

# EL SIGLO MEDICO

## REVISTA CLINICA DE MADRID

Director: Excmo. Sr. D. CARLOS MARIA CORTEZO

Directores honorarios: D. RAMÓN SERRET Y COMÍN y Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

### REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMON Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ

J. BLANC Y FORTACIN  
Del Hospital de la Princesa.

L. CARDENAL  
Catedrático de Cirugía de Madrid.  
Cirujano del Hospital de la Princesa.

J. CODINA CASTELLVI  
Académico. Médico de los hospitales.  
Director de los Sanatorios Antituberculosos.

V. CORTEZO  
Jefe del Parque Sanitario de Madrid.  
Del Instituto Alfonso XIII.

L. ELIZAGARAY  
Del Hospital General de Madrid.

A. ESPINA Y CAPO  
Académico de la Real de Medicina.

A. FERNÁNDEZ  
Ex-interno de la Facultad y Hospitales.

A. GARCÍA TAPIA  
Laringólogo, Académico de la Real de Medicina.

F. GONZÁLEZ AGUILAR  
Director-Médico del Instituto Cervantes.

J. GOYANES  
Cirujano del Hospital General de Madrid.

B. HERNÁNDEZ BRIZ  
Médico Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.

T. HERNANDO  
Catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.

F. LOPEZ PRIETO  
Ex-Médico-Titular.

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

Secretario: Prof. Dr. GUSTAVO PITTALUGA, Académico de la Real de Medicina.

G. MARAÑON  
Médico del Hospital General de Madrid. Profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.

M. MARIN AMAT  
Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.

J. MOURIZ RIESGO  
Jefe del Laboratorio del Hospital General.

B. NAVARRO CÁNOVAS  
Profesor de Radiología del Hospital Militar.

S. PASCUAL Y RÍOS  
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Médico forense.

A. PULIDO MARTÍN  
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

G. RODRÍGUEZ LAFORA  
Auxiliar de la Facultad de Medicina, ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.

J. SANCHIS CANÚS  
Auxiliar de la Facultad de Medicina. Del Hospital General.

J. SARABIA PARDO  
Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.

F. TELLO  
Director del Instituto Alfonso XIII

L. URRUTIA  
Especialista en enfermedades del aparato digestivo (San Sebastián).

R. DEL VALLE Y ALDABALDE  
Del Hospital General.

### PROGRAMA CIENTIFICO:

*Glenda española.*—*Archivo é 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 á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.*

**SUMARIO:** Sección científica: La ouabaina en la taquicardia paroxística, por el Dr. Luis Calandre. — De las estrecheces pélvicas más comunes en la clínica y su tratamiento, por Ignacio Pedriani. — La educación intelectual y profesional de los anormales del aparato locomotor, por D. Joaquín Decref. — Observaciones sobre un caso de glomerulonefritis difusa, por el Dr. Antonio M. Vallejo de Simón. — Bibliografía, por E. L. A. — Periódicos médicos. — Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlán. — Homenaje á Cajal. — El drama de un espíritu y la comedia de una vida, por F. Javier Cortezo. — La importancia del forense, por José Parra Eytico. — Sección oficial: Ministerio de la Gobernación. — Montepío facultativo. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Anuncios.

## La ouabaina en la taquicardia paroxística.

FOR EL

DR. LUIS CALANDRE

Como es bien sabido, es preciso establecer una distinción fundamental entre las *taquicardias ordinarias*, que se producen, por ejemplo, con el ejercicio, las emociones, la fiebre, el hipertiroidismo, etc., y la llamada *taquicardia paroxística*. Clínicamente se diferencian ambas, en que la taquicardia ordinaria, la aceleración del ritmo del pulso ó su retorno á la normalidad, se realizan de un modo gradual. En cambio, la taquicardia paroxística se caracteriza por la brusquedad con que comienza la taquicardia en forma de acceso, y por la brusquedad también con que el acceso termina después de haber permanecido durante un tiempo más ó menos largo, latiendo el corazón con una frecuencia de 150 ó 200 pulsaciones por minuto. Es muy característico también, que esta frecuencia se mantenga constante durante toda la duración del ataque, independiente de las emociones, del ejercicio, etc.

Fisiopatológicamente se diferencian netamente ambos tipos de aceleración cardíaca, en que en la taquicardia simple, las revoluciones cardíacas tienen su punto de partida, como de ordinario, en el nódulo sinusal de Keith y Flack (1). En la taquicardia paroxis-

tica, por el contrario, este punto de origen de las contracciones cardíacas se ha desplazado del nódulo sinusal durante el ataque, localizándose en otro punto cualquiera del corazón: tal pueden ser las aurículas, los ventrículos ó el nódulo de Tawara, y en relación con ello habrá taquicardias paroxísticas de forma auricular, ventricular ó nodal.

La electrocardiografía ha demostrado también, que cada contracción cardíaca en la taquicardia paroxística es una contracción heterotópica análoga á un extrasístole, y así todo el ataque no es sino una sucesión continuada de extrasístoles.

Los accesos de taquicardia paroxística ofrecen grandes diferencias en cuanto á intensidad, duración y gravedad, de unos casos á otros. La eficacia de los tratamientos empleados habitualmente, es también muy diferente para cada caso. Es frecuente observar que el acceso de taquicardia cesa inesperadamente. Muchas veces, los propios pacientes conocen ciertos procedimientos que les permiten en ocasiones vencer sus ataques. Consisten en adoptar ciertas actitudes, ó en realizar determinadas contorsiones muy especiales para

superior desemboca en la aurícula derecha, existe un territorio neuromuscular diferenciado (nódulo de Keith y Flack), que tiene la representación del seno venoso de los vertebrados inferiores. Este nódulo sinusal, que es la parte del corazón que goza en mayor escala del automatismo, es normalmente el centro superior y punto de partida de las excitaciones rítmicas de la revolución cardíaca.

(1) Está bien demostrado que en el punto en que la vena cava



cada individuo. Un enfermo de veintiséis años, á quien he tenido ocasión de observar durante varios ataques de taquicardia, padecía sus accesos desde niño. Le sorprendían á veces durante el juego, y él había aprendido por propia experiencia, que poniéndose con las manos en el suelo, con la cabeza abajo y los pies en alto, le cesaba el ataque. Otra enferma me refería que cuando sufría uno de estos accesos, realizaba ciertas contorsiones con el cuerpo, hasta que, según ella, notaba como si el corazón, que le parecía haberse salido de su sitio, se encajara otra vez y volviera bruscamente á la normalidad. Estos procedimientos subjetivos fracasan, sin embargo, á menudo, aun en los ataques de escasa intensidad.

Cuando los accesos no terminan espontáneamente, y si su duración se prolonga mucho, los pacientes reclaman nuestra intervención para que tratemos de frenar á aquel corazón *que se ha desbocado*. Debemos intervenir, en primer lugar, tranquilizando al paciente, calmando el estado de ansiedad y de alarma de que ordinariamente se halla invadido. Se deben después practicar ciertas maniobras, que siempre son de aconsejar, aunque algunas veces resultan ineficaces. Consisten todas ellas en excitar al pneumogástrico, ya directamente, comprimiéndole enérgicamente el cuello, sobre todo en el lado derecho, bien indirectamente provocando las náuseas y los esfuerzos del vómito mediante titilaciones de la faringe ó mediante la compresión de los globos oculares, que, como es sabido, constituye el llamado reflejo oculo-cardíaco de Aschner. Recuerdo haber hecho cesar un ataque intenso de taquicardia en un enfermo, mediante la compresión del vago derecho á la par que realizaba un movimiento de inspiración forzada. La compresión ocular, á pesar de que la pongo en práctica en todos los casos, no me ha permitido obtener resultado alguno.

Los procedimientos de excitación del pneumogástrico tienen un fundamento totalmente empírico, pues no es posible asegurar cuál sea la participación que la inervación extrínseca del corazón tenga en la producción de estos ataques de taquicardia. Sin embargo, por su posible eficacia, y, sobre todo, por su inocuidad, deberemos practicarlos siempre en estas ocasiones.

Desgraciadamente, sin embargo, algunos accesos de taquicardia paroxística resisten á todas estas intervenciones. Si son muy duraderos, y, sobre todo, si existen alteraciones valvulares ó miocárdicas, pueden llegar á producir un desfallecimiento agudo del corazón y entonces es preciso intervenir enérgicamente para atajar la aparición de la asistolia. Es entonces cuando se plantea el problema del empleo de los tónicos cardíacos.

Los medicamentos cuya elección debe discutirse en estas circunstancias, son la digital y la estrofantina. La digital actúa más sobre la excitabilidad y la conductibilidad: la estrofantina, más sobre la contractilidad y el tono. La digital es de acción más lenta: la estrofantina, de acción más rápida. Por la rapidez de su acción y por su comprobada eficacia en el tratamiento de las asistolias agudas parecería que la estrofantina, ó más

especialmente la ouabaina (1), habría de ser el medicamento indicado para prevenir ó para vencer las crisis de desfallecimiento agudo del miocardio, que pueden acarrear consigo los accesos de taquicardia paroxística. Sin embargo, sólo una experiencia clínica dilatada y repetida, es la que habrá de justificar la preferencia por uno ú otro de estos medicamentos.

Dos casos que he tenido ocasión de estudiar detenidamente, podrán contribuir á orientar estas normas terapéuticas.

En uno de ellos se trataba de un señor de cincuenta y seis años, que hallándose una tarde tranquilamente en el Casino, tuvo bruscamente una sensación de hondo malestar precordial, con intensas palpitaciones, siendo conducido inmediatamente á su casa. A la hora y media fui llamado á verle por el médico de la familia, el Dr. A. Muñoyerro. Encontré al enfermo incorporado en cama, algo cianótico, en un estado de gran ansiedad, con estado nauseoso y con un pulso apenas contable dada su frecuencia. A la percusión, el corazón se apreciaba de tamaño normal, y á la auscultación, parecía percibirse un ruido de galope presistólico.

Para combatir aquel acceso de taquicardia, le practicamos sucesivamente las maniobras de excitación del pneumogástrico anteriormente citadas, sin obtener por ello beneficio alguno. Considerando que aunque el paciente no tenía antecedentes de lesiones circulatorias, era de temer, dada su edad avanzada, que si duraba mucho el acceso no pudiera soportar bien su corazón la taquicardia, comenzamos á administrarle digital. Le dimos primero digitalina por vía oral, pero como ofrecía intolerancia gástrica, la sustituimos por inyecciones de digaleno, primero subcutánea y después intramuscularmente, continuando el enfermo

(1) Los primeros estudios que se hicieron de los estrofantos, fueron los de Vulpian y Pelikan (1835), que experimentaron con el veneno de las flechas de los Pauhinos, fabricado con sustancias extraídas de los estrofantos.

Los estrofantos, de los que existen diversas especies, son plantas pertenecientes á la familia de las Apocineas, y proceden del Africa intertropical y de Madagascar. Las especies que se utilizan, son el *Strophantus hispidus* (costa occidental de Africa), el *Strophantus Kombe* (de regiones más orientales) y el *Strophantus gratus* (Camérún y Gabón).

El principio activo del estrofanto es un glucósido, la estrofantina, que se extrae de las semillas de la planta. Las estrofantinas del comercio contienen muchas impurezas, dotadas de gran toxicidad que han dado ocasión á accidentes serios, á veces mortales.

En 1883, Arnaud aisló del *Strophantus gratus*, un producto bien determinado, que denominó Ouabaina, por su identidad con el glucósido que había extraído seis años antes, de una apocinea africana, la Aconcantera Ouabaio. La pureza perfecta y la fijeza de su composición, confieren á la ouabaina de Arnaud, una acción constante.

Vázquez y Lutembacher, en 1917, estudiaron su acción sobre el hombre, y la preconizaron sobre las estrofantinas ordinarias, por carecer de acción tóxica.

La ouabaina tiene una acción casi electiva sobre la fibra muscular del corazón elevando su tonicidad y su contractilidad, efectos bien diferentes de los que produce la digitalina, que actúa principalmente sobre la conductibilidad y sobre los músculos de los pequeños vasos.

La ouabaina se administra en inyecciones intravenosas, á la dosis de un  $\frac{1}{4}$  ó de  $\frac{1}{2}$  miligramo, pudiéndose renovar á las veinticuatro horas. Debe cuidarse mucho de que la inyección penetre exclusivamente dentro de la vena, pues basta que una pequeña cantidad quede en el tejido celular, para que provoque vivos dolores.



en el mismo estado. Al día siguiente, las condiciones no habían variado. No podía alimentarse á causa de los vómitos: el sueño le era imposible, y así continuó hasta el tercer día, en que la disnea se hizo muy grande; se notaba á la percusión dilatado el corazón á derecha é izquierda, y comenzó á tener tos con expectoración sanguinolenta y dolor grande en el pecho: todos, síntomas que nos hacían pensar á nosotros que comenzaba un estado de edema agudo de pulmón por dilatación del corazón, y á la familia, que el enfermo se moriría rápidamente. Entonces le administramos una inyección intravenosa de  $\frac{1}{2}$  de miligramo de ouabaina Nativelle; aquella misma noche á las pocas horas el enfermo empezó á mejorar. A la mañana siguiente el pulso estaba á 80. No nos fué posible explicar gráficamente á este enfermo durante el acceso, pero la exploración electrocardiográfica realizada fuera del ataque permitía apreciar una actividad cardíaca normal. Se trataba aquí, pues, de un caso en que se produjo una asistolia aguda por desfallecimiento del corazón ante un ataque de taquicardia paroxística. Y en él pudimos comprobar cómo se modificaba aquel estado de asistolia de un modo favorable y rápido con la administración de ouabaina por vía endovenosa.

En el segundo caso se trataba de un joven de veintiocho años portador de una insuficiencia aórtica reumática, que desde hacía algunos años venía ya experimentando accesos de taquicardia paroxística que le duraban siempre alrededor de seis á ocho horas. Nunca había tenido accesos leves. Todos fueron accesos serios, accesos duraderos, que cuando llevaban transcurridas ya dos ó tres horas, comenzaban á producirle náuseas y vómitos en seco, con los cuales terminaba por cesar el acceso bruscamente, pero quedando en un estado de postración tal, que necesitaba que le pusieran inyecciones de aceite alcanforado. En el mes de Febrero último sufrió un acceso de taquicardia paroxística que pude tener ocasión de estudiar.

Cuando entró en mi gabinete, el aspecto que ofrecía el paciente era poco tranquilizador: pálido, la mano puesta sobre el corazón, emocionado y casi sin habla, y con un pulso á 200 por minuto. Hacía una hora que le había acometido el ataque de taquicardia. En aquel instante obtuve de él un primer electrocardiograma demostrativo, sin duda alguna, de la existencia de una taquicardia paroxística de origen ventricular. En efecto, no sólo se apreciaba que las revoluciones cardíacas se producían con un ritmo extremadamente frecuente é invariable, sino también que el aspecto de cada revolución cardíaca era anómalo y totalmente diferente de los electrocardiogramas correspondientes á las revoluciones cardíacas que tienen su punto de partida en el nódulo sinusal. Las curvas gráficas mostraban constantemente una primera ondulación ascendente elevada y aguda, seguida de otra más duradera y menos pronunciada dirigida hacia abajo. Esta forma especial que ofrece la curva de cada contracción cardíaca es análoga á la que ofrecen los extrasístoles cuyo punto de origen se encuentra en la base de los ventrículos. Es de presumir, por tanto, que en este caso, el foco de ori-

gen del *nuevo ritmo* taquicárdico estuviera localizado en dicha región del corazón.

Practiqué en este enfermo la compresión del pneumogástrico en el cuello y la compresión de los globos oculares, también sin resultado. Y entonces decidí administrar una inyección de ouabaina, teniendo presente que algunos autores como Vázquez y Lutembach, Donzelot, Fränkel y Volhard, Hart habían publicado casos en los que por este medio habían hecho cesar ataques de taquicardia análogos. Le puse inmediatamente una inyección intravenosa de un cuarto de miligramo de ouabaina Nativelle. Lo hice realmente no sin cierto temor, porque este medicamento, que actúa intensamente sobre la tonicidad del corazón, iba á producir acaso un fenómeno brusco, en un enfermo del que no tenía más conocimiento que aquel momentáneo, si bien el diagnóstico gracias á la electrocardiografía era de toda exactitud.

Un minuto después de puesta la inyección, cesaba bruscamente el acceso, y el enfermo retornaba á un estado completamente normal, no apareciendo aquel estado de decaimiento en que según relataba el enfermo, quedaba postrado siempre después de sus ataques de taquicardia. Le obtuve entonces un segundo electrocardiograma en el que podía comprobarse la reaparición de un ritmo cardíaco normal á 70 por minuto, con las ondas auricular *P*, y ventriculares *R* y *T*, en sus relaciones normales, indicando un retorno del origen de la contracción cardíaca al nódulo sinusal.

Cierto es, y ya me he adelantado á indicarlo anteriormente, que los accesos de taquicardia paroxística cesan muchas veces espontáneamente, pero los casos presentados me parecen bastante demostrativos de la acción beneficiosa que en tales compromisos puede proporcionar la ouabaina. En efecto, en uno de ellos se trataba de una asistolia aguda, que iba progresando y que llegó á poner en grave peligro la vida del enfermo y que desde que le administramos una inyección de este medicamento quedó curado: tenemos casi el derecho de pensar que le salvamos de aquel trance, puesto que ninguna otra cosa lo había mejorado. En el segundo de los casos, hay que tener presente que había tenido siempre accesos que duraban de seis á ocho horas, que terminaban con gran cantidad de molestias y dejándole en un estado de depresión que hacían siempre necesaria la administración de tónicos cardíacos, y en este individuo inmediatamente de la inyección de ouabaina hecha hora y media después de comenzado el ataque, no sólo cesó el acceso, sino que quedó en una situación completamente normal.

#### Conclusiones.

- 1.<sup>a</sup> Existen casos de taquicardia paroxística leves que cesan espontáneamente y casos de taquicardia paroxística graves, por la cual el enfermo puede morir.
- 2.<sup>a</sup> Para los casos leves, las terapéuticas anodinas á que nos hemos referido, se deben emplear y á veces bastan.
- 3.<sup>a</sup> En los caso graves, debemos intervenir activamente, tonificando al corazón para impedir que llegue



á la asistolia. La digital no da ordinariamente en estos casos ningún resultado. Como lo esencial es tonificar rápidamente al corazón, el medicamento á emplear en tales casos ha de ser la ouabaina.

4.<sup>a</sup> En uno de nuestros casos, á semejanza de otros experimentados por algunos autores, la ouabaina ha hecho cesar indudablemente el acceso de taquicardia.

(Publicado en los Archivos de Hematología y Cardiología.)

#### Bibliografía.

- 1.<sup>o</sup> E. DONZELOT: *Les tachycardies paroxystiques*. Tesis de París, 1916.
- 2.<sup>o</sup> VÁQUEZ Y LUTEMBACHER: «L'Ouabaïne d'Arnaud». *Arch. des mal. du coeur*, 1917, pág. 461.
- 3.<sup>o</sup> S. HART: *Abnormalities of myocardial function*. New York, 1917.
- 4.<sup>o</sup> E. HUME: «Observations on six cases of paroxysmal tachycardy». *Quarterly Journal of Medicine*. Enero, 1918.
- 5.<sup>o</sup> VÁQUEZ Y LUTEMBACHER: «Ouabaïne et digitale; en thérapeutique cardiaque». *Paris médical*, Mayo, 1918.
- 6.<sup>o</sup> T. LEWIS: *The mechanism and graphic registration of the heart beat*. Loddres, 1920.
- 7.<sup>o</sup> L. GALLAVARDIN: «Tachycardie paroxistique ventriculaire». *Arch. des mal. du coeur*, Marzo, 1920.
- 8.<sup>o</sup> E. DONZELOT: «Traitement de l'arythmie extrasystolique et de la tachycardie paroxystique». *La Medicine*. Mayo, 1920.
- 9.<sup>o</sup> L. GALLAVARDIN: «Arret d'un accès de tachycardie paroxystique par la compression oculaire». *Le Journal de Medecine de Lyon*. 5 Diciembre, 1920.
10. W. AUBE: *L'Ouabaïne, son usage en thérapeutique cardiaque*. Montpellier, 1921.
11. H. VÁQUEZ: *Maladies du coeur*. París, 1921.
12. S. BONNAMOUR: «L'Ouabaïne». *Journal de Medecine de Lyon*. 5 Febrero, 1921.
13. M. TIFFENAU: «Sur l'astabilité de l'Ouabaïne Arnaud». *Bull. de l'Acad. de Medecine*. 8 Febrero, 1921.
14. RICHARD: *Quelques remarques au sujet des caractères différentiels de la strophantine et de l'Ouabaïne*. *Academie de Medecine*. 11 Abril, 1921.
15. J. YACOEI: «Classification des tachycardies paroxystiques». *Arch. des mal. du coeur*. Julio, 1921.
16. VÁQUEZ, LIAN, HEITZ, LECOTE. *Appareil circulatoire*. París, 1922.

### De las estrecheces pélvicas más comunes en la clínica y su tratamiento <sup>(1)</sup>

MEMORIA ORIGINAL

DE

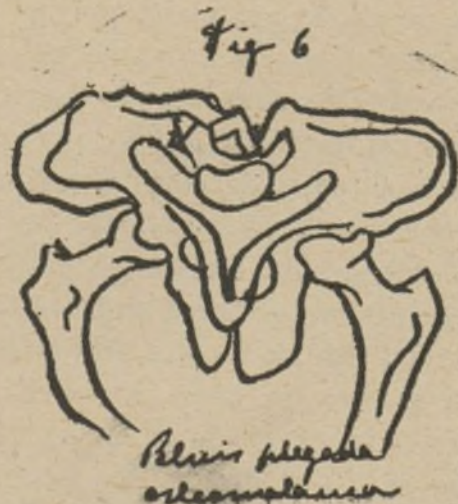
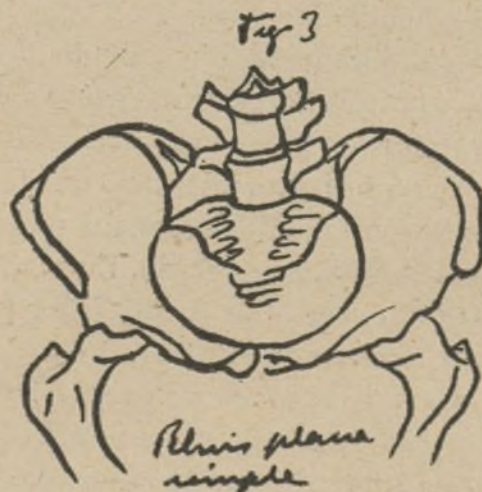
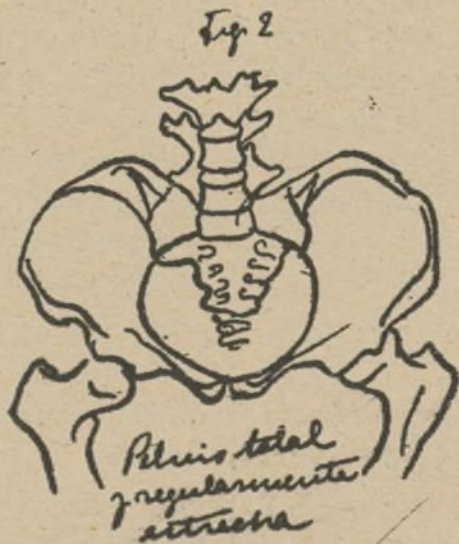
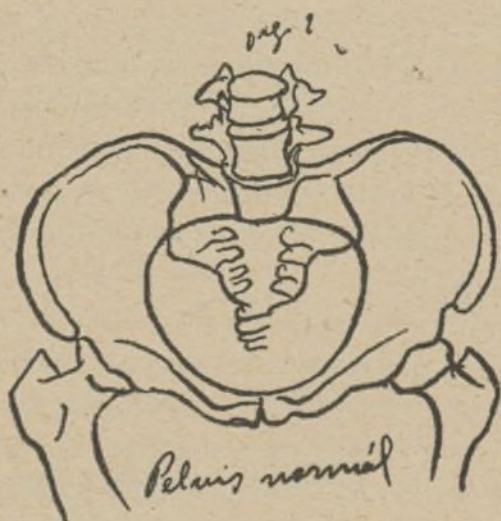
IGNACIO PEDRIANI

Que fué calificada con la nota de sobresaliente el día 24 de Junio de 1922.

En la lámina I pueden verse las características de cada uno de los grupos.

(1) Véase el número anterior.

#### LÁMINA I





No todas estas clases de pelvis se presentan con igual frecuencia en la clínica, sino que, por el contrario, mientras hay unas que son muy frecuentes, en cambio hay otras que son rarísimas (por lo menos en nuestro país), tanto, que se pueden ver cientos y cientos de pelvis sin encontrar ninguna de aquella variedad. Tal ocurre con la pelvis osteomalácica.

Así, pues, según todos los autores, las deformidades pélvicas más comunes son la plana y la raquítica, la primera quizás más que la segunda, aunque es difícil precisar este concepto, pues ya veremos más adelante qué difícil es también la división entre la pelvis plana y la raquítica.

Por nuestra parte podemos decir, que en los 104 casos observados en la clínica hemos encontrado el 47 por 100 de pelvis normales, admitiendo como tales aquéllas cuyo C. D. no era menor de 11 centímetros, conforme á lo mismo que admite el Dr. Mañueco, de Madrid, según el trabajo que presentó en el II Congreso de Obstetricia y Ginecología, y que tituló «Datos de pelvimétrica en España». El resto de las pelvis todas son estrechas, aunque la mayoría en un grado pequeño, pues de las 59 pelvis estrechas, 29 son de un C. D. de 10  $\frac{1}{2}$  centímetros, lo que supone, quitando solamente centímetro y medio, como hace el Dr. Mañueco, un conjugado verdadero de 9 centímetros.

Como se ve, nuestra estadística resulta algo más crecida, en cuanto á lo que á estrecheces pélvicas se refiere, pues la mayoría de los autores dan cifras menores: Recasens da 15 por 100; la señorita Furundarena, un 20 por 100; Mañueco, un 11 por 100, y Bumm, un 15 á un 20 por 100, pero este aumento del número de estrecheces es debido, parte, á que las mujeres observadas lo han sido en una clínica, en la cual el ingreso iba precedido de una consulta, en donde á la que tenía una estrechez se le aconsejaba el ingreso, dejando á las otras en libertad de hacer lo que fuera más de su agrado, y también, porque el ingreso de muchas de ellas era debido á haber tenido anteriormente un parto distócico que les hacía temer el actual, y por eso se decidían á ingresar, y, además, que el material de mujeres con que operamos eran casi todas de aquí del Sur, que como se sabe son más bien de talla más pequeña que las de otras regiones, y así se da el caso de encontrarnos con pelvis uniformemente estrechadas, que no sabemos si admitir como tales, ó como normales, toda vez que se dan en mujeres muy pequeñas y que paren hijos también más pequeños que lo que se ha convenido en llamar normal, y digo «se ha convenido», porque estoy de acuerdo con Mañueco en creer que los niños españoles son menores que los de otros países, sobre todo que los alemanes, ingleses y americanos.

También marchamos de acuerdo con el Dr. Mañueco, en las clases de pelvis que son más frecuentes, ó sea, en que las pelvis que uno generalmente encuentra son: la regular y uniformemente estrecha, la plana simple y raquítica y plana uniformemente estrecha.

El Dr. Mañueco cita además dos clases de pelvis

que yo no he encontrado, que son la varonil y la oblicua.

### CAPÍTULO III

De lo que dejamos dicho se deduce que casi todas estas pelvis entran dentro de un solo grupo de nuestra clasificación, ó sea del que dice, «Pelvis cuyos diámetros más variados son los anteroposteriores». La única clase que no es de este grupo es la «regular y uniformemente disminuida», pero esa para los efectos del parto podemos también englobarla en él.

Hablaremos primero de la pelvis uniformemente estrechada.

Esta pelvis, que es perfectamente admitida, es, como su nombre indica, una pelvis proporcionada pero cuyos diámetros son todos menores que lo normal.

Hay una particularidad, y es que esta pelvis no se encuentra en individuos de gran talla, los cuales ó tienen una pelvis grande y amplia y normal, ó si no, tienen otro defecto cualquiera, pero nunca una pelvis de esta clase; por otro lado, tampoco la encontramos en los individuos raquítics, los cuales tienen la pelvis raquítica, caracterizada por sus torceduras y asimetrías, es decir, que esta pelvis solamente la encontramos en sujetos pequeños y al parecer normales; cabe, pues, preguntarse aquí: ¿siendo estos sujetos de menor talla que otros, habremos de exigirle que para que su pelvis sea normal tenga el mismo tamaño que las de otros? O tal vez al exigirle esta normalidad, ¿no les exigiremos una anormalidad con respecto á su propia proporción?

Respuesta es esta que no nos atrevemos á contestar y que dejamos pendiente, para que cada cual se la dé á sí mismo con respecto á su criterio.

Nosotros, por nuestra parte, sólo hemos encontrado cinco.

Dejando ya por terminada la pelvis anterior, pasemos á la más importante de las variedades, ó sea, á la pelvis plana simple.

Esta variedad es la más común de todas, pues de las 58 pelvis estrechas que hemos visto, 38 de ellas pertenecen á esta variedad.

La lámina II es una preciosa fotografía del dibujo hecho por nosotros y sacado de la colección de Willians. En el número 1.º y 3.º de la misma lámina se indican las dimensiones de sus diámetros transversales y anteroposteriores.

Tanto este dibujo como los que siguen, están hechos á una misma proporción, á fin de poderse dar cuenta, á simple vista, de las dimensiones de cada clase de pelvis.

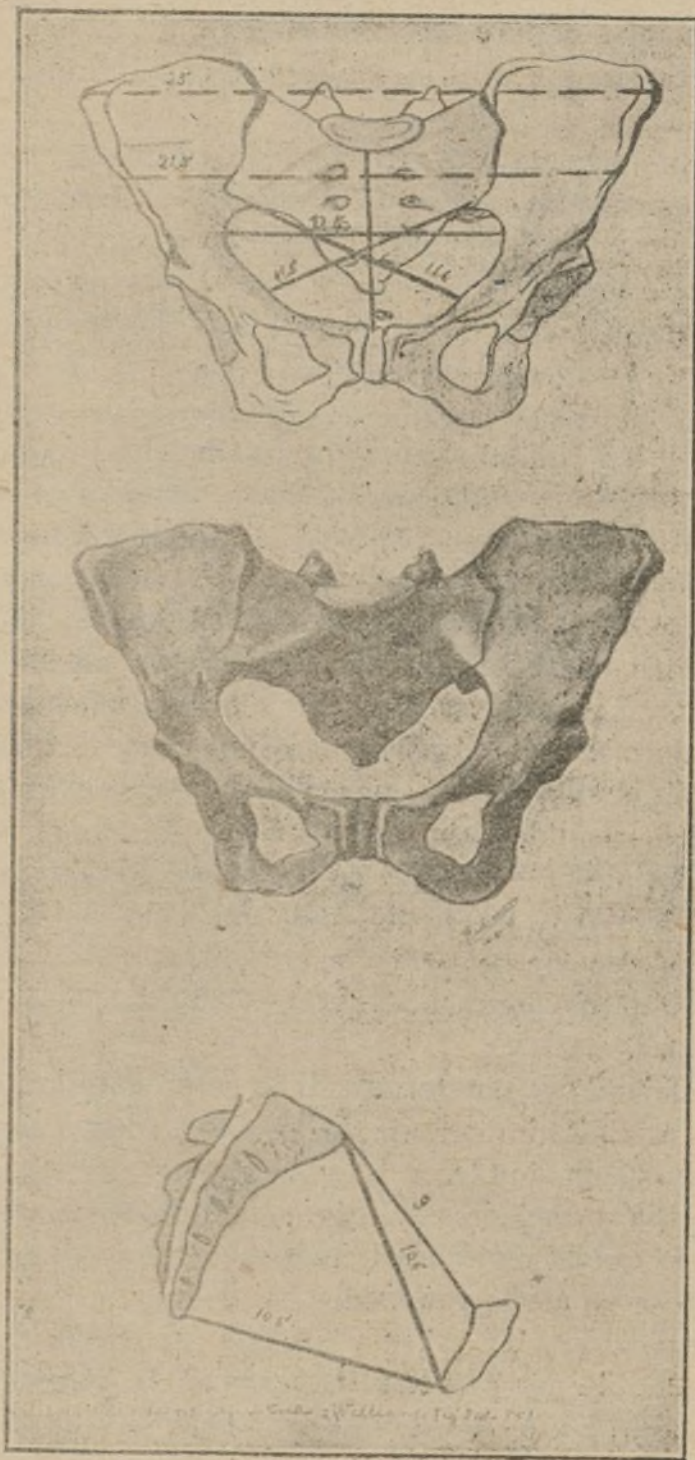
Por mucho tiempo se creyó que toda pelvis plana era raquítica; así Dionis y Puzos, que fueron los primeros en describirla, lo hacían, considerándola como modificaciones debidas al raquitismo, y Betschler fué el primero en diferenciarla de la raquítica. Michaelis, por medio de numerosas mediciones, demostró que la pelvis plana simple es la más frecuente de todas.

Sin embargo, problema muy difícil es el deslindar la pelvis plana simple de la raquítica, pues en lo que más nos podemos fundar para ello, es en que faltan



signos de raquitismo en lo restante del sistema óseo, y como por otra parte nadie conoce las causas que producen la pelvis plana, nadie podría negar rotundamente que no fuera esta pelvis debida á un ligerísimo grado de raquitismo; pero, sin embargo, puede decirse con bastante seguridad, que la pelvis plana constituye una

LÁMINA II



clase aparte de la raquílica; por lo menos, nosotros así lo creemos.

La pelvis plana á primera vista parece normal, es decir, que los diámetros externos suelen ser normales incluso el diámetro de Boudelocque, pero cuando llegamos á medir el conjugado diagonal, nos encontramos con que está disminuído (esto se ve muy claramente si observamos las medidas en el cuadro general).

Los huesos de esta pelvis suelen ser normales, tanto en dimensiones como en forma y peso. Es decir, que cada hueso del anillo aislado es un hueso normal; pero al reunirse para constituir la pelvis lo hacen de un modo defectuoso.

Así resulta que el sacro se encuentra profundamente encajado entre los dos ilíacos. Este encaja-

miento se hace paralelo; esto es, que lo mismo es por su parte superior que por la inferior, á diferencia de lo que ocurre en la raquílica, que es más bien un movimiento de báscula.

Para mayor claridad podemos fijarnos en la lámina III, 1 y 2.

Este encajamiento del sacro da por resultado que todos los diámetros anteroposteriores están disminuídos.

En cuanto á la etiología de la pelvis plana simple, no estamos muy ciertos de cuál será, pues se han alegado varias causas como productoras de ella, pero no se ha podido comprobar seguramente que sea debido á ella. Entre éstas podemos citar las siguientes: Algunas mujeres cuando, pequeñas todavía, son sometidas á trabajos fuertes y cuando los huesos no son suficientemente recios, las circunstancias las obligan á llevar grandes cargas, y estos huesos, que eran suficientes para llevar el peso del cuerpo, no lo son para llevar la sobrecarga, y de aquí que sufran deformaciones que dan lugar á la pelvis plana.

Siendo esto algo semejante á lo que ocurre en las pelvis raquílicas, en las cuales los huesos se deforman por el solo peso del cuerpo, y, por lo tanto, siendo casi las mismas las causas productoras de ambas clases de pelvis, se comprende fácilmente la dificultad de diferenciar unas de otras.

En favor de la opinión que damos anteriormente, dice con mucha razón el Dr. Recasens que, según sus datos, en las provincias vascas hay más frecuencia de pelvis planas, y que precisamente allí se carga más que en otras provincias á las niñas pequeñas.

Sucede también algunas veces en las pelvis planas, que cuando comienzan á influenciar las causas que la producen, no están todavía soldadas la primera y segunda vértebra sacras, y entonces éstas se colocan formando un ángulo y dan lugar á lo que se llama falso promontorio, esto es, el que la segunda vértebra sobresalga más que la primera, y debemos de tenerlo siempre en cuenta al efectuar las mediciones del conjugado diagonal, pues aunque realmente este diámetro es el que va desde el pubis al promontorio, desde el punto de vista práctico, lo que nos interesa saber es la distancia mínima del pubis al sacro.

Estas pelvis casi todas presentan grados ligeros de estrechez, no pasando el conjugado verdadero de  $9\frac{1}{2}$  á  $8\frac{1}{2}$  centímetros, punto con el que vienen de acuerdo los datos tomados por nosotros.

La pelvis plana raquílica es mucho más conocida que la anterior, suele presentarse en un 15 ó 20 por 100.

Dionis fué el primero que hizo notar la frecuencia con que se encuentran pelvis estrechas en las raquílicas. Puzos describió sus formas y modificaciones por el peso del cuerpo, y Smellie y Stein el joven, también fueron de los primeros en hablar de ellas.

Las principales modificaciones observadas en las pelvis raquílicas, son debidas á los cambios de forma que experimentan los huesos reblandecidos por las presiones ejercidas por los otros y por el peso del cuerpo.

Siendo el raquitismo una enfermedad que recae



principalmente en el sistema óseo, creo que debemos ocuparnos primero de los rasgos principales del raquitismo y luego hablaremos de las pelvis raquíticas.

El raquitismo, como sabemos, es una enfermedad

de los primeros años de la vida y cuyas lesiones principales recaen en los huesos y tejido cartilaginoso. Hay una proliferación exagerada de las células cartilaginosas, que toman una disposición irregular, y los va-

LÁMINA III



Fig. 1

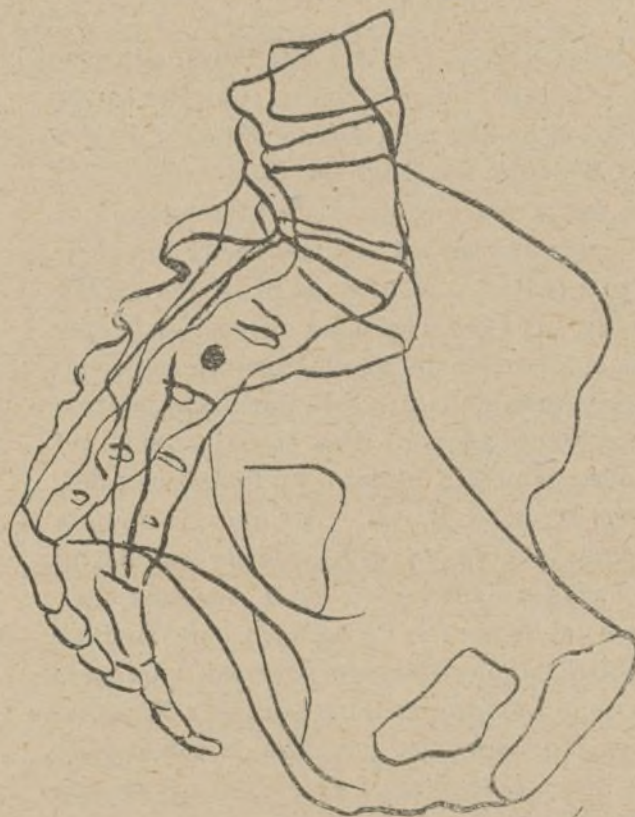


Fig. 2



los adquieren una dilatación extraordinaria, lo que le da al tejido un aspecto esponjoso. Estas variaciones tienen lugar a nivel de las epífisis y también a nivel de las capas cartilaginosas que recubren los nódulos óseos ó puntos de osificación, que se irían osificando poco a poco hasta convertirse en hueso, pero que por causa del raquitismo permanecen estacionados en cartílagos hasta edad más avanzada.

(Se continuará.)

### La educación intelectual y profesional de los anormales del aparato locomotor

CONFERENCIA DADA EN LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA EL DÍA 29 DE ABRIL DE 1922

POR

D. JOAQUÍN DECREF

Académico de número.

En un centro educativo de anormales mentales me crearon, por fin, una cátedra de Biomecánica y Kinesiterapia para instruir médicos y maestros; poco me importaba el nombre, se me daba reconociendo mi interés por aquella idea y yo la acepté creyendo ver casi logradas mis aspiraciones, cuando cambió el Ministerio, cosa que se repitió dos veces más en el espacio de tres meses. Cada ministro que llegaba nos hacía modificar nuestros planes a todos los profesores, dándonos alguna idea nueva que ponía claramente de manifiesto el afán de hacer algo nuevo sin conocer una

(1) Véase el número anterior.

palabra del asunto, pero jamás nos daban material necesario, y un día que uno de los jefes de aquel ministerio lanzó un reclamo en los periódicos sobre la regeneración moral que había de emplear en su departamento y aludió a nuestra nueva creación, sin atender a súplicas y razonamientos de mis compañeros, me lié la manta a la cabeza, presenté mi renuncia del cargo con una carta donde decía cuatro verdades a aquel farsante y me marché a mi casa, perdiendo de nuevo la esperanza a la vez que los medios que creía tener para realizar mi obra. ¿Cómo era posible hacer nada sin material? Yo no tenía por qué contribuir al despilfarro de mi patria con unas cuantas pesetas más y sin hacer nada útil, como luego se ha hecho, creando cátedras para regalarlas a los paniaguados que cobran pero no enseñan, porque no son estas enseñanzas para darlas, cuando se dan, que también se da el caso de que se cobren y no se den, con una mesa y un vaso de agua con azucarillo, y aquí estoy con mi conciencia tranquila de haber dado al Estado siempre muchísimo más de lo que él a mí me dió.

Era mi objeto también, educar para enfermeros de estos centros maestros y maestras normales, porque siempre pensé en que serían unos excelentes auxiliares, dado el profundo conocimiento que sus estudios y su práctica les debía dar de la psicología del niño, y ya que habían de cultivar con nosotros su inteligencia mientras nos ayudaban a curar sus padecimientos simultáneamente.

Voy a terminar leyendo lo más interesante de mi comunicación al Congreso de la Asociación para el progreso de las Ciencias celebrado en Sevilla en Mayo de 1917 donde desarrollé todo el programa de lo que pensaba hacer. Por cierto que en aquella sesión tuvimos el honor de que nos presidiera el tan ilustre cuanto desgraciado hombre público D. Eduardo Dato, que al terminar me felicitó con efusión



ofreciéndome su apoyo para cuando estuviera en el poder, pero cuando esto ocurrió, sabéis que fué vilmente asesinado y con su muerte perdí una vez más las esperanzas de llevar á feliz término mi humanitaria idea. He aquí ahora mi plan.

### Moción presentada al Congreso del Progreso de las Ciencias.

Un ilustre cordobés á quien por sus bondades, aún más que por sus otras admirables dotes, todos recordamos con admiración y respeto, el Sr. Barroso, siendo ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, firmó la Real orden de 22 de Enero de 1910, por la cual se atendía á la educación de la infancia mentalmente anormal. Poco después (Febrero de 1910) presentaba yo á la Real Academia de Medicina de Madrid una Memoria titulada *Protección á los anormales de aparato locomotor*, lamentándome de que los consejeros técnicos de aquel ilustre y buen andaluz no le llamaran la atención sobre tan interesante asunto. Este trabajo, leído por otro insigne cordobés, también ministro de Instrucción Pública y Bellas Artes, D. Julio Burell, hizo que me llamara para honrarme nombrándome en compañía de los ilustres Dr. D. Enrique Fernández Sanz y profesor D. Anselmo González, organizadores del Seminario Pedagógico para médicos y maestros de la infancia mentalmente anormal, y que á la vez me encargara de la Cátedra de Biomecánica y Kinesiterapia y desarrollara la idea á cuya propaganda vengo dedicando tantos años, que á él le parecía excelente, por crearla de gran utilidad práctica y muy humanitaria.

La acción social que para defensa de la humanidad contra la tuberculosis se viene desarrollando en España, se ha limitado hasta ahora á la tuberculosis pulmonar, pero no se ha iniciado siquiera para los tuberculosos de otros órganos, á pesar de su gran número y merecer, por lo menos, tanta atención como los otros.

Existe una clase de tuberculosos que lo son por las llamadas tuberculosis quirúrgicas, cuyas lesiones óseas y articulares, tórpidas y aniquilantes, tienen hoy su principal remedio en la cirugía conservadora y los medios físicos, con un éxito extraordinario, pero que no se logra más que á fuerza de tiempo.

Sus pequeñas operaciones requieren ambiente apropiado, paciencia y habilidad. Estos desgraciados seres pasan los días de su niñez, y muchos los de su juventud, en asilos y hospitales ó asistiendo á los ambulatorios, sin que preocupe para nada su educación. Quizá alguno logó ó curar su gran lesión del todo ó le quedó la inutilidad de un miembro como mal menor; pero cuando, sus llagas suprimidas, se encuentra en condiciones de entrar en la corriente de la vida, se ve sorprendido por una inferioridad, no sólo por falta de cultura intelectual, sino hasta profesional, y que siendo un hombre útil ó medio útil, es una carga para su familia, que no tiene más bienes para poder vivir que el concurso del trabajo de todos los miembros que la componen. Aquel pobre cojo ó manco, hecho un hombre, entretenido por su enfermedad y mimado por su madre, llegó hasta esa triste situación; quizá esa necesitada familia, obligada por las circunstancias, lo arroje á la calle, para que, sacando partido de su desgracia, inspire lástima al transeunte y pueda explotar la mendicidad, y si su dignidad de hombre no se doblega á esa triste inclinación, elegirá un oficio que podrá ser la mayor parte de las veces ó un obstáculo para que su curación sea lo completa que debe ser, ó motivo que acorte su vida, sin sospecharlo.

En otras naciones, esto ha constituido una preocupación y se han creado centros, como los *Kruppelfürsorge* de los alemanes, en donde se remedia esta injusticia social.

Yo he de crear la enseñanza, para médicos y maestros, de lo que hace falta saber y tener para llenar esa deficiencia y cumplir ese deber, para lo cual necesitaremos contar con un asilo y un ambulatorio en los cuales á esos desgraciados, no sólo se los atienda en la cultura de la inteligencia, sino en una instrucción profesional, al propio tiempo que se cuide su enfermedad.

En estos centros se crearán clases donde puedan aprender á leer y escribir con una ligera educación primaria, y al propio tiempo se crearán talleres en los cuales podrán aprender asimismo un oficio racional y científicamente elegido, que no pueda perjudicar á su salud ni aumentar su imposibilidad física.

En estos talleres serán también atendidos todos aquellos obreros que por un accidente hubieran quedado inútiles para el trabajo y que ó con tratamientos especiales, colocación de prótesis ó reeducación de movimientos, pueden colocarse en condiciones, si es posible, de volver á ejercer el oficio que tuvieron ó aprender otro que permita no poner en peligro el sostén de su familia.

Este ha sido el fundamento de los *Kriegsinvalidenfürsorge* en Alemania y sus similares en Francia é Inglaterra, cuyos principales progresos nos están hoy vedados, por el secreto que ambos bandos guardan, y de ahí deben salir los nuestros igualmente para que á los desgraciados que se vean en esa triste situación por haber defendido á la Patria, el Estado les proporcione medios decorosos con que ganarse la vida y ser útiles á su familia y á la sociedad de donde los arrancó.

Yo ostento con orgullo la única recompensa de este género que tengo, no por otra cosa sino porque me recuerda que de los soldados heridos ó enfermos inútiles, que repatriaron de Ultramar, á más de cuarenta los restituí á la normalidad para ejercer un cargo ó un oficio. De éstos, muchos de ellos los enviaba con un certificado y una carta de recomendación á los alcaldes de los pueblos de donde eran naturales, y tengo la satisfacción de haber logrado que muchos se colocaran, consiguiendo así suprimir un pordiosero y aumentar un ciudadano; todo lo contrario de lo que hacen otras instituciones, que suprimen ciudadanos para aumentar los pordioseros bajo los sagrados nombres de Dios y la caridad, sin que yo crea que esto sea hijo más que de una gran ignorancia en lo que los hacen y en los que lo alaban.

Pero lo más original de esta institución ha de ser lo siguiente:

La industria de aparatista de ortopedia en España se encuentra siempre en manos de gente ignorante y presuntuosa y, salvo muy raras excepciones, sin conciencia, que no se da cuenta de la misión social que tienen, cosa que ocurre á la mayoría de los auxiliares del médico y el farmacéutico, que explotan el dolor, tanto del rico como del pobre.

Tienen mucha culpa de que esto suceda los mismos médicos, pues no estudian, por lo general, tan importantes elementos terapéuticos, y se entregan á la iniciativa de esa gente, sin calcular que el desconocimiento de las lesiones que se abandonan á sus cuidados puede determinar graves consecuencias, de las cuales, ya que no se les exija responsabilidad material, debiera preocuparles la gran responsabilidad moral en que incurrían.

Para prevenir este gran mal, y con objeto de surtir á los hospitales, y muy especialmente al clínico de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, donde yo presto servicios, y que por estar dedicado á la enseñanza es de doble utilidad, he pensado que estos talleres sean de ortopedia. Para esta industria se necesitan mecánicos buenos, carpinteros, guarnicioneros, zapateros, ebanistas, pintores,



etcétera, para dar oficio á hombres; costureras, corseteras, ribeteadoras, etc., para dar oficio á las mujeres. Los que la clase de su lesión lo permita, podrán ser útiles para enfermeros y enfermeras, amasadores, monitores de kinesiología, electroterapia é hidroterapia.

Estos oficios, aplicados á las necesidades de otros desgraciados, harán que los que los desempeñan, que á su tiempo sufrieron la misma desdicha, y gracias á la ciencia y á la caridad se salvaron, sientan nacer en ellos el sentimiento del deber, tan difícil de despertar en los auxiliares del médico, estimulándoseles el amor al prójimo y contribuyendo todo esto al mejor cumplimiento de su cometido.

Los enfermos pobres de las consultas públicas y los de los hospitales podrán ser enviados á ese centro oficial para que se les construyan muletas, aparatos ortopédicos de todas clases, sillas, camas, camillas y coches especiales, etcétera, y al propio tiempo los médicos en general podrán construir modelos nuevos, que hagan progresar este arte auxiliar, por sólo el coste de los materiales y entenderse con personas peritas en sus consultas.

Los que no sean enviados por los establecimientos de referencia y sean pobres, podrán adquirir en dicho centro esos beneficiosos medios por el precio del coste, y los ricos, con la garantía de que aquello es una cosa seria dirigida por profesionales honorables, que además estudian los mejores medios para llenar esa imprescindible necesidad, allí acudirán también para, en vez de que los exploten, encontrar remedio á sus males honrada y científicamente, y sabiendo que su dinero remunera á desgraciados necesitados en vez de enriquecer á comerciantes sin escrúpulo, y el Estado pueda llegar á ejecutar una gran obra social sin que le cueste el dinero.

Una vez logrado el desarrollo de semejante idea, el Estado cuidará de que los que quieran dedicarse á esa industria, que al fin y al cabo es un medio terapéutico que necesita conocimientos especiales, demuestren que los tienen y se persiga á los que la ejerzan y no los poseen ó á aquellos que, teniéndolos, los empleen mal. Para todo esto existirán en estos asilos ó ambulatorios consultas públicas, donde podrán obtener consejos sobre las materias que serán objeto de un especial estudio, tan importante sobre todo en España, donde la mendicidad es tan tolerada, que aun en la época actual, y en medio de un ambiente regenerador para impedir la, existe la convicción de que se debe autorizarla á los que sufren lesiones como las que llevamos expuestas.

Otra misión no menos interesante pudiera desempeñar este centro.

La educación física de nuestra juventud está iniciada actualmente con gran empuje hacia los deportes. Estos tienen la ventaja indudable de educarla en una disciplina social que era muy necesaria á nuestras costumbres, relajadas por las corridas de toros, sin contar con el beneficio que reportan al desarrollo corporal.

Pero aunque exista una convenida, no obligatoria, disposición para juzgar á qué edad son convenientes ciertos juegos, es necesario que esto se dilucide bien si no queremos convertir en perjudiciales cosas que bien utilizadas son indudablemente beneficiosas. Así pues, convendrá saber en cada individuo si el desarrollo de su aparato locomotor está en consonancia con su edad; si posee su economía alguna alteración latente ó manifiesta que pueda convertir lo que se cree higiénico y saludable en causa de grandes é irremediables males, y si los entrenamientos, educación y condiciones en que se juega son los que pueden ó no soportar ciertos organismos.

En la actualidad no existen centros donde un padre ó un

maestro satisfaga estas dudas, que tan importantes son para prevenir graves males y para dirigir de la mejor manera posible la educación física de los jóvenes, con objeto de sacar el mayor y mejor partido posible. Esto es lo que en otros países se denomina *Laboratorios de deportes*, y cuyos estudios no sólo facilitan y mejoran el desarrollo de la raza, sino que sus observaciones aclaran la patogenia de una porción de lesiones que constituyen la patología de los deportistas, traduciéndose luego en medidas preventivas y terapéuticas de exacta aplicación, y hasta modificando el régimen de ciertos deportes para perfeccionarlos. Parte de esta obra, que parece un sueño, es ya una realidad en España.

No sé si mi propaganda habrá influido en la creación de que voy á hablar; pero si no lo ha hecho, mi satisfacción es tan grande como si lo fuera, porque veo realizada una idea por la que lucho hace muchos años.

La Excm. Diputación Provincial de Vizcaya, reunida el 12 de Enero de 1912, tomó en consideración una moción presentada por el diputado D. Indalecio Prieto Tuero, en la que se proponía fuese construido en Vizcaya un edificio destinado á escuelas y talleres para lisiados y tullidos.

Se nombró después una Comisión, algunos de sus vocales hicieron un viaje por el extranjero con objeto de estudiar estos asuntos; dos años después presentaban los ilustres D. Felipe Llano, D. Enrique Ariza y D. Manuel Salaverry una detallada Memoria, y muy pronto se inaugurará un magnífico edificio en Bilbao para escuelas y talleres con tal objeto.

Yo ruego á todos los hombres honrados que me ayuden en esta propaganda y que contribuyan á mi idea, con objeto de que el Estado tenga un centro donde maestros y médicos se eduquen para esta gran obra.

Los ministros de Instrucción Pública y Gobernación, de aquí en adelante, serán los que han de decir si esta humanitaria institución ha de quedar en la jaula de las cotorras nacionales ó ha de salir creada del pensamiento y actividad de los buenos ciudadanos, no olvidando que la obra del Estado ha de ser al mismo tiempo centro pedagógico con tal objeto, de donde salga un personal instruido y que haga útiles los sacrificios.

He dicho.

### Observaciones sobre un caso de glomerulonefritis difusa <sup>(1)</sup>

POR EL

DR. ANTONIO M. VALLEJO DE SIMÓN

(Profesor Clínico de la Facultad de Medicina.)

Había además, alteraciones vasculares comprobadas por el estudio de la arteria ilíaca externa. Lesiones idénticas y más intensas aún se ven en otros casos en que no hay edemas, pero aunque así sea en este caso existen claras lesiones vasculares. Indirectamente puede suponerse que existen alteraciones vasculares en el peritoneo, pues el líquido contenido en esta cavidad da claramente la reacción de Rivalta, lo cual revela inflamación y por tanto alteraciones en los vasos con vasodilatación y exudación. La escuela alemana (Rosensstein) supone que siempre existen reacciones inflamatorias de los vasos de la piel y tejidos intersticiales, y aun que la reacción de Rivalta, la cantidad de albúmina y

(1) Véase el número anterior.



el estudio histológico del líquido edema nada revelan á favor de inflamaciones, no la negamos, máxime cuanto que en el peritoneo parece existir siendo la misma causa la de la ascitis y la del edema.

La tensión arterial era alta, y aunque parezca paradójico, había de favorecer la producción del edema.

También había lesión renal por lo cual se hacía imposible la eliminación normal de los líquidos.

Antes del comienzo de la afección renal subaguda el metabolismo del agua se realizaba bien, no había edemas. Había, sí, una lesión renal crónica y una hipertensión, pero estaba todo perfectamente compensado y era poco intenso.

Vino la lesión renal, se alteraron intensamente sus glomérulos y como consecuencia se presenta una disminución en la cantidad de orina. Este es el hecho fundamental. Esta oliguria no es debida á que el líquido sea atraído hacia el tejido intersticial, pues nada hay que así nos lo haga suponer como hemos visto, sino que parece lógico suponer que es el primer resultado de la impermeabilidad renal. El agua filtra á través del glomérulo; por tanto, al encontrarse éste lesionado y destruido no es posible que á su través pase. Precisa que la lesión glomerular á más de intensa sea extensa, pues si sólo invade un cierto número de estos elementos, los que quedan íntegros suplen á los lesionados, y en ciertos casos (nefritis con hipertensión) se exceden en su función. En este caso la lesión era extensa, puede decirse que estaban alterados casi todos los glomérulos, explicando así perfectamente la gran disminución en la cantidad de orina.

Además, hemos visto había exceso en la ingestión de líquidos que al no poder ser eliminados habían de retenerse y favorecer la rápida producción del edema. Este líquido que no podía ser eliminado por el riñón, se veía en los vasos sometido á una tensión muy alta, y como por el lado del riñón encontraba mayor resistencia que por el resto del aparato vascular, vence la resistencia que normalmente ofrece el endotelio, favorecido por las pequeñas alteraciones vasculares existentes, difundíendose por los intersticios celulares, originando el edema, y pasando al tubo digestivo, determinando diarrea.

Para que se produzca el edema no basta la oliguria, hay muchos casos en los que las eliminaciones de líquidos por distintas vías son escasas y, sin embargo, no se producen edemas. Precisan otros factores que por sí solos pueden también producirlo, aunque no exista lesión renal y entonces la oliguria es secundaria, así sucede en los edemas cardíacos, por compresión, angineuróticos, etc. Pero en los casos de edemas en nefróticos ó nefríticos, siempre hay que considerar como fundamental en su patogenia la lesión renal.

Llama poderosamente la atención en este caso la existencia de una tensión arterial tan sumamente elevada. La hipertensión arterial permanente es indudable que puede ser debida á un trastorno primitivo de los órganos reguladores de la tensión arterial (Vaquez) ó á una arterioesclerosis generalizada ó localizada en ciertos órganos distintos del riñón (Teissier), pero en

la mayoría de los casos es considerada como consecutiva á lesiones difusas renales (Potain, Ambard), generalmente crónicas, pero también subaguda (Volhard, Schlayer).

En nuestro caso lo dominante es el proceso subagudo renal, la glomerulonefritis difusa; ¿puede este proceso determinar una tan alta tensión observada desde el principio y persistiendo, más bien elevándose, á pesar del régimen y de la disminución de los edemas?

Desde luego en la clasificación de Volhard el síntoma que diferencia la glomerulonefritis difusa de la nefrosis y de la nefritis nodular es la hipertensión, por tanto el proceso subagudo existente en nuestro caso había de determinar una hipertensión, ya que de una manera precoz son atacados los vasos renales. Pretendiendo indagar hasta qué punto puede este proceso elevar la tensión, consultamos la obra de Gallavardin sobre tensión arterial, teniendo muy en cuenta la confusión que la escuela francesa ofrece en la clasificación de los procesos renales, que unas veces agrupa todos los procesos agudos, sean ó no hidropígenos, y otras agrupa todos los hidropígenos, sean ó no agudos.

Estudiando este autor el estado de la tensión arterial en las nefritis agudas y subagudas, distingue tres tipos: uno que evoluciona con hipertensión arterial (raro); otro, en el que incluye la mayor parte de estos procesos, que evoluciona sin modificación apreciable de la tensión arterial, dentro del cual se deben incluir todas las nefrosis y nefritis nodulares, y un tercero, el más interesante para nuestro caso, que evoluciona con reacciones hipertensivas que de ordinario aparecen tardíamente, dentro del cual hay que incluir las glomerulonefritis difusas. Afirmar también que un reducido grupo de nefritis agudas evoluciona con modificaciones hipertensivas precoces, tratándose de ordinario de nefritis graves. A estas últimas pertenece, indudablemente, nuestro caso. Cita á continuación los mayores valores observados en la tensión arterial por diversos autores en estos casos de hipertensión precoz, y así dice: que Buttermann cita un caso de nefritis escarlatínica en el que una elevación en la tensión de 50 milímetros de Hg., se produjo en las primeras veinticuatro horas; Janeway vió en una nefritis aguda grave alcanzar en el espacio de una semana la cifra de 165 milímetros de Hg., y en otro caso consecutivo á una amigdalitis alcanzó 190 milímetros de Hg., descendiendo en algunos días á 100 milímetros; Rolleston en 12 casos de 33 nefritis escarlatinosas vió establecerse una hipertensión que no pasó de 150 milímetros de Hg.

Entre los casos que cita Gallavardin en su obra encontramos cinco de glomerulonefritis, en los que á más de hipertensión encontramos un grueso riñón blanco en la autopsia ó bien presentaban en vida la triada fundamental de este proceso (edemas, hematuria, hipertensión). De estos casos dos son de tuberculosis con nefritis, y en ellos la tensión no pasa de 190 miligramos de Hg. Uno es un joven con nefritis aguda, siendo la máxima de 17,5 y la mínima de 10. Otro es



un caso de endocarditis mitroaórtica antigua con glomerulonefritis que evolucionó en un año, no pasando la máxima de 23, y el último es un caso de nefritis subaguda que evolucionó en cinco años, llegando en el último año de su evolución á alcanzar solamente 24 centímetros de Hg la máxima.

En dos casos de glomerulonefritis difusa con comprobación anatomopatológica que hemos podido observar, el máximo valor que llegó á adquirir la tensión fué máxima 18, mínima 11, en uno, y máxima 22, mínima 12 en el otro. En otro caso de esta misma afección, pero sin comprobación anatomopatológica observamos: máxima 22, mínima 13,5. Todos estos eran individuos de más de cuarenta años. En otros casos de individuos más jóvenes, los cuales no incluyo por no tener la prueba anatomopatológica, la tensión máxima no pasa de 16. Sólo en un caso pude observar valores tan altos como en nuestra enferma: máxima 30, mínima 12. Se trataba de un individuo de sesenta y ocho años, con antecedentes alcohólicos y con todo el cuadro de una glomerulonefritis subaguda (edemas, oliguria, albuminuria 3 á 4 gramos, cilindruria y hematuria microscópica), sus orinas eran siempre poco densas (1,010), y después de unos meses de tratamiento presentó una poliuria con poca densidad (1,010 á 1,011) á pesar de persistir el edema bastante acentuado; perdimos de vista al enfermo no sabiendo cómo terminó su proceso. Este caso, dada la edad del enfermo y los antecedentes alcohólicos, creemos debe tratarse de un caso parecido al que comentamos, interpretando, por tanto, su hipertensión de la misma manera que en nuestra enferma.

La tensión arterial en nuestra enferma era: máxima 27, mínima 12 con el oscilómetro de Pachon. Aun descontando de la cifra de su tensión máxima los 30 ó 40 centímetros, que según Marfan y Dorlencourt suele haber de exceso en el Pachon sobre el Riva-Rocci, á fin de que pueda ser comparada con los datos que dejamos apuntados de Buttermann, Janervay y Rolleston que están seguramente obtenidos con los esfigmomanómetros de Potain ó Riva-Rocci, queda una tensión sistólica de 23 ó 24 centímetros, cifra aún sumamente elevada, que al no observarla tan elevada en otros casos semejantes y como este graves, puesto que acarrearón la muerte, nos hace suponer la existencia del algún proceso capaz de coadyuvar á elevar tan considerablemente la tensión y que no se presenta en todos los casos.

La hipertensión es de ordinario producida por procesos crónicos, y entre los procesos crónicos renales capaces de producirla, tenemos la esclerosis benigna simple, tan frecuente y que de ordinario, sobre todo en sus comienzos, es perfectamente tolerada, ó determina escasas molestias durante varios años, llamando únicamente la atención la existencia de una cifra alta en el valor de la tensión cuando por cualquier circunstancia se explora al enfermo. En nuestra enferma, como queda expuesto, entre las diversas lesiones que descubrimos hay algunas que deben atribuirse á esclerosis renal y vascular, benigna si se quiere, pero que es de suponer determinaría una hipertensión más ó menos acentuada. Sobre este proceso vino á añadirse otro que

alterando más aún los vasos renales, originó un mayor aumento en los valores de la tensión arterial, y teniendo la enferma un corazón capaz de responder, pudo pronto alcanzar el elevado valor que vemos tenía su tensión arterial desde el primer día en que pudimos observarla.

Es posible que la mayoría de procesos subagudos renales con gran hipertensión en personas de edad avanzada sean casos complejos de arterioesclerosis ó esclerosis renal, tal vez latente en los que intercurrentemente se presenta una glomerulonefritis.

El estudio anatomopatológico de nuestro caso revela lesiones intensas y generalizadas á todos los elementos del riñón (vasos, glomérulos, tubos, tejido conjuntivo), y á pesar de ello la cantidad de urea en el suero sanguíneo y la constante urosecretora de Ambard eran normales. Esto parece indicar que la urea se eliminaba bien, que las lesiones respetaban los elementos que intervenían en la eliminación de esta sustancia.

Como hemos indicado, existían en este caso dos procesos renales distintos: uno crónico (esclerosis pura benigna), y otro subagudo (glomerulonefritis con participación nefrótica). A pesar de estar ambos reunidos, había buen funcionamiento con relación á la eliminación de urea; ¿cómo comprenderlo? Dos cosas pueden haber sucedido: ó que se eliminara bien á pesar de las lesiones, ó que se formara en pequeña cantidad y entonces pudiera ser bien eliminada.

En el riñón hay dos elementos principalmente: el epitelial ó tubular y el glomerulovascular. Cuando lo que se lesiona es el primero, deben presentarse alteraciones en la eliminación de las distintas sustancias que componen la orina, principalmente de la urea, sin determinar modificaciones en la tensión arterial, á no ser que secundariamente se alteren los vasos y glomérulos. Cuando primitivamente se altera el elemento glomerulovascular se presenta hipertensión (aparte de otros síntomas), viniendo secundariamente las alteraciones epiteliales con su consecuencia la uremia. De aquí que en las nefritis crónicas no hidropígenas haya que admitir clínicamente dos tipos fundamentales distintos: las uremígenas y las hipertensivas, pudiendo reunirse ambas, dando una forma mixta, la más frecuente que describe Castaigne con el nombre de nefritis crónica, hipertensiva y uremígena. En las primeras la uremia es precoz y evolucionan con escaso aumento de la tensión arterial. En las segundas se eleva pronto é intensamente la tensión arterial sin uremia; pero aunque así suceda, al principio no dejan de presentarse más ó menos tarde alteraciones urémicas, á no ser que como ocurre con frecuencia, una hemorragia cerebral, un edema pulmonar, ó un ataque de hipertensión cefalorraquídea acaben con el enfermo. En las nefritis uremígenas é hipertensivas se describen tres períodos: 1.º, de hipertensión simple y plétora en que los enfermos no se quejan casi de nada ó á lo sumo de cefalea, vértigos, zumbidos y algún trastorno visual; se encuentran en ellos tensiones altas de 22 á 25 centímetros con el Riva-Rocci, y las eliminaciones renales son norma-



les, así como la constante de Ambard; 2.º, de hipertensión arterial é hidremia, caracterizado por tendencia á hemorragias, disminución de la viscosidad sanguínea, retardo en la eliminación del agua, hipertensión, empezándose á notar un déficit en las funciones ureoscretoras, presentándose signos de los descritos por Dieulafoy como de pequeño brightismo; 3.º, de estado en que aparece la uremia con todas sus consecuencias, sumándose á la hipertensión.

Quizás la forma hipertensiva pura sea únicamente el 1.º ó 2.º período de la uremigena é hipertensiva de Castaigne, y con el tiempo complete su evolución apareciendo síntomas urémicos.

Nuestra enferma era un caso ó bien de nefritis hipertensiva pura, ó bien de nefritis uremigena ó hipertensiva en uno de los dos primeros períodos descritos. Seguramente se trataría de un caso de estos últimos en el segundo período, porque cuando pudimos ver la enferma encontramos una constante de Ambard algo alta; la urea sanguínea llegaba á alcanzar un valor muy próximo al límite de lo que se considera como normal, y aunque absolutamente no había aumento, relativamente tal vez existió, como luego veremos; el coeficiente esfigmo-viscosimétrico era alto  $\frac{P}{V} = 3$ , aunque el valor de la viscosidad carezca de exactitud por la existencia de edemas, pero, sin embargo, es un dato de presunción para catalogar bien el proceso crónico que padecía la enferma. Era, por tanto, un tipo que no debía de determinar aumento de la urea en la sangre y sí sólo hipertensión.

El proceso subagudo tampoco era capaz de determinar uremia. Es la nefritis hidropígena de Vidal y Ambard, en la cual sólo hay retención hídrica y clorurada. En estas formas, como dice muy bien este último autor, «la eliminación ureica equilibra constantemente la cantidad de urea que llega al riñón». Idénticas comprobaciones han hecho Vidal y Javal, y cuantos de esto se han ocupado. Pero aún hay más: André Weil y Ambard, citan un caso de nefritis hidropígena, en el cual la constante ureoscretora mejoraba cuando aparecían edemas, elevándose cuando con un régimen apropiado se hacían desaparecer. ¿Es que la aparición de edemas favorece la eliminación de urea? No contestaré afirmativamente, pero sí podremos decir que no determina su retención, y en algunos casos mejora la constante de Ambard, como muy bien podría haber sucedido en el que comentamos.

Ni por el proceso crónico ni por el subagudo de nuestra enferma debía de haber aumento en la urea sanguínea; y aunque la nefritis crónica hubiera determinado una ligera retención y un aumento en la constante, la aparición de glomerulonefritis las hubiera vuelto á los límites normales, no debiendo extrañar, por tanto, el no encontrar aumento de urea en el suero sanguíneo, puesto que se eliminaba bien esta sustancia.

Por otro lado, había relativamente poca formación de urea, no porque hubiera alteración en los órganos encargados de la ureogénesis, hígado, sobre todo, sino

porque había escaso aporte de sustancias nitrogenadas. Desde el comienzo de la enfermedad se sometió la enferma á régimen lácteo, con el cual la formación de urea había de ser menor, y por tanto, la urea había de ser menor que lo que hubiese sido de haber seguido sometida á un régimen mixto.

Antes indicábamos que aunque absolutamente la cantidad de urea contenida en el suero era normal, relativamente se podía considerar como aumentada, pues, como queda expuesto, la enferma estaba sometida á régimen lácteo, y á pesar de ello, alcanzaba un valor próximo al máximo que debe considerarse como normal (0,5 gramos por 1.000, para la mayoría de los autores), por tanto, era relativamente excesivo para el régimen á que estaba sometida. Por otro lado, la retención hídrica, como dice muy bien Castaigne, es una causa de error para apreciar la intensidad de una uremia. El aumento del agua disuelve las sustancias retenidas, y, por tanto, la urea, resultando una cantidad de esta sustancia por mil, menor de la que existía antes de iniciarse los edemas. Por esto, nos atrevemos á suponer que el proceso renal crónico de nuestra enferma debe de incluirse, como lo incluimos, en el segundo período de la nefritis crónica, uremigena é hipertensiva, pues debía existir un ligero aumento en la cantidad de urea sanguínea que fué tal vez rebajado por la glomerulonefritis, debido por un lado á la retención hídrica, y por otro, á una parcial eliminación que á veces en estos procesos tiene lugar sin que sea fácil explicar la razón, ya que lejos de mejorar el estado anatómico del riñón, lo empeoran.

El proceso anatomopatológico de este caso es mixto y complejo como lo son la mayoría. Las lesiones atacando sólo los elementos epiteliales, los vasos ó el tejido conjuntivo son raras, pocas veces se presentan puras. Las clasificaciones anatomopatológicas deben basarse en el predominio de las lesiones, y sobre todo en el comienzo, pues es indudable, sobre todo en las crónicas, que aunque en el momento que se estudian las lesiones sean difusas y ataquen todos los elementos del riñón, en su comienzo atacarían preferentemente uno, los vasos, los glomérulos, los tubuli ó el tejido intersticial. Claro que raramente se podrán estudiar las lesiones del comienzo, de aquí que tengamos que recurrir á la clínica y según el predominio de tal ó cual síntoma reponer el elemento primordialmente atacado, cosa hoy día posible por el adelanto que ha alcanzado la fisiología y la fisiopatología renales, comprendiéndose mucho mejor el valor de cada síntoma.

Nos enseña también este caso cómo se mezclan procesos distintos de un mismo órgano, pudiendo dificultar su exacta interpretación. Aquí sobre un proceso crónico se injertó otro agudo, y quien no vió á la enferma sino cuando sus edemas eran intensos, pudo muy bien ser inducido á error y no comprender el exacto valor de sus síntomas si no tuvo en cuenta lo que la autopsia comprobó: la existencia de una esclerosis renal incipiente.

El final de nuestra enferma demuestra también la inutilidad de toda terapéutica que no se dirija á elimi-



nar la causa determinante de la inflamación renal. Se procuró disminuir la cantidad de líquidos ingerida, se procuró aumentar la cantidad de líquidos eliminados por medio de purgantes, se evitó dar todo medicamento que pudiera ejercer la menor acción irritante sobre el riñón, se la sometió a un régimen hipotónico y sólo se consiguió con todo ello disminuir la intensidad de los edemas, pero no curar la lesión renal, pues su causa estaba en el pulmón y era difícilmente atajable por la terapéutica por ser lesiones escleróticas, por tanto irreparables. De aquí que al sobrevenir una agravación en los fenómenos pulmonares (fiebre, expectoración, signos físicos) vino un aumento en las lesiones renales, como consecuencia aumento del edema predominando en el pulmón, y finalmente la muerte.

#### Bibliografía.

Achard: Patogenia del edema, *Jour. Med. Franç.* (edición española), Enero 1914.

Ambard: Physiologie normale et Pathologique des reins, París, 1920.

Castaigne: L'azotémie dans la pratique médicale, sa valeur pronostique au cours des nephrites chroniques uremigenes, *Jour. Med. Franç.*, Juillet, 1921.

—L'hypertension arterielle au cours des nephrites chroniques uremigenes, sa pathogenie, son traitement, *Jour. Med. Franç.* Juillet 1921.

—Les Maladies des Reins, *Le livre du medecin*, París 1918.

Claisse: Bronquitis, en el *Trat. de Med. y Terap.*, de Brouardel y Gilbert, tomo VII, Madrid 1905.

Cushny: La secreción de la orina, Madrid, Calpe, 1920.

Gallavardin: La tension arterielle en Clinique, París 1920.

Iscovesco: Hydrosyntasie e hydrophilie, *Sem. Med.*, 19 Juin 1912.

Janeway: L'étude clinique de la pression sanguine, 1907.

Laffite: Enfermedades del riñón, en el *Trat. de Med.*, de Enriquez, Laffite, etc., tomo II, Salvat, Barcelona.

Lenhartz: Enfermedades de la tráquea y de los bronquios, en el *Trat. de Med. Clínica y Terap.*, de W. Ebstein, tomo I, Espasa, Barcelona.

Marfan: Enfermedades de los bronquios, en el *Trat. de Med.*, de Charcot y Bouchard, tomo IV, Madrid 1893.

Martinet: La hidremia, *Jour. Med. Franç.* (edición española), Enero 1914.

—Clinique et Therapeutique Circulatoires, París 1914.

Rosenstein: Enfermedades del riñón, en el *Trat. de Med. Clínica y Terap.*, de W. Ebstein, tomo III, Espasa, Barcelona.

Schlayer: Sobre la doctrina moderna de las enfermedades médicas del riñón, *Archivos de Med. Cirug. y Espec.*, 13 Mayo 1922.

Simonena: Apuntes de sus explicaciones en cátedra, Chena, Madrid 1922.

Staehelin: Bronquitis y bronquiectasias, en el *Trat. de Med. Int.*, de Mohr Staehelin, tomo V, Madrid, S. Calleja.

Volhard: Enfermedades del riñón, en el *Trat. de Med. Int.*, de Mohr Staehelin, tomo XII, Madrid, S. Calleja.

#### Bibliografía.

CHOCs THERAPEUTIQUES CONTRE CHOCs MORBIDES, por G. Bouché y A. Hustin.—Un volumen de 428 páginas; Masson et Compagnie, editeurs, 1922. Precio, 12 francos.

Esta obra introduce nuevos elementos en el estudio de los fenómenos anafilácticos y de los hechos clínicos que con

ellos tienen un parentesco cercano. Desde el principio hasta el fin, se conserva en este libro un contacto estrecho entre la experiencia, la observación clínica, su interpretación y la práctica terapéutica.

El estudio muy detallado y concienzudo que hacen los autores del choque sérico ligero en el hombre, interesará seguramente a los que gusten de las investigaciones sobre la anafilaxia, a causa de los hechos puestos en evidencia en el hombre, que difieren notablemente de lo que ocurre en los animales de laboratorio y por la explicación del mecanismo fisiológico que tiene lugar para la producción del choque anafiláctico.

Este estudio conduce a algunos resultados capitales: explica entre otras varias cosas:

1.º El mecanismo de los fenómenos del choque, dividido en dos fases: vascular y trófica, de donde el nombre de choque vaso-trófico.

2.º Los fenómenos de anafilaxia local.

3.º La ausencia del fenómeno de Arthus en el hombre en las condiciones observadas, de donde la posibilidad de emplear durante largos períodos, el choque anafiláctico en Terapéutica.

En esta obra, ginecólogos y prácticos leerán con provecho el capítulo de las hemorragias menstruales, provocadas por el choque anafiláctico uterino y las aplicaciones que de ello resultan para el tratamiento de la amenorrea.

Cirujanos, ginecólogos y prácticos, encontrarán aquí orientaciones nuevas sobre el tratamiento de las metrorragias y de los trastornos menstruales; sobre la patogenia y el tratamiento de la epilepsia, de la jaqueca, de la neuralgia del trigémino, sobre la patología y el tratamiento de los fenómenos séricos, histolíticos y alérgicos y de los edemas crónicos postinfecciosos.

Es un libro de un gran fondo experimental y de observación clínica humana; contiene una gran cantidad de datos y de observaciones detalladas, así como de ideas y de aplicaciones prácticas. Por otra parte, es una obra principalmente fruto de trabajo personal, sin que por eso los autores hayan olvidado indicar la bibliografía más importante sobre la cuestión. Por último, acompañan al texto varias figuras y cuadros gráficos. —

E. L. A.

### Periódicos médicos.

#### UROLOGIA

##### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Divertículo vesical congénito.**—El Dr. D. M. LeComte comunica el siguiente caso clínico:

W. H. J., varón de treinta y dos años, blanco, casado, operario de Teléfonos, que nos envió el Dr. J. J. McCarthy el 31 de Octubre de 1921, declaró que tenía deseo constante de orinar; evacuaba una pequeña cantidad de orina, seguida de sangre, tanto reciente como coagulada; había sufrido incontinencia marcada, alguna disuria y nocturia, ocho veces. Este estado había durado una semana. Creía que había perdido 6 ó 8 libras (2,72 ó 3,63 kilogramos) de peso durante las últimas tres semanas. Se había visto obligado siempre a orinar con frecuencia; pero hasta hacía poco, esto no había sido lo suficientemente marcado para considerarlo importante. Se había casado en 1907; tenía hijos sanos de doce y trece años. Padebió gonorrea en Marzo de 1919, tratada con inyecciones de mercurocromo-220 soluble, y alguna irrigación de nitrato de plata. Tenía epididimitis bilateral. Se le dió de alta, como curado, el 14 de Junio de 1919.



*Exploración.*—Cuando lo vi los genitales externos eran normales. La orina contenía pus y hemáties; no se encontró orina residual al cateterizarlo. Se limpió con facilidad la vejiga de pus; la capacidad era de 30 c. c. Se introdujeron en la vejiga con facilidad bujías olivares núm. 24 F., sin ninguna tensión normal al introducir las ó extraerlas. Ninguno de los riñones era palpable. Había ligera rigidez, pero no dolor, á la presión sobre el triángulo lumbar superior derecho. Se hizo un diagnóstico tentativo de tumor vesical ó de tuberculosis renal. El 2 de Noviembre la cistoscopia reveló inflamación marcada del trigono. Se observó la boca de un divertículo á un lado y hacia arriba del meato ureteral derecho, de donde escurría lentamente un líquido turbio. Se calculó que el diámetro del orificio era de unos 8 milímetros. El meato derecho era normal y dejaba pasar con facilidad un catéter núm. 6 F. El lado izquierdo estaba edematoso, dejando pasar sin dificultad un catéter núm. 6. Se encontró una cantidad escasa de orina turbia de cada lado (la sangre probablemente se debía á un traumatismo).

En ambos lados se presentó á los dos minutos la fenolsulfotaleína, administrada intravascularmente. La cantidad total, en treinta minutos, fué de 8 por 100 en cada lado. La urea del lado derecho ascendió á 1,4 por 100; la del lado izquierdo, á 1,8 por 100. Se hizo por separado el cálculo del funcionamiento renal para excluir la posibilidad de cualquiera invasión renal unilateral grave, y con este objeto, debido á la sangre de las muestras, se tomaron como índice del cálculo la urea y la aparición de la fenolsulfotaleína, más bien que el total del colorante excretado.

Un cistograma, verificado el 3 de Noviembre, reveló un divertículo de unos 7 centímetros de diámetro entre la vejiga y el lado derecho de la pelvis ósea.

*Operación y resultados.*—El 5 de Noviembre se confirmaron los hallazgos vesicales de la cistoscopia anterior. Se introdujo un catéter núm. 6 F. en el uréter derecho, á una distancia de 15 centímetros. Se incindió la vejiga con una incisión suprapúbica, y se introdujo el dedo índice en el divertículo, á través de la incisión vesical; se expuso extravascularmente el saco, separándose de los tejidos á la derecha y detrás de la vejiga; una parte del saco quedaba entre la vejiga y el uréter derecho. Se extirpó el reborde vesical del cuello del saco, cerrándose luego la abertura por medio de suturas interrumpidas de catgut; se colocó una sutura continua de catgut para cubrir la hilera interrumpida. Se cerró la incisión en el vértice de la vejiga por medio de suturas interrumpidas de catgut, colocándose un drenaje en el extremo superior. Se analizaron, por medio de drenajes en cigarrillo, el espacio prevesical y el sitio del divertículo, cerrándose las heridas muscular y cutánea, con puntos de catgut y de crin de Florencia, en la forma acostumbrada.

El examen del tejido extirpado, hecho por el Dr. Lester Neuman, reveló elementos de todas las capas de la pared vesical.

La curación tuvo lugar sin complicaciones; se quitaron los drenajes al séptimo día y la sonda vesical al octavo. El paciente se levantó á los doce días, cesando el drenaje suprapúbico, á los catorce días. Un cistograma obtenido el 26 de Noviembre reveló una sombra vesical normal.

El 16 de Enero de 1922, á los setenta y un días de la operación, no había incontinencia diurna ni nocturna, ni tampoco deseo urgente de orinar ni disuria. La orina se hallaba limpia y libre de albúmina. La cicatriz suprapúbica era normal.

*Comentarios.*—Hemos dicho que este caso es congénito, puesto que no había nada en los antecedentes que indicase retención voluntaria prolongada, ni tampoco existía ningun-

na demostrable obstrucción urinaria, ni prostática ni ureteral, ni se distinguieron los resultados de dicha obstrucción—trabeculación vesical—al explorar ó al operar.

Los divertículos son bolsas que desembocan en la cavidad vesical, cuya pared se continúa con la de aquéllos. Varían en cuanto á tamaño, pueden ser solitarios ó múltiples, ó estar localizados en cualquiera parte de la vejiga. Los divertículos, en el vértice de la vejiga, por lo general se consideran como casos de uraco permeable, más bien que de divertículo verdadero.

La opinión más general, en cuanto á su causa, es que lo mismo que la hernia inguinal, todos ellos se deben á insuficiencia congénita: su existencia precoz demuestra que pueden ser congénitos. Numerosos casos asociados con prostatismo ó estenosis uretral, indican que pueden deberse á la obstrucción uretral.

Los divertículos no producen ningún síntoma patognomónico, distinguiéndose por lo general su existencia en la autopsia, en la operación y en la investigación sistemática de la vejiga, en las enfermedades urinarias de varias clases. Ya en 1791, Chopart diagnosticó la enfermedad y confirmó su diagnóstico, por medio de hallazgos autopsícos; su diagnóstico se basó en la existencia, precisamente más abajo del ombligo, de un tumor, que aparecía después de la micción, y que desaparecía al ejercer presión sobre él, acompañándose la desaparición de repleción de la vejiga y micción subsecuente. Hasta que la cistoscopia se convirtió en un procedimiento diagnóstico práctico, se descubrieron pocos divertículos, excepto en la autopsia ó en la operación, generalmente por hernia inguinal, aunque se dice que se diagnosticaron algunas veces, indudablemente debido á una rara destreza clínica.

Debido al uso de la cistoscopia, el diagnóstico precoz se ha convertido en más común, y el alivio operatorio más frecuente. Sin embargo, el método diagnóstico no puede abarcar todos los casos, puesto que puede suceder que el orificio no quede en el foco de la lente observadora ó, si es contráctil, puede ser que esté cerrado al hacerse el examen y pasarse por alto ó no reconocerse. Aun cuando se vea el orificio, la cistoscopia no indicará el tamaño normal y relaciones generales de la son'a, de modo que se necesitan cistogramas, para completar su demostración. En vista de que la sombra del divertículo puede estar cubierta por la de la vejiga misma, puede que no baste con cistogramas sencillos; en ese caso se puede delinear á satisfacción el contorno del saco, por medio de cistogramas de contraste que se obtienen drenando con rapidez la vejiga de un medio opaco, distendiéndola con aire y obteniendo una fotografía antes de que el divertículo haya tenido tiempo de evacuar su contenido en aquél.

Las complicaciones que pueden producirse en este estado, pueden considerarse en relación al divertículo mismo y en relación con otros órganos. El divertículo puede ser el asiento de cualquiera enfermedad, á la que sea susceptible la vejiga misma; por ejemplo, las inflamaciones son comunes y se han encontrado cálculos y tumores en ellos, en tanto que también han ocurrido perforación y extravasación urinaria, con extensión de la infección á los tejidos perivesicales y hasta la cavidad peritoneal. Dado que la inflamación es común en el saco y que, por lo general, afecta la vejiga, las complicaciones remotas son las de la cistitis.

En los casos congénitos, se cree que la secuencia de fenómenos es algo semejante á ésta: dado un divertículo, al nacer, el individuo no observa ninguna anomalía urinaria que considere importante hasta que se produce la dilatación é infección del saco; en vista de que el divertículo



tiene que vaciarse contra la presión vesical, su pared, con el tiempo, se dilata á tal punto que retiene la orina y se infecta, dando por resultado la inflamación; esto produce cistitis y provoca síntomas suficientes para llamar la atención del paciente. Si no se reconoce y se extirpa, sobreviene la secuencia de estados inherentes á una cistitis abandonada á sí misma.

Con excepción de los divertículos de tamaño pequeño, é indudablemente debidos á la obstrucción uretral, es difícil imaginar la cura, á menos que sea por la intervención quirúrgica en el saco. La extensión del orificio, por la dilatación y división de la pared, tanto de la vejiga como del saco y sutura de la incisión, para colocar la cavidad del saco en la de la vejiga, es quizás todo lo que puede verificarse, si el uréter desemboca en el divertículo ó no puede salvarse o implantarse debidamente, si se extirpa el saco.

La escisión puede practicarse, bien por la vía extravesical ó intravesical. En vista de que hay que incindir la vejiga, para la exploración y canalizarla después, durante un período variable, parece que la mayor facilidad para explorar y manipular el saco compensará la incisión adicional de la vejiga y proporcionará buenos resultados terminales. Las incisiones habían sido principalmente suprapúbicas medias, aunque también se han usado la semilunar y la perineal y sacra. La incisión puede ser un procedimiento simple ó complicado, según sean las relaciones y estado del saco. Czerny, en su caso, que es la primera comunicación de un caso extirpado, introdujo el dedo índice en el saco, á través de la vejiga, para ayudar á la enucleación. Young atrae el divertículo á la vejiga, por medio de un tubo de cristal unido á una bomba de succión. Lower taponó la cavidad con gasa, convirtiéndola en esta forma en un tumor sólido ó semisólido, para mayor facilidad en la enucleación. De los procedimientos indicados, el de la introducción del dedo en el saco, parece el más sencillo y permite lograr, en forma más eficaz, todos los objetos que se persiguen con la enucleación.

Geraghty ha descrito el tratamiento de los divertículos por medio de la escisión intravesical de la mucosa, y la obliteración del saco, por una sutura del orificio y el drenaje con sonda, pretendiendo que este procedimiento facilita la extirpación del saco, elimina la necesidad de la cirugía uretral plástica y puede aplicarse á divertículos que serían casi inoperables, por otros métodos.

No hay que decir que deben tomarse medidas apropiadas para aliviar cualquiera obstrucción urinaria que exista y que debe desagnarse la vejiga, con algún método conveniente, hasta que cicatrice la herida en el sitio del divertículo.

El pronóstico inmediato es bueno, pero el resultado final dependerá de la naturaleza de las complicaciones, infección renal, peritonitis, invasión del uréter, etc.—(Edición española de *The Journal A. M. A.*, 15 de Mayo de 1922.)

## MEDICINA

### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Los soplos presistólicos de la taquicardia que simulan los soplos de la estenosis mitral.—Los doctores Ernest. E. Trons y Alfheus F. Jennigs publican, acompañando los resultados de las autopsias, los siguientes casos clínicos.

*Observación 1.ª*—C. H., de veintiocho años de edad, soldado raso de infantería, que había servido dos meses en el ejército, soltero, labrador, ingresó en el hospital el 16 de Enero de 1918, quejándose de disnea, vértigo y desmayos, y dolor agudo en la región cardíaca, al hacer algún ejerci-

cio. Estos síntomas impidieron que tomase parte en los ejercicios militares. Negó haber tenido reumatismo ó enfermedad venérea y no tomaba bebidas alcohólicas. Había padecido de sus síntomas actuales, durante varios años, y dos años antes había sufrido un ataque de agotamiento nervioso, que atribuyó al uso excesivo del tabaco.

El paciente tenía un tamaño poco más que mediano, pero se hallaba bien desarrollado y nutrido. La exploración general no reveló nada anormal. La exploración cardiovascular reveló que el choque de la punta correspondía al quinto espacio intercostal. El reborde de la macidez correspondía al borde del esternón; el izquierdo, al quinto espacio intercostal, á 9 centímetros del mesoesternón. Había un soplo presistólico y preciso, algo breve, pero ningún estremecimiento en la punta. No existía ninguna pulsación ni acentuación anormal. La presión sanguínea era: sistólica, 130; diastólica, 74. No existía arritmia. El pulso de pie era 94; recostado, 88; después del ejercicio, 104, retornando rápidamente á lo normal.

A la semana de su ingreso en el hospital, el paciente desarrolló sarampión, que fué seguido de una pleuresía supurante, peritonitis general y de septicemia. Murió el 8 de Febrero de 1918.

En la autopsia se demostró la existencia de pleuresía supurativa derecha múltiple, abscesos de ambos lóbulos en el pulmón derecho y bronquitis purulenta bilateral, todo ello de origen reciente. El corazón tenía tamaño normal y las válvulas eran normales en todos sentidos.

En este caso se había hecho un diagnóstico de estenosis de la válvula mitral, debido á un constante y preciso soplo creciente, correspondiendo, al parecer, al presístole, junto con una notable limitación demostrada de la reacción cardíaca, pero en la autopsia no se descubrió ninguna lesión valvular ni cardíaca ni de ningún otro género.

*Observación 2.ª*—H. B. J., de veintiún años, soldado raso, soltero, mecánico de automóvil, que había servido cuatro meses, ingresó en el hospital el 24 de Enero de 1918 con síntomas de tos, debilidad y dolor en el tórax. Había tenido antes sarampión, parotiditis, tos ferina, varicela, escarlatina y neumonía. Durante los dos últimos años había padecido de disnea, agotamiento y dolor en el corazón, después del ejercicio, lo cual había impedido que tomase parte en las maniobras y que practicase el menor esfuerzo violento mientras se hallaba en el ejército. Había padecido de «trastorno pulmonar» diez y ocho meses antes, sufriendo ataques de pleuresía desde entonces.

El paciente se hallaba bien nutrido y era de tamaño mediano, los pulmones revelaban ligera macidez en el vértice derecho, con estertores húmedos y fricción en la axila derecha, en la base derecha. Basado en estos hallazgos, se hizo un diagnóstico de tuberculosis crónica del lóbulo superior derecho y pleuresía. La exploración cardiovascular reveló que el impulso de la punta correspondía al quinto espacio intercostal, hallándose el reborde izquierdo de la macidez 9 centímetros á la izquierda del mesoesternón y el reborde derecho en el margen esternal derecho. Estaba acentuado el segundo ruido pulmonar. No había estremecimiento ni pulsación. Se percibió en la punta un breve soplo presistólico. El pulso de pie era 120; recostado, 112. Omitimos exprofeso los ejercicios, debido al estado pulmonar; había arritmia. El examen roentgenológico reveló un corazón de tamaño normal y espesamiento peribronquial en el pulmón derecho. En vista de los signos pulmonares concomitantes y teniendo presente el caso anterior, demoramos el formular un diagnóstico de cardiopatía valvular que consideramos muy detenidamente.



Aproximadamente, el 15 de Febrero el paciente desarrolló un derrame pleural serofibrinoso en el lado derecho, con fiebre elevada. Se extrajo el líquido por aspiración. Murió repentinamente el 26 de Febrero. La autopsia reveló que el corazón y todas las válvulas eran normales. Los pulmones revelaron abscesos crónicos del lóbulo superior, con bronquiectasis del pulmón derecho, bronquitis aguda de ambos pulmones y pleuresía estreptocócica serofibrinosa del lado derecho.

*Observación 3.ª*—E. C., de veintidós años, soldado raso, soltero, labrador, había tenido sarampión á la edad de ocho años y viruela á la de diez y seis. Declaró que no había padecido de ninguna enfermedad recientemente y que disfrutaba de buena salud al ingresar en el servicio. En Noviembre de 1917 contrajo un resfriado con bronquitis aguda, y por fin se hizo el diagnóstico de tuberculosis, aunque el esputo era negativo y los signos pulmonares eran imprecisos. Sus síntomas fueron: tos, fiebre, dolor en la zona precordial, disnea, debilidad y palpitación.

Además de los hallazgos pulmonares, el corazón presentaba los siguientes signos, en los que se basó un diagnóstico de cardiopatía valvular: choque de la punta en el quinto espacio intercostal á 7,5 centímetros del mesoesternón; estremecimiento presistólico en la punta; borde de la macidez, 10,5 centímetros á la izquierda y 3 centímetros á la derecha del mesoesternón; soplo presistólico creciente y soplo sistólico en la punta; marcada acentuación del segundo ruido pulmonar. El pulso, de pie, era 96; en decúbito dorsal, 94; después del ejercicio, 132; dos minutos después, 100. No había arritmia. El examen roentgenológico reveló hipertrofia cardíaca únicamente en la región auricular.

Mientras se hallaba todavía en observación, el paciente manifestó meningitis tuberculosa y tuberculosis miliar, sucumbiendo el 8 de Mayo.

En la autopsia se encontraron meningitis tuberculosa, tuberculosis miliar de los pulmones, bazo y riñones y tuberculosis de los ganglios linfáticos cervicales, del lado derecho y del izquierdo y de ambas vesículas seminales. El corazón tenía tamaño normal y las válvulas no estaban estenosadas. Había, sin embargo, dos pequeños nódulos, en la superficie auricular de la hojilla anterior de la válvula mitral, de unos 2 milímetros de diámetro, uno de los cuales estaba ulcerado. Ambos se hallaban bastante distantes de la línea de cierre. Los cortes de estos nódulos demostraron que se trataba de una tuberculosis. En vista de los hallazgos en los casos anteriores, consideramos muy cuidadosamente [el diagnóstico en este paciente, y aunque el soplo no era tan poderoso como se observa á menudo en la estenosis mitral, iba acompañado de un estremecimiento y de una acentuación del segundo ruido pulmonar.

*Soplos presistólicos en corazones hipertrofiados.*—El caso 4.º demuestra la existencia de un soplo y estremecimiento presistólicos, en corazones cardíacos sin ningún defecto valvular orgánico, según han indicado Phear, Cabot y otros, y como ha discutido recientemente Reid. Estos soplos se notan, á veces, en corazones hipertrofiados, con hipertensión y dilatación incipiente y disminución en intensidad, que desaparecen al disminuir la hipertensión y volver el corazón á un funcionamiento más normal, después de un descanso en cama.

*Observación 4.ª.*—Una mulata de treinta años ingresó en el hospital el 7 de Noviembre de 1921, con síntomas de disnea, tos, edema generalizado y dolor en la precordial, de cuatro semanas de duración. Debido á un pronunciado soplo sistólico, y estremecimiento en la punta y á un soplo sistólico, se había hecho el diagnóstico de estenosis é insuficien-

cia mitral, con descompensación. El reborde izquierdo del corazón se hallaba á 17,5 centímetros, á la izquierda de la línea mesoesternal, en el quinto espacio intercostal, y á 2 centímetros á la derecha del esternón. El latido de la punta era anhelante y se percibía mejor en el quinto y sexto espacios intercostales, en la línea axilar anterior. En la punta se percibieron un estremecimiento presistólico y un soplo creciente presistólico, seguidos de un soplo diastólico suave. El segundo ruido aórtico estaba acentuado; no había señales de insuficiencia aórtica. La presión sanguínea era: sistólica, 180; diastólica, 122; el pulso era regular, de 100 por minuto. Un electrocardiograma reveló señales de corazón engrosado, con predominio del ventrículo izquierdo y probables alteraciones de degeneración. El examen fluoroscópico, verificado el 10 de Noviembre, reveló hipertrofia, tanto del lado derecho como del izquierdo del corazón; no había dilatación aórtica. La orina contenía albúmina y cilindros. La reacción de Wassermann era negativa. La secreción de la fenolsulfoneftaleína era de 52,5 por 100, en dos horas.

A los diez días, el paciente estaba muy mejorado, aunque todavía existía algún edema y disnea. No había cambiado el reborde izquierdo de la macidez cardíaca. No se oía el soplo presistólico; persistía el soplo sistólico blando; los segundos ruidos estaban acentuados en la base. Se interpretó el soplo presistólico, como debido á hipertrofia cardíaca con dilatación del ventrículo izquierdo, y no como señal de estenosis mitral. El paciente continuó mejorando y desapareció el edema; el dolor precordial de que se quejaba á su ingreso, se agravaba, sin embargo, todas las noches, radiando al lado izquierdo del cuello y del hombro. Se encontró al enfermo muerto en el lecho, durante la noche del 20 de Diciembre.

La autopsia reveló una hipertrofia cardíaca (700 gramos), con un gran espesamiento de la pared ventricular izquierda y sin ninguna estenosis de la tricúspide ó la mitral. Las válvulas aórticas estaban intactas; existía ligera esclerosis de las coronarias; extensa esclerosis de la aorta torácica y abdominal; nefritis difusa crónica y una pericarditis fibrosa antigua, sin adherencias, y un antiguo infarto cicatrizado, cerca de la punta del ventrículo. (Edición española de *The Journal A. M. A.*, 1.º de Mayo de 1922).

## CIRUGIA

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Cáncer del colon derecho, por V. Pauchet.**—El autor presenta un intestino grueso reseado. Se trata de un cáncer del colon derecho, localizado en la unión del ciego y del colon ascendente y presentando todos los síntomas propios de esta lesión; algunos dolores cólicos, nada de oclusión, percepción de una masa por palpación, nada de estreñimiento; por la radiografía no se apreciaba nada de éstasis intestinal, sino una laguna muy clara, correspondiente al tumor. El único síntoma que falta, es la hemorragia. Estos síntomas diferencian la neoplasia del colon derecho, que es estenosante, cicatricial, escirrosa, no da hemorragias y provoca estreñimiento ó la oclusión crónica. El tumor era profundamente adherente, pero ha podido ser reseado, *sin seccionar el uréter*, terminándose la operación por una anastomosis ileo-transversa. (*Soc. de Medicine de París*, 9 de Junio de 1922).—LUENGO.



# EL SIGLO MEDICO

## SECCIÓN 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 de 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 socorro.*

#### Boletín de la semana.

##### Reflexiones otoñales ó automnales.

Las brucas é inesperadas vicisitudes que en los pasados días experimentó el estado atmosférico en toda España, pusieron el ánimo en postura de inminente temor ante la prematura venida del invierno. Los veraneantes, que son ya la casi totalidad de los españoles, comenzaron á regresar desde los puntos, muchas veces remotos, en que se encontraban y se prepararon á reanudar las tareas que de sus empleos y actividades se desprenden. No duró mucho el cambio; el verano ha vuelto á reclamar tímidamente sus fueros y derechos á reinar por algún tiempo más; pero de todos modos los ánimos no abandonan su disposición y su postura para las peleas y empresas propias de las estaciones frías.

En pocas ocasiones se habrá presentado otra igual para preocuparnos á los que siempre nos preocupamos y nos hemos preocupado por el progreso científico médico, por el bienestar de las clases profesionales y por el mejoramiento de la abandonada salud pública nacional.

Pendiente de discusión un proyecto de Ley, que con el título y aspiración modesta de combatir las enfermedades evitables, toca á puntos muy trascendentales y de fondo respecto á la organización de clases y servicios por cuyo mejoramiento todos trabajamos; anunciadas reuniones y Asambleas, las unas sin fines bien concretos y detallados, las otras con programa de transcendencia y sobre cuya determinación urge fijar la atención, y los propósitos no sólo de los médicos sino de los españoles todos, próxima la apertura de los cursos docentes y académicos, hora es, y bien propicia, para que se fijen actitudes, se declaren opiniones y se organicen propósitos por parte de representantes parlamentarios, Colegios, Asociaciones y particulares independientes.

En éstos y análogos momentos no cabe la cómoda y hábil abstención, como no es admisible el proceder oblicuo y capcioso de decir las cosas á medias; pues en estos períodos preparatorios es cuando deben aparecer formulados convencimientos y aspiraciones que han de tender á buscar de un modo decidido y con la posible unanimidad ó al menos con decorosa cohesión, al verse traducidos en leyes, en disposiciones gubernamentales y en organizaciones extraoficiales, que colaboren al alto propósito común.

Nada nos atrevemos á augurar de la anunciada Asamblea de titulares, porque ni el anuncio aparece claro, ni conocemos su programa, ni sabemos si pasará de ser un proyecto realizado no se sabe por quién, aunque bien pudiera esperarse que se supiera para qué.

Lo que sí quisiéramos es que la tal Asamblea se efectuara en fecha, momento y con la preparación suficiente para que pudiera en ella discutirse con la seriedad que el caso merece y con la preparación que pudieran traer los interesados para adquirir en ella ideas sólidas y fijas acerca de un punto, que cada día se apodera más de la preocupación de gobernantes y gobernados y en el cual es natural y de perfecto derecho que la voz de los médicos sea oída y muy particularmente la de los médicos á quienes el problema puede interesar de un modo más directo, ó sea: á los médicos titulares.

Encuéntrense éstos organizados hoy de una manera confusa y mal determinada; pues si por una parte son legalmente contratistas de un servicio con los Ayuntamientos, por otra, y por imposición de la lógica y de la justicia, son los únicos funcionarios con que el Estado puede contar para hacer sentir su acción en las localidades periféricas y diseminadas en asuntos tan trascendentales como los que se desprenden de la higiene administrativa, la deposición pericial en los asuntos forenses, la inspección de las escuelas, la organización de las estadísticas y cien otros menesteres que una Administración decorosamente organizada no puede desdeñar. Nadie debe, pues, dejar de tener presente que para que tales servicios encuentren en la ancha base de la Administración municipal el fundamento que ha de consentir que se eleve con certidumbre y aspiración de acierto hasta la cúspide central, es absolutamente imprescindible contar con un funcionario técnico en cada agrupación municipal más ó menos numerosa. ¿Quién puede ser éste? De dos cosas, una: ó un funcionario para cada uno de los Ayuntamientos de España, ó sea mediante el pago de un sueldo para cada uno de ellos, con independencia del servicio municipal de la Beneficencia pública; ó bien invistiéndole al médico de Beneficencia, ó sea al titular, con todas aquellas facultades que el cumplimiento de tan delicado servicio requiere, buscando la remuneración bien parcialmente en el erario público, ó bien en los servicios mismos, con proporción á su importancia.



Pero ¿puede adoptarse este segundo sistema en la situación actual de dependencia en que los titulares se encuentran respecto á los Ayuntamientos que los nombran, los pagan (cuando los pagan), los separan mediante procedimientos más ó menos francos y les hacen muchas veces imposible la vida desembarazada y libre conducta que exige el cumplimiento de su deber?

Es inútil que nosotros contestemos negativamente á esta pregunta. Venimos contestándola desde hace más de sesenta años, y hoy como ayer creemos que es necesario afirmar de un modo definitivo estas tres condiciones para el ejercicio de la profesión por los titulares: seguridad en el pago; independencia absoluta en el origen y en el ejercicio; garantía de libertad para el cumplimiento de sus múltiples obligaciones.

Ninguna de las tres condiciones se encuentra hoy realizada; por eso un día y otro insistiremos en la necesidad de una reforma radical y honda, que prescindiendo de todos los expedientes, con buena voluntad ensayados hasta hoy, renueve y asegure la organización de los elementos que consideramos como más imprescindibles para la realización de un ideal sanitario á que todos debemos aspirar.

¿Por qué hoy estas reflexiones del Otoño? Pues digámoslo en una palabra: como panacea para la realización de la mayor parte de estas aspiraciones se presenta hoy, imitando lo realizado en otros países más venturosos, el remedio del «seguro de enfermedad». En Barcelona se celebrará en el mes de Noviembre una solemne conferencia oficial en que han de tratarse varios asuntos relativos á la previsión y al seguro. Ciertamente entre los temas que han de estudiarse estará el de seguro por enfermedad, que con el de maternidad y el de invalidez interesan profundamente á los médicos todos; por eso insistimos en que es obligación que por igual nos compete la de emitir claramente nuestras opiniones, ora por espontáneas manifestaciones y trabajos individuales, ora por expresiones de un sentir colectivo, siempre que éste no resulte desvirtuado por mañosas maniobras y habilidades bien conocidas.

El seguro de enfermedad, planteado sabe Dios cuándo, pero al fin verosímilmente planteado, respondería á dos de las condiciones que como ideales tienen los médicos: la *seguridad del pago* y la *independencia* del nombramiento y de gestión. Pero, como no se nos ocultan las dificultades de adaptación que este sistema ofrece para la realización ideal de las funciones de Estado que siempre creemos que deben estar identificadas con el titular, no teniendo una opinión formada sobre tan delicado punto y no queriendo dejarnos arrastrar por suges-

tiones improvisadas nacidas de la fascinación producida por una exposición teórica brillante, nos limitamos por hoy á invitar con urgencia á nuestros compañeros á que emitan sus opiniones sobre el asunto, con objeto de que al realizarse la conferencia la Asamblea ó las Asambleas, puedan presentarse conclusiones concienzudamente pensadas y formuladas sin equívocos ni ambajes.

En una palabra. Ha llegado el momento de hablar claro en ciencia y en conciencia y de no acudir á ocultar con epígrafes sonoros y confusos las aspiraciones egoístas, ni con lecturas de *El Quijote* las deficiencias de argumentación y de firmeza en lo que se defiende.

DECIO CARLÁN

## HOMENAJE Á GAJAL

SUSCRIPCIÓN ESPECIAL DE «EL SIGLO MÉDICO»

	Pesetas.
Suma anterior.....	9.583 00
D. Camilo Calleja.....	100,00
D. José Gallego (de Don Benito).....	5,00
TOTAL.....	9.688,00

\*  
\* \*

Nuestros suscriptores que deseen contribuir al homenaje dirigirán á la Administración sus giros, de los cuales se dará cuenta en números sucesivos.

## El drama de un espíritu y la comedia de una vida

POR

F. JAVIER CORTEZO

I

La lectura de un artículo chirle sobre un tema que me apasionó durante la preparación de mi libro «Higiene de la vida intelectual», llevóme nuevamente á su recuerdo algo irritado ahora por el injusto y malbaratado juicio que le despertara.

Yo téngome por dichoso, lector, concertando mi pensamiento, cuando en lo pasado discurre, con el pasado mismo, y además son mis dudas mis más estimados amigos por cuanto siempre están á punto de no dejarme afirmar lo que yo haría firme sin su pero, que á la vez es mi mejor consuelo en el amargo desengaño.

Y estos hombres de ciencia sin conciencia que en el presente enjuician el pasado vueltos de espalda á lo que viniere, unen en mí, al respeto y consideración por su desenvoltura, un poco de conmiseración por su grandeza en medio de mi insignificante yo.

Paréceme que pudiera decirse, y hora es ya de que al asunto vaya, que el drama de Edgar Allan Poe no fué de su vida sino de su espíritu, y que al pretender estudiar y enjuiciar su vida, espiritual, no podemos ilu-



minarnos el camino con las perturbaciones de su economía, sino al contrario.

La existencia de Edgar Allan Poe desde su principio á su fin es eso: el drama de un espíritu y la comedia de una vida material, y sobre ello habré de intentar entreteneros disimulando cuanto pueda mi torpeza.

En el campo andaluz, en inmejorables condiciones de clima y vida sana, con el azul infinito abrasado de Sol para soñar, y una tierra florida y tibia para el sueño, en un ambiente de familia, aún más que religioso supersticioso y donde el trabajo constante enfrena las imaginaciones y los anhelos, crecen muchas mujeres, tipo admirable de salud y belleza. En los hospitales de las ciudades, á veces más lejanas, en un ambiente de caridad oficial sórdido y triste, donde el escepticismo empieza mil veces en el ministro de la fe, donde una reja pauta el firmamento y una flor contrahecha tembloquea entre estéril serrín, y es el ruido queja ó lamento y lágrima el consuelo, acaban muchas vidas de las mujeres antes mencionadas. Llenaron la distancia, á veces corta, entre los dos extremos con una vida de amor que nació de un ensueño, vivió de un vicio y acaba en algo que ni acaso es desencanto.

¡Quién dijera en casos tales que es esto un drama de patología material, y no de vida psíquica!

¿Queréis que supongamos al hombre normal como un imbecil?

Porque habrá de ser un sistema nervioso que desde sus primeras manifestaciones da señales de una nobleza exquisita durante mucho tiempo, y necesita para perturbarse la encarnizada obra de un vicio difícil de adquirir.

Y yo os digo que me estremezco de indignación ante esas tristes ideas que pretenden hacer del drama de Poe la obra de una tórpida herencia patológica, asegurando con argumentos ebenes que era, la suya, una familia degenerada y alcohólica, ¡donde se dió un gran patriota, un eximio marino de la más alta graduación, un enamorado del arte hasta su desgracia y un genio como Edgar!

Y estos señores os presentan la muerte de la desventurada hermana de Poe, idiotizada por la barbarie de una nodriza que la alimenta con aguardiente mojado en pan, como un argumento á su aseveración.

¡Corramos, pues, á buscar la tara orgánica que hizo á Caín fratricida y la que hizo á tanto hijo de galeote hombre digno y honrado!

Bien pudiera romperse la armonía del mundo de los astros, y esa luna, toda en su luz pureza, caer sobre nosotros en catástrofe horrenda, y á fe que aún esperaríamos, que entre un Sol, una Tierra y una Luna, flotaría una idea impertinente.

Suprimid el alcohol, reglamentad severamente el empleo de los devastadores hipnóticos, encarcelad con férrea mano el consuelo fácil y abrid á la desventura anímica el único cauce del trabajo para su marcha al abismo de lo ignoto. Veréis curiosamente cómo, al ser real esta utopía, el inmenso rebaño de las almas se apretaría en silencio ante su orilla, como dudó siempre un punto antes de entregarse á lo prohibido, mas luego

entrará de lleno en él, ¡ay!, para convencerse que el resultado es el mismo, y que ese bien para él y para todos, será cada momento menos para sí, como antes los otros bienes lo fueran y habrá de buscar en él más y más, hasta el mal suyo y la catástrofe de todos.

Vamos juntos, lector, hasta un poco más de un siglo atrás de esta época que vemos, y mientras llegamos, nuestra charla, conmovida por las ideas de estos tiempos, se refugiará en el dulce recuerdo de la historia de aquellos días de Washington y Laffayette y Pitt y Wellington y Napoleón, y el problema americano y europeo, que agitaron la vida de entonces, de una pureza ideológica con mucho superior á la del día, será el lente de nuestra imaginación. Y llegaremos en 1813 á Baltimore; el pasado reciente, que tanto ha dificultado la vida normal y animado la pasión y el aventurismo, nos lleva al pobre hogar de David Poe; su esposa, Isabel Arnold, bellísima artista dramática de nacionalidad inglesa, acaba de abrir el mundo á la vida de Edgar.

Este matrimonio es *desigual*; David es hijo de una noble familia, descendiente de almirantes y generales; pero David es el producto de los días de la *postguerra*, es un exaltado que no encuentra en su día fácil normalidad y en quien prende una pasión amorosa, como unos años antes pudo prender la patriótica ó la revolucionaria, y se siente artista y se enamora locamente de una hermosa mujer, artista como él, compartiendo la lucha de la vida noblemente con ella en el difícilísimo ambiente de los teatros de aquella época en la Unión.

Este hogar que produjo tres hijos y terminó misero hospedando la tisis y la desesperación, es el nido de Edgar Poe.

Contemplad el cuadro friamente. ¿A qué culpar de borracho á un noble patriota que en la campaña de la Independencia bebe rom?

¿A qué tildar de familia desequilibrada y tarada para la descendencia, donde no hay ni una sola siquiera de esas taras que se la inculpan?

Nobleza de sangre, nobleza de vida y de sentimientos, ni una sola acción tachable de indigna.

En el ambiente de sus días David Poe se enamora y huye con la Arnold, no para jugar su fortuna en Monte Carlo, atiborrarse de absenta ó morfina y entregarse á las aberraciones estériles y embestidoras, no y cien veces no, sino en aras de los ideales del arte y del amor á luchar por una vida difícil y á crear un hogar que la mala fortuna castiga con dureza para colocar sobre sus ruinas un brillante de par difícil.

¡Ah señores enjuiciadores de vidas ajenas: si las mismas causas producen los mismos efectos, buscad bien en el mundo argumentos que certifiquen lo que aseverásteis ligeros! No es la familia de Edgar Poe un manantial de perturbados ni hoy puede decirse eso seriamente. Esa desdichada hermana del poeta, muerta idiota, no tiene que culpar á sus ascendientes de su desventura. Una nodriza inhumana y bárbara ayudaba su lactancia deficiente con ginebra, y nadie podrá dudar del resultado que esto tuviera.

\*\*\*



Es opinión, que yo hago mía, el ser la modalidad inglesa de la raza sajona la más tarda para la comprensión y asimilación de toda obra de imaginación y sentimiento. Cuando en ese ambiente de disposición neurocerebral se dan los casos de Sakespeare, de Bayron, de Edgar Allan Poe y de Oscar Wilde, el fenómeno da siempre semejante reacción.

Para nosotros es inconcebible que una entidad moral é intelectual como la representada por Guillermo Sakespeare pueda estar nunca envuelta en la duda de una existencia bien determinada. Y es como un mito, como algo no encarnado en su ser verdadero, como una personalidad ocultada, por un buen conocimiento de su mundo, tras de lo que prefiere de leyenda, como en un miedo de ofender ó perderse en su existencia.

Bayron fué un desarraigado; Oscar Wilde perseguido, repudiado, incomprendido, mísero al morir expatriado y enloquecido, y Edgar Allan Poe tras la miseria y el abandono habrá de sufrir no sólo el oprobio por un vicio, sino la indignidad de suponerle un ente inferior por herencia de perturbaciones y lacras.

Nuestra pequeña convivencia entre ingleses no nos permite un juicio, pero sí una impresión, y ésta es francamente detestable. Los anglosajones siempre parecerán muy bien de cerca y muy mal de lejos. Tienen algo, en lo espiritual, del recogimiento y la banalidad de un salón de lectura, pero nada de biblioteca. Su sentimentalidad es cuerda vibrante para un mueble ó para un dicho, y es un tablón para un alma humana. Sus pasiones tienen mucho de los arnesados bridones de la Edad medioeval, galopan ardientes cubiertos de hierro frío que no permite herirlas y las hace más pesadas al caer sobre los demás.

Recuerdo á este respecto un episodio de mi vida, que dejome honda huella en la memoria y siempre está presente al enjuiciar esta especie de hombres:

Hacia escasamente dos años que terminara la *Gran guerra europea*. Cruzaba yo el Océano con rumbo á Lisboa, á bordo de un barco inglés. Entre Cabo Verde y Madeira pasamos al largo de un vapor de innegable importancia. Veía yo acercarse aquel navío desde un puente de paseo, y á mi lado estaba el comandante, grueso y rojo, fumando flemáticamente su pipa y mirando en igual dirección que yo miraba. Era en absoluto imposible que con la telegrafía sin hilos, el claro día y la escasa distancia que separaba ambos vapores, ignorase aquel señor el barco que venía á nuestro encuentro. Pregúntele costésmente: Mi comandante, ¿qué barco es ese?, y contestó indiferente: No sé, un barco desconocido; y continuó fumando.

Cuando el vapor ya cerca pude ver que se trataba de un gran trasatlántico español de mucho mayor tonelaje é importancia que el que nos llevaba, y, además, conocidísimo en aquella travesía, me sentí molestado por la impertinencia. Callé, y la casualidad deparóme á pocos días el gusto de un desquite que complació un poco cándidamente mi amor propio.

Cuando á la altura de Lisboa, y virando casi en redondo, nuestro barco dió proa á la espléndida ría del Tajo, vimos el maravilloso espectáculo avalorado por

la presencia de una escuadra anclada en ella. Los soberbios navíos de guerra, empenachados y costelados de banderolas, llevaban todos el pabellón norteamericano.

Admirado por todo el pasaje el orgulloso alarde de fuerza naval que representaba, miraban los marinos ingleses, atentos y callados, el soberbio anuncio de algo que en todos los ánimos estaba, y entonces, yo, saludando atento al comandante, le pregunté: —Mi comandante, ¿y esa escuadra, sabe usted á quiénes pertenece?

Volviome friamente la espalda, y yo marché, riendo, á contar el caso á mis demás compañeros españoles, pensando siempre en la forma estúpida del orgullo al que sólo la necia incompreensión de los demás puede tomar de signo de potencia.

Para el espíritu de Poe el ambiente de Norteamérica é Inglaterra, en que se desarrolló su existir, en que se cultivó y se produjo su maravillosa obra, fué no un *gran presidio*, por el que vagó enloquecido, como dice Baudelaire; fué un infierno dantesco, en el que se debatió por haber entrado en él, por los umbrales de la razón, sin dejar á la puerta *toda su esperanza*.

La tragedia espiritual de Poe se lee en el hondo y estremecedor poema que es su vida, toda desenvuelta entre sombras y hielo, al solo calor del volcán magistral de su cerebro, al que es fuerza que atice para no morir de frío y desamparo, y del que brota su obra genial en lava abrasadora y espantable, vertida en torno suyo, causando en su derredor la soledad y ahogándole más y más en su abandono, que cada vez le fuerza á avivar el único calor que le sostiene, en loco afán de ver volverse á los huídos en fuerza de admiración por su grandeza ó de morir al fin.

La comedia de su vida es casi bufa, extravagante, extraordinaria, con todos los ornamentos *grotescos y arabescos* capaces de descomponer la realidad de la vida humana y el aspecto natural de las cosas.

La creación del mito del destino, prepotente, inmutable, fatal y absurdo en sus fines y en sus medios, es la farsa más necia imaginada por la debilidad y la ignorancia de la pobre humanidad.

Abstracción por abstracción, mito por mito, es mucho más poético, más doliente y un poquito menos absurdo el de la Providencia.

El destino es el amo, irreflexible y ciego, que pretendemos nos esclaviza sin fin alguno, ni aun para él mismo que termina con su obra. La Providencia nace del mismo manantial, no enturbiado por la soberbia ni la rebelión. Es mayor la dejación y la debilidad que le da existencia, pero crea con él un fin, una esperanza y un freno.

La vida de Edgar Poe no admite á ningún gobernador de estos géneros. Está labrada, como todas al fin, por sí propio, con el buril de un corazón de diamante á golpes de un cerebro de ciclope, con el mordiente de una sangre que surca el oro y el granito.

Cuando en el corto espacio de sus treinta y siete años de existencia empecemos á ver la transformación morbosa de su selectísimo sistema nervioso, fuertemen-



te atacado por *oleadas* de alcohol que caen sobre él con la intermitencia é inesperada avalancha de una verdadera tempestad que encrespa en fuertes olas sus pasiones, hasta que un día estrellan contra la triste tierra su dolorida y mísera vida, ya es tarde para no ver claro en el maravilloso espectáculo creado con su genio y su sentimiento, y si una impresión como la que mueve mi pluma, en este caso, nos lleva á su recuerdo y á la crítica de su necia compostura, sentirá cualquiera la fuerte necesidad de glosar la aguda frase que inspiró á Baudelaire la *infamia moral* cometida con Poe por su amigo Griswold: ¿Es que aún no existe en el mundo una ley que impida á los perros la entrada en los cementerios?

(Continuará.)

## LA IMPORTANCIA DEL FORENSE

Vamos á tratar de la importancia que el informe médico tiene en las causas que se siguen por motivos de lesiones, homicidios y demás delitos comprendidos en el Código penal, ó sea aquellos que van contra las personas en general.

La misión del médico es tan decisiva en estos asuntos, que todos sabemos la fuerza tan enorme que se concede á la prueba pericial médica en los sumarios y juicios orales; con que si esa prueba pericial influye en cosa tan preciada como la vida de una persona, se comprenderá fácilmente la enorme importancia y valor del informe médico-forense.

Existen hechos tan raros y difíciles de comprender, que escapan á la explicación que de ellos pudiera hacerse un profano en la materia, y, sin embargo, á un técnico de la Medicina y más aún si está versado por su especialidad en estos asuntos que pudiéramos llamar médico-jurídicos, se le presentan con relativa claridad; claridad que sirve á su vez para reflejar su luz sobre defensores y acusadores de una causa y que al llegar á los miembros que constituyen Tribunal, se convierte en el guía que deben seguir para la más exacta aplicación de la justicia.

He presenciado bastantes juicios orales, en los que todos los que en ellos intervenían estaban sumergidos en tinieblas que impedían ver la manera justa de aplicar la ley y que en el momento en que se ha oído el informe pericial médico, se han rasgado esas nieblas para dejar paso al sol de la razón, que ha estado en condiciones de hacer ver la justicia á aquéllos que tenían que aplicarla y que ha breves minutos no tenían elementos bastantes para poderlo hacer con acierto.

Opino, por lo tanto, que el médico forense, que naturalmente es el que más uniforme y constantemente interviene en los sumarios, debiera ser considerado en los juicios orales como un verdadero juez que con su rectitud de conciencia va con auxilio de su ciencia á esclarecer los hechos oscuros, siendo en muchos casos el salvador de un inocente, que de no existir el informe pericial médico, demostrativo de la imposibilidad de haber ocurrido los hechos como aparecen en el sumario, habría sido condenado. De aquí se desprende la necesidad de que el forense tenga un puesto merecido en las Audiencias y Juzgados y no continúe considerado como un simple testigo médico, incluso sujeto á la misma ínfima retribución de un simple testigo.

El médico forense para informar ante una sala debe gozar de una independencia absoluta y debe conceder á este aspecto de su profesión más importancia que á cualquier otro,

pues si en la mayoría de los casos que interviene un médico, puede estar en peligro la vida de una persona, en estos casos, no solamente está la vida de una persona como cuando se persigue un homicidio con agravantes, ó sea asesinato, en que se pide la pena de muerte al procesado, sino también la honra de este individuo y de su familia, pues de declararse que es inocente y concederle la absolución con toda clase de pronunciamientos favorables, á condenarle á muerte ó cadena perpetua ó temporal ó cualquiera otra de las penas afflictivas, va el ser reconocido en el mundo en que vivimos por la opinión pública como un desgraciado, incluso con caracteres de mártir, que ha sido objeto de una acusación que se ha demostrado es falsa, á ser condenado como un despojo de la sociedad, hombre sin entrañas ni sentimientos, que es necesario suprimir de ella, sea por muerte ó reclusión, y cuya mancha cae sobre él y salpica á toda su familia.

Es necesario, por tanto, que los forenses todos sigamos convencidos de la importante misión que desempeñamos en la sociedad y obremos como siempre hacemos poniendo cuantos elementos, esfuerzos y trabajos nos sean factibles para conseguir el mejor desempeño de nuestro importante papel, importancia que radica, como antes he dicho, no en lo que nosotros valemos, sino en lo que tienen aquellas cuestiones en las que intervenimos.

JOSÉ PARRA EYTICO  
Médico forense de Gandesa.

Lorca, 18 de Julio de 1922.

## Sección oficial.

### MINISTERIO DE LA GOBERNACION

#### Dirección general de Sanidad.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Real orden de esta fecha se anuncia subasta pública, que se celebrará en el Gobierno civil de Canarias á los veinte días de publicado este anuncio en el *Boletín Oficial* de aquella provincia, y si éste fuese festivo, el inmediato posterior, á las doce de la mañana, para contratar el primer grupo de obras de construcción del Sanatorio del Teide en Santa Cruz de Tenerife, con arreglo al siguiente pliego de condiciones y demás documentos del proyecto.

Madrid, 11 de Septiembre de 1922.—El director general, Salazar.

*Pliego de condiciones para la contratación, mediante subasta pública, del primer grupo de las obras de construcción del Sanatorio Antituberculoso del Teide, en la isla de Tenerife, provincia de Canarias.*

1.<sup>a</sup> Se anunciará en la *Gaceta de Madrid*, *Boletín Oficial* y *Diario Oficial de Avisos*, si lo hubiere, de la provincia de Canarias, por el tipo de 225.773,33 pesetas, y se celebrará en el Gobierno civil de Canarias, á las doce de la mañana, á los veinte días de publicado su anuncio, á contar desde el siguiente al en que se publique en dicho *Boletín Oficial*, y si éste fuese festivo, el inmediatamente posterior.

2.<sup>a</sup> La subasta tendrá lugar por pliegos cerrados y rubricados, que se entregarán en el mismo acto de la subasta. Cada pliego cerrado que se presente deberá contener: Primero. Un resguardo de la Caja general de Depósitos en que se acredite la consignación del 5 por 100 del importe del presupuesto de contrata en metálico ó en efectos de la Deuda pública al precio de cotización oficial y con el exclusivo objeto de tomar parte en la subasta del primer grupo



de las obras de construcción del Sanatorio Antituberculoso del Teide. Segundo. La proposición que se haga ha de sujetarse exactamente en su redacción al modelo que á continuación se inserta. Tercero. La cédula personal corriente del proponente. Cuarto. Poder notarial en caso de representación.

3.<sup>a</sup> Las proposiciones se redactarán en papel sellado de la clase octava en la forma siguiente:

D. N. N., vecino de..., enterado del anuncio, Memoria, planos, presupuesto y condiciones para verificar las obras de..., se compromete á la ejecución de las mismas por la cantidad de..., con estricta sujeción á las expresadas condiciones.

(Fecha y firma del proponente.)

*Nota.*—La proposición aceptando el presupuesto ó mejorándolo simple y llanamente se pondrá en los huecos respectivos, advirtiéndole que habrá de ser en letra y expresando la cantidad en pesetas y céntimos, y que será nula, y por tanto desechada, toda proposición que no reúna las condiciones mencionadas.

4.<sup>a</sup> Los pliegos de condiciones facultativas y económicas, la Memoria, presupuesto y cuadros de precios, estarán de manifiesto en el Gobierno civil de la provincia de Canarias é Inspección general de Sanidad todos los días laborables, de las once á las trece, de conformidad con lo dispuesto en la ley de Contabilidad de 1 de Julio de 1911.

5.<sup>a</sup> No podrán tomar parte en la subasta los que se hallen privados de los derechos civiles é incapacitados para la contratación de obras públicas.

6.<sup>a</sup> Los pliegos que presenten los interesados en la licitación quedarán en poder del presidente de la misma durante la media hora siguiente á la fijada para dar principio al acto, y una vez entregados no se podrán retirar. Presidirá la subasta el gobernador civil de Canarias ó persona en quien delegue.

7.<sup>a</sup> Abierta la licitación por el presidente, y transcurrida la media hora para la entrega de los pliegos, éste declarará terminado el plazo para la admisión de proposiciones y que se procede al remate.

8.<sup>a</sup> Antes de procederse á la apertura de los pliegos presentados se colocarán en una caja tantas bolas, con numeración correlativa, cuantas sean las proposiciones, y el número de la que saque cada uno de éstos por sí misma determinará, de menor á mayor, su lugar respectivo para el caso de la licitación abierta, si ésta llegase á tener lugar.

9.<sup>a</sup> Verificado el sorteo á que se refiere la condición anterior, y antes de procederse á la apertura de los pliegos presentados, podrán sus autores manifestar las dudas que se ofrezcan ó pedir la explicación necesaria, en la inteligencia de que una vez abierto el primer pliego no se admitirá observación ni explicación alguna que interrumpa el acto.

10. Abiertos los pliegos y leídos en alta voz por el Notario, serán desechados los que no se hallasen conformes exactamente con el modelo citado en la condición 3.<sup>a</sup> y los que excedan del tipo fijado para la subasta, extendiéndose el acta de remate y adjudicándose provisionalmente á favor del mejor postor.

11. Si resultasen igualmente beneficiosas dos ó más proposiciones se procederá en el acto á una nueva licitación verbal entre los autores de aquéllas por un espacio de tiempo que no exceda de quince minutos. Pasado este tiempo apercibirá el presidente por tres veces, que va á terminar el acto, y lo verificará haciendo así la adjudicación provisional á favor del que hubiese hecho la puja más ventajosa.

En el caso de que los autores de las proposiciones más

bajas estuvieran empatados, se decidirá la adjudicación del servicio por medio de sorteo.

De todo se extenderá acta por el Notario que intervenga en la subasta y se elevará al Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación para la resolución, quedando reservada al mismo la libre facultad de aprobar definitivamente el remate, teniendo siempre en cuenta el mejor servicio.

Hecha la Real orden de adjudicación definitiva de la subasta se elevará el contrato á escritura pública.

12. Concluida la subasta serán devueltos los resguardos de los depósitos y cédulas personales, reteniéndose únicamente el resguardo del autor que resulte adjudicatario, el cual constituirá la fianza del 10 por 100 de la cantidad estipulada en la misma forma que se expresa para los depósitos y á disposición del gobernador civil de Canarias. Esta fianza quedará en garantía y no se devolverá hasta después de hecha la recepción final de las obras.

13. En el plazo de diez días, á contar de la fecha en que se comunique al interesado la aprobación definitiva de la subasta, se elevará el contrato á escritura pública, siendo de cuenta del rematante los gastos de la subasta, los del otorgamiento de la escritura y los de dos copias simples y otra de papel sellado correspondiente.

14. El contratista satisfará el importe del anuncio en la *Gaceta de Madrid* y *Boletín Oficial de Canarias* y *Diario Oficial de Avisos*, si lo hubiere, debiendo exhibir los justificantes de dichos pagos en el acto de entregar en las oficinas del Gobierno civil las copias de la escritura.

15. Si el rematante á cuyo favor se hubiera hecho la adjudicación de la subasta no se presentase á formalizar la escritura de contrata dentro del plazo señalado en la condición 13, ó si dejase de consignar dentro del mismo plazo la fianza definitiva expresada en la condición 12, perderá el depósito que hubiese hecho para tomar parte en la subasta y quedará además sujeto á lo prevenido en el artículo 51 de la ley de Contabilidad de 1 de Julio de 1911.

16. Dentro del término de diez días, á contar desde la fecha del otorgamiento de la escritura de contrata, dará principio el contratista á la ejecución de las obras, debiéndolas dar por terminadas antes de expirar el día 31 de Marzo de 1923.

17. Si el contratista no diese terminadas todas las obras comprendidas en la contrata en el plazo expresado en la condición anterior, se considerará rescindido el contrato, perderá la fianza que se fija en la condición 12 y sólo tendrá derecho al abono de las obras ejecutadas que sean de recibo, pero no al de materiales acopiados ni al de los útiles y herramientas. Se le reservará únicamente el derecho que le concede el segundo párrafo del art. 56 del pliego de condiciones generales.

18. El importe de las obras objeto de esta contrata se abonará al contratista según certificaciones mensuales expedidas por el arquitecto director, y su abono será cargo al capítulo 86, artículo único, partida tercera, sección sexta del presupuesto vigente.

19. La entrega provisional de la obra se hará mediante acta, en la que deberá constar que se halla construída con arreglo á todas las condiciones del contrato, y será firmada por el gobernador civil de Canarias, el arquitecto director de las obras y el contratista, teniéndose en cuenta lo prevenido en el capítulo quinto de las condiciones generales para la contratación de Obras públicas de 13 de Marzo de 1903, y la recepción definitiva con arreglo á las mismas formalidades, y teniendo en cuenta también las mismas disposiciones citadas anteriormente para la recepción provisional una vez pasado el plazo de garantía de doce meses, según el art. 50



del pliego de condiciones facultativas que rige para esta contrata.

20. La fianza será devuelta al contratista cuando se apruebe la recepción y liquidación definitiva y éste justifique el pago del subsidio industrial.

21. El contratista dará cumplimiento á lo prescrito en el Real decreto de la Presidencia del Consejo de Ministros sobre contrato del trabajo de 22 de Junio de 1902.

#### *Protección á la industria nacional.*

22. Se hace constar que el referido contrato ha de celebrarse con arreglo á la ley de 14 de Febrero de 1907 y Reglamento de 23 de Febrero de 1908 y adicionado por los Reales decretos de 25 de Junio de 1910, según la primera de las disposiciones finales de la ley de Administración y Contabilidad de 1.º de Julio de 1914.

En cumplimiento del penúltimo párrafo del art. 19 del Reglamento citado, se insertan literalmente los artículos 13, 14 y 15 y el primer párrafo del 17 del mismo.

«Art. 13. Cuando se haya celebrado sin obtener postura ó proposición admisible una subasta ó concurso sobre materia reservada á la producción nacional, se podrá admitir la concurrencia de la extranjera en la segunda subasta ó segundo concurso que se convoque con sujeción al mismo pliego de condiciones que sirvió de base la primera vez.

«Art. 14. En la segunda subasta ó segundo concurso previstos por el artículo anterior, los productos nacionales serán preferidos en concurrencia con los productos extranjeros excluidos de la relación vigente mientras el precio de aqué los no exceda al de éstos en más del 10 por 100 que señale la proposición más módica, siempre que el contrato comprenda productos incluidos en relación vigente y productos que no lo estén; los pliegos de condiciones y las proposiciones las agruparán y evaluarán por separado. En tales contratos la preferencia del producto nacional establecida por el párrafo precedente cuando ésta fuera aplicable, cesará si la proposición por ella favorecida resulta onerosa en más del 10 por 100, computado sobre el menor precio de los productos no figurados en dicha relación anual.

«Art. 15. En todo caso, las proposiciones han de expresar los precios en moneda española, entendiéndose por cuenta del proponente los adeudos en su caso, los demás impuestos, los transportes y cualquiera otros gastos que se ocasionen para efectuar la entrega, según las condiciones del contrato.

«Art. 17. Primer párrafo. Las autoridades y los funcionarios de Administración que otorguen cualesquiera contratos para servicios de Obras públicas, deberán cuidar de que copias literales de tales contratos sean comunicadas inmediatamente después de celebrarlos en cualquiera forma (directa, concurso ó subasta) á la Comisión Protectora de la producción nacional.»

Santa Cruz de Tenerife, 15 de Septiembre de 1922.—El arquitecto, *Antonio Pinto*. (*Gaceta* de 16 de Septiembre.)

### MONTEPIO FACULTATIVO

#### SECRETARÍA GENERAL ANUNCIO DE PENSIÓN

Dña Carmen Fernández y Alvarez, viuda de D. Alberto Martín y Muñoz, solicita pensión de viudedad.

Lo que se publica para conocimiento de la Sociedad y á los efectos del Reglamento.

Madrid, 15 de Septiembre de 1922.—El secretario general, *Marín*.

3

Dña María Teresa Sánchez y Salas, huérfana de don Faustino Sánchez, solicita pensión de orfandad.

Lo que se publica para conocimiento de la Sociedad y á los efectos del Reglamento.

Madrid, 18 de Septiembre de 1922.—El secretario general, *Marín*.

3

### Gaceta de la salud pública.

#### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 705,7; ídem mínima, 701,2; temperatura máxima, 31°,3; ídem mínima, 8°,1; vientos dominantes, NNE. NO.

Signen siendo frecuentes los afectos agudos catarrales por enfriamiento, muchos de ellos localizados en las vías respiratorias, pero más en las digestivas y en el aparato motor en el que se manifiestan por brotes de reumatismo agudo. Los cólicos intestinales, hepáticos y nefríticos, también se han presentado con alguna frecuencia.

En los niños son numerosas las fiebres de índole catarral y algunas intermitentes.

### Crónicas.

**Las Policías francesa y española detienen á vendedores de cocaína.**—Con diferencia de tres ó cuatro días se ha logrado en Montpellier (Francia) y en Madrid capturar á numerosos vendedores de cocaína, todos españoles.

En Montpellier han sido once los detenidos por la Policía francesa, que vendían cocaína que importaban clandestinamente de Alemania.

En Madrid el día 19 se capturaron seis ó siete; pero parece que en el tráfico de la referida mercancía están complicadas muchas más personas, á las que se sigue una pista verdad.

Desde hace más de tres años venimos llamando la atención de las autoridades sobre esta lacra modernista que tantos males acarrea.

Sígase la campaña y demostremos que seguimos la corriente de la Europa civilizada en sus progresos y no en sus vicios.

**Congreso de entidades de socorro á los rusos.**—Al publicarse el presente número se estarán celebrando en Ginebra las sesiones del Congreso de organismos creados con el fin de allegar recursos á las regiones famélicas de Rusia.

La sesión inaugural, según nuestros informes, habrá tenido lugar el día 19, y se supone que estarán representados en la Asamblea más de 40 organismos europeos y americanos.

La presidencia del Congreso le será otorgada al eminente Dr. Nansen, que tantos esfuerzos ha realizado en pro de los rusos hambrientos, y el primer acto que se habrá celebrado, el de la lectura de una memoria debida á su pluma, en la que se da cuenta de los éxitos alcanzados y trabajos realizados.

**La estatua de Cajal.**—Al cerrar nuestra edición leemos en la prensa diaria que el día 20 llegó á Zaragoza la estatua de Cajal, modelada por Benlliure, y destinada á ocupar lugar preferente en el local de la Facultad de Medicina.

El propósito de la Junta organizadora del Homenaje á Cajal, en Zaragoza, tiene proyecto de descubrir la estatua el día 1.º de Octubre, pero si prosperan las gestiones que por algunos elementos se vienen realizando para que el emplazamiento del monumento no sea en la Facultad, sino en la vía pública, seguramente tendrá que demorarse la inauguración de éste.

**Gramática.**—D. Rufino Blanco y Sánchez acaba de publicar el tercer grado de su método para la enseñanza de la Lengua castellana. Esta nueva obra es una ampliación cíclica de segundo grado, del cual van ya agotadas nueve ediciones.

Es un estudio elemental, pero completo, de Gramática, Nociones de Semántica y Lexigrafía. Prácticas de diccionario. Ejercicios especiales de Ortografía y de análisis gramatical. Lectura, resúmenes de lo leído y ejercicios de recitación. Copia, dictado y ejercicios de redacción. Composición



oral. Ejercicios de invención y «tests» ó pruebas de capacidad mental del niño y noticia de algunos escritores contemporáneos.

Este método, como el del segundo grado, tiene libro del discípulo, cuyo precio es de 2.25 pesetas, y libro del maestro, que se regala á quien adquiera 20 ejemplares del primero.

El precio de ambos ejemplares para el público es de 5.25 pesetas, pero se envían de muestra y francos de porte á los maestros y maestras de primera enseñanza, remitiendo por giro postal con las señas del que desee recibirlos, 4 pesetas al administrador de *El Universo*, Olózaga, 1, Madrid.

**Conclusiones del Congreso de prácticos de Farmacia.**—El primer Congreso Nacional de Prácticos de Farmacia celebrado en Madrid el día 11 del corriente y clausurado el día 15 del mismo, acordó las siguientes conclusiones:

Primera. Queda constituida la Federación Nacional de Prácticos de Farmacia.

Segunda. Recabar de los Poderes públicos un título de aptitud que garantice nuestra personalidad.

Tercera. Abolición del internado.

Cuarta. Fijación del sueldo mínimo.

Quinta. Creación de Montepíos.

Sexta. Velar por el cumplimiento de las leyes vigentes y solicitar otras que favorezcan á la clase.

Séptima. Creación de Cajas de socorros para transeuntes.

Resultó elegido el siguiente Comité:

Presidente, Pascual Gil Serrano; secretario, Vicenciano Alvarez; tesorero, Segundo Serrano; vocal, Antonio García Jordán.

**Congreso internacional de Fisioterapia y educación física.**—Como ofrecimos en nuestro último número, damos á continuación, y lo más extractado posible, un resumen de los trabajos que se vienen realizando para la organización de esta Asamblea.

Al celebrarse en Bruselas en el año 1920 el quinto Congreso internacional de Fisioterapia, el Sr. Bartrina, con ocasión de encontrarse en Amberes como secretario del Comité olímpico español con motivo de los Juegos olímpicos que se estaban á la sazón celebrando, tomó parte en él como representante de España, y pidió, y obtuvo, que el próximo Congreso se celebrara en Madrid.

Acordado así por el Comité internacional, eligióse como presidente del Comité español para su organización al doctor Calatayud Costa. Al hacer éste su visita al Rey, en suplica de que se dignara aceptar el alto patronato del Congreso, S. M. tuvo á bien indicar lo oportuno que sería que, al propio tiempo, se tratara en el Congreso de las cuestiones referentes á la educación física.

La fecha de la celebración del Congreso está acordada en principio para la primera decena de Abril del año venidero.

La presidencia de honor la componen: el presidente del Consejo de Ministros, los ministros de Instrucción Pública, Estado y Gobernación, alcalde de Madrid, rector de la Universidad Central, decano de la Facultad de Medicina, presidente de la Real Academia Nacional de Medicina de Madrid, D. Santiago Ramón y Cajal, ex catedrático de Medicina, miembro de las Reales Academias de Medicina y Ciencias y senador del reino; conde de Romanones, ex presidente del Consejo de Ministros y ex ministro de Instrucción Pública; D. José Francos Rodríguez, ex ministro de la Corona y académico honorario de la Real Academia de Medicina, presidente de la Asociación de la Prensa; conde de Gimeno, ex ministro de la Corona, miembro de las Reales Academias de Medicina y Ciencias, ex catedrático de Medicina, médico de baños; D. Luis Cirera Salce, miembro de las Reales Academias de Medicina y Ciencias de Barcelona; D. César Comas Llaberia, miembro de la Real Academia de Medicina y roentgenólogo de la Facultad de Medicina de Barcelona; don Agustín Frío Llaberia, profesor radiólogo del hospital de la Santa Cruz y de Nuestra Señora del Sagrado Corazón de Barcelona.

Como miembros de honor figuran además de los representantes oficiales en España de las naciones extranjeras, el capitán general de Madrid, gobernador civil de Madrid, presidente de la Diputación provincial, ilustrísimo señor obispo de Madrid-Alcalá, presidente de la Audiencia territorial de Madrid, gobernador militar, fiscal de S. M., delegado regio de Primera enseñanza, director general de Sanidad, presidente del Real Consejo de Sanidad, director de la Academia de Sanidad Militar, inspector de Sanidad Militar de la

primera región, director del Laboratorio Municipal de Madrid, director del Instituto de Alfonso XIII, decanos de la Beneficencia general, de la Beneficencia provincial y de la Beneficencia municipal, directores del Instituto Rubio y del Instituto del Cáncer, decano del hospital del Niño Jesús, director de la Escuela Superior del Magisterio, presidentes de la Sociedad Española de Hidrología Médica, de la Real Sociedad Española de Electrológica y Radiología Médicas, Sociedad Española de Higiene, Academia Médico-Quirúrgica Española, Sociedad Española de Pediatría, Sociedad Española de Dermatología, Sociedad Española de Ginecología, Sociedad Española de Oftalmología, Sociedad Española de Urología, Sociedad Española de Especialistas de Pecho y Sociedad Española de Física y Química; directores del Instituto del Cardenal Cisneros, de San Isidro y Radio-Actividad; director de la Escuela Normal de Maestros, director de la Escuela Normal de Maestras; D. Leonardo Torres Quevedo, miembro de la Real Academia de Ciencias; reverendo padre Pérez del Pulgar, profesor de Electrotecnia del Instituto Católico de Artes gráficas é Industrias; D. Ignacio G. Martí, catedrático de Física en la Universidad Central; D. Obdulio Fernández y Rodríguez, catedrático de Farmacia de la Universidad Central.

**Excipiente inerte.**—Los tratadistas de métodos lógicos me causan la misma impresión que me produciría un orador que pretendiera acrecentar su elocuencia mediante el estudio de los centros del lenguaje, del mecanismo de la voz y de la innervación de la laringe.

(Cajal.)

La adversidad y el sano consejo del experimentado, siempre saben á crueldad al imbécil y al presuntuoso.

(Ich.)

## BARDANOL

Compuesto de extracto de raíces de LAPPÁ

MAJOR L., y Estañó coloidal.

LABORATORIO GAMIR. San Fernando, 34. — Valencia.



Jugo de uvas sin fermentar. Es el mejor alimento líquido para enfermos y convalecientes, tifus gástricas. A. J. S. y ESCOFET. Tarragona.

**NIÑOS, — FIEBRES PALUDICAS, GASTRICAS, TIFOIDEAS, de DENTITION, GRIPALES,** después del brote en las **ERUPTIVAS**, estados febriles de las **NEUMONIAS, BRONQUITIS** y en cuantos casos está indicada la quinina se prescribe una caja de

**Quininfantina Delgado Ronco.**

Papeles á base de *etilcarbonato de quinina*, valorado su alcaloide (quinina), permitiendo dosificación exacta, no irrita el tubo digestivo, y de sabor agradable. Más eficaz que los supositorios y enemas que provocan deposiciones y las pomadas de difícil absorción.

## SOLUCION BENEDICTO

Glicero - fosfato de cal con **CREOSOTAL**

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, caries, raquitismo, escrofulismo, etc.

Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 41, MADRID

El papel de esta Revista está fabricado especialmente por la A. G. P. para EL SIGLO MEDICO.

Suscriptor de Enrique Teodoro.—Glorieta de Sta. M.ª de la Cabeza, 1