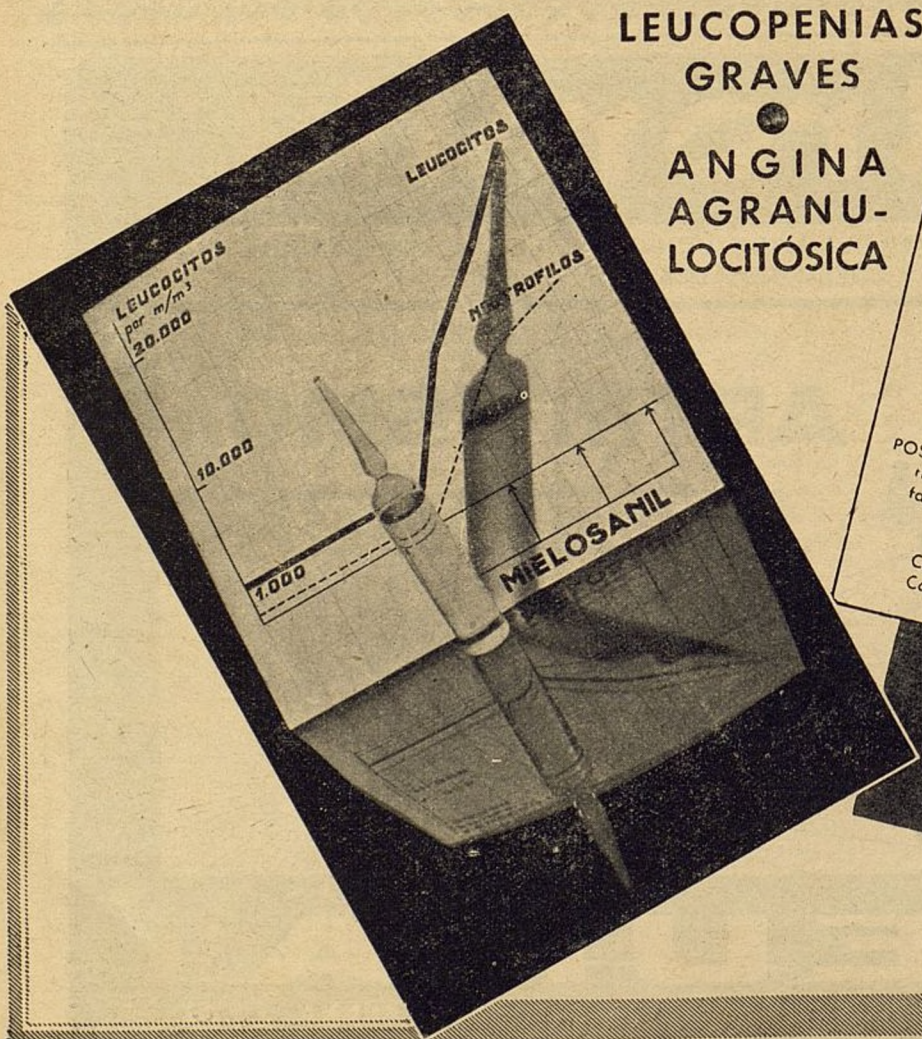
PARA AMBOS SEXOS, CON SEPARACIÓN ABSOLUTA

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 || SANATORIO... { Carabanchel Alto
Teléfono 16962 || Teléfono 20



MIELOSANIL

INOMBRE REGISTRADO
ANTES MIELOSAN
FABRICACION NACIONAL

COMPOSICION: Contiene los nucleótidos del tipo pentoso en forma hidrosoluble absolutamente exentos de proteínas.

ACCION: El Mielosanil actuando sobre la médula ósea produce hiperleucocitosis, favoreciendo así la defensa del organismo contra las infecciones agudas y corrigiendo los síndromes agutémicos.

POSOLOGIA: Exclusivamente por vía intramuscular y bajo prescripción facultativa.

FORMA DE VENTA:

Caja de 5 ampollas de 10 c. c.
Caja de 2 ampollas de 10 c. c.



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 Comin.—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 ACEÑA
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 Ciempozuelos. | 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 PAS-CUAL
Médico forense de Madrid. Presidente del Colegio de Médicos de Madrid. | Prof. ENRIQUE SUNER 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 Sifilografía. |
| 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 Fimatology 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 VILLASVERDE
Psiquiatra del Hospital del Buen Suceso. Neurosiquiátra 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. } Apartado de Correos núm. 121
La científica y profesional al Director..... }

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 (conclusión), por el Dr. Pedro Cifuentes.—Hipocloremia e hiperemesis gravídica, por el Dr. Antonio de Tena y Molera.—Escuela de Medicina legal: Existencia de un fotoeritismo hemolítico (aumento del poder hemolítico de los sueros sanguíneos por la influencia de la luz), por los Dres. A. de la Granda y F. Vegas.—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

(Conclusión)

VIII.—APARICIÓN DE LA LITIASIS EN EL OTRO RIÑÓN, DESPUÉS DE OBSERVADA COMO UNILATERAL. (LITIASIS BILATERAL A EVOLUCIÓN SUCESIVA.)

Para muchos autores la aparición de la litiasis en un riñón, después de operado el otro, es considerada como una recidiva. Hemos de manifestar nuestra disconformidad con este criterio, puesto que, en buena concepción patológica, la recidiva no puede existir más que cuando la lesión aparece en el mismo órgano que anteriormente la sufrió. Si después de operar un cálculo en un riñón aparece después cálculo en el otro, esto no puede conceptarse más que como aparición o producción de la litiasis renal bilateral a evolución sucesiva, o, como lo califica muy bien DOUILLET (35), de una manifestación espaciada de litiasis bilateral.

Para muchos autores esta aparición litiasica en el segundo riñón es rara. Nosotros, al contrario, la consideramos de alguna frecuencia, más de lo que en general se cree, pues hemos tenido ocasión de observar una proporción de casos más elevada del que se menciona en las estadísticas de otros autores.

Hay que distinguir tres modalidades en esta aparición sucesiva de la litiasis:

1.^a *Existiendo una litiasis unilateral ya conocida, aparecen los síntomas litiasicos en el segundo riñón antes de operar el primero.*

En estos casos los síntomas que presenta el riñón últimamente afectado son de cólico nefrítico, con o sin expulsión de arenillas o pequeños cálculos, y la radiografía no acusa presencia de sombras sospechosas. Antes de intervenir en el riñón primitivamente enfermo, si la situación no es inquietante debemos mejorar el estado del segundo riñón con plan y medicación, y asegurarnos de que en un determinado plazo no se presentan en él manifestaciones litiasicas. Si éstas continuasen con carácter puramente médico, la intervención sobre el otro riñón debemos practicarla si así estuviese indicada, pero siempre a condición de que sea conservadora.

Esto fué lo que ocurrió en uno de nuestros enfermos, en el que, cuando estaba decidida la operación sobre el riñón izquierdo, la aparición de cólicos en el derecho y expulsión de cálculo motivó el aplazamiento operatorio.

Si la radiografía evidenciase la presencia de un cálculo en el segundo riñón, estaremos ante la situación de una litiasis bilateral confirmada, y hemos de proceder con arreglo a las normas generales que en las indicaciones operatorias hemos expuesto.

2.^a *La aparición de la litiasis en el segundo riñón se efectúa después de haber sido operado el primero por operación conservadora.*

Cuando esto ocurre hemos de congratularnos de haber podido conservar el riñón primeramente operado, y la litiasis del segundo riñón será tratada con medios médicos o con los quirúrgicos que estuviesen indicados, dentro de la limitación que establezca el estado del primitivamente enfermo. En 11 enfermos, entre 215 operados de litiasis renal unilateral con operación conservadora, hemos observado síntomas de litiasis, ulteriormente, en el otro riñón.

3.^a *La aparición calculosa en el segundo riñón aparece después de la nefrectomía del riñón primitivamente calculoso.*

Constituye este caso la aparición de la litiasis en un riñón único, y es la más seria situación, a veces trágica, en el problema quirúrgico de la litiasis renal. Si la obstrucción ureteral se establece, el hecho de existir un solo riñón producirá como inevitable complicación la anuria, y si ésta persiste, la uremia consecutiva.

BRONGERSMA (36), en 53 casos por él operados de nefrectomía por litiasis unilateral, observó la aparición calculosa en el otro riñón en un solo caso (1,9 por 100). La estadística de BRAASCH y FOULD (37) comprende 327 casos hasta el año 1924, con nueve casos de aparición de litiasis en el segundo riñón (2,75 por 100). RAFFN (15) observó un caso de aparición de litiasis en el otro riñón entre 32 nefrectomías, y seis entre 74 operaciones con-



3

**PRODUCTOS
NETAMENTE ESPAÑOLES
CONTRA
EL**



REUMATISMO

SALIVENAL

AMPOLLAS

SALICILATO DE SOSA AL 10% EN SOLUCIÓN GLUCOSADA ISOHIDROGENIONICA PARA INYECCIÓN INTRAVENOSA
AMPOLLAS DE 5 Y 10 C.C. • CAJAS DE 5 AMP.
1 A 2 AMPOLLAS DIARIAS

Salicitiro

SOLUCIÓN

SALICILATO DE SOSA Y TIROIDINA EN SOLUCIÓN FUERTEMENTE ALCALINIZADA
2 GRS. DE SALICILATO DE SOSA POR CUCHARADA SOPERA
FRASCOS DE 250 GRS.
2 A 4 CUCHARADAS DIARIAS

AToFTiRO

COMPRIMIDOS

ACIDO FENIL • QUINOLIN • CARBÓNICO Y TIROIDINA
TUBO DE 20 COMPRIMIDOS
2 A 4 COMPRIMIDOS DIARIOS

TRES FORMAS ANTIRREUMATICAS TOLERABLES



ANUSOL

disminuye el catarro de la mucosa inflamada y ejerce una acción astringente sobre la superficie secretante,

por su gran poder antiséptico impide la infección de los nódulos hemorroidales y la formación de abscesos perirrectales,

provoca la granulación y estimula la reparación epitelial,

determina la resolución de los procesos flebíticos agudos, sub-agudos y crónicos del ano,

hace que la evacuación de las materias fecales no sea dolorosa, gracias al reblandecimiento que sufren las heces duras.

No mortifica los tejidos. No es tóxico.

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.

Apartado 410 - BARCELONA

*Dolor
para mi no existes!*

(POSIDONIUS)



SODIODINE

YODURO SÓDICO ESTABILIZADO EN SOLUCIÓN AL CENTÉSIMO

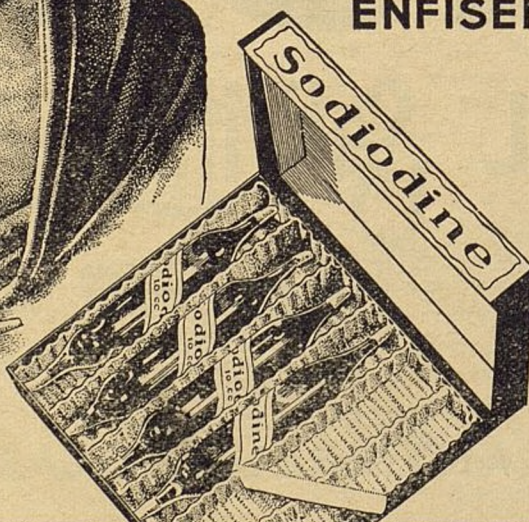
2

**NEURALGIAS REBELDES
DESÓRDENES CIRCULATORIOS
ENFISEMA PULMONAR
HIPERTENSION
MICOSIS**

2

DOSIS
1 à 2 ampollas por 24 horas

2



JUAN MARTIN, ALCALA 9, MADRID
CONSEJO DE CIENTO 341, BARCELONA

LABORATORIOS CORTIAL, 7 RUE DE L'ARMORIQUE, PARIS

servadoras (en total, 6,95 por 100). Nosotros hemos observado seis casos de aparición de litiasis en el segundo riñón, después de la nefrectomía del primero, entre 47 operados de nefrectomía por litiasis primitivamente unilateral.

En un caso de LUCAS (citado por JEAMBRAU (38), operado de nefrectomía del riñón derecho, se presentó diecisiete años después un cólico en el riñón izquierdo que obligó a hacer la pielotomía. RAFÍN (39), en un enfermo operado de nefrectomía del riñón izquierdo el año 1905, se vió obligado a operar de nuevo por nefrostomía en el riñón izquierdo en 1906, y once meses después nueva nefrostomía por reproducción calculosa.

Un operado de nefrectomía, por ALBARRÁN, fué reoperado tres veces de nefrostomía del otro riñón a causa de cálculos reproducidos (citado por LAZARIDES (40)). Este autor cita también otro caso de SAINT CÉNE, de nefrectomía por pionefrosis calculosa, operado tres años después por MARIÓN de nefrostomía por cálculo del otro riñón. Casos análogos han sido citados también por ERTZBISCHOFF (41) y MARIÓN (42). ALESSANDRI, en 44 casos de nefrectomía por litiasis, observó dos casos de aparición calculosa en el otro riñón; CABOT, en 29 casos de nefrectomía, observó cuatro casos; BRAASCH, en 402 nefrectomías por litiasis, observó 17 enfermos con aparición calculosa en el otro riñón (4,20 por 100). (Estos casos de BRAASCH nos fueron comunicados por el autor en 1924, con motivo de nuestra ponencia al Congreso Internacional de Urología de Roma.)

Casos interesantes también son: el publicado por H. BASTOS (43), de Lisboa (pielotomía, ocho años después de nefrectomía del otro riñón); el de G. PEDROSO (44), de La Habana (anuria en riñón único después de muchos años de operación de nefrectomía, y que fué tratada por ureterotomía de urgencia); el de V. COMPAÑ (45), de Barcelona, referente a un enfermo tratado de nefrectomía por cálculo coraliforme, a los cinco meses cólico intenso en el otro riñón y anuria, tratada por ureterotomía de urgencia, y el de GERARD (46), de Lille, referente a una enferma operada dos años antes de nefrectomía por litiasis, y que, presentando anuria con cólico del riñón único, fué tratado por nefrostomía de urgencia.

KEYES (47) publicó cinco casos de cálculos del riñón único, después de la nefrectomía del otro, todos tratados por pielotomía, y recomienda en estos casos, además de no suturar la incisión de la pelvis renal, hacer decapsulación, tratando así de disminuir la congestión renal postoperatoria, peligrosa en estos casos de riñón único. J. DILLON y J. JONES (48) tratan extensamente este asunto a propósito de cuatro casos observados de cálculos en riñón único, con estado anúrico, dos de ellos tratados por pielotomía y otros dos por ureterotomía.

Por considerarlo de interés exponemos a continua-

ción, *in extenso*, algunos de nuestros casos de aparición de la litiasis en el otro riñón, después de operado el primero de nefrectomía.

Observación A.—Enfermo en el que tres años después de la nefrectomía del riñón izquierdo se le presentó cólico nefrítico en el riñón derecho, con expulsión de algunos cálculos; dos años después de este cólico se presentó otro, produciendo anuria, que cesó espontáneamente después de doce horas. Durante algunos años después el enfermo ha continuado en buen estado y no hemos vuelto a saber de él.

Observación B.—Se refiere a un enfermo operado de nefrectomía del riñón derecho, en diciembre de 1915, por cálculo y pionefrosis. En marzo de 1923 sufre un cólico en el riñón izquierdo con anuria, que, persistiendo, obliga a transportarle a Madrid, ingresando en la Casa de Salud. Tratado con cateterismo ureteral, con sonda del número 13, que entró libremente hasta la pelvis renal, la orina comenzó a salir por ella, y dejada permanente pudo recogerse durante veinticuatro horas 700 gramos de orina por la sonda y 100 gramos por la vejiga. Retirada la sonda, el enfermo orinó 150 gramos durante el día. Una radiografía no evidenció sombra alguna de cálculo. En la noche del mismo día reaparece de nuevo la anuria.

Al día siguiente nuevo cateterismo ureteral, que produce sólo 70 gramos de orina. En vista de este estado decidimos la intervención, la que se efectúa con anestesia al éter. Hecha la lumbotomía encontramos el riñón muy aumentado de volumen y congestionado. Liberado el polo inferior y el uréter, no se aprecia ninguna dureza de cálculo en este conducto. Hacemos rápidamente nefrotomía, e introduciendo el dedo por la incisión encontramos en la pelvis renal un cálculo del tamaño de un guisante que obstruía la embocadura del uréter, y que se extrajo. Dejamos desagüe intrarrenal. A las seis horas el estado del enfermo ha mejorado extraordinariamente; el apósito está muy mojado de orina y los síntomas alarmantes han desaparecido, restableciéndose desde el día siguiente la excreción urinaria en cantidad normal. A los dieciocho días de la operación la herida operatoria está cerrada y el enfermo salió curado de la Casa de Salud.

Observación C.—Enfermo operado de nefrectomía, en diciembre de 1922, por padecer cálculo gigante en el riñón derecho. En mayo de 1923, cólico en el riñón izquierdo con anuria, que duró dos días, desapareciendo este estado al expulsar un cálculo. En este enfermo, según noticias proporcionadas por la familia, se produjo un nuevo cólico el año 1930, que ocasionó su muerte por anuria y uremia.

Observación D.—Este caso es extraordinariamente interesante, y por eso le ponemos también con alguna extensión. Se refiere a un enfermo de treinta y ocho años, que, con antecedentes litiasicos desde cuatro años antes, se presenta a nosotros en un estado febril que padecía desde hacía un mes.

La fiebre oscila entre 38 y 39 grados. La orina intensamente turbia, de aspecto purulento. Por palpación se

Avance de sumario para el número siguiente

(14 de septiembre de 1935)

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

DR. TOMÉ Y BONA: Algunos caracteres generales de las afecciones cutáneas del trabajo.

DR. VALDÉS LAMBEA: La febrícula en los enfermos con estenosis del orificio auriculoventricular izquierdo.

DR. ALBIÑANA: La ruta de Esculapio XII.

Bibliografías.

Periódicos.

Sección profesional.

aprecian puntos dolorosos en el riñón izquierdo y uréter del mismo lado, con intensa defensa muscular.

En la radiografía se aprecia una imagen de cálculo gigante ramificado que ocupa la casi totalidad del riñón, sin ninguna sombra calculosa en el riñón opuesto.

Prueba de F. S. F., 30 por 100; urea en la sangre, 0,97.

En estas condiciones es sometido el enfermo a un tratamiento de inyecciones intravenosas de urotropina y régimen hipoazoadado muy severo. La fiebre desciende y el estado general mejora. Después de tres semanas, un nuevo análisis de urea sanguínea da 0,46 por 100, y la eliminación de F. S. F. ha mejorado hasta alcanzar la cifra de 50 por 100. El cateterismo del riñón derecho da orina clara y de composición normal. El cateterismo del riñón izquierdo proporciona orina con 5,6 de urea y gran cantidad de pocios en el sedimento.

Ante estos datos se decide la operación, juzgando que está indicada la nefrectomía del riñón izquierdo. Se practica ésta en abril de 1928, y estando el enfermo en franca convalecencia, a los veintiséis días de la operación, súbitamente se presenta un violento cólico nefrítico en el lado derecho con anuria. La situación cambió de tal manera, que a la alegría del enfermo y familia por el inmediato resultado operatorio sucedió la depresión en el ánimo de cuantos le rodeaban. Sin perder tiempo se le hizo un cateterismo ureteral, cuando lleva diez o doce horas de anuria, y apreciamos que la sonda se detiene a los 20 centímetros del meato ureteral; sólo salen algunas gotas de orina con ritmo muy lento. Después de unas horas en que la sonda ha quedado colocada, y vista su inutilidad, la retiramos, esperando prudentemente unas horas. Ningún resultado expulsivo observamos. Las distensiones vesicales a lo Pasteur e inyecciones diuréticas variadas, nada consiguen. Un nuevo cateterismo ureteral también fracasa al segundo día. Van a cumplirse ya setenta y dos horas del comienzo de la anuria, y aunque el período de tolerancia persiste aún, pues no hay vómitos ni trastornos intestinales y el pulso es normal, consideramos que es inútil esperar más tiempo, por temor a que la tolerancia cese y aparezcan síntomas urémicos. Así, pues, en el tercer día de la anuria, y aprovechando el buen estado general del enfermo, decido la intervención operatoria, que practico bajo anestesia general con éter. Una incisión sobre el flanco derecho me permite, una vez descubierta parte de la cara posterior del riñón y su polo inferior, explorar el uréter lumbar, sitio donde siempre se ha detenido la sonda ureteral. El uréter, en su parte más alta, está dilatado, y a nivel de la cuarta vértebra lumbar aprecio por palpación una dureza. Aísto esta porción del uréter y sobre esa dureza, que me da la impresión de un cálculo, practico una pequeña incisión de ureterotomía, extrayendo una piedra blanquecina e irregular, del tamaño de una judía. Sin sutura ureteral es cerrada parcial y rápidamente la herida operatoria, dejando un desagüe. El tiempo invertido en la operación no ha pasado de diez minutos, y ya al extraer el cálculo un chorro de orina salió por la abertura ureteral, y en las horas que siguen a la operación orina el enfermo más de dos litros. Curso postoperatorio rápido y sin incidentes, quedando el enfermo curado y sometido a un severo régimen alimenticio, que aún sigue después de siete años de la operación.

Observación E.—Enfermo de treinta y siete años, con síntomas litíasicos localizados siempre en el riñón izquierdo desde hace cuatro años. Ha expulsado algunos cálculos y ha sufrido accesos febriles. La radiografía acusa tres cálculos, en el riñón izquierdo, del tamaño de una avellana. Urea de la sangre, 0,26. El cateterismo ureteral del riñón derecho produce orina con 14,50 de urea, y en el sedimento no se encuentran leucocitos, y sí solamente cristales de uratos. En el riñón izquier-

do, el cateterismo proporciona una orina con 6,30 de urea, y en el sedimento se observa una franca piuria.

Es operado en marzo de 1934. El riñón izquierdo se encuentra aumentado, con fuertes adherencias y algo fluctuante. Una punción hecha en el mismo da lugar a salida de orina intensamente purulenta. Ante este estado piónefrótico hacemos nefrectomía. A los veinte días de la operación hubo ligeros dolores al riñón derecho y expulsó unas pequeñas arenillas de naturaleza fosfática. Abandona el sanatorio a los veinticinco días de operado, y ya en su domicilio sufre algunas semanas después un violento cólico nefrítico en el riñón derecho, con anuria. Reingresado en la clínica se le practicó el cateterismo ureteral, que produce un beneficioso efecto, pues a la hora de retirar la sonda expulsa un cálculo fosfático del tamaño de un guisante, con lo que desaparecen todos los trastornos dolorosos y la excreción de orina se restablece en completa normalidad. Desde esa fecha no ha vuelto a sufrir ninguna alteración.

Observación F.—Enfermo de veinticuatro años. Operado en noviembre de 1926 de nefrectomía del riñón izquierdo, por padecer cálculo gigante; el riñón derecho, sin antecedentes dolorosos, sin sombra calculosa, y con pruebas funcionales normales. A los cinco años (diciembre de 1931) se presenta cólico en el riñón derecho, pasajero, que se repite al año con más intensidad y acompañado de anuria alarmante, que dura dos días y termina con la expulsión de un cálculo como una judía.

Un cólico nefrítico en un operado de nefrectomía ha de ofrecer siempre el peligro de la anuria y de la uremia. De momento combatiremos la anuria por el cateterismo ureteral, que, además de poder dar salida a la orina, podrá favorecer también la emigración del cálculo. Si retirada la sonda la excreción de la orina no se restablece, la intervención quirúrgica estará indicada (ureterotomía, pielotomía o nefrotomía, según la localización del cálculo). Cuando no hay dato alguno respecto a esta localización, ante la gravedad del caso la operación de elección será entonces la nefrostomía de urgencia. Si el cálculo al hacer esta operación no es encontrado, dejaremos la nefrostomía permanente, la que estará muy indicada en los casos en que este riñón único estuviese infectado, único medio de someter al enfermo al abrigo de nuevas recidivas y complicaciones.

Estos hechos, aunque no de gran frecuencia en su presentación, son lo suficientemente elocuentes para que ante una nefrectomía en la litiasis renal bilateral, pensemos en esa posible situación en el porvenir de los enfermos y reduzcamos, lo más que podamos, la indicación de extirpación renal.

IX.—LAS RECIDIVAS EN LA LITIASIS RENAL BILATERAL.

El ideal sería, tanto en la litiasis unilateral como en la bilateral, que la operación fuese seguida de una curación definitiva y permanente. Aunque esto ocurra en gran número de casos, la recidiva en la litiasis renal se observa, no obstante, después de las operaciones en bastante proporción.

Como recidiva hemos de admitir solamente la aparición calculosa en el riñón operado; pero puede ocurrir que este cálculo, que secundariamente observamos, sea, no una nueva formación, sino la continuación, el crecimiento de una pequeña masa calculosa que ya existía cuando la primera operación fué practicada, y que pasó desapercibida, tanto a la radiografía como en las ma-

niobras operatorias. Esto, más que recidiva, es una continuación del proceso litiasico renal.

Como verdadera recidiva sólo será admisible la nueva producción calculosa cuando existiese la absoluta seguridad de que el riñón había quedado libre de cálculos en la primera operación practicada, pero siendo prácticamente imposible conocer la coexistencia de pequeñas concreciones en el fondo de los cálculos o bien intrarrenales, resulta muy difícil la separación de una continuación del proceso litiasico y de la verdadera recidiva calculosa.

Como ya hemos indicado en uno de nuestros trabajos (CIFUENTES, 24), aparte de la influencia de la diátesis, las principales causas de la reproducción calculosa son la infección y la retención o estancamiento en cavidades renales anteriormente dilatadas. Cuanto más infectado esté un riñón y más pronunciada sea la dilatación de sus cavidades, más facilidad existirá para la recidiva. En estas condiciones, un pequeño coágulo no expulsado, un trozo de epitelio, una mucosidad retenida o una arenilla no expulsada, pueden fácilmente constituir el núcleo de un nuevo cálculo.

En la litiasis bilateral, al tener que dar preferencia a las operaciones conservadoras, se observan las recidivas en muy elevada proporción. Así, BRONGERSMA (36), en 24 casos operados de litiasis bilateral, tuvo 13 recidivas (54 por 100). BRAASCH y FOULD (37), en 77 casos, observaron nueve recidivas (11,67 por 100). ANDRÉ (49), dice: "El punto negro en la litiasis bilateral es la recidiva después de la operación, en un plazo de algunos años. Esta recidiva es muy frecuente, y puede decirse que ella es la regla." Aunque esta apreciación la consideramos un tanto exagerada al ser tan absoluta, no puede negarse la posibilidad de mayor número de recidivas en la litiasis bilateral que en la litiasis unilateral.

En un grupo de 20 casos de varios autores, citados por nosotros en nuestro trabajo al Congreso de Roma, referente a operaciones sobre litiasis bilateral, encontramos una proporción de recidivas del 25 por 100.

En general, la recidiva en la litiasis depende mucho de la operación practicada. Así, después de la pielotomía sólo se observa en el 4 por 100 de los casos, siendo mayor después de la nefrostomía, que da una proporción de 9,5 por 100 de recidivas en la litiasis unilateral.

Si en la litiasis bilateral esa proporción aumenta, es debido a que los casos bilaterales son, con mucha frecuencia, de los llamados latentes, y, por lo tanto, se presentan a nosotros con un estado de infección muy acentuada. En estas condiciones, y teniendo en cuenta que hay que prodigar *a fortiori* la intervención conservadora, de ahí que en muchas estadísticas el porcentaje de la recidiva resulte tan elevado.

Ante las recidivas, nuestra conducta debe ser, vigilados en estos casos después de la operación, y muy especialmente los casos que estaban muy infectados. Es conveniente en éstos comprobar el estado de permeabilidad del uréter si la infección persiste, dilatando y haciendo lavados de la pelvis renal, lo que, además de producir buenos resultados contra la infección, puede ser una profilaxis contra la recidiva, técnica muy preconizada por HUNNER (50).

MAY (51), fundándose en que el factor de más importancia en las recidivas es la infección, y teniendo

en cuenta que en ésta influyen variados focos extraurarios (amígdalas, senos, dentadura, intestino, etcétera), aconseja investigar la localización de éstos tratándolos convenientemente.

Ante las recidivas, nuestra conducta debe ser, en general, la abstención, y si los síntomas infecciosos o agudos obligasen a una intervención (pionefrosis, pielonefritis con accesos febriles, dolores persistentes o hematurias), la operación de elección será en estos casos la nefrostomía permanente, preconizada, entre otros, muy insistentemente por MARIÓN (20).

X.—LA ANURIA EN LA LITIASIS BILATERAL.

La anuria en la litiasis bilateral se presenta dentro de sus dos principales caracteres esenciales: anuria *secretora*, cuando en periodos avanzados los dos riñones están profundamente alterados en su parénquima; *excretora*, producida por la obstrucción en la pelvis renal o en el uréter, originada por el cálculo.

En lo referente a la anuria excretora por obstrucción se abusa del concepto de anuria refleja, o sea la acción de la obstrucción de un lado sobre la función del otro riñón por reflejo renorrenal, anuria ya descrita en 1871 por NICOLI, pero bien expuesta, después dicha teoría por GUYON y ALBARRÁN. Somos partidarios del criterio sostenido por LEGUEU (4), referente a que el reflejo, si existe, actúa sobre un riñón ya enfermo y susceptible de obedecer a aquél paralizando su función, siendo la anuria refleja con la pureza que algunos autores la admiten muy discutible.

Siempre que la anuria se presenta en un caso de litiasis, hemos de considerar que clínicamente estamos ante un caso de litiasis bilateral. Si ésta nos era anteriormente conocida por la existencia de cálculos en los dos riñones, no habrá duda ni sorpresa; si el caso sólo nos era conocido como de litiasis unilateral, esta complicación nos evidenciará que el riñón que considerábamos como sano no lo está, y que, o contiene cálculos ignorados o padece otra lesión que también desconocíamos. Así, pues, los litiasicos con accidentes anúricos han de ser juzgados como enfermos de litiasis en ambos riñones en la mayoría de los casos.

En estos casos de anuria calculosa procede con urgencia practicar dos exploraciones: un examen radiográfico y una determinación de la urea sanguínea. Si por la radiografía podemos conocer la existencia de los cálculos, su número, tamaño y situación, es éste el principal elemento para dirigir nuestras actuaciones terapéuticas.

Si hay algún cálculo pequeño que obstruye un uréter, a él hemos de atribuir la causa inmediata de la anuria. Practicaremos el cateterismo ureteral de ese lado para favorecer su expulsión. Si ésta no es conseguida, repetiremos aún el cateterismo ureteral en el otro lado, con el que, de momento, podremos hacer desaparecer la acción inhibitoria refleja.

La no expulsión del cálculo ureteral entraña la continuación del estado anúrico, y no debemos agotar el periodo de tolerancia sin tomar otras determinaciones.

La anuria en la litiasis bilateral es intensamente grave, pudiendo tener en estos casos un carácter mixto de anuria excretora y secretora. Si la urea sanguínea y el estado del enfermo lo permiten, podrá intervenir sobre el lado obstruido con una ureterotomía, si el cálculo

lo nos es conocido en su situación y siempre que sea fácilmente accesible. Si el cálculo está en el uréter pelviano, la operación sería más laboriosa, y necesitaría una anestesia más larga no es aconsejable en estos casos, siendo preferible actuar con nefrostomía, que es la operación de elección como intervención contra la anuria, practicándose sobre el riñón más doloroso o que esté más aumentado de volumen. Si el estado del enfermo lo permite, podrá hacerse esta operación con una anestesia general rápida; en caso contrario, podrá efectuarse con anestesia local. La raquianestesia alta la consideramos peligrosa por la depresión que en el enfermo produce.

La anuria sostenida en la litiasis bilateral es de pronóstico funesto, y la aplicación de la nefrostomía ha de estar dirigida y limitada por las condiciones de cada caso, ya que toda operación en estos enfermos es siempre de notoria gravedad.

ESTADÍSTICA PERSONAL DE LITIASIS BILATERAL.

Comprendemos en nuestra estadística todos nuestros casos de litiasis bilateral operados y un número de casos no operados por distintas circunstancias. En éstos, ignoramos si algunos habrán sido intervenidos por otros colegas posteriormente; el hecho de estar incluidos en nuestra estadística de litiasis bilateral se debe a haber seguido la observación con gran atención en muchos de ellos.

NÚMERO TOTAL DE CASOS DE LITIASIS BILATERAL.

Operados	41
No operados.....	56
<i>Total</i>	97

CASOS OPERADOS (LOCALIZACIÓN DE LOS CÁLCULOS).

Cálculos renales en ambos lados.....	25
Cálculo renal de un lado y ureteral en el otro...	8
Cálculos en ambos riñones y cálculo ureteral en un lado	6
Cálculos en los dos riñones y en los dos uréteres.	1
Cálculo en un riñón y cálculos en los dos uréteres.	1
<i>Total</i>	41

Casos operados en un solo lado.....	38
Casos operados en los dos lados.....	8
<i>Total</i>	41

CASOS OPERADOS EN UN SOLO LADO. (OPERACIONES PRACTICADAS.)

		Mortalidad post-operatoria
Pielotomías	10	I
Nefrotomías	3	
Nefrostomías	3	I
Ureterotomías	8	
Nefrectomías	7	I
Lumbotomías por absceso perinefrítico	3	I
<i>Total = 34 operaciones en 33 enfermos.</i>	34	4

CASOS OPERADOS EN LOS DOS LADOS (OPERACIONES PRACTICADAS)

		Mortalidad post-operatoria
Doble pielotomía.....	I	
Pielotomía y nefrotomía.....	I	
Pielotomía y nefrectomía.....	I	
Nefrotomía y nefrectomía.....	I	
Ureterotomía y nefrotomía.....	I	I
Ureterotomía y nefrectomía.....	3	
<i>Total = 16 operaciones en 8 enfermos.</i>	8	I

Número total de enfermos de litiasis bilateral operados, 41; mortalidad postoperatoria inmediata, 5 casos (15 por 100). Tenemos conocimiento de tres casos de muerte lejana a la operación (observación 16, muerte por uremia a los seis meses de operado; observación 34, también de uremia, a los tres meses, y la nueve, también de uremia, a los ocho años de la intervención).

Casos de anuria, seis. En cinco de ellos la anuria desapareció con el tratamiento empleado, y en uno persistió, muriendo de uremia.

En nuestra ponencia al Congreso Internacional de Roma indicábamos que en los casos por nosotros recogidos de operación en un solo riñón, con abstención operatoria en el otro, la mortalidad era de 20 por 100. En cambio, en el grupo de operación conservadora, en ambos lados, la mortalidad operatoria era solamente de 15 por 100. De momento, ha de extrañar esta diferencia, pero puede explicarse, porque en los casos en que llega a realizarse la operación bilateral, por el hecho de hacerlo, ello es signo de que las condiciones son más favorables, estando incluidos en este grupo casos más benignos que los que comprende el grupo de operación unilateral.

Así, en esta estadística, se observa el mismo hecho: en 34 operaciones de un solo lado, hay cuatro muertos, mientras que en 16 operaciones en enfermos operados de los dos lados, observamos una sola defunción.

CASOS NO OPERADOS.

Por considerar indicado un tratamiento médico expectante	4
Por contraindicación operatoria absoluta (gravedad del caso).....	20
Por ser rechazada la operación por los enfermos, o no volver éstos a presentarse en la Consulta...	30
Por indicación previa de tratamiento endoscópico ureteral	2
<i>Total</i>	56

RESUMEN

La litiasis renoureteral bilateral es más frecuente de lo que en general se cree, alcanzando aproximadamente un 20 por 100 entre los enfermos de litiasis renal, tanto de carácter médico como de carácter quirúrgico.

La litiasis bilateral de carácter quirúrgico, que es la que nos ocupa en este trabajo, debe comprender tres principales variedades:

1.ª Litiasis bilateral a evolución simultánea con carácter quirúrgico en ambos lados.

2.ª Litiasis quirúrgica en un lado y litiasis de carácter médico en el otro.

3.^a Litiasis bilateral a evolución sucesiva, o sea litiasis quirúrgica del lado primitivamente enfermo y litiasis médica o quirúrgica, aparecida ulteriormente en el otro riñón.

La frecuencia de la litiasis bilateral está explicada por actuar su causa íntima (diátesis, trastornos de metabolismo, etc.), no caprichosamente sobre un solo riñón, sino sobre los dos riñones, estando ambos sometidos por igual a las mismas causas.

Los clásicos síntomas de la litiasis pueden ser observados simultánea o paulatinamente en estos enfermos renales, pero la evolución latente se observa en muchos casos, ya en un riñón o ya en los dos, permitiendo esa latencia alcanzar a los cálculos tamaños considerables. Es muchas veces la piuria el único síntoma clínico que puede observarse, siendo el que ha de obligar a la exploración radiográfica y ésta la que descubre la bilateralidad en gran número de casos.

A la radiografía simple habrá que agregar, en muchas ocasiones, la exploración de urografía intravenosa, así como la neumopielografía en ciertos casos dudosos, y el cateterismo ureteral, siempre que nos interese conocer más exactamente el estado anatómico y funcional de cada riñón. Las pruebas de exploración global de la función renal son de gran valor, y por sí solas podrán indicarnos si el caso es susceptible o no de ser operado.

En general, es opinión casi unánime en caso de intervención, el practicar la operación en dos sesiones, separadas con un plazo mínimo de uno o dos meses.

Como norma general debe operarse primero el riñón menos enfermo, o sea el que, funcionando mejor, tenga el cálculo más pequeño y susceptible de ser extraído con operación más sencilla (pielotomía). De este modo se asegura la mejoría de función de un riñón que permitirá actuar con más libertad y amplitud quirúrgica sobre el otro.

No obstante, si el riñón más enfermo constituyese un peligro para la vida del paciente (pionefrosis, hematurias intensas, obstrucción aguda, etc.), en este caso se deberá actuar primero sobre él, dejando para un segundo tiempo la operación sobre el riñón menos enfermo.

Cuando en un lado existiese cálculo ureteral, deberá ser operado primero éste, para suprimir rápidamente el peligro y gravedad que supone el bloqueo del riñón por dicho cálculo.

Si los cálculos asientan en el uréter de ambos lados, se intentará, si el tamaño de aquéllos lo permite, su expulsión por cateterismo ureteral. De no ser así, se practicará la ureterotomía, primero sobre el lado últimamente obstruido, si del otro lado es tolerado.

Las pruebas funcionales renales deficientes no contraindican absoluta y definitivamente la operación; ésta deberá ser diferida en esos casos, y si logramos con régimen y tratamiento apropiados mejorar aquélla, habrá enfermos en que la operación, al menos sobre un lado, podrá ser practicada, siendo así posible salvar un riñón.

En la aplicación del tratamiento de la litiasis bilateral resaltan tres hechos que consideramos fundamentales:

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, habiendo en éste tolerancia, la intervención sobre él pudiese ser un riesgo para el enfermo.

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

La aparición de la litiasis en el segundo riñón después de observada u operada como unilateral en el riñón primitivamente enfermo es de relativa frecuencia. Después de la nefrectomía de riñones litíasicos la hemos observado en un 13 por 100 de los casos (seis veces entre 47 operados de nefrectomía). Constituye esto una de las situaciones más trágicas en la patología urinaria, por la fatal aparición de la anuria con ocasión del cólico nefrítico más ligero, grave situación sobre la que hemos de actuar rápidamente con cateterismo ureteral, ureterotomía o nefrotomía sobre el riñón único. Estas observaciones nuestras, por la enseñanza que proporcionan, nos hacen ser más parcios en la aplicación de la nefrectomía en la litiasis.

Las recidivas se observan frecuentemente después de las operaciones conservadoras en la litiasis bilateral. Ante ellas, si no hay un riñón asegurado de curación litíásica que permita la nefrectomía del riñón recidivante, si está muy lesionado, estará muy indicada sobre éste la nefrostomía permanente.

La anuria en los litíasicos, aun presentando éstos síndromes exclusivamente unilaterales, debe hacer cambiar el concepto de su enfermedad y ser considerados como enfermos de litiasis bilateral, en los que la litiasis del segundo riñón nos era desconocida. Por eso, cuando la existencia de cálculos en los dos riñones es evidente, así como cuando el síndrome es solamente unilateral, la anuria es siempre una gravísima complicación, y en la actuación contra ella usaremos el cateterismo ureteral sin agotar el período de tolerancia para aplicar con oportunidad y probabilidades de éxito una operación de nefrostomía.

Nuestra casuística de litiasis renoureteral bilateral comprende 97 casos de carácter exclusivamente quirúrgico, 41 de ellos operados y 56 no operados.

De los casos operados, 33 de ellos lo fueron sobre un solo lado, y ocho en los dos lados.

Operados en un solo lado: 10 pielotomías; tres nefrotomías; tres nefrostomías; ocho ureterotomías; siete nefrectomías y tres lumbotomías por absceso perinefrítico. Total, 34 operaciones en 33 enfermos. Casos de muerte postoperatoria, cuatro.

Operados en los dos lados: doble pielotomía, uno; pielotomía y nefrotomía, uno; pielotomía y nefrectomía, uno; nefrotomía y nefrectomía, uno; ureterotomía y nefrotomía, uno; ureterotomía y nefrectomía, tres. Total, 16 operaciones en ocho enfermos. Mortalidad postoperatoria, uno. Mortalidad total operatoria en nuestra estadística actual de litiasis bilateral, 12 por 100.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. NICOLICH: "Sur la nephrolithiase bilaterale". (*Ass. Fr. d'Urologie*, 1910.)
2. IN THANNHAUSER: "Tratado del Metabolismo y enfermedades de la nutrición". 1910.
3. ALBARRÁN: "Enfermedades del riñón". (Tratado de Cirugía de Le Dentu y Delbet, tomo IX.)

4. LEGUEU: "La lithiase renale". (*Encyclopedie Francaise de Urologie*, T. II.)
- "De l'anurie calculieuse". (*Ann. des Org. Gerns. Ur.*, 1895.)
5. LANZILLOTTA: "Les calculs latents du rein". (*Journal d'Urologie*, T. XVII, 1924.)
6. PULIDO MARTÍN: "Litiasis renal. Cálculos renales sin síntomas". (*EL SIGLO MÉDICO*, mayo 1927.)
7. LEGUEU: (*Ass. Fr. d'Urologie*, 1907.)
8. ALBLERRÁN: (*Idem id.*)
9. ROSENSTEIN: (*Deutsche Zeit. f. Urologie*, julio 1930; in *Journal de Chirurgie*, 1931, T. XXXVII.)
10. MÖRL: "Lithiase rénale". (*Journal d'Chirurgie*, 1932, T. XXXIX.)
11. RAVASSINI: "De la lithiase rénale bilatérale". (*Journal d'Chirurgie*, 1930, T. XXXV, núm. 4.)
12. NICOLICH: "Sur la nephrolithiase bilatérale". (*Ass. Fr. d'Urologie*, 1910.)
- "Histoire d'un très rare cas de nephrolithiase bilatérale". (*Ass. Fr. d'Urologie*, 1920, y *Journal d'Urologie*, 1920, T. IX.)
13. ROCHET: "Quelques cas de nephrolithiase bilatérale". (*Lyon Chirurgicale*, septiembre, 1924.)
- (*Archives des Maladies des Reins*, 1925, número 2.)
- (*Journal de Chirurgie*, 1925, T. XXV, número 2.)
14. BRAASCH: "Litiasis renal con accidentes bilaterales". (*Boston Méd. and Surgical Journal*, febrero 1918, in *Journal d'Urologie*, T. VII, pág. 603.)
15. RAFIN: "Lithiase rénale". (*Association Française d'Urologie*, 1924.)
16. GOTTSTEIN: (*Handbuch der Urologie*, Lichtenberg, Voelcker y Wildbolz, T. IV.)
17. CABOT: (*Modern Urologie*, 1918.)
18. GAYET: "Lithiase rénale bilatérale". (*Ass. Fr. d'Urologie*, 1909.)
19. KRETSCHMER: "Lithiase urinaire bilatérale". (*Journal d'Urologie*, 1913, T. III.)
20. MARIÓN: "Traité d'Urologie", T. I, 1928.
- Congrès de la Lithiase urinaire. (Vittel, 1931.)
21. MORÁN: "Calculs des deux reins chez un enfant". (*Journal d'Urologie*, T. VIII.)
22. TENAIN: "Pielotomia bilaterale simultanea per calculosi". (*Archivio Italiano di Urologia*, 1929, T. V.)
23. EDGERTON y SCHMID: Asociación Americana de Urología. (*Journal of Urology*, mayo 1911.)
24. CIFUENTES: "Résultats éloignés des opérations contre la lithiase rénale". (Congreso Internacional de Urología, Roma, 1924.)
- "Consideraciones clínicas sobre la litiasis renal bilateral". (*EL SIGLO MÉDICO*, 1923.)
- "Calculose rénale bilatérale". (*Association Française d'Urologie*, 1922.)
- "Chirurgische Behandlung aussergewöhnlich grosser Nierensteine, operative resultante". (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1926, núm. 15.)
- "Anuria calculosa operada con éxito en un antiguo nefrectomizado". (*EL SIGLO MÉDICO*, julio 1924.)
- "Sur la récurrence des calculs du rein". (*Journal d'Urologie*, octubre 1928.)
- "Un caso más de obstrucción ureteral calculosa en un riñón único". (*Revista Española de Cirugía y Urología*, marzo 1930.)
- "Sobre un caso de calculosis renal bilateral". (*EL SIGLO MÉDICO*, agosto 1931.)
- "Lithiase rénale bilatérale chez un enfant de quatre ans, double pyelotomie". (Asociación Francesa de Urología, 1934.)
25. TARDO: (Congreso Internacional de Urología, Roma 1924.)
26. MARTÍN: "Au sujet des indications du traitement chirurgicale dans la lithiase rénourétérale bilatérale". (*Ass. Fr. d'Urologie*, 1933.)
27. PHELIP: "Sep. cas de nephrolithiase bilatérale operée". (*Ass. Fr. d'Urologie*, 1921.)
28. LEVY (R.): "Notes sur 378 interventions pour calculs urinaires". (*Journal d'Urologie*, 1924, T. XVIII.)
29. BOECKEL: "Nephrolithiase bilatérale". (Société Fr. d'Urologie, junio 1925.)
30. NICOLICH: (Société Française d'Urologie, julio 1921.)
31. CHRISTIÁN (J.), y BAASTRUP: "Cálculo renal gigante bilateral". (*The Urolog. and Cut. Rew.*, in *Journal d'Urologie*, 1928, T. XXVI.)
32. FEYZI: "Calculose bilatérale des reins sans phénomènes subjectifs". (*Journal d'Urologie*, 1930, T. XXX.)
33. COTTE: (*Archives des Maladies des Reins*, tomo II.)
34. CANTINIEAUX: "Dans les calculoses rénales bilatérales l'insuffisance rénale ne contreindique pas l'interventions". (*Journal Belge d'Urologie*, 1933, fasc. 5.)
35. DOUILLET: La récurrence de la lithiase rénale après interventions conservatrices. (*Archives des Maladies des Reins*, T. VII, fasc. 3.)
36. BRONGERSMA: Congreso Internacional de Urología. Roma, 1924.
37. BRAASCH y FOULD: *The Journal of Urology*, junio 1924.
38. JEANBRAU: Calculs de l'urétére. *Asociación Francesa de Urología*, 1909.
39. RAFIN: *Folia Urológica*, mayo 1911.
40. LAZARIDES: Valeur du rein après la nephrostomie. *Tesis de París*, 1921.
41. ERTZBISCHOFF: Congreso Internacional de Urología, 1908.
42. MARION: La nephrostomie. *Journal d'Urologie*. Tomo VIII, 1919.
43. BASTOS (H.): Sobre a patologia do rim unico. *A Medicina Contemporânea*, enero 1935.
44. PEDROSO (G.): Casos clínicos de Cirugía urinaria. *Sociedad de Estudios clínicos de La Habana*, marzo 1925.
45. COMPAÑ: El problema de la litiasis renal bilateral. *Ars. Médica*. Barcelona, octubre 1930.
46. GERARD: Cas d'anurie dans un rein unique. *Asociación Francesa de Urología*, 1924.
47. KEYES: *Journal of the Am. Med. Assoc.*, 1930, tomo 94. In. *Arch. Mal. des Reins*. Tomo VI, junio 1931.
48. DILLON, JONES: In *Arch. Mal. des Reins*. Tomo VI, junio 1931.
49. ANDRÉ: Indications chirurgicales dans la lithiase réno-urétale bilatérale. *Congreso de la litiasis urinaria*. Vittel, mayo 1931.
50. HUNNE: Résultats éloignés du traitement de la lithiase. In *Arch. des Mal. des Reins*. T. IV, núm. 3, 1929.
51. MAY: *The Journal of Urology*, nov. 1928, y *Arch. des Mal. des Reins*. T. IV, núm. 3, 1929.
52. CASARIEGO: Litiasis renal bilateral. *La Habana*, 1922.
53. ALTERESCU: Lithiase rénale bilatérale. *Revista Romana d'Urologie*. T. I, 1934.
54. BASTOS (M.): Un caso de calculose renal bilateral. *Asociación Portuguesa de Urología*, 1934.
55. SÁNCHEZ COVISA: Pielotomía posterior derecha en un caso de litiasis bilateral. *Revista Española de Urología*, 1934, núm. 4.
56. CHAPPLAIN: Lithiase rénale bilatérale. *Sociedad Francesa de Urología*, diciembre 1933.
57. CHRISTIÁN: Calculose rénale bilatérale. *Journal d'Urol.* T. II.

58. BACHI (G.): Lithiasé rénale bilatérale. *Journal de Chirurgie*. T. 29, 1927.
59. CUNNING: *The Journal of Urology*, 1934, número 6.
60. FRESNO y BASTIONY: Litiasis renal doble. *Polí-clínica Sevillana*, junio 1919.
61. FURNISS: Gros calculs bialtéaux des reins. *Journal d'Urol.* T. IV, 1913.
62. GIORDANO: Calcolose urinaria bilaterale. *Arch. Ital. di Urol.* T. I, núm. 2.
63. GERAGHTY, SHORT et SCHANTZ: Calculs renaux multiples unilatéraux et bilatéraux. *The Journal of the Am. Med. Association*, sept. 1921; *In Journal d'Urologie*. T. XIII, pág. 287.
64. JASENSKI: Sur un cas rare de lithiasé rénale bilatérale. *Journal d'Urologie*. T. 34, 1922.
65. PAPIN (M.): Considerations sur un cas de lithiasé rénale bilatérale. *Société Française de Urologie*, junio 1925.
66. LARRÚ: La litiasis bilateral de las vías urinarias desde el punto de vista radiográfico. *Revista española de Cirugía y Urología*, 1926, núm. 12.
67. SMITH: Nephrolithiasé bilatérale. *Médical Record*, mayo 1913; *In Journal d'Urologie*. T. IV, 1913.
68. THEVENOT: Calcul renal bilateral. *Journal d'Urologie*. T. 27, 1929.
69. VAN DER VEER y ALDRICHS: Un cas interessant de calculose bilatérale. (*The Urol. and Cut. Rev.*, noviembre 1913); *In Journal d'Urol.* T. V, 1914.
70. LECHSNEW-LEVANT: Diagnóstico e intervención operatoria de las litiasis renales bilaterales. *Zeitschrift für Urologie*. T. 24, 1930.
71. EISENDRAH: Nephrolithiasé. (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 1917); *In Arch. Mal des Reins*. Tomo IV, núm. 1.
72. VYNALÉK (W. J.): Extensive Bilateral Nephrolithiasis. *The Journal of Urology*, 1929, pág. 529.
73. v. LICHTENBERG: Über Konservative Nierenchirurgie. *Zeits. für Urol. Chirurgie*, 1930.
74. PAPIN: La Chirurgie de la lithiasé rénale, et en particulier sur les méthodes conservatrices. *Arch. des Mal. des Reins*. T. VI, 1932.

Hipocloremia e hiperemesis gravídica

POR EL

Dr. ANTONIO DE TENA Y MOLERA

Tocólogo ginecólogo de la Beneficencia Municipal de Madrid.
Profesor agregado de la Maternidad Provincial.

La alterada composición de los humores, principal fundamento patogénico de la Medicina hipocrática, durante varios siglos, se le ha considerado como el principal elemento, y estoy por decir que como el único, de casuística patológica, inspirando las concepciones terapéuticas de los médicos; sobre todo en los siglos XVI, XVII y XVIII, era su preocupación dominante modificar esta viciada composición y establecer el proporcionado equilibrio que entre ellos había de existir, y en el cual consistía y radicaba la salud perfecta.

Los descubrimientos de Pasteur, y con ellos la aparición de la microbiología en el campo de la ciencia biológica, desplazan casi en absoluto la teoría humoral como causa de enfermedad, y la actividad inquisitiva de los investigadores del siglo XIX se encamina principalmente a encontrar el microorganismo causante de cada dolencia.

El descubrimiento y estudio de las secreciones internas y el fracaso de las investigaciones bacteriológicas

como fundamento causal de algunos procesos morbosos hace nuevamente volver los ojos a los investigadores hacia los medios humorales (sangre, incretas y excretas), buscando en su estudio la solución de muchos problemas, ahora de manera más precisa y segura, gracias al poderoso auxilio de la química biológica.

En resumen: el clásico físico de la Edad Media, que, perplejo ante la vasija de la orina o la bacía del sangrador, pretendía sentar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad, deducidos de los caracteres organolépticos del producto humoral, ha sido substituido por el moderno investigador, que, aun dedicándose a actividades clínicas, se recluye en el laboratorio, ávido de desentrañar los múltiples problemas biológicos que aún quedan por resolver en cada especialidad, siendo en Tocología quizás el más candente estudio de las alteraciones humorales y hormonales de la gestación normal y patológica.

Como dato que corrobora este furor investigativo en el campo de la Bioquímica, que se refleja fielmente en la literatura médica de estos últimos años, he de señalar el hecho de que sobre el tema de "Hiperemesis e hipocloremia", los trabajos publicados en un año en revistas francesas y alemanas son más de diez los llegados a nuestras manos, sin que, naturalmente, sea esto solo lo escrito sobre el tema en este período de tiempo. A pesar de la profusión y amplitud con que se ha tratado este problema, dilucidados algunos puntos de él, quedan otros por esclarecer, y a ello hemos tendido en los trabajos realizados por nosotros.

Versa nuestro trabajo sobre el estudio de once casos de enfermas aquejadas de vómitos más o menos intensos, sin que ninguno de ellos fuera de extrema gravedad (tercer período de Dubois); de ellos, nueve eran embarazadas y dos operadas de laparotomía por procesos ginecopáticos. En todas ellas hemos hecho dosificación de cloruros en sangre y orina antes y después del tratamiento de reclusión, y en el tiempo intermedio entre ambos análisis hemos practicado inyecciones intravenosas de suero hipertónico al 9, 11 y 20 por 1.000, a dosis de cinco a 15 centímetros cúbicos diarios hasta la desaparición de los vómitos; desaparecidos éstos, hemos prolongado el tratamiento durante algunos días (dos o tres), dándole por terminado. En dos casos hemos tenido recidivas: en uno, a los ocho días, y en el otro, a los catorce. Reanudado el tratamiento con unas cuantas inyecciones más, a los pocos días han desaparecido definitivamente. En una enferma, el tratamiento fracasó, no encontrando con él mejoría alguna. Este fracaso lo conceptuamos relativo, debido a la impaciencia de la enferma, que, al llevar seis días de tratamiento sin experimentar mejoría, dejó de concurrir a la consulta. Abrigamos la creencia de que si se hubiera prolongado o intensificado, tal vez hubiéramos obtenido resultados positivos; por lo menos a nosotros nos parece el tiempo (seis días de tratamiento) demasiado corto para conceptuarlo como fracaso absoluto.

En todas las enfermas hemos encontrado cifras bajas de cloruros en sangre y normal o alta en orina, es decir: las enfermas presentaban hipercloruria e hipocloremia; al cesar los vómitos hemos encontrado en el segundo análisis una subida en la cloremia, baja en la cloruria en ocho casos y aumento de la misma en tres: en tres casos en que hemos hecho determinación de urea en sangre hemos encontrado siempre cifras infranorma-

les. Es digno de mención el caso curioso de una enferma, con una tasa muy alta de cloruros en orina que, a medida que mejoraba, descendía su cloruria, hasta quedar normal al desaparecer los vómitos.

Tres hechos principales deducimos como resultado de nuestros trabajos:

1.º *Eficacia del tratamiento de recloruración en la hiperemesis gravídica y postoperatoria.*—Tanto en una como en otra, la realidad clínica de su eficacia no deja lugar a dudas, por lo que se refiere a nuestra estadística. En todos nuestros casos, las enfermas curaron de sus vómitos más o menos rápidamente, menos en uno; en este que nosotros anotamos como fracaso del tratamiento, ya decimos que lo reputamos relativo, puesto que la enferma estuvo sometida a él sólo seis días, si bien es verdad que durante este tiempo no experimentó mejoría alguna.

Nuestros resultados en esto coinciden con los de todos los demás autores, ninguno de los cuales—los que ya conozco al menos—menciona ningún fracaso del tratamiento.

Los autores franceses y alemanes preconizan el empleo de soluciones hipertónicas al 10, 20 y 30 por 100 por vía intravenosa y en cantidades de 10 a 100 centímetros cúbicos diarios; a nosotros nos ha bastado con soluciones diez veces más diluidas a dosis máximas de 15 centímetros cúbicos diarios fraccionadas en cinco ó 10 centímetros cúbicos. Hemos tenido un solo accidente benigno, especie de crisis nitratoide, en una enferma en la segunda inyección de 10 centímetros cúbicos de solución salina al 20 por 1.000. La aparición de este pequeño accidente en una de las primeras enfermas tratadas nos hizo ser cautelosos en el empleo de grandes concentraciones, por no parecernos completamente inocuo.

2.º *Baja de la tasa clorosódica sanguínea.*—En todas las enfermas hemos encontrado en el suero sanguíneo una cifra baja de cloruro sódico, oscilante entre 2,34 y 4,25; lo normal, según diversos autores, es de cinco a 5,80 gramos por litro de suero; los casos de más gravedad no han correspondido a las cifras más bajas de cloruros en sangre; mediante el tratamiento cesaron los vómitos y subía la tasa clorosódica sanguínea, llegando a restablecerse la cifra normal en cuatro de los 11 casos estudiados. En una de las operadas no pudimos hacer análisis después de la desaparición de los vómitos. Las enfermas en las que conseguimos el restablecimiento de la tasa normal de cloruros sanguíneos fueron la otra operada y tres embarazadas (casos quinto, noveno y décimoprimeros); las cifras más bajas las hemos obtenido en dos gestantes: una, en el sexto mes de su embarazo (vomitaba desde el primer mes), y la otra, una enferma cardíaca, en el noveno mes de su embarazo, y con una cifra de cloruros muy alta en orina.

3.º *Hipercloruria.*—Realmente ha sido para nosotros una sorpresa los resultados obtenidos en la dosificación de cloruros en orina, pues, creyendo encontrar cifras bajas, como confirmación y consecuencia de la cloropenia, hemos encontrado (excepto en las dos operadas que tenían cifras algo por bajo de la normal, y una embarazada de tres meses que la tenía normal), en todos los demás casos—y hablo, desde luego, del análisis hecho antes de iniciar el tratamiento—, una hipercloruria que, en algún caso, como el de la enferma núme-

ro 5, ha llegado hasta 29 gramos. Esta enferma—el caso más grave de los tratados con las inyecciones de suero hipertónico—, mejora rápidamente, desaparecen los vómitos al tercer día de tratamiento, y en tres análisis sucesivos de orina que hacemos vemos cómo la cifra de cloruros va descendiendo, de 29, a 12,52, 6,55 y 6,43 a los ocho días de tratamiento. Este caso es el más interesante y mejor estudiado de nuestra estadística, porque, estando interna en la clínica, pudimos observarla de manera más constante y minuciosa. En la segunda inyección de 10 centímetros cúbicos de suero hipertónico al 20 por 1.000 sufrió un accidente lipotímico, que pasó pronto, y no volvió a repetirse en las inyecciones sucesivas.

De las 11 enfermas que hemos estudiado, en dos de ellas no pudimos practicar análisis después de la desaparición de los vómitos: una, operada de histerectomía, y la otra, desapareció de la consulta inopinadamente. De las nueve restantes en que hicimos análisis de orina al terminar el tratamiento, en cinco se elevó la cloruria y en cuatro descendió. De los nueve casos, en cinco se aproximó a la cifra normal y en cuatro se acentuó más, aunque ligeramente, la hipercloruria después del tratamiento.

En resumen: en términos generales, encontramos en nuestras enfermas antes del tratamiento hipocloremia, hipocloruria en las dos operadas e hipercloruria en las embarazadas.

Practicado en todas las enfermas el tratamiento de recloruración, en la forma que más arriba hemos expuesto, tenemos la desaparición de los vómitos en 10 enfermas y fracaso del tratamiento en una. Hecha una nueva dosificación de cloruros en sangre y orina, vemos cómo al cesar los vómitos la tasa clorosanguínea se eleva en todos los casos, sin llegar en algunos a la cifra normal, en tanto que la cloruria tiende a aproximarse igualmente a las cifras normales. Finalmente, en tres de las enfermas embarazadas en que hemos dosificado la urea sanguínea, hemos encontrado cifras por bajo de la normal.

Expuestos los resultados obtenidos en nuestras investigaciones, vamos a tratar de darles interpretación:

El primer problema que se nos presenta es el siguiente: ¿existe relación de causa a efecto entre la hipocloremia y la hiperemesis gravídica o postoperatoria? Tanto los autores franceses (H. Chabanier, C. Lobo-Onell, E. Lelu, A. Schwaab y P. Walther), como los alemanes (Kessler, Albers, Hain y Kreschmar), parecen considerar la hipocloremia como una causa agravante, pero no determinante de los vómitos. Se establece—dicen—, un círculo vicioso, y la enferma tiene hipocloremia porque vomita, y vomita porque tiene hipocloremia; pero admiten siempre una causa determinante desconocida y varia, que es la que inicia la hiperemesis, que enseguida se agrava por la hipocloremia, debida a la gran pérdida de cloro, por la abundante eliminación de jugo gástrico en los vómitos. Nada dicen de la eliminación de cloruros urinarios; solamente Schwaab y Walther citan como de pasada una posible huida de cloruros por la orina como causa inicial de la hiperemesis. Para nosotros, esta hipercloruria, como causa determinante de la hiperemesis, tiene más importancia que la que hasta ahora se le ha dado, y de ello ya trataremos más adelante.

FOSFORO

POTASIO

MANGANESO

CALCIO

SODIO

HIERRO

Una Ayuda Para Combatir la Sépsis Crónica

La colesistitis crónica, la prostatitis crónica, y la colitis crónica, son unas pocas de las condiciones comunes que ocasionan un estado de sépsis crónica.

EL JARABE DE FELLOWS suple los elementos minerales que necesita el organismo en estas condiciones. La dosis que se sugiere es la de una cucharadita cuatro veces al día, en agua.

MUESTRAS A PETICION

Distribuidores en España:

SOCIEDAD ANONIMA DE DROGUERIA VIDAL-RIBAS,

Cortes, 639 — Barcelona

JARABE de FELLOWS

Úlceras varicosas. Llagas atonas

Ulceraciones - Escaras - Llagas desunidas - Dermatitis

ACÉCOLEX

PASTA TROFICA CON ACÉCOLINE

LABORATORIOS CHEVRETIN-LEMATTE

L. LEMATTE, Doctor en Farmacia, 52, rue La Bruyère, PARIS

MUESTRAS Y LITERATURAS: SEÑORES JUAN MARTIN S. A. F.

**ALCALA 9, APARTADO 310
MADRID**

**CONSEJO DE CIENTO 341 Y 343
APARTADO 698 - BARCELONA**



GYNOCALCION

ACCIDENTES DE LA PUBERTAD ACCIDENTES DE LA MÉNOPAUSIS

LABORATORIOS CORTIAL 15. Boul^d Pasteur. PARIS
JUAN MARTIN. ALCALA 9 MADRID. CONSEJO DE CIENTO 341 BARCELONA

Alimento fisiológico completo

VINO DE VIAL

Quina, carne, lacto-fosfato de cal



RIGUROSAMENTE DOSIFICADO Y ASIMILABLE,
REUNE TODOS LOS PRINCIPIOS ACTIVOS DEL
FOSFATO DE CAL, DE LA QUINA Y DE LA CARNE

ES EL RECONSTITUYENTE MAS ENERGICO EN LOS CASOS DE DES-
NUTRICION DE LOS FOSFATOS CALCICOS

De venta en todas las farmacias

Depósito general para España:

D. ANTONIO SERRA PAMIES, S. A. - Apartado 26, REUS (Tarragona)

Sin perjuicio de admitir que existen otras causas de la hiperemesis que, obrando como fuerza inicial de ésta, instauren el cuadro clínico de cloropenia e hiperemesis, estableciéndose el clásico círculo vicioso de mutua causa entre una y otra, hemos adquirido la firme convicción de que hay muchos casos de vómitos, sobre todo en los de mediana intensidad, que son los más frecuentes, en los cuales la hipocloremia establecida, bien por una absorción cuantiosa de cloruros por los tejidos o por una eliminación abundante de los mismos en la orina, constituyen el "primum movens" del cuadro hemético.

El primer mecanismo, o sea el de la absorción desmedida de cloruros por los tejidos, parece ser frecuente en los vómitos postoperatorios no imputables a crisis acidósicas. Calzolari así parece entenderlo. Robineau afirma que los tejidos, después de una operación presentan gran apetencia por el cloro, y Legueu y su escuela han demostrado que los tejidos traumatizados presentan una tasa superior en cloro que los normales.

En cuanto al segundo mecanismo, el de la hipercloruria, parece frecuente en la hiperemesis gravídica.

Una vez admitida la posibilidad de que la hipercloruria obre como causa primaria del cuadro hiperemético, ¿por qué mecanismo la disminución de cloruros en la sangre puede ser causa de vómitos?

Aunque con gran peligro de error, como siempre que se camina por el campo de la hipótesis, vamos a intentar explicarlo, ya que hasta ahora es cuestión que se ha soslayado en todos los trabajos publicados sobre el tema.

Según Rondoni, en tres formas se encuentran las sales en el plasma: primera, en disociación electrolítica (estado iónico); segunda, disueltas molecularmente, y tercera, unidas a las proteínas en forma lábil y reversible. La emigración del cloruro sódico plasmático por vía gástrica, renal o absorción tisular por encima de los límites fisiológicos, tendrá, por consiguiente, tres efectos: primero, perturbación del equilibrio coloidal; segundo, alteración de la concentración molecular, y tercero, descomposición de los cuerpos proteicosalinos. El primero y el tercero son los que, a nuestro parecer, pueden actuar en ciertas condiciones como causa directa de la hiperemesis.

Establecido el equilibrio coloide por la proporcional coexistencia de los iones Na, K, y Ca, en relación a su concentración molecular (1.000 : 2 : 2), si, por una causa determinada, disminuye la concentración de uno o dos de ellos, hay un aumento relativo del otro, rompiéndose este equilibrio, necesario para el normal desarrollo de las funciones celulares; es decir, que si se disminuye la cantidad del ion sódico por eliminación de cloruros, y si a esto se asocia la pérdida de calcio, hecho frecuente en el embarazo, sobreviene consecutivamente una mayor concentración del ion potásico.

Por otra parte, es sabido que la tetania y espasmo-filia infantiles, enfermedades de tipo espasmódico, se consideran hoy muy en relación casuística con esta preponderancia del ion potásico, por su acción estimulante de la excitabilidad neuromuscular. (Neuschlosz afirma que el tono muscular en los mamíferos está en relación directa con el contenido en K de la sangre.)

Ahora bien: teniendo en cuenta estos antecedentes, no parece lógico que los vómitos de la gestación, afección

de tipo espasmódico, con aumento de la excitabilidad neuromuscular, sea debida a la mayor concentración del ion K en la sangre, cuando se produce una eliminación excesiva de cloruro sódico, sobre todo si a ésta acompaña la hipocalcemia. En esta acción estimulante de la excitabilidad neuromuscular le ayuda el ion PhO_4 , cuya concentración aumenta por la elevación de la reserva alcalina que necesariamente sigue a la cloropenia; por otra parte, parece ser que la acción de los iones Na y Ca son antagónicas a las del potasio.

Efecto obligado de la hipocloremia es la descomposición de las moléculas salinoproteicas del plasma, que, al quedar incompletas por la pérdida de su parte salina, pudieran actuar como proteínas extrañas, que, por su cantidad o calidad, habrían de ejercer una función tóxica. Estas toxinas actuarían, bien directamente sobre los centros eméticos cerebrales, o por acción refleja sobre las terminaciones nerviosas del estómago.

Hipercloruria.—De las 11 enfermas de hiperemesis estudiadas en este trabajo, en las dos operadas encontramos que la cloropenia se acompañaba de una baja en la eliminación de cloruros urinarios; en cambio, en las nueve embarazadas, la eliminación de cloruros por orina era elevada; en unas, con hipercloruria absoluta, puesto que la cifra sobrepasaba a la normal; en otras, relativa, puesto que si bien la cifra de cloruros urinarios era normal o algo baja en relación con la concentración de cloro en sangre, resultaba alta. Sin embargo, debemos hacer notar que, aunque el caso más grave de los observados es aquel en que la hipercloruria alcanzó la cifra más elevada, en general no correspondía la mayor gravedad de los vómitos a la mayor fuga de cloruros por orina, ni la mayor hipocloremia a la mayor eliminación de cloruros urinarios. Esto viene a confirmar la tesis de que el efecto emético de los trastornos de la concentración clorosanguínea depende mucho de la neuroexcitabilidad y demás factores de orden subjetivo.

En la hiperemesis por hipocloremia postoperatoria, la baja de eliminación clorúrica es una consecuencia de la gran absorción de cloruros por los tejidos, es decir, que en estos casos la causa primaria del trastorno es la absorción tisular de cloruro sódico y, consecuencia de ella, la hipocloremia, los vómitos y la hipocloruria. En cambio, en la hiperemesis gravídica por hipocloremia, el trastorno primitivo es la hipercloruria, con gran frecuencia y, efecto de ésta, la cloropenia y la hiperemesis.

El que la hipercloruria sea el "primum movens" del síndrome eméticohipoclorémico de las gestantes, es convicción que ha arraigado en nosotros firmemente, como consecuencia del estudio de nuestros casos. El hecho ha sido señalado en varios de los trabajos aparecidos sobre el tema, pero sin darle la importancia que, a nuestro juicio, tiene. Así, por ejemplo, Marcel Labbé, en su trabajo sobre *Los trastornos del metabolismo azoado en el curso de los vómitos con acidosis de la gestación*, habla de la perturbación del fisiologismo renal sin lesión anatomopatológica, como causa de la hipocloremia que acompaña a los mismos; Chabanier y Lobo-Onell, en uno de sus dos trabajos señalan como causa posible de hipocloremia la fuga de cloruros por orina; esa circunstancia causal que puede darse en cualquier enfermo de vómitos e hipocloremia, creemos que ha de actuar con más constancia en la embarazada, por las condiciones de mayor vulnerabilidad del riñón gravídico. Por

otra parte, las alteraciones hormonales, cuya influencia va pareciendo cada vez más decisiva en la biología del embarazo, pueden ocasionar esta perturbación del fisiologismo renal.

En confirmación de esta tesis podemos citar los trabajos experimentales de Rupp y Bickenbach, los cuales, inyectando lóbulo posterior de hipófisis en conejas embarazadas, observaron cómo se aumentaba la eliminación de cloruros por orina de manera considerable. Anselmino y Hoffman afirman que el aumento de hormona, de lóbulo posterior de hipófisis, puede ser causa del ataque eclámpico, así como de una disminución de la diuresis y aumento de la cloruria.

Teniendo en cuenta que, según opinión de Pütter, el riñón tiene una función osmorreguladora con filtración de agua y cloruros a cargo del glomérulo y porción ascendente del asa de Henle, y reabsorción de estos elementos a través de la porción descendente de la misma, la eliminación clorúrica puede perturbarse por la acción de sustancias hormonales o tóxicas que exciten la función exosmótica del epitelio de la rama ascendente del asa de Henle o frenen la endosmótica de la descendente, traduciéndose una y otra acción en hipercloruria.

Visto, pues, cómo por distintas causas puede establecerse una supereliminación de cloruros urinarios, la consecuencia inmediata de ello ha de ser la hipocloremia; ésta, al romper el equilibrio coloidal del plasma, produce el vómito por estímulo de la excitabilidad neuromuscular, que, siendo distinta en cada enferma, distinta ha de ser la reacción producida en cada una por el mismo grado de cloropenia; por esto, la mayor intensidad de los vómitos no corresponde siempre a las cifras más bajas de cloruros sanguíneos. Al producirse los vómitos repetidos, la eliminación de jugo gástrico agrava la hipocloremia, estableciéndose el clásico círculo vicioso de los autores franceses, que actúa como causa agravante, pero no determinante de los mismos.

Los autores franceses y alemanes consideran obligada la coexistencia de la hiperazotemia e hipocloremia; alguno hace depender aquélla de ésta, sin que explique esta relación de causalidad, atribuyendo al vómito el mismo mecanismo que al que se produce en el estado urémico por acción directa del tóxico sobre los centros eméticos cerebrales. Así ha debido ocurrir en muchos de los casos estudiados (enfermos del aparato urinario, prostáticos, nefríticos, etc., casos de Chabanier, Lobo-Onell y Lélú), o de insuficiencia hepática (casos de Labbé), en los que habría de estar alterado el proceso de eliminación ureica o de formación de la misma; pero en estos casos la hipocloremia sería consecuencia y no causa de la hiperazotemia, que complicara y agravara el cuadro hemético, pero nunca responsable de él. En estos casos, el tratamiento de reacloruración sería un paliativo y no curativo del proceso.

Nosotros, que no hemos estudiado este aspecto del problema con especial atención, por no interesarnos desde ningún punto de vista de la relación de la hipocloremia con los vómitos de las gestantes, hemos hecho, sin embargo, determinación de urea en sangre en alguno de nuestros casos (en tres embarazadas), encontrando en todas cifras bajas. Concuerdan estos resultados con los de otros autores, que en el embarazo han encontrado siempre cifras hiponormales de urea en sangre.

En los casos de hiperemesis de cierta gravedad, sobre

todo en enfermos del aparato urinario o con perturbación del funcionalismo hepático, especialmente de la urogenesis, parece que la hiperazotemia acompaña casi constantemente a la hipocloremia, y la concatenación de ambas constituye la base etiológica del síndrome hiperémico, aunque es muy probable que, en orden cronológico de aparición, fuera anterior el trastorno urémico. En cambio, en los de gravedad mediana o pequeña, en los que la embarazada soporta sus vómitos sin grandes trastornos, la hipercloruria suele ser la única responsable del cuadro emético, obedeciendo aquélla con gran frecuencia a una perturbación funcional del filtro renal en su misión osmorreguladora o de eliminación clorodica.

CONCLUSIONES

Primera. El tratamiento de reacloruración, mediante inyecciones intravenosas de suero hipertónico, en los vómitos gravídicos y postoperatorios no acidóticos es de una eficacia indudable en la mayoría de los casos (88,89 por 100 en nuestra estadística).

Segunda. En todos los casos en que el tratamiento es eficaz, existe una hipocloremia bastante acentuada, que disminuye o desaparece con aquél, al cesar los vómitos, reputándola, por tanto, como causa eficiente y primordial de éstos.

Tercera. La cloropenia es origen de los vómitos, mediante el doble mecanismo de perturbación del equilibrio coloidal del suero con preponderancia del ion potásico y descomposición de las moléculas salinoproteicas, las que, alteradas en su arquitectura, actuarían como sustancias extrañas o tóxicas, estimulando los centros eméticos cerebrales o las terminaciones nerviosas del estómago.

Cuarta. La hipocloremia en las embarazadas es debida, en la mayor parte de los casos, a una hipercloruria dimanante de la perturbada función osmorreguladora del filtro renal por acción de sustancias hormonales o gravidotóxicas, y en las operadas, a la absorción de cloruros por los tejidos, especialmente por los traumatizados.

Quinta. La hiperazotemia no es de coexistencia obligada con la cloropenia en la hiperemesis gravídica, antes al contrario, la urea sanguínea continúa por bajo de lo normal.

BIBLIOGRAFIA

CHEBANIER, C. LOBO-ONELL y E. LÉLU: "A propósito de un caso de hiperazotemia e hipocloremia postoperatoria curado por la reacloruración". (*Presse Médicale*, 21 junio 1933.)

A. SCHWAAB y P. WALTHER: "Vómitos graves de la gestación: hiperazotemia e hipocloremia". (*Presse Médicale*, 31 mayo 1933.)

MARCEL LABBÉ: "Los trastornos del metabolismo azoado en el curso de los vómitos con acidosis de la gestación". (*Presse Médicale*, 10 junio 1933.)

H. CHABANIER, C. LOBO-ONELL y E. LÉLU: "A propósito de un caso de elevación de azotemia en un nefrítico crónico". (*Presse Médicale*, 9 agosto 1933.)

HEIN y KRESCHMAR: "Hiperhémesis et hipocloremia". (*Zbl. für. Gyn.*, 7 octubre 1933.)

KESSLER y ALBERS: "Hipocloremia y azotemia en la hiperhémesis gravídica". (*Zbl. für. Gyn.*, núm. 42.)

CASUÍSTICA DE VÓMITOS E HIPOCLOREMIA TRATADOS POR RECLORURACIÓN CON SUERO HIPERTÓNICO

Número de casos	ANTECEDENTES	Cloruros antes del tratamiento en		TRATAMIENTO	Cloruros después del tratamiento en		OBSERVACIONES
		Sangre.	Orina.		Sangre.	Orina.	
Primero	F. M. Veintisiete años.—Operada de histerectomía.—Vómitos a las veinticuatro horas.—No tiene acetona	4,17	3,27	20 cc. de suero hipertónico al 2 por 100 en dos días consecutivos. Curación	5,10	6,8	
Segundo	A. F. Veinticinco años.—Gestación de ocho meses.—Vómitos desde el segundo mes; diariamente una a tres veces.....	3,40	18,48	Durante cuatro días 10 cc. de S. H. 11 por 1.000.—A la segunda inyección desaparecen los vómitos	4,79	12,37	Urea en sangre, 10,33
Tercero	L. M. Veinticuatro años.—Gestación de siete meses.—Vómitos hace doce días.....	2,97	13,92	Durante cinco días 10 cc. de S. H. cada uno al 11 por 1.000. Curación al tercer día.....	3,19	11,98	Urea en sangre, 0,18.
Cuarto	J. C. Treinta y dos años.—Histerectomía.—Vómitos débiles pocos días después de operada, que se prolongan durante largo tiempo.—A los veintiocho días de la intervención se trata.....	3,70	5,26	Dos días consecutivos 10 cc. de S. H. 11 por 1.000.—Desaparecen los vómitos.....			Se marcha sin poderle hacer el segundo análisis.
Quinto	M. R. Veinticinco años.—Gestación de nueve meses.—Vómitos desde hace un mes.—Cardíaca.—Al ponerle la segunda inyección tuvo una lipotimia, que no se repitió en las siguientes.....	2,34	29,59	15 cc. el primer día; 10 los tres siguientes de S. H. 2 por 100.—Desaparecen los vómitos; reaparecen al séptimo día; el octavo y noveno se le repite la inyección de 10 cc.—Curación.....	4,67	6,43	Urea en sangre, 0,23. Los cloruros en orina, a medida que mejoraba, descendían de 29,52 a 12,52, 6,55 y 6,43.
Sexto	M. B. Gestación de seis meses.—Vómitos desde hace uno.....	3,32	14,62	10 cc. diarios de S. H. al 11 por 1.000 durante tres días consecutivos.—Curación	5,14	18,55	
Séptimo	E. O. Cuarenta años.—Gestación de tres meses.—Vómitos desde el principio del embarazo.....	3,92	6,67	Se le administran durante seis días 10 cc. de S. H. al 11 por 1.000. No mejora nada.....			Desaparece de la consulta al sexto día de tratamiento.
Octavo	F. Z. Dieciocho años.—Gestación de siete meses y medio.—Vómitos moderados desde hace quince días	3,72	10,53	5 cc. de suero hipertónico al 9 por 1.000 cada día, durante cuatro.—Curación	4,68	15,09	
Noveno	T. P. Veintitrés años.—Gestación de nueve meses.—Vómitos del embarazo, intermitentes, desde el comienzo del mismo.....	3,66	11,35	Cinco inyecciones de 10 cc. de S. H. al 2 por 100 en cinco días consecutivos.—Al cuarto día desaparecen los vómitos.....	5,87	13,45	
Décimo	C. A. Treinta años.—Gestación de siete meses.—Vómitos desde el segundo mes.....	4,08	13,92	Se le ponen tres inyecciones de 10 cc. de S. H. al 11 por 1.000 en otros tantos días.—Curación...	6,85	9,97	
Undécimo	E. B. Veintinueve años.—Gestación de ocho meses.—Vómitos desde el comienzo del embarazo con intensidad variable.....	4,35	13,22	Se le ponen seis inyecciones de 10 cc. de S. H. al 2 por 100 en seis días consecutivos.—Al cuarto día desaparecen los vómitos.	5,30	14,39	

AGASSE-LAFONT: "Cloruremia e intervenciones quirúrgicas". (*Clinique et Laboratoire*, enero 1934.)

ANDRÉ FINOT: "La hipocloremia de los operados y la rehabilitación del cloruro sódico". (*Revista terapéutica de los alcaloides*, 1934.)

T. CALZOLABI: "Hiperazotemia e hipocloremia postoperatoria". (*El Policlinico*, pág. 157, 1934.)

LUIS CARMAN: "Rehabilitación del humorismo hipocrático". (*L'Avenir Médicale*, pág. 200, 1934.)

NÓVOA SANTOS: "Manual de Patología General". (Tomo II, págs. 494, 512 y 674.)

RONDONI: "Elementos de bioquímica".

RUPP y BICKENBACK: (*Zbl. für. Gyn.*, año 1931, número 50, pág. 3.580.)

ROSSENBECKS (*Arch. Gynäk*, tomo 156, pág. 420, año 1934.)

ANSELMINO y HOFFMAN: (*Arch. für. Gynäk*, tomo 147, págs. 597 y 621, año 1931.)

ESCUELA DE MEDICINA LEGAL

Director: Prof. D. Tomás Maestre

Existencia de un fotoeretismo hemolítico (aumento del poder hemolítico de los sueros sanguíneos por la influencia de la luz)

POR LOS

DRES. A. DE LA GRANDA Y F. VEGAS

Hace tiempo que nosotros veníamos observando que, con el comienzo de la primavera, el poder hemolítico de los sueros se elevaba sensiblemente, para alcanzar su máximo en los meses estivales y remitir al nivel primitivo con la entrada del invierno. (Esta curva es característica para la generalidad de los casos, aun cuando algunas veces no sea posible ponerla de manifiesto.)

Una observación más exacta y precisa nos llevó después a la convicción de que, aun en la misma temporada invernal, los sueros obtenidos en los períodos en que los días son luminosos y transparentes exhiben un poder hemolítico mayor que los extraídos en días grises y lluviosos.

Estas variaciones estacionales de la actividad hemolítica de la sangre representan, como otras muchas, un signo de la coligadura íntima establecida entre el medio exterior y el individuo. Por otra parte, es sabido que muchísimas mutaciones orgánicas no vienen a ser sino el equivalente fisiológico o patológico de un accidente meteorológico cualquiera.

Ya desde un principio consideramos que el factor de aquel hecho observado por nosotros no debía ser otro que la distinta intensidad luminica de las estaciones y días. Esto hizo que nos aplicáramos al estudio en la influencia directa de las ondas luminosas, llegando a descubrir la enorme exaltación por la luz de la actividad hemolítica del suero, que hemos denominado fenómeno del "Fotoeretismo hemolítico", salvando así la condición de que el nombre debe ser la definición más breve que podamos dar de la cosa.

* * *

(Interesa: dentro del espectro electromagnético, la "luz" íntegra, una fracción comprendida entre longitudes de onda de 100 y 90. Ahora bien: en las ondas luminicas se distinguen varias zonas: ultrarrojos (longitud de onda, 100-800); visible () = 400-800; ultravioleta (= 400-90), que se han dividido en ultravioletas I (superior a 290), y ultravioletas II (= inferior a 290). Las ondas de las zonas ultrarrojas y ultravioleta no son capaces de impresionar nuestra retina, y, por tanto, no forman parte del espectro visible.

En la luz se describen efectos "químicos" y efectos "térmicos". El efecto químico se localiza particularmente en la porción del espectro constituido con los rayos de corta longitud de onda, o sea del lado de los ultravioletas; por el contrario, el efecto térmico es mucho más intenso en el extremo de los ultrarrojos, de tal manera, que podemos componer este esquema:

EFECTO TERMICO

← Ultrarrojos-espectro visible-ultravioletas. →

EFECTO QUIMICO

Como, según la ley de Grotthuss-Draper, los rayos absorbidos son los que actúan sobre el sustrato, se comprende que, cuando un cuerpo absorbe los ultrarrojos, la luz producirá en él un efecto preponderantemente término, y, por el contrario, el efecto será químico si los absorbidos son los ultravioletas.

La sangre, que absorbe los rayos ultravioletas y deja pasar los ultrarrojos, viene a constituir en la periferia un filtro de protección para los medios tisulares internos, ya que en éstos la luz sólo provoca un efecto término.)

* * *

Después de este breve comentario, vamos a exponer la labor experimental realizada, que podemos condensar en las conclusiones siguientes:

1.º Un suero sanguíneo expuesto a la acción radiante del sol aumenta notablemente su poder hemolítico.

Técnica.—El suero separado del coágulo por centrifugación se divide en dos partes: una de ellas, que nos ha de servir de testigo, se conserva en la obscuridad; la otra, se coloca en un vidrio de reloj, exponiéndole directamente (no cubrirlo con nada) a la luz del sol. Debemos escoger las horas del mediodía, en que aquella es más intensa, y, naturalmente, ha de realizarse la experiencia en un día claro y luminoso. Con estos sueros se establecen dos sistemas hemolíticos con glóbulos rojos de carnero, y podemos observar que el poder hemolítico del suero soleado es muy superior (puede llegar al doble) que el suero testigo: fenómeno del "Fotoeretismo hemolítico".

2.º La exposición a los rayos ultrarrojos aumenta débilmente la actividad hemolítica de los sueros sanguíneos.

Técnica.—Una parte del suero se expone a la lámpara de rayos ultrarrojos (distancia = 20 centímetros, tiempo, quince minutos), y se establece un sistema hemolítico, tomando como testigo otra parte del mismo suero conservado en la obscuridad. El poder hemolítico del suero irradiado es más intenso que el del control, pero menor que el conseguido por la exposición directa al sol durante igual tiempo.

3.º Las radiaciones ultravioletas elevan notablemente el poder hemolítico de la sangre.

Técnica.—Exactamente como en el caso anterior. En vez de lámpara de rayos ultrarrojos, se emplea la de ultravioletas, con igual tiempo de exposición e igual distancia. Es sorprendente la enorme actividad hemolítica alcanzada por el suero irradiado, comparada con el testigo conservado en la obscuridad.

Para que más resalte y pueda verse mejor, se deben realizar conjuntamente las tres experiencias con un mismo suero, obteniendo resultados parecidos a éste:

Suero conservado en la obscuridad: poder hemolítico como.....	10
Suero expuesto al sol (15'), poder hemolítico como	15
Suero irradiado con ultrarrojos (15'), poder hemolítico como	12
Suero irradiado con ultravioletas (15'), poder hemolítico como.....	20

Estos resultados pueden expresarse también gráficamente.

El efecto de la irradiación sobre la actividad hemo-

lítica de la sangre no puede ser más patente, y viene a confirmar aquella observación nuestra de que ya normalmente era influida por la distinta luminosidad de las estaciones.

Todo parece indicar que el fenómeno del fotoeretismo hemolítico es producido por una acción electiva de los radios químicos o ultravioletas. En contrario pudiera hablar el hecho de que los ultrarrojos se esfuerzan también la actividad hemolítica. Nosotros obviamos esta contradicción considerando que los filtros usados en las lámparas de rayos ultrarrojos no son puros, y dejan siempre pasar pequeñas fracciones de ultravioletas. También indicaremos que los rayos ultrarrojos no son absorbidos por la sangre, por lo cual deben tener una acción muy escasa sobre ésta, según dice la ley de Grotthus-Draper. Por el contrario, haba a favor esa acción electiva de los ultravioletas el que con estos rayos se consiga un aumento notabilísimo del poder hemolítico.

Pero la experiencia realmente demostrativa es la siguiente:

4.ª Si tomamos dos fracciones de un mismo suero y la exponemos al sol, cubriendo una de ellas con un vidrio corriente, impermeable para los ultravioletas, ocurrirá que el poder hemolítico del suero expuesto directamente al sol ha aumentado respecto de una fracción testigo. Y por el contrario, la porción de suero que habíamos cubierto con un vidrio corriente, no solamente no lleva su poder hemolítico, sino que lo pierde totalmente (1).

Esto ya es suficiente para dar como plenamente demostrado que la luz actúa sobre los sueros sanguíneos, exaltando su poder hemolítico (fotoeretismo hemolítico), y que este fenómeno se debe a una acción electiva de los radios actínicos o ultravioletas.

Réstanos buscar una explicación al hecho encontrado por nosotros. En este punto nos adentramos en un mar de posibilidades, y no podemos atrevernos en principio a indicar cuál es el generador exclusivo de la desviación del poder hemolítico que ocurre en la sangre irradiada.

El hecho fundamental e irreductible es que los rayos químicos alteran las cualidades del fisicoquímicas del suero, modificando el estado coloidal de las proteínas, labilizando ciertos lipoides, etc., lo que podría tener influencia sobre la actividad "complemento de la sangre".

Pero no creemos tener ninguna opinión prejuzgada, y esperamos la resultancia de pruebas posteriores.

El fenómeno del fotoeretismo hemolítico deberemos considerarlo por ahora como un dato de la experiencia que hay que analizar y estudiar con cuidado.

BIBLIOGRAFIA

HIGIENE URBANA Y SOCIAL, por el Prof. Dr. A. Salvat Navarro.—Editorial Manuel Marín.—Barcelona.

El Prof. Salvat Navarro ha dado cima a su tarea al publicar reunidas en un tomo las materias que le quedaban por estudiar en su *Tratado de Higiene*. El que esto escribe recuerda perfectamente que, hace ya algunos años, cuando, debatiéndose en el ambiente rural en que ejercía la profesión, acabó de definir su orientación ha-

cía el estudio de las cuestiones de Higiene y Sanidad, supo con desaliento, al ocuparse de la bibliografía, que no podía disponer de libros españoles sobre la materia y que habría que seguir siendo tributarios del extranjero.

A los pocos meses aparece (1925) el primer tomo del *Tratado de Higiene*, del Prof. Salvat, de Barcelona, que venía a llenar la necesidad tan intensamente sentida. Al año siguiente publica el segundo, y hoy reúne en su *Higiene Urbana y Social* las materias que faltaban.

De los dos primeros tomos he de decir una sola cosa: que están agotados y en activa reimpresión, previa puesta al día; esto dice por sí solo el acierto del Dr. Salvat al escribir su *Tratado*, y la necesidad aguda que en nuestro país había de un libro de Higiene. Por otra parte, la juventud universitaria acaba, cuando vió la luz dicho libro, de descubrir rumbos hasta entonces apenas sospechados al resurgir de nuestra Sanidad, y, para seguirlos, encontró una sólida guía en el libro del catedrático de Barcelona, agotando los tomos publicados.

Dice el Prof. Salvat, y es verdad, que este tomo podía llevar el nombre de "Tratado Elemental de Sanidad". Véase si no la siguiente y rápida revista a su contenido:

Comienza con un capítulo sobre la higiene individual, como base de la colectiva, con un apéndice sobre ejercicios físicos. Antes de entrar en el urbanismo se estudia todo lo referente a la habitación, como célula que es de la urbe, y penetra después en los complejos problemas que nacen de la necesidad de agrupación de las viviendas. El capítulo sobre "Urbanismo" tiene un marcado sabor práctico y crítico a la vez, al tratar de la urbe moderna, y pone las cosas en su punto en cuanto a las necesidades de la vida de las ciudades de hoy y las exigencias excelsas de la Higiene y la Sanidad.

Se estudia después lo que pudiéramos llamar "fisiología" de la urbe, considerando lo referente a su "aparato circulatorio", que aquí, como en el organismo humano, tiene dos sistemas: el arterial (abastecimientos hídricos y de otras clases), y el venoso (aguas residuales); los más modernos sistemas para el cumplimiento de una y otra función están descritos en el libro, viéndose un fino sentido práctico y un exacto conocimiento de los "circulatorio", que aquí, como en el organismo humano,

El régimen sanitario de las basuras urbanas está tratado de idéntica manera, y lo mismo lo referente a los abastos, cuestiones expuestas con un evidente sentido práctico y utilitario.

Vienen después las cuestiones concernientes a los distintos servicios públicos y la modernidad de los grabados y fotografías, que es otra de las características del libro. Culmina en las que ilustran lo referente a espectáculos públicos. Todos los servicios públicos están concebidos de un modo racional y siempre con la vista puesta en las realidades y posibilidades.

Los capítulos de "Higiene escolar" e "Higiene profesional" o "del Trabajo" están expuestos con el carácter eminentemente social que hoy es ineludible conceder a tales cuestiones. Todos los detalles están expuestos con la claridad y el sentido prácticos que son características constantes en los escritos del Prof. Salvat.

Lo referente a la "Asistencia pública", problema cuyo interés está actualmente exaltado, por ser mayores las necesidades en este sentido, está admirablemente tratado, y lo concerniente a "Hospitales" está ilustrado con muy bellas fotografías de los desconcertantes hospitales modernos.

Finaliza el libro con la exposición de la organización sanitaria nacional, durante la que se hace crítica acertadísima de la situación actual, haciendo resaltar, sin embargo, que, hallándose nuestra Sanidad en un tumultuoso proceso constituyente, nada hay fijo. Pero se aportan soluciones, se estudia lo que se hace en otros países, se expone el estado lamentable de nuestra sanidad rural, a pesar de una legislación sanitaria municipal que no deja cabo por atar; se estudian igualmente las orientaciones del Consejo de la Sociedad de Naciones sobre estos asuntos... En fin: una visión clara y acertada de nuestras necesidades en materia de Sanidad, y una serie de remedios y soluciones de indudable eficacia.

Por último, un apéndice sobre rudimentos de estadística sanitaria, que constituye el brillante broche de cierre del libro, y un párrafo en que el autor ofrenda su labor a sus maestros, su Universidad y a los ideales humanistas y patrióticos que fervorosamente profesa.

Los estudiantes, los médicos y cuantos se interesan por los problemas que plantea la Higiene urbana y social, leerán con gran provecho el libro del Prof. Salvat, que está escrito con la claridad, amenidad, concisión y sentido práctico en que es maestra la pluma del autor.

El Dr. Salvat ha encontrado, como él mismo dice en el prólogo, un leal colaborador en el editor D. Manuel Marín, que presenta el libro de modo irreprochable.

EMILIO ZAPATERO BALLESTEROS,

Catedrático de Higiene en la Facultad
de Medicina de Valladolid.

PERIODICOS MEDICOS

LEVI-VALENSI.—*Granulía fría en un sífilítico y palúdico; tratamiento antisifilítico; meningitis tuberculosa.*

La observación expuesta por el autor muestra la posibilidad de agudizarse una granulía fría. En este enfermo, doblemente infectado, que presentaba cicatrices de sífilis mutilante de la faringe, y cuyo paludismo particularmente tenaz evolucionaba, a pesar de los tratamientos mejor dirigidos. Hay que señalar que en este caso la generalización sanguínea, cuya última expresión fué la meningitis, se produjo inmediatamente de un tratamiento específico, lo que demuestra la delicadeza de la aplicación de éste en los tuberculosos antiguos sífilíticos. (*Bull. et Mem. de la Soc. des Hôp. de Paris.* Año 50, núm. 29).—T. B.

H. WENDT.—*Tratamiento de la enfermedad de Basedow con grandes dosis de vitamina A (Vogan).*

Son varios los experimentadores que han encontrado cierto antagonismo entre la vitamina A y preparados de tiroides; Euler y Klusmann inhibieron la acción estimulante de la vitamina A sobre el crecimiento de las ratas, dándolas al mismo tiempo inyecciones de tiroxina. Por el mismo método se impidió el enriquecimiento del hígado en carotina, cuando se suministraba en grandes dosis a los animales de experimentación y, por otra parte, muchos experimentadores curaron hiperavitaminosis A con inyecciones de tiroxina. Se ha comprobado que en los enfermos de Basedow apenas existe vitamina A en la sangre y que tan pronto como por tratamientos médicos o quirúrgicos se modificaba el Basedow y disminuía el metabolismo basal, la vitamina A reaparecía

espontáneamente en aquélla. De ahí el que varios autores recomendaran y ensayaran el tratamiento de la enfermedad de Basedow con dosis de Vogan, que Schneider calculaba en 16.000 unidades biológicas por día, con las que conseguían mejorar el metabolismo basal y combatir los trastornos hepáticos de estos pacientes, pero sin pasar de ahí.

El autor ha creído que aumentando las dosis se obtendrían mejores resultados y ha tratado cinco enfermos de bocio exoftálmico con dosis enormes de Vogan. Este es un preparado de vitamina A, que se obtiene del aceite de hígado de bacalao y que teóricamente debe estar libre de yodo, aunque casi siempre contiene 1,79 milésimas de miligramo por centímetro cúbico, dosis verdaderamente despreciable. En tres de los cinco enfermos obtuvo resultados muy satisfactorios; aumentaron de peso de tres a 14 kilogramos, disminuyó el metabolismo basal, en el que menos, de + 48 a + 26, y en el que más, de + 45 a + 13, y mejoró el estado general, desapareciendo o amortiguándose mucho las molestias subjetivas. El cuarto enfermo está muy mejorado, pero, por no llevar más que cuatro semanas de tratamiento, no puede hablarse de resultados definitivos, y en el quinto, un paciente con graves síntomas de descompensación cardíaca, el Vogan asociado a la digital lo mejoró notablemente.

Hay que utilizar dosis muy altas. El autor dió 90 gotas diarias, repartidas en tres dosis, o sea 145.000 unidades biológicas. El riesgo de la hiperavitaminosis está descartado prácticamente para los enfermos de Basedow, pero, en último caso, hoy día disponemos de métodos para precisar la cantidad de vitamina A que circula por la sangre y bastaría hacer análisis periódicos para impedirlo.

Comprende el autor que el escaso número de enfermos no permite sacar deducciones prácticas y no se puede recomendar el tratamiento sistemático de estos pacientes con vitamina A, pero sí es factible ensayarlo en los casos en que la intervención operatoria sea peligrosa o como tratamiento preoperatorio. Desde luego, debe ensayarse en todos los casos de tireotoxicosis no demasiado intensas. También merece estudiarse si la asociación de la vitamina B₁ al Vogan mejora los resultados obtenidos, pues se han observado asimismo íntimas relaciones entre vitamina B₁ y tiroides. (*Muenchener Med. Woch.*, 1935, núm. 29).—F. G. D.

CURTH.—*Dermatofibrosis lenticularis diseminada y osteopoikilosis.*

Las condensaciones de tipo lenticular han sido descritas en la epífisis de los huesos bajo los nombres de "osteopoikilia" u osteopatía condensans disseminata. La observación presentada por el autor en este trabajo de demuestra que este tipo de lesiones óseas puede coexistir con fibromas cutáneos, igualmente lenticulares, diseminados, simétricos, en los hombros, dorso, brazos, etc. Estas lesiones apenas si ofrecen relieve, siendo más perceptibles al tacto que a la vista. Tienen una forma redondeada u oval, y el tamaño de un guisante. Se trata de pequeños núcleos de condensación fibrosa sin destrucción de fibras elásticas. Se presenta con frecuencia asociada esta enfermedad a diversas clases de nevus en individuos débiles. El diagnóstico diferencial ha de efectuarse con las cicatrices, queloides y morfea en gotas. (*Arch. of Der. and Syph.* Vol. 30, núm. 4).—T. B.

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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»: José García del Diestro, por Juan H. Sampelayo.—Comentarios sobre las normas restrictivas de licencia, por Ramón Paadín Estrella.—Reorganización sanitaria: Botón de muestra, por Angel F. Domínguez.—Décimo Congreso Internacional de Historia de la Medicina: Programa definitivo.—Curso de Dermatología y Sifiliografía.—SECCIÓN OFICIAL.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia.

BOLETIN DE LA SEMANA

AL PASAR

La necesidad de espacio, la premura del tiempo y el acúmulo de atenciones que pesan en estos días sobre Decio Carlán, le obligan a ser en este "Boletín" muy lacónico.

Por eso mismo precisa comentar una noticia de gran importancia para que, con su sólo enunciado, satisfaga la atención de sus queridos lectores.

La noticia es buena, de gran importancia para nuestros compañeros titulares, y por eso la damos como al pasar.

El asunto de las vacantes nos aseguran que está concluso, y que la Dirección general pretende anunciarlas todas en bloque, en un plazo brevísimo, de escasos días.

Que sea enhorabuena, y hasta la semana que viene.

DECIO CARLÁN.

"IN MEMORIAM"

JOSE GARCIA DEL DIESTRO

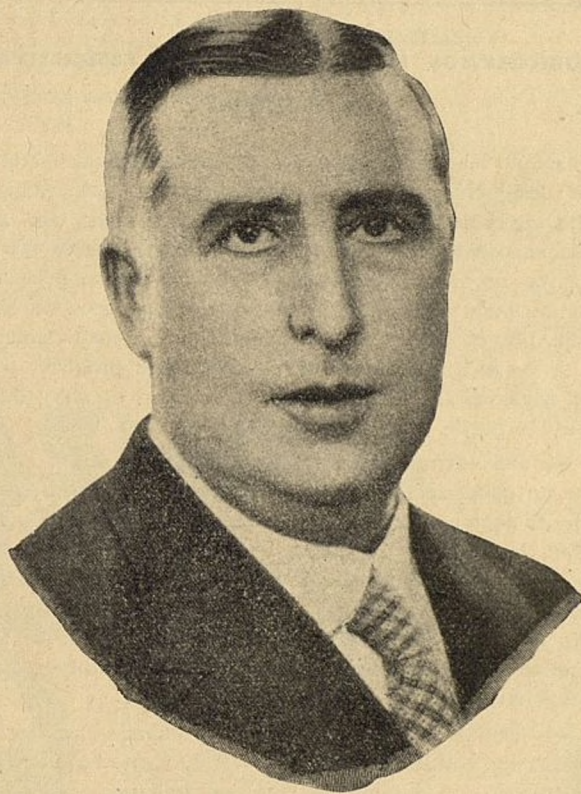
Otra vez la furia implacable de la muerte ha vuelto a tender sus redes hacia el campo de la Medicina, llevándose a uno de los primeros valores que ésta tenía en el campo de la Pediatría, en la figura llena de madurez de José García del Diestro y Escobedo, tras una cruel enfermedad que ha probado su temple de hombre y de cristiano.

De recia estirpe montañesa, había cursado brillantemente sus estudios en nuestra primera Facultad, doctorándose el año 1907: hacía, pues, escasamente tres años que había celebrado, lleno de vida, sus bodas de plata con la profesión.

Al terminar su carrera, y tras largo viaje a las clínicas extranjeras de Pediatría, empezó con ahínco a estudiar ésta, siendo nombrado, aún muy joven, jefe de la Consulta de Enfermedades de la Infancia del

Instituto Rubio, en el cual llevaba a cabo una labor clínica y de enseñanza muy profusa. Poco después es nombrado médico jefe de una consulta de la Gota de Leche, y ve al propio tiempo cómo una clientela privada le va cada día ensanchando el campo de sus actividades.

Y, aún no hace mucho, tras un concurso-oposición,



El ilustre pediatra Dr. García del Diestro, tan prematuramente perdido para la Medicina patria.

llega a la Escuela Nacional de Puericultura, en la cual desarrolla una gran labor, continuación de la empezada en el Instituto Rubio, tanto en el terreno clínico como en el de la enseñanza, siendo en verdad, los mejores puericultores de hoy—médicos y enfermeras—sus discípulos.

Pero no sólo esta obra quedará de él en su paso por la vida—harto corta por desgracia—sino que también deja un libro de vulgarización pediátrica y cientos de artículos y comunicaciones, muchos de ellos recogidos

23 al 29 de septiembre de 1935.

X Congreso Internacional de Historia de la Medicina

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

en la colección de *Archivos Españoles de Pediatría* por él fundados, en unión de los Dres. Aurelio Romeo y Lozano y Carlos Sáinz de los Terreros.

Yo, además de esta obra meritoria, no puedo, al escribir estas líneas modestas, pero llenas de la sinceridad que casi siempre son raras en estas notas necrológicas, recordarle con un íntimo fervor, no sólo ahora, de hombre, cuando acudí a él con peticiones de consejos y ayuda, nunca desatendidas, sino en las lindes, ya lejanas, de mi infancia, cuando el médico dejaba la plaza al amigo que en esa edad se necesita para no llenar la casa de gritos y ruidos más o menos acordes, al ver aparecer a éste en la puerta de la alcoba.

Hoy, con sincera y honda pena, quiero testimoniar desde estas columnas, no sólo mi sentimiento, sino también el de EL SIGLO MÉDICO, a los suyos y a nuestra compañera en la Prensa médica *Archivos Españoles de Pediatría*, de la que, como he dicho más arriba, era codirector propietario.

JUAN H. SAMPELAYO.

Comentarios sobre las normas restrictivas de licencia

Cuando lei por primera vez la Orden ministerial que por delegación es del Sr. Bermejillo, me faltó tiempo para coger la pluma y llenar unas cuartillas con *mi más enérgica protesta*, aparecida en los números 4.263 y 1.106 de EL SIGLO MÉDICO y *Voz Médica*, protesta que no dudo compartirán todos los compañeros de España, porque hay cosas tan injustas, que inmediatamente se ve su imposibilidad de llevarlas a la práctica, por ser negación de la realidad, y la realidad es ante todo, y no se puede desviar ni negar.

No era extraño, por lo tanto, mi asombro al decir que no podía ser *el padre de la criatura* quien tuviese *ligeras* nociones del ejercicio profesional del médico titular. Hombre de la cultura del Sr. Bermejillo no se concibe cómo ha puesto el vistobueno a tales normas, que son la inmovilización de los sanitarios rurales, y esto no puede ser ni será. En primer lugar, porque los sanitarios rurales tienen más derecho que ningún otro funcionario a licencias y ausencias.

Los demás funcionarios trabajan, cuando más, ocho horas; los sanitarios están las veinticuatro en jornada de trabajo. A los funcionarios que trabajan más de la jornada ordinaria se les recompensa pagándoles sus horas extraordinarias; para los sanitarios no hay nada *extraordinario*: todo es ordinario, lo mismo su trabajo diurno que el nocturno: a cualquier hora se le requiere, fundada o infundadamente, y para que este abuso sea más intenso, vienen las nuevas normas, que están en abierta oposición con la nueva justicia social y los nuevos modos que tanto nos habían sugestionado, pero a los cuales habrá que volver la espalda, porque los sanitarios diremos: "Para que una ley se adulete en su reglamento; para que se nos pague con más obstáculos que antes, y para dejarnos a la postre más desairados y con menor prestigio, bien estábamos de monaguillos de los Ayuntamientos."

Creo haber demostrado que las licencias, en la forma que se nos ofrecen, "quedando siempre el servicio debidamente cubierto con un compañero perteneciente al Cuerpo respectivo, el cual ha de fijar necesariamente su residencia en el mismo punto que el propietario de la plaza", equivale a tanto como a negarnos todo permiso que dure más de dos días, y aun las ausencias por menos de cuarenta y ocho horas sin licencia nos expondrán a graves rozamientos: por menos de cuarenta y ocho horas son las ausencias de una hora, de dos horas, de cinco horas, etc., que invertimos diariamente en dar un paseo, en ir al pueblo próximo, etc., etcétera, una vez efectuado nuestro trabajo profesional. Pero yo pregunto: ¿quién nos garantiza que estas pequeñas ausencias no van a ser *esas* de menos de cuarenta y ocho horas, de las cuales no podemos hacer más que tres en un mes? Es necesaria una aclaración que especifique que estas ausencias dentro de las veinticuatro horas primeras no serán tenidas en cuenta, ni se incluirán en esas tres que sólo podrán hacerse en el mes. Hay que atar bien los cabos. Si no, estamos expuestos a no poder dar un paseo, a no poder ir un día de caza, a no poder ir dos horas a la capital. Creo haber leído hace tiempo una sentencia del Supremo, donde se aclaraba que las ausencias por menos de veinticuatro horas no son consideradas en un médico como abandono del cargo, cuando realiza sus visitas y demás trabajo profesional dentro de ese plazo.

Y vamos ahora con el *estupendo* párrafo tercero del preámbulo, que quiere justificar las normas. ¿Qué dice esa *parrafada* de redacción tan difícil e incongruente? ¿Cuál es esa "situación anómala y abusiva, reiteradamente expuesta ante este Ministerio por los propios interesados a quienes afecta", etc.? ¿Qué infracciones son esas tan evidentes de los "preceptos que regulan lo conveniente a ausencias y licencias, situación que, además de ilegal, resulta poco airosa y edificante"? ¿Qué prosa más amazotada, rebuscada y exagerada! Que, al fin, no es sino el parto de los montes, porque viene a querer decir que hay *algunos* que no respetan las leyes ni los reglamentos..., cosa que ocurre en todas las carreras y profesiones, y para los cuales hay sus correspondientes sanciones que corregirán esas anomalías, cuando hay extralimitaciones y abusos, pero sin necesidad de medir a todos por el mismo rasero, haciéndonos pasar por las horcas caudinas..

Se habla, por último, de "los intereses respetables de estos compañeros que, después de haber desempeñado el cargo por dilatado espacio de tiempo, a veces ninguna ventaja pueden reportar en el orden administrativo a los efectos del Escalafón correspondiente..." ¿Qué se quiere expresar con esto? Hacía falta un intérprete. Se vislumbra que se refiere a los interinos, pero, ¿otro parto de los montes! Si las interinidades no crean derecho alguno, ¿a qué vienen estas lamentaciones de Jeremías? No hay perjuicio: el interino acepta la interinidad por ganarse unas pesetas, sólo y exclusivamente, por eso, cuando le convenga. A ninguna otra cosa puede aspirar, al menos por ahora. Si se quieren dar facilidades a los que no estén colocados, puede crearse un Cuerpo de Interinos, concediéndoles las ventajas que sean razonables a esos que desempeñan el cargo por "dilatado espacio de tiempo..."

Repito que no entiendo las filosofías de ese preámbulo

LABORATOIRE NATIVELLE

27, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (X.^e)

OUABAÏNE ARNAUD

**CARDIOTÓNICO
ENÉRGICO**

**ACCIÓN
CONSTANTE
Y SEGURA**

Unico producto cuyas constantes físico-químicas, ensayos fisiológicos y toxicidades han sido publicadas, dando así al Cuerpo Medical toda garantía de acción y seguridad.

INDICACIONES

Insuficiencia del corazón izquierdo;
Insuficiencia ventricular derecha;
Aritmias y Taquicardias.

FORMAS

Comprimidos. A Un miligramo.
Ampollas. Al 1/4 de miligramo
para inyecciones intravenosas.

Solución. A cuatro por mil.
Ampollas. Al 1/2 miligramo para
inyecciones intramusculares.

**DIURÉTICO
PODEROSO**

**MENOS TÓXICO
QUE LAS
ESTROFANTINAS**

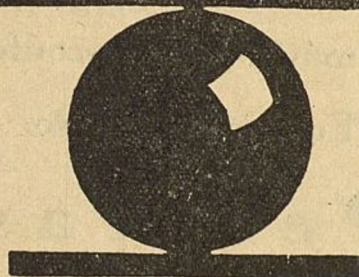
DOSIFICACIÓN RIGUROSA

DRAEGER

ATLA
BOLOGNA

ANTISPASMINA COLICA

**Deprime el tono vagal y
devuelve el equilibrio
al sistema nervioso
vegetativo**



ES EL MEDICAMENTO ESPECÍFICO
DEL DESEQUILIBRIO VAGO-SIMPÁTICO Y DE TODAS LAS AFEC-
CIONES QUE DE ÉL SE DERIVAN: ESTREÑIMIENTO ESPÁSTICO,
COLITIS AGUDAS Y MUCO-MEMBRANOSAS, ENTERONEUROSIS,
CRISIS PSEUDO DIARREICAS, METEORISMO

EJERCEN SU ACCIÓN EN EL MISMO SITIO DEL ESPASMO

LAB. FARMACOLÓGICO REGGIANO - Correggio (Italia)

Cada pildora contiene
Papaverina 1 cigr
Estr. Belladonna 2 »
- Valeriana 2 »

De 3-6 Pildoras
queratinizadas
al día



Representante para España: Dr. Y RIBÓ, Paseo de Gracia, 75 - BARCELONA
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.

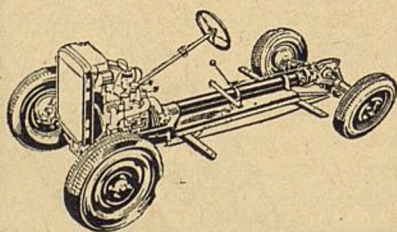
Instalación eléctrica Scintilla.

Espaciosas carrocerías aerodinámicas.

Amplio compartimento para maletas
en la parte posterior.

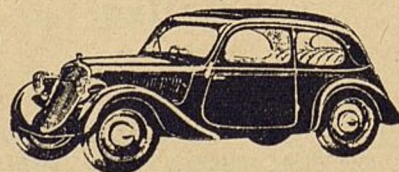
Neumáticos super-confort.

Equipo completo.



Pesetas
7.900

EN FRONTERA



Distribuidor Región Centro:

FRANCISCO SAINZ - Núñez de Balboa, 3

Teléfonos 53953 y 60589

lo, que nada justifica, que todo lo involucra y que es un laberinto... ¿Lo habrá leído el Sr. Bermejillo? Yo lo pongo en duda, porque demasiado sabe el ilustre compañero que el médico titular se ausenta muy poco en general. Esos casos a que se quiere aludir son excepciones, y las excepciones confirman la regla.

Vuelvo a insistir en que es preciso modificar esas normas, para bien de todos. Si no se hace así, volveremos a ver reproducidas las odiseas de los titulares, quizá acentuadas, pues el cacique tendrá ahora mayor empeño en inutilizarnos, porque, además, se le ponen los medios muy al alcance de su mano...

Villagonzalo-Pedernales (Burgos), 3 septiembre 1935.

RAMÓN PAADÍN ESTRELLA.

REORGANIZACIÓN SANITARIA

BOTON DE MUESTRA

Hace algunos meses escribí el artículo "Supresión de Colegios", publicado en el número anterior de EL SIGLO MEDICO. Fuí dilatando el envío para su publicación, debido a la ya débil y postrera esperanza de ver en la actuación de los Colegios un cambio tan radical como imprescindible. Lejos de esto, llega a mi poder el Boletín del Colegio del mes de abril (a mediados de junio), en el cual se publica la sesión celebrada por la Junta de gobierno (¿des?), con dos asuntos profesionales tratados, de manifiesta arbitrariedad.

Antes de entrar en el fondo del asunto que nos ocupa hagamos un poco de historia en la profesión y ejercicio médico en esta provincia de Zamora.

En el año 31, hace, por lo tanto, cuatro años, se daban los siguientes casos en la provincia (entre otros muchos):

En San Cristóbal de Entreviñas quedó vacante la titular por renuncia del que la ocupaba; salió a oposición (diciembre 1931), ganando la plaza D. Leonardo Lobato, compañero competente, trabajador y honorable; cuando toma posesión de la titular se encuentra un esquirol, quien ni siquiera había visado el título por el subdelegado y por diversos detalles, *apareciendo al menos* como no poseedor de dicho título; se le colegió y creo aún continúa en dicho pueblo, de unos 300 vecinos

En Arrabalde fué a la disposición de un grupito de vecinos un esquirol que en aquella fecha (enero 1932) no era médico, salvado difícilmente de la sanción por intrusismo, y, no obstante conocer el Colegio todos esos detalles, fué colegiado, y continúa haciendo de las suyas en un esquiroleo que afecta a varias titulares.

En Venialbo, vacante la titular, salió a oposición, ejerciendo ya en el pueblo dos de los opositores: uno de ellos fué el titular, a pesar de lo cual el otro continuó su esquiroleo, llegando al extremo de en una ocasión en que gravísimo el titular por una afección cardíaca, en los momentos de mayor gravedad del titular, dijo al padre de éste que si no le pagaba las visitas, dejara de visitar. Todo lo cual llegó a conocimiento del Colegio, y se colegió al esquirol y cruel facultativo (hoy uno de los que trata el Boletín).

En Villamayor de Campos, al anunciarse una de las dos vacantes titulares, ejercían *dos libres*, saliendo uno

de ellos titular, pero admitiéndose la colegiación de ambos días antes de finalizar las oposiciones, con lo cual, de haber sido titular un opositor ajeno al esquiroleo, se hallarían dos ejemplares de *esquirols*.

En esta villa, que no llega a 3.000 habitantes, al anunciarse a oposición una de las dos titulares, ejercían *libres dos y medio*, que se convirtieron en tres finalizadas las oposiciones, y habiendo tomado yo posesión de la titular.

A propósito he dejado para el último este caso, por ser el mío, y le cito brevemente. Los indicados son unos cuantos de los muchísimos que podríamos citar.

Ahora copiemos lo acordado en la Junta de gobierno en los dos casos tratados, comparemos y... enjuiciemos

El ex esquirol de Venialbo ha pasado a ser esquirol en Villardondiego, por lo que ha acordado la Junta de gobierno *abrir expediente* al esquirol. En asunto similar de Molinillos, dicha Junta de... gobierno acuerda *imponer una amonestación pública* al esquirol, *por no haber presentado el contrato*, y se le instruya *expediente*

COMENTEMOS. El hoy esquirol de Villardondiego lo fué de Venialbo, sin que se instruyese expediente *ni se hiciese caso alguno de tal esquiroleo*. Al igual que ése. tantísimos otros esquirols no presentaron el contrato, y mal podía presentarle quien no tenía visado el título, y menos aún quien no era médico. Cada uno fué a este o al otro pueblo, *contrató o, sin contratar*, comenzó a visitar y ejercer, *teniéndoles sin cuidado* Colegios ni Deontologías, sin que el Colegio se diese por enterado, y no solamente *hacerse el desentendido*, sino también apovando la injusticia del esquirol, que había de quedar en una titular sin merecerla y a través de mil amaños. Véase una muestra: en octubre de 1931 fallece un titular; va un interino; se anuncia la titular por antigüedad; el "interino" busca a diestro y siniestro un cobijo que le salve, y al fin encuentra un anciano médico que ni vió ni pisó el pueblo, ya en combinación con el "interino"; fallece el anciano titular, que no apareció por su titular y se anuncia por méritos, habiendo "diecisiete" (17) concursantes antes que el esquirol, a pesar de todo lo cual le nombra el Ayuntamiento, saltándose a la torera la propuesta del inspector, y dirigiendo misivas el esquirol a cada uno de los concursantes en demanda de clemencia para que no interpusieran el recurso, alguna de cuyas misivas leí y... juzgué. Todas estas andanzas eran conocidas del Colegio, el cual, *sotto voce*, las patrocinaba.

Entendemos que la misma Junta de gobierno era para unos casos que para otros: análoga misión tenía que cumplir con un esquirol que con otro esquirol; idéntica energía y autoridad estaba en el deber de emplear en el caso de Arrabal de San Cristóbal y esta villa como ahora quiere utilizar en Villardondiego y Molacillos. ¿O es que se establecen castas y se practican subdivisiones entre los colegiados, con un grupo o grupito para el cual es el *trato de favor*? Si así es, y tal creemos por lo que llevamos dicho y nos llamamos, para nada podemos ni debemos desear la existencia de *antros* que apoyan amaños, disimulan indignidades y disculpan enormidades incalificables

Esta actitud extemporánea, arbitraria, de clara parcialidad del Colegio de Zamora nos parece simular al coqueteo de una vieja solterona que, tras vida licenciada, libre y pródiga en concesiones, quisiera hacerse respetar, pasando por honorable y recatada con los mismos

Cuotas de inscripción....

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

Pida detalles a la Secretaría general
Arrieta, 12. MADRID

que fueron sus amantes. Ni la creerían, ni la tomarían en serio, ni lograría otra cosa que producir la hilaridad burlona de los ex adoradores. Lo propio le sucede al Colegio: después de inhibirse tantas veces, tras de servir en tantas ocasiones de chacota, ¿qué puede conseguir con ese gesto de tardía entereza, de dudosa dignificación en dos casos sí y en cuarenta casos no empleadas? Yo, que he propugnado la prohibición del ejercicio libre en el medio rural, o sea en pueblos menores de 5.000 habitantes, como norma general a seguir, tanto para Andalucía como para Asturias, para Galicia como en Valencia, en Santander como en Mallorca, y he combatido personal y directamente los casos reseñados, hoy digo, proclamo y sostengo que, tanto como el estado caótico del ejercicio médico, me indignan esas unilateralidades, esas preferencias, ese *disfavor* para unos y hasta para el mismo, según se trate de uno o de otro pueblo (caso de Venialbo, hoy de Villardondiego)

ENJUICIEMOS. Estimando que tanto vale el título de un esquirol como de otro esquirol, y no habiendo presentado *ninguno* el contrato de igualatorio antes de visitar y ejercer, y siendo en un todo idéntica la actuación de todo esquirol, lo mismo para justificación que para sanción, entendemos es censurable la conducta de la Junta de gobierno, que procede tan distintamente en casos iguales, y en virtud de esto es condenable el proceder ilegal, por injusto, del Colegio.

Y como en ese organismo que se llama Colegio Médico han penetrado hace mucho tiempo gérmenes gangrenosos (*vibrion indignantis*), que aniquilan los órganos elementales de su conducta airosa, que prutelectan hasta la medula ósea de sus austeridades, que devastan tejidos y elementos anatómicos de su contextura de honorabilidad y ética tradicionales en el deber de siempre incumplido, que anulan la regulación de todos los sistemas, simpáticos y parasimpáticos, endocrino, etc., indispensables para la vida normal de su autoridad médica, como han penetrado esos gérmenes, *no existe otro medio* que su disolución, creando un nuevo organismo que cumpla las finalidades que este otro ha dejado incumplidas.

¿Qué importa que la finalidad al crearse un organismo de clase sea excelente, si la ejecución ha sido desastrosa? ¿Qué importa la letra muerta de Estatutos y Reglamentos, si unos y otros se desatienden? ¿Qué importa el esqueleto maravillosamente desarrollado, si le falta el músculo, la viscera, el nervio y la arteria que le cubra, adorne, pulimente y vivifique?

Algo semejante es hoy un Colegio Médico: organismo que no ha ejecutado los fines para que fué creado: organismo dispuesto para la vida que perdió la movilidad al abandonar los dos apoyos de Estatuto y Reglamento; organismo que fué perdiendo el nervio, la arteria, la viscera y el músculo, para quedar en grotesca figura esquelética sin dirección fija y determinada, perdiendo en vaivenes sus importantes y huesudos miembros. Y para con un esqueleto no existe más que un trilema: piadosa sepultura, un museo que lo archive articulado o modelo para Osteología una vez desarticulado. Cualquiera de los tres pueden ser buenos procedimientos a seguir en esta hora de reorganización sanitaria.

ANGEL F. DOMÍNGUEZ
Médico titular.

Villanueva del Campo, junio 1935.

X Congreso Internacional de Historia de la Medicina

MADRID
22 - SEPTIEMBRE - 30
1935

PROGRAMA DEFINITIVO

Domingo, 22 de Septiembre

A las 10.—En el Palacio del Senado, apertura oficial de la Secretaría y Servicios de Información y auxiliares del Congreso.

A las 18.—En el Salón de Conferencias del Palacio del Senado, reunión privada de la SOCIEDAD INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA MEDICINA.

A las 18,30.—En el Salón de Sesiones del Palacio del Senado, recepción de los Sres. Delegados de las naciones oficialmente acreditadas en el Congreso, Sres. Representantes de Entidades y Corporaciones nacionales y extranjeras adheridas al Congreso y Sres. Congresistas. (Traje de chaquet. *Buffet froid.*)

Lunes, 23 de Septiembre

INAUGURACION DEL CONGRESO

A las 9,30.—Plaza de Cánovas (Neptuno). Salida de Madrid en autocars para Toledo.

A las 11.—Llegada a Toledo. Los Sres. Congresistas serán recibidos por las autoridades civiles, militares y eclesiásticas de la ciudad, a quienes acompañará una representación de señoritas toledanas vistiendo trajes característicos, e igualmente parejas regionales de toda España, gigantones y cabezudos, músicas regionales, etc., etc. El Sr. Presidente de la Junta de Monumentos Históricos y Artísticos de la provincia de Toledo, D. JOSÉ POLO BENITO, Deán de la Santa Iglesia Catedral, hará un discurso de salutación y bienvenida.

A las 12.—S. E. el Sr. PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA presidirá la solemne sesión inaugural del Congreso en el HOSPITAL DE SANTA CRUZ. Discursos del Secretario general del Congreso, D. FRANCISCO OLIVER Y RUBIO; Presidente del Congreso, D. GREGORIO MARAÑÓN. Salutación en latín por el Profesor I. REICHBORN-KJENNERUND.

A las 13,30.—En el Alcázar de Toledo, almuerzo a la española ofrecido por el Congreso.

Minuta.

Entremeses:

Sandías y melones de la Sagra.—Aceitunas sevillanas.—Sardinas de Vigo.—Jamón de Tréveles.—Tomates de Murcia.

Paella valenciana.

Espárragos de Aranjuez (Mayonesa catalana)

Perdices de Santa Cruz de Mudela a uso de Toledo.

Postres:

Queso manchego.—Uvas de Almería.—Melocotones de Aragón.—Mazapán de Toledo.

Vinos:

Zurra tinta y blanca con caldos de Yepes y Sonseca. Jerez.—Vino tinto y blanco de Rioja.—Sidra Zarracina.

Café.—Coñac Fundador.—Anís La Asturiana. Aguas minerales nacionales: Mondariz, Solares, Jaraba Sicilia, Vallajuiga, Borines.

A las 15.—Visita a los monumentos históricos y artísticos de Toledo.

A las 18,30.—Agasajo ofrecido a los Sres. Congresistas por el Dr. D. Gregorio Maraón, en su cigarral "Los Dolores".

Regreso en autocars desde la plaza de Zocodover a Madrid.

Martes, 24 de Septiembre

A las 9,30.—En el Salón de Sesiones del Senado, Primera Sesión Científica, presidida por el profesor PEDRO CAPPARONI.

ORDEN DEL DIA

La Medicina árabe en España

Y comunicaciones acerca de

Medicina árabe en general y Medicina de los pueblos orientales

Sres. Ponentes.—Dra. A. Panayotatau.—Profesor Fidel Fernández.—Dor. J. Goyanes.

Sres. Comunicantes.—J. Bravo.—A. Cardoner.—Asher Bloom.—Fernández de Alcalde.—Blanco Juste.—T. Canaan.—Max Meyerhof.—Suheyl e Husyin Osman.—H. Renaud.—Alvarez Sierra.—P. M. Martínez Antuña.—Zaki Ali.

A las 11,30.—Visita a los Museos, Instituto del Conde de Valencia de Don Juan y Museo Sorolla. Salida en autocars desde el Palacio del Senado.

A las 16.—En las galerías del Palacio del Senado, apertura de la Exposición de Manuscritos, Documentos, Obras impresas, Instrumental y Materiales y útiles de interés históricomédico.

A las 18.—En el Salón de Sesiones de la Academia Nacional de Medicina (calle de Arrieta, 12),

conferencia del Profesor JOSEPH VINAR, de Praga. Tema: "Raimundo Lulio y su obra médica".

A la misma hora, en el Salón de Sesiones del Palacio del Senado, conferencia del Dr. HENRI RENAUD (Rabat). Tema: "Coup d'œil sur la Médecine arabe en Espagne aux X^e et XI^e siècles".

A las 22.—En la Casa de la Villa, recepción y concierto ofrecidos por el Excmo. Ayuntamiento de Madrid. (Traje de frac.)

Miércoles, 25 de Septiembre

A las 10,30.—En el Salón de Sesiones del Palacio del Senado, II Sesión Científica, presidida por el Profesor AUGUSTO DA SILVA CARVALHO.

ORDEN DEL DIA

La Medicina en América durante su descubrimiento y colonización

Y comunicaciones acerca de

La Medicina en los territorios coloniales de España

Sres. Ponentes.—Prof. A. Da Silva Carvalho.—Prof. Ricardo Jorge.—Dr. R. A. Borzone.—Dr. G. Bazzocchi.—Dr. T. G. Perrin.

Sres. Comunicantes.—R. P. Barreiro.—Salvador Clavijo.—Escalón.—Varon Castro.—P. Menetrier. R. Sciaffino.—M. A. Van Anel.—M. Villaverde.—A. Fernández de Alcalde.—Boronino Udaondo.—G. P. Gonalons.—Van Baumberghen.—G. Mazzini.—E. Walcott Emmart.—G. P. Bantung.—Tricot-Royer.—L. de Pina.—Krumphaar.—J. Tanca Marengo.—J. B. Lastres.—A. Amaras Monge.

A las 16.—En el Salón de Sesiones de la Academia Nacional de Medicina, conferencia del Profesor RICARDO JORGE (Lisboa). Tema: "A Medicina iberica no Novo Mundo".

A la misma hora, en el Salón de Sesiones del Senado, conferencia del Prof. ARTURO CASTIGLIONI (Trieste). Tema: "Pagine di storia del pensiero medico mediterraneo".

A las 18.—Recepción y visita al Museo Naval. Agasajo a los Sres. Congresistas.

A las 22.—Gran función de gala en el teatro Español, con asistencia de S. E. el Sr. PRESIDENTE y del GOBIERNO DE LA REPÚBLICA.

Programa.

Concierto por la Orquesta Filarmónica, dirigida por el maestro BARTOLOMÉ PÉREZ CASAS.

23 al 29 de septiembre de 1935.

X Congreso Internacional de Historia de la Medicina

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

Música española: "Orgía", de las *Danzas fantásticas*, J. Turina; *La Nochebuena del Diablo*, Oscar Esplá (soprano, Srta. Hermosilla); *Goyescas*, E. Granados; *Noches en los jardines de España*, M. de Falla (solista, José Cubiles); *La boda de Luis Alonso*, G. Giménez.

Entre la primera y segunda parte del Concierto,

Don Federico García Sanchiz,

especialmente invitado por el Comité Ejecutivo del Congreso, pronunciará una de sus bellísimas charlas.

Jueves, 26 de Septiembre

A las 10,30.—En el Salón de Sesiones del Palacio del Senado, III Sesión Científica, presidida por el Prof. VÍCTOR GOMOIU.

ORDEN DEL DIA

El Folklore médico en los distintos países civilizados

Sres. Ponentes.—Laignel-Lavastine.—Louis Karl. A. Castiglioni.—R. A. Borzone.—P. Stoianoff.—Guiart.—Fuat Kémil.—Suheyl.—L. Thaller.

Sres. Comunicantes.—C. Merax.—Bugiel.—Tricot-Royer.—González Galván.—A. Pazzini.—J. D. Comrie.—S. de los Angeles.—J. Reichborn.—G. Michele Nardi.—Stanicheft.—T. Canaan.

A las 16.—Visita a la Ciudad Universitaria, Casa de Velázquez, Instituto Nacional de Higiene, Escuela de Sanidad, Instituto Cajal

Agasajo a los Congresistas.

Traslado en autocars desde la Plaza de Cánovas (Neptuno).

A las 21.—En el hotel Ritz, banquete oficial, con asistencia del Gobierno de la República, en honor de los Delegados de las naciones oficialmente acreditadas en el Congreso, Sres. Representantes de Entidades y Corporaciones nacionales y extranjeras adheridas al Congreso y Sres. Miembros de la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina. (De uniforme o frac y condecoraciones.)

A las 23.—En el Ministerio de Estado, recepción ofrecida en honor de los Sres. Congresistas. (Traje de frac y condecoraciones.)

Viernes, 27 de Septiembre

A las 10,30.—En el Salón de Sesiones del Palacio del Senado, IV Sesión Científica, presidida por el Prof. M. LAIGNEL-LAVASTINE.

ORDEN DEL DIA

El Folklore médico en los distintos países civilizados

"Paremiología médica española"

Sres. Ponentes.—Víctor Gomoiu.—Retch.—Bilikiewicz.—A. Guisan.—Viorica Gomoiu.

Sres. Comunicantes.—V. Torkomian.—Pertiera. Silvestre Bello.—Bulrich.—Scomel.—G. Vasilescu.—V. Bologa.—F. J. Cortezo.—L. Vaian.—A. P. Kousu.—J. B. Lastres.—R. Royo Villanova.

A las 16.—En el Salón de Sesiones del Palacio del Senado, V Sesión Científica, presidida por SIR HUMPHRY ROLLESTON.

ORDEN DEL DIA

Comunicaciones de tema libre dentro del carácter específicohistórico de las Artes médicas.

Sres. Comunicantes.—W. Szumowski.—Hyman I. Goldstein.—I. Reichborn-Kjennerud.—Gudrun Natrud.—Carlos Monge.—Henry Sigerist.—Olof Thorgny.—F. W. T. Hunger.—Ugo Faucci.—A. C. Klebs.—N. Mariscal.—C. Prieto Carrasco.—M. del Río.—J. Decref.—A. Martínez Vargas.—Martí Ibáñez.—S. Clavijo.—Hernández Britz.—Blanco Juste.—Sanz Egaña.—N. Latronico.—D. Sánchez Rivera.—V. Peset.—J. Castro y Calvo.—Sánchez de la Cuesta.—E. Monge.—Montero Díaz.—V. Escribano.

A las 19.—En el Palacio Nacional, recepción ofrecida por S. E. el Sr. PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA.

Sábado, 28 de Septiembre

A las 9,30.—En el Salón de Sesiones del Palacio del Senado, VI Sesión Científica, presidida por el Prof. P. DIEPGEN.

ORDEN DEL DIA

Comunicaciones de tema libre dentro del carácter específicohistórico de las Artes médicas.

Sres. Comunicantes.—Max Neuburger.—R. P. Zarco.—G. Mazzini.—Aristides Moll.—André Guisan.—Bilikiewicz.—Hult.—J. P. Betan.—Erik Waller.—R. Schiaffino.—Alois Verhoeven.—Howar Dittrich.—H. Rossello.—J. Vinar.—Molineri.—E. H. Guitard.—S. Lembo.—P. Alejo Revilla.—E. Ostachowski.—P. Piccinini.—Van Schevensten.

Fosseyeux.—R. Simonini.—Montenovesi.—A. Turanne.—Krumhaar.—P. Domingo Jimeno.

A las 15.—Excursión a San Lorenzo de El Escorial.

Salida en autocars de la Plaza de Cánovas (Neptuno).

Visita al Monasterio y Exposición de Códices y Manuscritos árabes y hebreos.

Agasajo a los Sres. Congresistas.

Visita a los alrededores pintorescos de El Escorial.

Regreso a Madrid en autocars desde la Lonja a las 19,30.

Domingo, 29 de Septiembre

A las 10.—En el Salón de Sesiones de la Academia Nacional de Medicina, sesión privada de la Sociedad Internacional de Historia de la Medicina.

A las 11.—En el Palacio del Senado, sesión de clausura del Congreso, presidida por el Prof. GREGORIO MARAÑÓN.

A las 14.—Visita a Alcalá de Henares.

Salida de Madrid en autocars desde la Plaza de Cánovas (Neptuno).

Visita a los monumentos artísticos e históricos de Alcalá de Henares.

Fiesta académica en el Paraninfo de la Universidad. Ofrecida por el Colegio de Doctores de Madrid.

Merienda ofrecida por el Congreso.

Regreso a Madrid a las 19.

A las 22.—En el hotel Ritz, GRAN BAILE DE GALA, despedida de los Sres. Congresistas.

Cena fría. (Traje de frac.)

Lunes, 30 de Septiembre

A las 8.—Excursión al Monasterio de Guadalupe.

Salida en autocars desde la Plaza de Cánovas (Neptuno).

EXCURSION A GRANADA

El Comité Ejecutivo del Congreso ha gestionado de las Compañías de Ferrocarriles la organización de un tren especial de Madrid a Granada y regreso por un precio de 155 PESETAS, comprendiendo: billete de ferrocarril en primera clase, almuerzo en el coche-restaurant a la ida y a la vuelta. Impuestos, propinas y servicios de los agentes intérpretes de la Compañía Wagons Lits-Cook.

Esta excursión sólo podrá celebrarse en el caso de haber suficiente número de Congresistas inscritos para ella (200), por lo cual se interesa la urgente demanda de las plazas y el abono del importe del billete (155 pesetas).

DELEGADOS OFICIALES

Señores Delegados por los Gobiernos de las Naciones oficialmente acreditadas en el X Congreso Internacional de Historia de la Medicina

NACION	NOMBRE DEL DELEGADO
Alemania	Prof. Dr. Paul Diepgen.
Austria	Prof. Dr. Max Neuburger.
Bélgica	Prof. Dr. Tricot-Royer.
Brasil	Prof. Dr. Afranio do Amaral.
Bulgaria	Prof. Dr. Alexander Stanischeff.
Checoslovaquia	Prof. Dr. Joseph Vinar.
Chile	Prof. Dr. Emilio Aldunate Bascuñán.
Costa Rica.....	Prof. Dr. José Balma.
Dominicana.-R.	Dr. Fernando A. Batlle.
Ecuador	Prof. Dr. Juan Tanca Marengo.
Egipto	Prof. Dr. Georges Sobhi.
Francia	Prof. Dr. M. Laignel-Lavastine.
Francia	Prof. Dr. Jules Guiart.
Protectorado franc.	Prof. Dr. Henri Renaud.
Grecia	Prof. Dr. A. Kousis.
Guatemala.....	Dr. A. Fernández de Alcalde.
Holanda	Prof. Dr. M. A. van Andel.
Inglaterra	Prof. Dr. Sir Humphry Davy Rolleston (Jefe delegación).
Inglaterra	Prof. Dr. John D. Comrie.
Inglaterra.....	Prof. Dr. P. Johnson-Saint.
Italia	Prof. Dr. Davide Giordano (Jefe delegación).
Italia	Prof. Dr. Pietro Capparoni.
Japón	Prof. Dr. Shigeru Umayahara.
Méjico.....	Prof. Gustavo Pittaluga.
Méjico.....	Prof. Manuel Pérez Amado.
Méjico.....	Dr. Guillermo Román Carrillo.
Noruega	Prof. Dr. I. Reichborn-Kjennerud.
Noruega	Prof. Dr. Fredrik Grön.
Panamá	Prof. Dr. José Guillermo Lewis.
Paraguay	Dr. Andrés Blay Pigrau (Cónsul general en Barcelona).
Perú	Prof. Dr. Francisco Camino.
Perú	Prof. Dr. Juan B. Lastres.
Polonia	Prof. Dr. Tadeusz Bilikiewicz.
Portugal	Prof. Dr. Ricardo de Almeida Jorge.
Portugal	Prof. Dr. Alberto Moreira da Rocha.
Rumania	Prof. Dr. Victor Gomoiu.
Suecia	Prof. Dr. Olof Thorgny Hult.
U. S. A.....	Major Edgar Erskine Hume (Jefe delegación).
U. S. A.....	Prof. Dr. Howard Dittrock.
U. S. A.....	Prof. Dr. Edward B. Krumhaar.
Uruguay	Excmo. Sr. D. Daniel Castellanos (Ministro plenipotenciario en Madrid).
Venezuela	Prof. Dr. Henrique Tejera.

Representantes de Entidades y Corporaciones Científicas adheridas al X Congreso Internacional de Historia de la Medicina

Real Sociedad de Medicina de Londres.—Prof. Dr. J. D. Rolleston.

Real Sociedad de Medicina de Londres.—Prof. Dr. J. F. Halls Dally.

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

- Universidad de Paris.*—Prof. Dr. M. Laignel-Lavastine.
Universidad de Glasgow.—Prof. Dr. John D. Comrie.
Universidad de Edinburg.—Prof. Dr. John D. Comrie.
Royal College of Physicians of Edinburg.—Prof. Dr. John D. Comrie.
Department of Health for Scotland.—Prof. Dr. John D. Comrie.
Faculté de Médecine et de Pharmacie de Paris.—Prof. Doctor Jules Guiart.
Deutsche Medizinische Fakultät Prag.—Prof. Dr. Emil Starkenstein.
The Wellcome Historical Med. Museum.—Prof. Dr. P. Johnston-Saint.
Gran Priorato de la Orden de San Juan de Jerusalén.—Profesor Dr. P. Johnston-Saint.
Academia das Ciencias de Lisboa.—Prof. Dr. Augusto da Silva Carvalho.
T. C. Istanbul Üniversitesi.—Prof. Dr. A. Süheyl.
Academia de la Historia, Madrid.—Prof. Dr. Gregorio Mañón.
Academia de la Historia de Madrid.—D. Vicente Castañeda.
Universidad de Sofía, Bulgaria.—Prof. Dr. A. Stanischeff.
Korolinska Mediko-Kirurgiska Institutet, Estocolmo.—Profesor Dr. Olof Thorgny Hult.
Colegio Oficial Médico Prov. Albacete.—Dr. José María García Reyes.
Facultad Medicina, Barcelona.—Prof. Dr. Jesús María Bellido Golferichs.
Colegio de Médicos de Valencia.—Dr. Vicente Peset Cervera.
Facultad de Medicina de Cádiz.—Prof. Dr. Leonardo Rodrigo Lavín.
Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.—Dr. Luis Vázquez Elena.
Colegio de Médicos de Zaragoza.—Dr. Faustino Calvo.
Facultad de Medicina de Salamanca.—Prof. Dr. Casto Prieto Carrasco.
Facultad de Medicina de Zaragoza.—Prof. Dr. G. Sánchez Guisande.
Escuela de Veterinaria de Zaragoza.—Prof. J. Giménez Gacho.
British Dental Association.—Dr. Lilian Lindsay.
Colegio de Médicos de Guipúzcoa.—Dr. Emiliano Eizaguirre.
Colegio de Médicos de Madrid.—Dr. José Velasco Pajares.
Academia Romana, Bucarest.—Dr. G. Marinesco.
R. Università degli Studi di Bologna.—Prof. Dr. Pietro Caparoni.
R. Università degli Studi di Bologna.—Prof. Dr. Vittorio Putti.
Facultad de Medicina de Sevilla.—Prof. Dr. Fernando de Castro Rodríguez.
Universidad de Zaragoza.—Rector Paulino Savirón Caravantes.
Facultad de Farmacia de Madrid.—Prof. Dr. Rafael Folch y Andréu.
Facultad de Farmacia de Madrid.—Prof. Dr. Rafael Roldán Guerrero.
Escuela de Veterinaria de Madrid.—Prof. Rafael González Alvarez.
Colegio de Médicos de Navarra.—Dr. Victoriano Juaristi Sagarzazu.
Archivo General de Indias, Sevilla.—D. Juan Tamayo y Francisco.
Universidad de Valladolid.—Rector Isidoro de la Villa y Sanz.
Sociedade das Ciencias Medicas de Lisboa.—Prof. Dr. Augusto da Silva Carvalho.
Universidad de Bristol.—Prof. Dr. John Alexander Nixon.
Facultad de Medicina de Valladolid.—Prof. Dr. Ramón López Prieto.
Facultad de Medicina de Valladolid.—Prof. Dr. Misael Bañuelos García.
Facultad de Medicina de Valladolid.—Prof. Dr. Leopoldo Morales Aparicio.
Academia de Atenas.—Prof. Dr. Aristote Kousis.
Facultad de Medicina de Lisboa.—Prof. Dr. Ricardo Jorge.
Universidad de Carlos IV, de Praha.—Prof. Dr. Joseph Vinar.
Ayuntamiento de Zaragoza.—Dr. Juan José Rivas Bosch.
Academia de Medicina de Zaragoza.—Dr. Agustín Ibáñez.
Facultad de Ciencias Médicas de Rosario, Argentina.—Profesor Dr. Ricardo Caballero.
Facultad de Ciencias Médicas de Rosario, Argentina.—Profesor Dr. Federico Remonda Mingrand.
Facultad de Ciencias Médicas de Rosario, Argentina.—Profesor Dr. Adolfo A. Borzone.
American Association of the History of Medicine.—Profesor Dr. Henry E. Sigerist.
American Association of the History of Medicine.—Profesor Dr. Howard Dittrick.
American Association of the History of Medicine.—Profesor Dr. Edward B. Krumbhaar.
Académie de Médecine, Paris.—Prof. Dr. Pierre Eugène Menetrier.
Sociedad Historia Medicina de Dinamarca.—Prof. Dr. Axel Hansen.
Sociedade de Geografia de Lisboa.—Prof. Dr. Augusto da Silva Carvalho.
Royal College of Physicians, London.—Prof. Dr. Sir Humphry Rolleston.
Universidad de Santo Tomás, Manila.—Prof. Dr. J. P. Bantug.
Universidad de El Cairo.—Prof. Dr. Georges Sobhi.
Société d'Etudes Historiques Juives d'Egypte. Communauté Israélite du Caire.—Prof. Dr. Acher Bloom.
Université de Louvain.—Prof. Dr. Tricot-Royer.
Comité Belge d'Histoire des Sciences.—Prof. Dr. Tricot-Royer.
Universidad de Sofía, Bulgaria.—Prof. Dr. Paraskev Stoianoff.
R. Università di Padova.—Prof. Dr. Arturo Castiglioni.
Universidad de Berlín.—Prof. Dr. Paul Diepgen.
Facultad de Medicina de Berlín.—Prof. Dr. Paul Diepgen.
Sociedad Alemana de Historia de la Medicina, de las Ciencias Naturales y Técnicas.—Prof. Dr. Paul Diepgen.

Instituto de Altos Estudios Marroquies.—Prof. Dr. Henri Renaud.
Facultad Medicina Zagreb, Yugoslavia.—Prof. Dr. Lujó Thaller.
Philippine Islands Medical Association.—Prof. Dr. José Albert.
Philippine Islands Medical Association.—Prof. Dr. Sixto de los Angeles.
Philippine Islands Medical Association.—Prof. Dr. José P. Bantug.
Universidad de Atenas.—Prof. Dr. Aristote P. Kousis.
Sociedad Griega de Historia de la Medicina.—Prof. Dr. Aristote P. Kousis.
Universidad de Lausanne.—Prof. Dr. Edgar Goldschmid.
Sociedad Griega de Historia de la Medicina.—Prof. Dr. Héctor Sarafidés.
Sociedad Griega de Historia de la Medicina.—Prof. Dr. M. Limberatos.
Facultad de Medicina de Porto.—Prof. Dr. Luis de Pina.
Colegio de Doctores de Madrid.—Dr. Alfonso Fernández de Alcalde.
Institut National d'Histoire de la Médecine, Bucarest.—Profesor Dr. Victor Gomoiu.
Facultad de Medicina de Madrid.—Prof. Dr. Manuel Márquez Rodríguez.
Institut de France. Académie des Sciences de Paris.—Profesor Dr. Emmanuel Leclainche.
Diputación Provincial de Zaragoza.—Dr. Alejandro Martínez Saldaña.
Universidad de Toronto.—Prof. Dr. J. H. Elliott.
Academia de Medicina de Río Janeiro.—Prof. Dr. Antonio Austregesilo.
Egyptian University, Cairo.—Prof. Dr. Charles Albert Bentley.
Academia de Medicina de Valladolid.—Prof. Dr. Salvino Sierra y Val.
Facultad de Medicina de Viena.—Prof. Dr. Max Neuburger.
Representante e Director-Superintendente do Instituto Butantan (Inst. de Med. Experimental, complemento da Universidades de S. Paulo).—Dr. Afranio do Amaral.

Relación de los señores Congresistas por orden alfabético

NOMBRES Y NACION	Acompañantes	Observaciones
"A B C" (España).....		Prensa.
Academia de la Historia (España).....		
Academia Medicina Zaragoza (España).		
Acosta Hernández, Dr. Leopoldo (Esp.).		
"Actualidad Médica" (España).....		Prensa Méd.
"Ahora" (España)		Prensa.
Albert, Prof. José (Filipinas).....		
Aldunate Bascuñán, Dr. Emilio (Chile).		
Alvarez-Sierra, Dr. José (España).....		
Amado, Dr. José Pereira (Portugal)...	1	
Amaral, Dr. Afranio (Brasil).....		
Andrei, Dr. Radu (Rumania).....	1	
Angeles, Dr. Sixto de los (Filipinas)...		

NOMBRES Y NACION	Acompañantes	Observaciones
Angelescu, Dr. Haralambie (Rumania).	1	
"Arch. Españoles de Pediatría" (Esp.).		Prensa Méd.
"Ars Médica" (España).....		Prensa Méd.
Asoc. Prov. Veterinaria Madrid (Esp.).		
Austregesilo, Dr. Antonio (Brasil).....		
Ayuntamiento de Zaragoza (España)....		
Balma, Dr. José (Costa Rica).....		
Bandelac de Pariente, Dr. Alberto (Esp.).		
Bantug, Dr. J. P. (Filipinas).....		
Bañuelos García, Dr. Misael (España).		
Barcacila, Prof. Alexandru (Rumania)...	1	
Barton Jacobs, Dr. Henry (U. S. A.)....		
Bazgan, Dr. Ion (Rumania).....		
Bazzocchi, Dr. Giuseppe (Perú).....		
Bellido Golferichs, Dr. Jesús M. ^a (Esp.).		
Bentley, Prof. Charles Albert (Inglat.).	2	
Bergner, Dr. Erik (Suecia).....	1	
Beytout, Dr. G. (Francia).....		
Bilikiewicz, Dr. Tadeusz (Polonia).....		
Blanco Juste, Dr. Francisco J. (España).		
Blay Pigrau, Dr. Andrés (España).....		
Bloom, Dr. Acher (Egipto).....	1	
Borzzone, Dr. Adolfo A. (Argentina)....		
Boteau, Dr. Emannel (Rumania).....	1	
Bravo, Dr. Julián (España).....		
Bruteanu, Dr. Mircea (Rumania).....	2	
Burill, Dr. Ives M. (Francia).....	1	
Burr, Dr. Charles W. (U. S. A.).....		
Caballero (Dr. Ricardo (Argentina).....		
Calvo, Dr. Faustino (España).....		
Camino, Dr. Francisco (Perú).....		
Canaan, Dr. T. (Palestina).....	1	
Capparoni, Dr. Pietro (Italia).....	1	
Cardenal Pujals, Excmo. Sr. Dr. León (España)		
Cardoner Planas, Dr. Antonio (España).		
Castañeda Alcover, D. Vicente (España).		
Castellanos, Excmo. Sr. D. Daniel (Uruguay)		
Castiglioni, Prof. Arturo (Italia).....	1	
Castro Rodríguez, Dr. Fernando (Esp.).		
Celorigo Drago, Dr. Mario (Portugal).	1	
Chaboux, Dr. Gastón (Francia).....	1	
Churchill, Dra. Stella (Inglaterra).....		
Cifuentes Díaz, Dr. Pedro (España).....		
Ciochina, Dra. Constanta (Rumania).....		
Claussen, Dr. Peter (Alemania).....		
Clavijo y Clavijo, Dr. Salvador (Esp.).	1	
"Clínica y Laboratorio" (España).....		Prensa Méd.
Cohn, Dr. Alfred Einstein (U. S. A.)...		
Colegio Médicos Albacete (España).....		
Colegio Médicos Guipúzcoa (España)...		
Colegio Médicos Zaragoza (España)...		
Coles, Mlle. Cecilia (Rumania).....		
Comrie, Dr. John D. (Escocia).....		
Constantinescu, Dr. Ilie (Rumania).....	1	
Corachán García, Dr. Manuel (España).		
Cortezo, Dr. Francisco Javier (España).	1	
Costa Sacadura, Prof. Da (Portugal)...		
"Crónica Médica" (España).....		Prensa Méd.
Dally, Dr. J. F. Halls (Inglaterra).....		

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

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

314

EL SIGLO MEDICO

NOMBRES Y NACION	Acompañantes	Observaciones	NOMBRES Y NACION	Acompañantes	Observaciones
Decano Facultad Ciencias Madrid (Esp.).			González Alvarez, Prof. Rafael (España).	1	
Idem id. Farmacia Madrid (España)...			González Deleito, Dr. Federico (España).	2	
Idem id. Filos. y Letras Madrid (Esp.)...			González Galván, Dr. José María (Esp.).		
Idem id. Medicina Santiago (España)...			Goñalons, Dr. Guillermo P. (Argentina).		
Idem id. Medicina Sevilla (España).....			Goyanes, Dr. José (España).....		
Idem id. Medicina Valencia (España)....			Graham, Dr. George (Inglaterra).....		
Dedulescu, Dr. Constantin (Rumania)...	2		Griffith, Dr. Grace (Inglaterra).....		
Delaunay, Dr. Paul (Francia).....	2		Grön, Dr. Fredik (Noruega).....		
Delfino, Prof. Víctor (Argentina).....			Gualino, Dr. Lorenzo (Italia).....	1	
"Diario de Madrid" (España).....		Prensa.	Guiart, Dr. Jules (Francia).....		
"Diario Universal" (España).....		Prensa.	Guisan, Dr. André (Suiza).....	1	
Dieppen, Prof. Paul (Alemania).....	3		Guitard, Dr. E. H. (Francia).....		
Diputación Provincial Zaragoza (Esp.).			Hansen, Dr. Axel (Dinamarca).....		
Director Biblioteca Nacional (España)...			Hay, Dr. Kenneth Robert (Inglaterra)...	1	
Director Escuela Estudios Arabes (Esp.).			"Heraldo de Madrid" (España).....		Prensa.
Dittrick, Dr. Howard (U. S. A.).....	1		Hernando, Prof. Teófilo (España).....	1	
Dobrescu, Prof. Alexandru (Rumania)...	1		Hult, Dr. Olof Thorgny (Suecia).....	1	
Dumitriu, Dra. Emilia (Rumania).....			Hunger, Dr. F. W. T. (Holanda).....		
Eizaguirre, Dr. Emiliano (España).....			Ianas, Dr. Athanasie (Rumania).....		
"El Liberal" (España).....		Prensa.	Ibáñez, Dr. Agustín (España).....		
"El Debate" (España).....		Prensa.	Iliescu, Dra. Elvira (Rumania).....		
"El Mundo Médico" (España).....		Prensa Méd.	"Informaciones" (España).....		Prensa.
"El Siglo Futuro" (España).....		Prensa.	Inspector general Sdad. Mtar. (España).		
"El Siglo Médico" (España).....		Prensa Méd.	Ionescu, Pharm. Gheorghe (Rumania)...	1	
"El Sol" (España).....		Prensa.	Izquierdo, Dr. José Joaquín (Méjico)...		
Elliott, Dr. J. H. (Canadá).....			Johnston-Saint, Dr. I. J. (Inglaterra)...		
Emmat, Dr. Emily Walcott (U. S. A.)...			Jorge, Prof. Ricardo (Portugal).....		
Erskine Hume, Major Edgar (U. S. A.).			Juaristi Sagarzazu, Dr. Victoriano (Esp.).		
Escalón Martínez, Dr. José (España)...	1		Karl, Dr. Louis (Austria).....		
Escobar y Ocampo, Dr. Gregorio (Esp.).			Ketting, Dr. Gerad (Holanda).....		
Escribano García, Dr. Víctor (España).			Klebs, Dr. Arnold C. (Suiza).....		
Escuela Superior Veterinaria (España)...			Kousis, Dr. Aristote P. (Grecia).....		
Facultad Medicina Zaragoza (España)...			Kroon, Dr. Just Emile (Holanda).....		
Faucci, Dr. Ugo (Italia).....			Krumbhaar, Dr. Edward Bell (U. S. A.).		
Fernández de Alcalde, Dr. Alf. (Esp.)...			Laboratorios Norte de España (España).		
Fernández de Córdoba, Excmo. Sr. don			Lacriteanu, Prof. Constantin (Rumania).	1	
Luis J., duque de Medinaceli (España).			Lacriteanu, Dra. Veronica (Rumania)...		
Fernández, Dr. Fidel (España).....			"La Epoca" (España).....		Prensa
Fernández García, Dr. Rafael (España).			"La Farmacia Moderna" (España).....		Prensa Méd.
Fernández Sanz, Prof. Enrique (España).			Laignel-Lavastine, Dr. M. (Francia).....		
Florescu, Ing. Mihai (Rumania).....			"La Libertad" (España).....		Prensa.
Folch y Andréu, Prof. Rafael (España).			"La Medicina Aragonesa" (España).....		Prensa Méd.
Forti, Prof. Achille (Italia).....			"La Nación" (España).....		Prensa.
Fosseyeux, Dr. Marcel (Francia).....			"La Opinión Médica" (España).....		Prensa Méd.
Fulton, Dr. John Farquhar (U. S. A.)...			Laroche, Dr. Guy (Francia).....		
"Gaceta Médica Española" (España).....		Prensa Méd.	Lastres, Prof. Juan B. (Perú).....		
"Galicia Clínica" (España).....		Prensa Méd.	Latronico, Dott. Nicola (Italia).....	1	
Gamir, Farm. Aurelio (España).....			"La Voz" (España).....		Prensa.
Gandolfi Hornyold, Dr. Alfonso (Suiza).			"La Voz de la Farmacia" (España).....		Prensa Méd.
García del Real, Prof. Eduardo (Esp.).			Lazarescu, Dr. Grigore (Rumania).....	1	
García Sanchiz, Dr. Federico (España).			Leclainche, Prof. Emmanuel (Francia)...	1	
Garrido Lestache, Dr. Juan (España)...			Lejeune, Dr. Fritz (Alemania).....		
Gheorghiu, Pharm. Iorgu (Rumania).....			Lembo, Dr. Sabino (Italia).....		
Giménez Gacho, Dr. Juan (España).....			León López, Dr. Diego (España).....		
Gimeno y Cabañas, Excmo. Sr. D. Ama-			Lewis, Dr. José Guillermo (Panamá)...		
lio (España).....			Limberatos, Dr. M. (Grecia).....		
Giordano, Dr. Davide (Italia).....	1		Lindsay, Dr. Lilian (Inglaterra).....		
Goldschmid, Dr. Edgar (Suiza).....			Livet, Dr. Louis (Francia).....	2	
Goldstein, Dr. Hyman Isaac (U. S. A.).			López Prieto, Prof. Ramón (España)...	1	
Gómez de la Mata, Dr. Federico (Esp.).			Lungulescu, Conf. Gheorghe (Rumania)..		
Gomoiu, Prof. Víctor (Rumania).....			Maldonado, Dr. Angel (Perú).....		
Gomoiu, Dra. Viorica (Rumania).....	1		Maller, Pharm. Raymond (Rumania).....	1	

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

RECOMENDAMOS A LOS SRES. CONGRESISTAS LA

CERVECERIA - RESTAURANT

"EXCELSIOR"

EXCELENTE COCINA ESPAÑOLA Y ALEMANA

CAFÉ

MARISCOS

CUBIERTOS Y A LA CARTA

ALMUERZOS

CENAS

PRINCIPE, NUM. 27

MADRID

TELEFONO 12730

MÉDICOS FORENSES

Confiad la obtención
de las contestaciones
más modernas a

D. Manuel Blázquez

SECCION CONSULTAS.

APARTADO 121 - MADRID

TRATAMIENTO BIOQUIMICO DE LAS ULCERAS GASTRODUODENALES

LAROSTIDINA "ROCHE"

Solución al 4% de clorhidrato de histidina en ampollas de 5 cc.

Inyección indolora, intramuscular o subcutánea.

Una ampolla al día durante tres semanas aproximadamente.

Sedación rápida del dolor.

Ninguna contraindicación.

PRODUCTOS ROCHE, S. A.-BARCELONA-MADRID

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

Aceite yodado francés a 54 centigr. de yodo puro por centi-cúbico (cubo) sin ningún rastro de cloro de una tolerancia casi ilimitada.

INDICACIONES. — Todas las del yodo, de los derivados yodados orgánicos y yoduros, sin sus inconvenientes; ningún yodismo, ninguna acción congestiva sobre el pulmón.

ARTERIO y PRESCLOROSIS, ENFISEMA, ASMA, REUMA crónico y que desforma, LUMBAGO, CIATICA, GOTA, LINFATISMO, ADENOIDISMO, SIFILIS terciaria y HEREDO-SIFILIS.

FORMAS FARMACÉUTICAS :

Inyecciones - Ampollas de 1, 2, 3 y 5 cc.

Frasco de Aluminio de 20 cc. o sea: 30 gramos (un centi-cubo-cúbico) contiene 0 gr. 54 de yodo que corresponde químicamente a 0 gr. 71 de K. I.

Cápsulas : 0 gr. 20 de yodo puro por cápsula (2 a 3 por término medio por 24 horas).

Emulsión : 0 gr. 20 de yodo por cucharadita pequeña.

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales
para la Exportación:
Laboratoires

ANDRE GUERBET & Co

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, Farmacéutico, Las Palmas.

LABORATORIOS

CAMPOS FILLOL

VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal

Simbiosis 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

NOMBRES Y NACION	Acompañantes	Observaciones	NOMBRES Y NACION	Acompañantes	Observaciones
Manolescu, Ing. Carol (Rumania).....			"Progresos y Archivos de Medicina" (España)		Prensa Méd.
Marañón, Prof. Gregorio (España).....	2		Pulido Martín, Dr. Angel (España).....		
Marín Amat, Dr. Manuel (España).....	1		Putti, Prof. Vittorio (Italia).....		
Marinesco, Dr. G. (Rumania).....			Radulescu, Av. Demetru (Rumania).....	1	
Mariscal, Dr. Nicasio (España).....			Raicovicianu, Dr. Alexandru (Rumania).....		
Márquez Rodríguez, Prof. Manuel (Esp.)	1		Reichborn-Kjennerud, Dr. I. (Noruega).....	2	
Martí Ibáñez, Dr. Félix (España).....			Reinhold, Prof. Paul (Suiza).....	1	
Martínez Saldaña, Dr. Alejandro (Esp.).....			Remonda Mingrand, Dr. Federico (Argentina)		
Martínez Vargas, Dr. Andrés (España).....			Renauld, Dr. Henri (Marr. Francés).....		
Mazilu, Dra. Elena (Rumania).....			"Revista Española de Medicina y Cirugía" (España).....		Prensa Méd.
Mazzini, Dr. Giuseppe (Italia).....			"Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas" (España).....		Prensa Méd.
"Medicina" (España).....		Prensa Méd.	"Revista Médica de Barcelona" (Esp.).....		Prensa Méd.
"Medicina Ibero" (España).....		Prensa Méd.	"Revista de Sanidad Militar" (España).....		Prensa Méd.
Mendonça, Dr. Fco. Vito de (Portugal).....	1		Riegler, Prof. Paul (Rumania).....		
Menéndez Pidal, Excmo. Sr. D. Ramón (España).....			Rivas Boch, Dr. Juan José (España).....		
Menetrier, Dr. Pierre Eugène (Francia).....	2		Rodrigo Lavín, Dr. Leonardo (España).....		
Molinéry, Dr. Raymond (Francia).....			Roldán Guerrero, Prof. Rafael (España).....		
Monforte Sarasola, Dr. Amado (España).....	3		Rolleston, Dr. Sir Humphry (Inglaterra).....		
Monge, Prof. Carlos (Perú).....			Rolleston, Dr. John Davy (Inglaterra).....	1	
"Monitor de la Farmacia" (España).....		Prensa Méd.	Royo Villanova, Prof. Ricardo (España).....		
Montenovesi, Prof. Ottorino (Italia).....			Salarich Torrents, Dr. Joaquín (España).....	1	
Morales Aparicio, Prof. Leopoldo (Esp.).....	1		Salazar Alonso, Excmo. Sr. D. Rafael (España)		
Moran, Dr. Herbert M. (Australia).....			Saldaña Sicilia, Dr. Germán (España).....		
Morcira da Rocha Brito, Dr. Alberto (Portugal)			Salle, Dr. Louis (Francia).....	1	
Moreira Junior, Prof. Manuel (Portugal).....			Sánchez Guisande, Dr. G. (España).....		
Morton, Dra. Eva (Inglaterra).....			Sánchez de Rivera, Dr. Daniel (España).....		
Munteanu, Prof. Nicolae (Rumania).....			Sánchez de la Cuesta, Prof. Gab. (Esp.).....		
Nardi, Dr. Giuseppe Michele (Italia).....	1		Sandulescu, Dra. Emilia (Rumania).....		
Natrud, Dra. Gudrun (Noruega).....	1		Sandulescu, Dr. Florin (Rumania).....		
Neuburger, Dr. Max (Austria).....			Sandulescu, Pharm. Tita (Rumania).....		
Neveu, Dr. Raymond (Francia).....			Surafidés, Dr. Héctor (Grecia).....		
Nisio, Prof. Giuseppe (Italia).....	1		Sarafidi, Dr. Héctor (Rumania).....	1	
Nixon, Dr. John Alexander (Inglaterra).....	1		Saraval, Prof. Umberto (Italia).....		
Nuyens, Dr. Bern. Wilh. Theod. (Holan.).....			Sartorari, Dr. Franco (Italia).....		
Oliver Rubio, Prof. Francisco (España).....			Saviron Caravantes, Dr. Paulino (Esp.).....		
Ortachowski, Dr. Emilian (Polonia).....			Scolari, Dr. Emilio (Italia).....	1	
Palomar de la Torre, Prof. Alejandro (España)			Schaefer, Dr. R. Johannes (Alemania).....		
Panayotatou, Profra. Angélique (Egip.).....			Serono, Prof. Cesare (Italia).....		
Pandulescu, Dr. Constantin (Rumania).....	1		Scharpsteen, Dr. J. Randolph (U. S. A.).....		
Pardo Urdapilleta, Dr. José M. ^a (Esp.).....			Sierra, Prof. Salvino (España).....	1	
Pascual y Ríos, Dr. Salvador (España).....	2		Sigerist, Dr. Henry E. (U. S. A.).....		
Paulian, Prof. Demetru (Rumania).....	1		Silva Carvalho, Prof. Augusto da (Portugal)		
Pazzini, Prof. Adalberto (Italia).....			Simonini, Prof. Riccardo (Italia).....		
Peña y Pineda, Dr. Alf. de la (España).....			Sobhi, Prof. Georges (Egipto).....		
Perrín, Prof. Tomás G. (Méjico).....			Souviron, Dr. Adolfo (España).....		
Peset y Cervera, Dr. Vicente (España).....			Sperling, Dra. Pepi (Rumania).....		
Piccinini, Dr. Prassítele (Italia).....			Sperling, Dr. Theodor (Rumania).....		
Pina, Prof. Luiz de (Portugal).....			Spirt, Dr. Eugène (Rumania).....	1	
Platareanu, Dr. Vasile (Rumania).....	1		Stanisheff, Dr. Alexander (Bulgaria).....	1	
Pop, Pharm. I. C. (Rumania).....			Starkenstein, Dr. Emil (Checoslovaquia).....	2	
Presidente Asociación Escritores Médicos (España).....		Prensa Méd.	Stoia, Dr. Ion (Rumania).....	1	
Presidente Asoc. Prensa Médica (Esp.).....		Prensa Méd.	Stoianoff, Dr. Paraskev (Bulgaria).....	4	
Presidente Patronato Nacional Turismo (España).....			Stuart Firz-James, Excmo. Sr. D. Jacobo, duque de Alba (España).....		
Presno, Dr. José A. (Cuba).....					
Prieto Carrasco, Dr. Casto (España).....					
Prince Brancovan, Basarab (Rumania).....					

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

Cuotas de inscripción....

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

Pida detalles a la Secretaría general
Arrieta, 12. MADRID

316

EL SIGLO MEDICO

NOMBRES Y NACION	Asom- pantes	Observaciones
Subsecretario de Sanidad, Excmo. se- ñor (España).....		
Süheyl, Dr. A. (Turquía).....	1	
Szumowski, Dr. Wladislas (Polonia)....		
Tamayo y Francisco, Dr. Juan (España).		
Tanca Marengo, Dr. Juan (Ecuador)...		
Taufani, Dr. Gustavo (Italia).....	1	
Tejera, Dr. Henrique (Venezuela).....		
Teodorescu, Dr. Vasile (Rumania).....	1	
Thaller, Dr. Lujo (Yugoslavia).....	1	
Tjomsland, Dra. Anna (U. S. A.).....		
Torremocha Téllez, Dr. Lorenzo (Esp.).		
Tricot-Royer, Dr. (Bélgica).....		
Turchini, Dr. Jean (Francia).....		
Ulman, Chim. Ludovic (Rumania).....		
Umayahara, Dr. Shigeru (Japón).....		
Van Andel, Dr. M. A. (Holanda).....	2	
Van Gils, Dr. J. B. F. (Holanda).....	1	
Varela Radio, Prof. Manuel (España)...		
Vasilescu, Dr. Gheorghe (Rumania).....		
Vasilescu, Dr. Vasile (Rumania).....		
Vázquez Elena, Dr. Luis (España).....		
Velasco Pajares, Dr. José (España).....		
Verhoeven, Dr. Aloïs (Bélgica).....	1	
Viana, Dr. Odorico (Italia).....	1	
"Vida Médica" (España).....		Prensa Méd.
Viedma Peñas, Dr. Juan (España).....		
Villa y Sanz, Prof. Isidoro de la (Esp.).		
Villaverde, Dr. José María de (España).	1	
Vinar, Dr. Joseph (Checoslovaquia).....		
"Voz Médica" (España).....		Prensa Méd.
Vranceanu, Dr. Petre (Rumania).....	1	
Waller, Dr. Erik (Suecia).....	1	
Williams, Prof. Herbert U. (U. S. A.).		
"Ya" (España).....		Prensa.
Zarco, Reverendo Padre (España).....		

Curso de Dermatología y Sifiliografía

Esencialmente práctico y técnicas de laboratorio aplicadas a la especialidad, bajo la dirección de los profesores del Hospital de San Juan de Dios, D. Mario Sánchez Taboada, D. Fermín Cubero y D. Santiago Cana, con la colaboración de los Dres. D. Guillermo de la Rosa, del Instituto Provincial de Higiene y Dispensario de Azúa, y D. Orlando Ortega.

Las lecciones de laboratorio estarán a cargo de los Dres. De la Rosa y Cana, y serán preferentemente prácticas por grupos de cinco alumnos, invirtiendo en cada una de ellas el número de sesiones precisas para su completo estudio.

El curso se compondrá de 25 lecciones clínicas, que serán dadas en las Consultas y Clínicas del Dr. Taboada, dando comienzo el día 10 de octubre hasta el 20 de noviembre.

Lunes, miércoles y viernes, a las nueve de la mañana. Clínica: martes, jueves y sábados, a las nueve de la mañana. Consulta.

Precio de inscripción: 75 pesetas. El número de alumnos será limitado.

SECCION OFICIAL

"GACETA" DEL 4 DE SEPTIEMBRE:

Ministerio de la Gobernación.—Ha sido anunciada a concurso la vacante de capitán médico creada en la Comandancia de la Guardia civil de Marruecos. Las instancias se dirigirán a este Departamento por los jefes de los Cuerpos o entidades, dentro del plazo de un mes, a contar desde hoy.

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,5; ídem mínima, 703,4; temperatura máxima, 29°; ídem mínima, 15,8°; vientos dominantes, SO.

La semana última se ha caracterizado por la frecuencia de las dermatitis, eczemas y otras dermatosis. Hubo también algunos casos de colibacilosis.

En los niños abundaron también las dermatosis, y se presentaron varios de difteria benigna.

CRONICAS

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

Curso de enfermedades del corazón y de los vasos en el Hospital Broussais.—En dicho Hospital, y bajo la dirección del eminente Prof. O. H. Laubry, jefe del citado Servicio en el mismo, tendrá lugar, del lunes, 7 de octubre, al sábado, 19, un curso teórico-clínico de la citada especialidad.

En el mismo explicarán algunas lecciones y dirigirán las prácticas de radiología y clínica los Dres. Cussade, Marechal, Doumer, Pezzi, de Milán, P. Soulie, Routier, Heim de Balasac, Leblanc, Deglaude, Van Bogaert, Borosse, Jaubert, Aitoff, Samain, De Vericourt, Louvel, Cottet y Poumaillux.

La inscripción en el curso es de 150 francos, y los que quieran inscribirse u obtener más datos de los aquí especificados—tales como programas y horarios—, deben dirigirse al Dr. M. Leblanc: Hospital Broussais número 96, Rue Didot.—París, 14. (Francia.)

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.

"Inmunidad".—Esta obra sobre higiene es el mejor libro del ilustre Dr. Manuel Martín Salazar (con un folleto del Dr. Marañón). 20 pesetas ejemplar. Pedidos, a EL SIGLO MEDICO.

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPAMAJOR L. y Estañó coloidal.

Laboratorio Gamir, San Fernando, 34. - Valencia.

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

Como médico cultor adhiérase al

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

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

MEDINA DEL CAMPO (VALLADOLID)

Cloruradosódicas sulfurosas, variedad yodobromurada 15°

ESCROFULISMO, GINECOPATIAS,
REUMATISMO, ANEMIA, NEUROSIS

Temporada: 15 de Junio a 15 Septiembre

Aguas Minero-Medicinales de MARMOLEJO

Carbónicas, bicarbonatado-sódicas, magnésicas, cálcicas, litínicas muy radioactivas.

De creciente éxito en el tratamiento de enfermos de estómago, hígado, bazo, riñones, vejiga, intestinos, diabetes sacarina, cloro-anemia. Arterioesclerosis, etcétera.

Abierto al público desde 1.º de abril al 30 de noviembre
Estación de ferrocarril a siete horas de Madrid y cuatro de Sevilla.

GRAN HOTEL BALNEARIO. Todo confort

Venta de agua embotellada en todas las farmacias

Pedidos de botellas e informes al señor Gerente, en

MARMOLEJO (Jaén)

Calle Calvario, 101 - Teléfono 9

Baños de Alange

En **ALANGE**, provincia de Badajoz

Los más antiguos de España. Datan de la época romana, como lo acreditan las dos piscinas de dicha fecha que se conservan intactas y utilizan en la actualidad.

Especiales para todas las enfermedades del sistema nervioso, neurastenia, histerismo, enfermedades propias de la mujer, epilepsia, etc.; proporcionan gran alivio en las enfermedades mentales.

Temporada oficial: 1.º de Junio a 30 de Septiembre

Para más detalles dirigirse al Administrador del Establecimiento D. Agustín de Rueda, en **ALANGE**.

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

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

AGUAS MINERALES NATURALES DE

CARABANÑA

«LA FAVORITA»

PURGANTES ~ DEPURATIVAS ~ ANTIBILIOSAS ~ ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

≈≈ MADRID ≈≈



BARACHOL



Antisármico 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)

ORIGINALIDAD TERAPEUTICA

FEBRIFUGOL: Elixir. - Único preparado de fórmula racional, moderna y radicalísima para combatir las fiebres tíficas, paratíficas y colibacilares y demás infecciones endodigestivas. Rápida antisepsia interna, sin sales de mercurio ni fermentos lácticos.

NUTRIR: Extracto de cereales y leguminosas, maltosado, vitamínico, de alto coeficiente nutritivo y fácil digestión. Diferente sabor y aroma en cada frasco.

HALITOL: Antiséptico, desinfectante y profiláctico originalísimo. Purifica, perfuma e inmuniza. El bactericida más nuevo y eficaz. Higiene íntima, optitis, baños, heridas infectadas, etc., etc. Infalible siempre.

Laboratorio EGABRO
CABRA (Córdoba) España.

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de Lactosaccharato soluble

**ACCION RAPIDA
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España:
CURIEL, S. A. - Aragón, 228. - Barcelona

¿Usa usted gafas?

Para todo uso debe exigir de su óptico despache su receta con los nuevos cristales

«Puntual Cuyás»

Cristal Puntual ANACTINICO (prácticamente blanco), que filtra la luz y aumenta la agudeza visual.

Cuando deba proteger sus ojos de una luz intensa, debe usar los cristales de color científico

«Luxtal»

que absorben los rayos infrarrojos sin colorear las imágenes.

SE FABRICAN EN TODAS LAS GRADUACIONES

PIDA FOLLETOS EXPLICATIVOS A TODOS LOS OPTICOS DE ESPAÑA

Grandes Almacenes y Bazares Médicos
LA ESTRELLA ROJA
Hijos de DOMINGO QUERALTÓ

INSTRUMENTOS DE CIRUGÍA : MOBILIARIO
CLÍNICO : ALGODONES : GASAS : VENDAS
ESTERILIZADOS : BRAGUEROS : FAJAS
MATERIAL PARA LABORATORIOS Y FARMACIAS : FACILIDADES EN EL PAGO

SEVILLA
Pi y Margall, 9

MADRID
Fuencarral, 39

Nuevos libros del Dr. Valdés Lambea

Jefe de los Servicios de tuberculosis del Hospital Militar de Madrid y Profesor de Fimatología 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

LIRONDAS

EL LLANTO DE LA NENA

EL SILENCIO INJUSTO

Por el Dr. CÉSAR JUARROS

de "Don Sebastián", que cantaba en "Lucrecia" y que tanto furor hizo en París, y habrá que reflexionar bastante sobre esa pequeña deformidad de la cuerda izquierda de su laringe. ¿Ia tuvo siempre? Pues preciso es suponer que fué más bien una ventaja que un inconveniente. ¿No la tuvo y se le manifestó en los últimos días? ¿Quién sabe!...

* * *

La penúltima noche que cantó en el Real le oí el "Don Giovanni". Estaba el gran tenor visiblemente indispuerto. En las dos preciosas romanzas "Dalla sua pace la mia dipende" y "Il mio tesoro intanto andate a consolar", no era el Gayarre de siempre. Veíasele en la escena parado, frío, sin alma. Recuerdo bien que en el tercio de las máscaras, al contestar a la invitación de Leporello la frase "grazie di tanti honori" que corre sobre la melodía del famoso "minuetto", más que un artista la cantó un maniquí. ¿Qué le pasaba?

¡Ah! ¡Bien pronto se vió!...

Pocas noches después, la tremenda "cosa" llegaba; aquello que él había

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

(Véase anuncio página I.)

temido tanto, aquello que le torturaba cruelmente desde algún tiempo y amargaba su dicha, aquello que adivinaba invisible acercósele, sin saber cuándo ni cómo había de herirle, el sentirse de repente tocado en escena, ¡el faltarle la voz!... ¡A él, a Gayarre, al tenor incomparable, al favorito de larte, de la música, de la gloria!... "Aquello" llegó.

La pasión de ánimo que le atormentaba, según dicen sus amigos íntimos, tuvo ya una explicación.

Cantando "I pescatori di perle" fué a atacar una nota... ¡y no pudo!...

Los que estaban aquella noche en el teatro dicen que no olvidarán jamás la expresión de su rostro. Los que cerca de él se hallaban oyéronle suspirar con amargura infinita: "¡Esto se acabó!..."

* * *

Pocas horas antes de morir, decía el pobre Julián a mi amigo Cortezo, cuyas manos apenas abandonó en aquella noche trágica:

—Yo suelo llorar algunas veces... Si ahora pudiera... eso me aliviaría.

¿Cómo es posible que la laringe de Gayarre, medida y pesada, estudiada y vuelta a estudiar, aun siendo como era el instrumento de su gloria, explique todo esto?

(Publicado en la revista "El Campero".)

Un pueblo. Entre olivos. Asomado al Tajo. Vida monocorde. Un médico joven desempeña la titular. Viste bien, habla tan bien como viste. Sabe. Siente. Prodigia simpatía. Soporta. Un día cualquiera. Allí todos los días son iguales. Para el río, para el pueblo, para el médico. La máxima

ALMORRANAS internas, externas y afecicones del recto. Medicación hemorroidal completa.

Doctor RIBALTA -- Prospectos gratis.

Rambla Cataluña, 44.—BARCELONA

ilustración del lugar lee revistas profesionales. En la austeridad blanca del cuarto de la consulta.

Arriba, en el cobalto victorioso del cielo, el sol lanza compasivos los tesoros de su luz. Una rapaza pasa en funciones rústicas junto al río. Mareo. La niña cae al agua.

Gritos, las mujerucas, siempre en acecho la curiosidad, gritan. Con agudeza desgarrada de clarín.

El médico las oye. La escena se representa al pie de donde lee revistas profesionales. La mocedad musculada vibra. Un salto y al agua, ¡buen nadador!

Ya están a la orilla. ¿En secarse quién piensa? Hay que hacer la respiración artificial. ¡Salvada! Al llegar a casa, las nenas del médico joven que ofrendan fragancias de simpatía lo miran. Con más susto que admiración. La pequeña rompe a llorar. Es la pura ofrenda de su emoción.

¿Por qué no se ha divulgado y premiado el heroísmo? La honradez vigilante de la Guardia civil lo ha intentado, pero sin éxito. El médico es el Dr. Escamilla. El pueblo, Malpica de Tajo. Epoca, hace unos meses.

Me enteré por casualidad.

"Vida Médica" debe idear un homenaje. No como recompensa. Para esos fines bastó con el llanto de la nena. Si como semilla de emulación.

(De Vida Médica).

SIEMPRE DUDANDO

Por WENCESLAO BORRACHERO

¿Qué es morir?... Dejar de ser de un modo, hallando otra forma con variado parecer y otra vida, sin saber si da más perfecta norma.

La muerte es paro absoluto de funciones preteridas que cesan en su atributo, para transformarse en fruto de miríadas de otras vidas.

El gusano y mariposa, el parásito, el reptil y la hormiga codiciosa, hacen labor asombrosa de inteligencia sutil.

¿Quién sabe si dichos seres en su vida deleznable

gozan más gratos placeres, al solventar los deberes de su sino impenetrable!

Si del hombre el pensamiento ve su psiquis subvertida por hondo remordimiento, enmascarando al tormento inconsciente se suicida.

Y es porque todos dudamos del fin imperecedero que sin conocer odiamos, y en el suicidio olvidamos este escabroso sendero.

Que es dudoso discernir, si dejando de existir a fuer de humanos mortales, se transforman nuestros males en ganancias al morir.

HOSPÉDESE EN EL GRAN HOTEL LONDRES

GALDO, 2, esquina a Carmen y Preciados, próximo a la Puerta del Sol.-MADRID

Y esta tortura infernal que no ha podido aclarar la voz de la ciencia infusa, es una eterna recusa que hace al vivir zozobrar.

Illescas y agosto de 1935.

El "Día de la Madre"

Aunque el "Día de la Madre" se celebre desde hace poco tiempo, en muchos países ha adquirido la misma importancia que tienen las otras festividades del año. Se espera esta manifestación con gran impaciencia, y sus preparativos se hacen con un entusiasmo igual al de las fiestas tradicionales.

Se debe a una norteamericana, miss Jarvis, la idea de consagrar todos los años un día a honrar a las madres y a darles pruebas tangibles de respeto y afecto. La madre de miss Jarvis tenía la costumbre de cultivar claveles blancos, y en recuerdo suyo, miss Jarvis solicitó que esta flor, símbolo de pureza y amor, fuese el emblema del "Día de la Madre". El segundo domingo de mayo fué el día elegido para celebrar esta fiesta. Al principio la idea encontró serios obstáculos; pero lentamente se fué abriendo camino, hasta que la aceptaron en todo el territorio de los Estados Unidos.

Esta idea atravesó el océano e hizo su

aparición en Europa, siendo Austria el primer país europeo que la adoptó. En la actualidad, el "Día de la Madre" se celebra no sólo en Europa, sino también en el Japón, Australia, Nueva Zelanda, etc.

El año pasado, en Alemania, el "Día de la Madre" fué celebrado con el concurso de todas las organizaciones juveniles, de la Iglesia y de las obras de asistencia social. También contribuyeron a su realización la Prensa, el Teatro, el Cinematógrafo y la Radio. Según un decreto del ministerio de Instrucción pública, ocho días antes de su celebración

ciarse en Austria, envió un mensaje a los "juniors", que se publicó en el número de mayo de 1926 de la revista de

BARDANOL

Estafilococias de todas clases

la Cruz Roja Juvenil austriaca, y cuyo texto damos a continuación:

"El "Día de la Madre" se festejará el segundo domingo de mayo, como el pasado año. Será de nuevo un testimonio de amor. Grandes y chicos se preparan a honrar a la madre en ese día y a expresarle hondo reconocimiento. El "Día de la Madre" es una fiesta nacional de familia, puesto que se celebra en todas las casas. Dichosa la madre que ve por la mañana flores en su casa, la que ve su diario trabajo ejecutado por sus hijos, la que escucha la poesía compuesta para esa ocasión, la que sus hijos llevan de paseo y la que recibe sorpresas agradables.

"Es necesario que toda la nación recuerde que a la madre debe lo mejor de sí misma: la existencia de una genera-

ANTIPHLOGISTINE

es una ayuda indispensable en el tratamiento de la influenza, gripe, afecciones de los bronquios y pulmonías.

ción joven y sana. La madre es la fuente de todo amor."

En casi todas partes los números de mayo de las revistas nacionales de la Cruz Roja Juvenil están consagradas a la madre. En ellas se pueden leer artículos, poesías, sainetes apropiados y el relato de las diversas maneras que tienen los "juniors" de celebrar esta fiesta. Además de las atenciones con que rodean a sus madres en el hogar, suelen organizar en las escuelas reuniones a las que éstas asisten, obsequiándoselas con flores y regalitos, mientras que en su honor los niños ejecutan cantos y bailes y recitan poesías.

He aquí lo que escribió una niña polaca sobre el "Día de la Madre":

"Estábamos tan emocionadas, que no pudimos reprimir el llanto; también a nuestras madres queridas se les saltaban las lágrimas, bendiciéndonos desde el fondo de su corazón. Nunca pudimos imaginarnos que la "Fiesta de la Madre" regocijase tanto nuestros corazones."

Solución salicilato sódico DOMINGO

Cada cucharada contiene dos gramos de salicilato sódico puro.

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

ban las lágrimas, bendiciéndonos desde el fondo de su corazón. Nunca pudimos imaginarnos que la "Fiesta de la Madre" regocijase tanto nuestros corazones."

POR EL AMOR

Por WENCESLAO BORRACHERO

¿Qué es el amor...? No es fácil de- [finirlo]

por lo arduo, lo voluble y lo intrincado que resulta el gozarlo y el sentirlo, aunque existe, sin verlo y sin oírlo, con espíritu y carne entreverado.

Es el amor el ideal trofeo fruto de otros latentes ideales que doran los salones de Himeneo; la lixa femenina que Linneo descubrió en los pistilos vegetales.

ARTE GRAFICO

Fotografado. Hortaleza, 21. Tel. 14623

Especialidad en trabajos para Laboratorios

- Porque amor es la plácida ventura, esperanza de cálidos placeres, célico arrobamiento y donosura, como ingenio que impulsa a la criatura a conquistar la fama de otros seres.

El propio amor como el amor ajeno a sentirlo no habrá quien se resista, ya ambule entre cristales o entre [cieno, que la cambiante faz del amor pleno igual es generosa que egoísta.

Los pájaros, las piedras y las flores con nitidez de brillo transparente muestran inimitables sus albores, formando en un Edén vergel de [amores

de plantel sugestivo y sonriente.

Es el amor, de la ilusión espejo; de la esencia vital, germen glorioso y arma mortal que hiere por reflejo; y el candente brillar de su cortejo tiene mezcla de excelso y afrentoso.

"JUSTO", FAJISTA

Fajas médicas y de vestir

SE HA TRASLADADO A
Mayor, 4, entl.º - MADRID

Amalgama de furia y mansedumbre, sabor acerbo y plácidas cadencias, ya descienda o elévese a la cumbre que entre hileo y fulgor de viva lum- [bre

amasa sus dulzuras y violencias.

Se encunetra en todas partes, im- [pulsando

la ciega fe de aciertos o de errores. ya surja en la molición o batallando, y con gesto triunfal, roqueño o blando, él preside placeres y dolores.

El amor es el germen de la gloria, por el amor el criminal embiste, por amor se conquista la victoria, y siendo amor la cosa más notoria, nadie sabe decir en qué consiste.

Illescas y agosto de 1935.

CALCINHEMOL ALCUBERRO

Poderoso antianémico.

ALCALA, 88. — MADRID

se comunicará la fecha del "Día de la Madre" a los alumnos de todas las escuelas primarias, secundarias y profesionales, esforzándose por todos los medios en darle el mayor realce.

Mientras que en algunos países la Cruz Roja Juvenil no participa más que en las manifestaciones de orden general organizadas para el "Día de la Madre", en Austria, Bulgaria, Hungría, Nueva Zelanda, Polonia y Yugoslavia, la Cruz Roja Juvenil tuvo la iniciativa de aplicar esta idea y desarrollarla con sus propios medios.

La Cruz Roja Juvenil húngara introdujo el "Día de la Madre" en su país en 1925. En mayo de 1933 se levantaba en Pestszenterszebet la primera estatua en honor de la madre, costeada por los 6.000 "juniors" de la localidad. Los jardines escolares de Hungría se llaman con frecuencia Jardines de la Madre.

Borolumyl (sin bromuro), medicamento racional y muy activo contra la EPILEPSIA, VOMITOS DEL EMBARAZO. Tolerancia absoluta. Sedante del sistema nervioso.

Un decreto del ministro de instrucción pública del mismo país, que ordena que todas las escuelas primarias celebren el "Día de la Madre", llama al mismo tiempo la atención de los inspectores escolares sobre la útil labor de la Cruz Roja Juvenil.

Los miembros de la Cruz Roja Juvenil yugoslava constituyeron el "Fondo de los niños agradecidos", y con motivo de la celebración del "Día de la Madre", se destina una cantidad de este fondo a socorrer a una madre de familia pobre en todas las regiones del país.

En Austria, la Cruz Roja Juvenil se ha afiliado al Comité del "Día de la Madre". Madame Marianne Hainisch, madre del entonces presidente en ejercicio, que dirigía este movimiento al ini-

Timol	2 gr.
Acido salicilico.....	8 —
Alcohol de 90°.....	120 cc.

Una cucharada de las de sopa por litro de agua hervida; para desodorar y desinfectar las úlceras de supuración icorosa (mal perforante, cáncer, etc.).

TIICOL

Sinonimia: Guayacolsulfonato de potasio.

Farmacología.—Polvo blanco, inodoro, de sabor ligeramente amargo al principio y después dulzaino, muy soluble en agua (1 por 4 en frío).

Acción fisiológica y terapéutica.—Absorción fácil por las mucosas digestivas y por el tejido celular subcutáneo. Se elimina en su mayor parte por la orina, en la cual aumenta los ácidos sulfoconjugados.

El tiocol obra por el guayacol y en las mismas condiciones que éste, pero tiene sobre él la ventaja de que está desprovisto de acción irritante y de que puede darse a altas dosis sin provocar intolerancia alguna.

Indicaciones.—Tuberculosis pulmonar en primer término, en la cual favorece la nutrición (aumento de peso) y mejora las lesiones locales; tuberculosis peritoneal y ósea, bronquitis gripal y bronquitis crónica.

Modos de administración y dosis.—Tiocol (Roche) en sellos, comprimidos, jarabe y soluciones: de dos gramos (en tomas de 50 centigramos) hasta seis u ocho gramos al día, gradualmente.

Inyecciones hipodérmicas: soluciones al 1 por 5.

Niños: de 50 centigramos a un gramo al día por año de edad.

Al exterior, su principal empleo es la pulpitis dentaria, en la cual obra como antiséptico y analgésico.

Se usa en pulverizaciones e inhalaciones contra las afecciones de las vías respiratorias (tisis, bronquitis, laringitis, coqueluche, etc.).

También se emplea en soluciones antisépticas para curas.

Modos de administración y dosis.—Al interior: de 50 centigramos a cuatro gramos al día (50 centigramos lo más por dosis), en soluciones acuosas o alcohólicas diluidas.

Al exterior: soluciones del 2 al 5 por 1.000, empleando como disolvente el alcohol.

Mezclas diversas para los dientes.

Pomadas, de 50 centigramos a dos gramos por 100; jabones, al 1 por 1.000.

Agua dentífrica:

Esencia de canela	} aa	25 centig.
Esencia de clavo		
Timol		50 —
Alcoholaturo de eucalipto.		10 gr.
Tintura de ratania.....		2 —
Alcohol de 90°.....	C. S. p.	100 cc.

Una cucharada de las de café en un vaso de agua templada.—Higiene de la boca.

Enteroclisis:

Timol	1,80 gr.
Biborato de sosa.....	20 —
Agua hervida.....	2 litros.

Para una enteroclisis.—Meteorismo intestinal y fermentaciones pútridas en el curso de las pirexias.

Gargarismo:

Timol	50 centig.
Alcohol de 90°.....	4 gr.
Borato de sosa.....	10 —
Agua destilada.....	95 —

M.—Una cucharada de las de sopa en cuatro o cinco de agua caliente.—Amigdalitis graves, chancro de las amígdalas y del velo del paladar.

Enema:

Timol	4 gr.
Aceite de almendras dulces.....	20 —
Yema de huevo.....	Núm. 1
Agua destilada.....	12 gr.

Emulsiónese.—Consérvese de cinco a diez minutos.—Vermes intestinales.

Mezclas:

Dentífrica:

Timol	25 centig.
Alcohol de coclearia.....	50 gr.
Tintura de catecú	20 —
Tintura de benjuí	10 —

Algunas gotas en un vaso de agua.—Gingivitis.

Timol	1,50 gr.
Bálsamo de tolú.....	5 —
Goma laca pulverizada.....	60 —
Alcohol de 90°.....	50 —
Eter	100 —

H. S. A.—Barniz antiséptico para las mismas aplicaciones que el colodión.

Timol	} aa	4 gr.
Esencia de romero		
Esencia de espliego		
Alcohol de 90°.....	C. S. p. 300 cc.	

Una cucharada de las de sopa en un litro de agua para lavados antisépticos y desinfección.

Timol	5 gr.
Alcanfor	1 —

M.—Para aplicaciones locales.—Anginas pseudomembranosas.

Pasta:

Timol	2 gr.
Polvo de almidón	} aa 25 —
Polvo de óxido de cinc	
Lanolina	50 —

H. pasta.—En aplicaciones.—Eczema.

Soluciones:

Timol	1 a 2 gr.
Alcohol de 80°.....	50 cc.
Agua destilada hervida.....	950 —

H. S. A.—Para la antisepsia quirúrgica.

Timol	50 centig.
Acido fénico puro.....	2 a 4 gr.
Agua hervida.....	1 litro.

Para lavados de la boca y de la nasofaringe.—Infecciones locales y profilaxia de las infecciones secundarias en la coqueluche, sarampión, etc.



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 internos.

PIDANSE REGLAMENTOS A LA ADMINISTRACION

TRATAMIENTO EFICAZ

**REUMATISMO
YODOVISAL**

Salicilato sosa
YODURO potasa

**ESQUIZOFRENIA
MANGAN - ARSENILO
Cacodilato de man-
ganeso-Cacodilato
de sosa**

Muestras y literatura:

**D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA**

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 • MADRID

Publicaciones de EL SIGLO MEDICO

MONOGRAFIAS

Se encuentran a la venta las siguientes:

	PRECIOS	
	No suscriptores Pesetas	Suscriptores 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. Dirijanse al apartado 121. Madrid.

HAPTINOGENOS

“M E N D E Z”

NEUMO

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

GONO

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

ECZEMA

Curativo del Eczema agudo y crónico.

ESTAFILO

ANTIPIOGENO.—Anginas. Aené. Forunculosis.
Anthrax. Abscesos e infecciones a estáfilo.

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.

BIFOSFOTIOCOL TOSES Y CATARROS

¿Viene usted a Madrid?

Hospédese

Hotel Los Leones de Oro

(entre Puerta del Sol y Gran Vía)

Calefacción :: Baños

Precios económicos : Muchas atenciones para los médicos

Hotel Los Leones de Oro.-Carmen, 30.-Madrid

**Indicaciones del FORCEPS
y técnica operatoria del mismo**

Por el Dr. A. PONS

4 PESETAS EJEMPLAR

PEDIDOS AL APARTADO 121-MADRID

JARABE

CLOOFOSFATO
CALCICO GELATINOSO

ALMERA

es el preparado de fosfato de cal de más fácil ABSORCION y el más ASIMILABLE

Superior a todos sus similares, siendo el

más activo de todos los reconstituyentes



Más de 37 años de éxito creciente

De venta en: Xuclá, 21, Barcelona, en la Farmacia Almera y Laboratorio, P.^a de Guimerá, 14, Vilasar de Mar y en las principales Farmacias y Droguerías