

III AÑO TRIUNFAL

# Clínica Extremeña

## REVISTA CIENTÍFICA MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS  
DE LA  
PROVINCIA DE CÁCERES

ESTÁ REVISTA SE REPARTE GRATIS  
A LOS SEÑORES COLEGIADOS

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
EL DOMICILIO SOCIAL DEL COLEGIO  
C. DEL BROCNENSE, n.º 8 - TELEFONO, 1835

PUBLICACION MENSUAL,  
PROFESIONAL Y CIENTÍFICA

DIRECCIÓN Y ADMINISTRACIÓN  
LA JUNTA PERMANENTE DEL  
COLEGIO MÉDICO

### SUMARIO

SECCIÓN CIENTÍFICA: Ictericia tóxica.—Tratamiento de las quemaduras por el té.—Prevención y tratamiento abortivo de la flebitis post-operatoria.—«Ensayos epidemiológicos».—El transcurso del tiempo.—Los síntomas corporales psicógenos, síntomas histéricos en sentido estrecho, en el material clínico de la guerra.—SECCIÓN DE LEGISLACIÓN: Ministerio del Interior: Concediendo a las familias que lo soliciten y se encuentren en la zona liberada asistencia médico-farmacéutica gratuita.—Ordenando a los Ayuntamientos remitan a la Inspección Provincial de Sanidad relación de vacantes de Médicos, Farmacéuticos, Practicantes y Matronas.—Orden sobre protección a las instituciones de la Madre y el Niño.—Abriendo concurso entre los Médicos aprobados en la convocatoria de oposiciones del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria de fecha 26 de Octubre de 1935.—SECCIÓN OFICIAL DEL COLEGIO: Percibo de haberes de desaparecidos o víctimas del marxismo.—Relación de obras legadas a la Biblioteca de este Colegio por el compañero fallecido D. Alfonso Arroyo Santos.—Aviso a los colegiados.—Noticias.

Imprenta y Encuadernación de García Floriano.—Calle de Carrasco n.º 40  
CÁCERES

1938



III AÑO TRIUNFAL

# Clínica Extremeña

Revista científica mensual

---

UNA PATRIA :: UN ESTADO :: UN CAUDILLO  
UNA PATRIA: ESPAÑA UN CAUDILLO: FRANCO

---

## Sección Científica

### ICTERICIA TOXICA

Dr. H. G. MOGENA

La célula hepática es atacada de manera ostensible por una serie de medicamentos (salvarsán, acridinas, dinitrofenol, atofán, etcétera), que si bien la mayoría de las veces no dan lugar a manifestaciones clínicas, en otras ocasiones pueden llegar hasta a producir la muerte.

Desde hace unos quince años, y sobre todo desde la publicación de Brown, se está prestando una mayor atención al efecto que el atofán tiene sobre el hígado, dando lugar a ictericia, y según las observaciones se van multiplicando, se desecha la idea de que pueda tratarse de una simple coincidencia. El mayor número de casos publicados, coincide con el empleo, cada vez más frecuente, de dicho medicamento, dadas sus propiedades antiflogísticas, analgésicas, antipiréticas y coleréticas, que hace su uso muy generalizado.

La intolerancia que presentan algunas personas, como sucede a muchos con otros medicamentos, originando vómitos, diarreas, urticarias, etc., son de poca importancia, y fácilmente determinada la causa, con lo que el efecto intolerante del medicamento des-

**Ceregumil****FERNANDEZ**

Alimento completo vegetariano. Insustituible en las intolerancias gástricas y afecciones intestinales

FERNANDEZ CANIVELL. — MALAGA

Representante general en Extremadura:

**Francisco Cruz Quiros ● CACERES**

aparece al suprimir éste. Pero no sucede lo mismo con su acción sobre la célula hepática, según hemos tenido ocasión de comprobar.

Después de los cuatro casos que presenté en la Academia Médico-Quirúrgica de Madrid, son varios más en los que ví fuese el atofán, sin género de dudas, el motivo de la ictericia que tuvieran los enfermos.

Se trata de ictericia por lesión de la célula hepática (colangia capilar y hepatocelular), sin obstrucción de vías biliares ni hiperhemolisis; la evolución es grave, dando lugar unas veces a la atrofia amarilla aguda, y otras evoluciona favorablemente durante semanas o meses, indicando la intensidad de alteración. En algunos enfermos hemos tenido ocasión de practicar diversas pruebas de función hepática siendo su positividad indicio del trastorno funcional.

Como ejemplo de atrofia amarilla aguda, citaré el siguiente caso: Se trataba de una señora de unos 40 años, que por dolores reumatoideos venía tomando 0'50 gramos de atofán cada doce horas, y a los ocho días se presentó la ictericia del tipo antes descrito, que rápidamente fué aumentando, sin llegar a ser, cuando yo la ví, demasiado obscura, ya que es bien conocido que la ictericia por lesión del parénquima no alcanza la intensidad que en aquellas cuya causa primitiva da lugar a obstrucción de las vías biliares extrahepáticas; el hígado y bazo no se palpaba ni percutía aumentado; existían pigmentos biliares en orina y en heces, en pocos días sin obedecer a la terapéutica empleada, entró en coma hepático.

La dosis de medicamentos administrada dentro de los límites terapéuticos no ejerce una influencia manifiesta, por lo menos en la mayoría de los casos, habiendo observado en todos ellos no pasaba nunca de un gramo diario, casi siempre con un fin analgésico, ya que esta propiedad es por la que más se emplea el atofán.

El tiempo que dura la administración no es tampoco un factor decisivo; en los enfermos observados por nosotros la ictericia se presentó en unos a los 8 días y en el de más larga fecha a los 3 meses de tomar un gramo diario del medicamento. Si algunos autores consideran solamente peligroso la administración prolongada tendremos presentes los casos mencionados en la literatura en que basta la ingestión de un sólo gramo de medicamento para la aparición de la ictericia; sin que se pueda atribuir muchas veces a lesión previa del hígado, por lo menos clínicamente no había prueba alguna de que así fuese; a posteriori pasado algún tiempo de la ictericia investigué el estado funcional hepático en algunos de mis enfermos, sin observar alteración alguna.

Esto hace pensar, se trata de una menor resistencia del hígado

para la droga o bien que exista una determinada labilidad específica de la célula hepática frente a ella.

En la estadística recopilada por Rabinowischt en 50 por 100 de los casos la ictericia iba seguida de muerte, proporción a nuestro juicio exagerada debida tal vez a publicarse sobre todo los casos graves.

Experimentalmente también se ha comprobado esta acción degenerativa del atofán sobre la célula hepática, habiéndose visto que si la dosis es grande, se produce una degeneración aguda y cuando es pequeña y repetida el proceso degenerativo tiene una evolución crónica; como anteriormente hemos dicho no se sigue esta misma evolución en clínica humana.

Si en personas con hígado aparentemente sano, el atofán puede producir este efecto degenerativo, no podemos estar de acuerdo con Bruschi, cuando recomienda su empleo en los ictericos, fundándose en la propiedad colerética ya que aquí actúa sobre una célula enferma y por consiguiente su peligro aumenta. Por la misma razón no seguimos a Chiray y sus colaboradores cuando emplean esta substancia para el estudio de la función hepática; ni tampoco es de aconsejar el uso para la radiología de la vesícula biliar de aquellos preparados en que entraba el atofán, que también dieron lugar a casos de ictericia.

No es por consiguiente el atofán un medicamento inofensivo que pueda administrarse ciegamente; su empleo, en los casos en que verdaderamente se crea indicado, exige una observación atenta para interrumpir su administración al menor síntoma de toxicidad.

---

## Tratamiento de las quemaduras por el té

Por HENRI LECLERC.

«Presse Medicale».—10 de Septiembre de 1938.—N.º 73.

*Traducido especialmente para CLÍNICA EXTREMEÑA, por Arturo O'Ferrall*

No hace mucho tiempo que el té, del cual se hace en estos días una consumición a veces abusiva, era considerado, en Francia, como un medicamento que se empleaba interiormente como remedio contra la indigestión y exteriormente como colirio. Actualmente, aunque ha llegado a ser la bebida clásica de las fiestas mundanas junto con el cocktail, no ha dejado de prestarse a ciertos usos terapéuticos, los cuales bien vale la pena mencionar.

Su riqueza en tanino hace de su infusión en caliente un líquido astringente que puede prestar servicios para moderar la inflamación y la congestión en casos leves de conjuntivitis y blefaritis. En más de una ocasión he recetado su uso, no en forma de infusión, sino de decocción; para inyecciones vaginales en enfermas con leucorrea, cuyas mucosas toleraban mal las soluciones antisépticas y astringentes que comúnmente se emplean en tales casos. Los favorables resultados obtenidos por dichas enfermas les ha obligado a perdonarme lo que ellas llegaban a considerar una grave falta contra las buenas costumbres de la sociedad, una especie de sacrilegio.

Recientemente un médico de Calcuta, el Dr. Peiris, ha indicado un método de tratamiento de las quemaduras por el té, y aconseja para ello el siguiente procedimiento. Se dejan seis cucharillas de té en infusión, en seis tazas de agua hirviendo durante diez minutos y se aplican a las quemaduras cuatro espesores de compresas de gasa empapadas en este líquido y se cubren con un vendaje ligero que se humedece con té cuando se seca. Esta cura se deja en sitio durante doce o catorce días. Si sobrevienen fenómenos sépticos que se anuncian por hipertermia, frecuencia del pulso, por el estado saburral de la lengua, por la anorexia, se vuelve a aplicar el apósito después de una limpieza de la herida practicada, si es necesario, bajo anestesia. En vez de compresas, se pueden hacer pulverizaciones del té cada hora, durante 12 o 24 horas, como se hace en el tratamiento por ácido tánico; una cataplasma eléctrica ayudará, cuando sea necesario, a secar la lesión. El autor ha utilizado este procedimiento de compresas empapadas en té en doce casos de quemaduras, de las cuales seis eran de tercer grado y tres extendidas. También ha utilizado, en vez de las compresas, las hojas de té húmedas que quedan en la tetera, siendo los resultados tan favorables como los obtenidos por el procedimiento del ácido tánico...

He aquí un método, que por su sencillez y la moderación de los gastos que presupone, me parece merecer la atención de todo facultativo dedicado a la medicina general o rural y que desea conciliar los intereses sanitarios y financieros de sus enfermos.

---

## ADVERTENCIAS

Los autores de artículos originales que deseen números aparte, deberán solicitarlo del Secretario, abonando su importe. Los trabajos que requieran la inserción de clichés, será de cuenta de su autor el importe de dichos clichés, hasta tanto que la situación financiera de la Revista mejore. Los trabajos quedarán propiedad de la Revista.

Toda la correspondencia, manuscritos, libros, revistas, cambio de prensa, etc., deben dirigirse al Colegio Médico, Cáceres. Apartado, 21.

# Prevención y tratamiento abortivo de las flebitis post-operatorias

Por ANDRES CHALIER.

«La Presse Medicale».—10 de Septiembre de 1938.—N.º 73.

*Traducido especialmente para CLÍNICA EXTREMEÑA, por Arturo O'Ferrall*

Las flebitis post-operatorias constituyen ahora y siempre una de las constantes preocupaciones, pues sigue siendo una de las más frecuentes complicaciones de operaciones abdominales.

Aunque el verdadero origen y el mecanismo de esta flebitis se nos escapan en la mayoría de los casos, por lo menos sabemos por experiencia que está relacionada casi siempre en lo que a su presentación se refiere, con un cierto número de condiciones conocidas de antemano y que hacen de ciertas mujeres verdaderos candidatos a esta complicación. Habiendo alcanzado o pasado los 40 años, son gruesas, muchas veces obesas; presentan alteraciones glandulares o cardio-renales; su tensión es más bien baja o inferior a lo normal; defectuosa circulación venenosa; la sangre, alterada por mal funcionamiento del hígado o por repetidas hemorragias, presenta aumento de viscosidad y de coagulabilidad.

Pero, aunque las mujeres que presentan una o más de estas condiciones están especialmente predisuestas a la flebitis y deben despertar nuestra atención y cuidado, también es preciso tener presente que todas las operaciones abdominales y perineales, hasta las más sencillas y pueriles, como la cura radical de la hernia, la apendicectomía en frío, el curetage uterino, la perineotomía, pueden muy bien dar origen a una flebitis. En principio, pues, es preciso tomar, para todas estas intervenciones, precauciones profilácticas antes, durante y después de la operación.

*Las precauciones profilácticas pre-operatarias.*—Estas pueden resumirse como sigue:

1. No inmovilizar en cama a la enferma que ha de ser operada. Insistir, por lo contrario, en que se levante y marche hasta la misma víspera de la intervención; y, en casos en que la mujer haya guardado cama, no operarla hasta después de haberla hecho levantarse y andar algunas horas durante varios días. Es natural que todo esto es aplicable sólo a enfermos sin infección y que no tienen fiebre.

2. No operar sin haber antes tomado la tensión arterial y sin haber notado el número y el ritmo de las pulsaciones cardíacas, de manera de poder instituir, si es preciso, y durante todo

el tiempo necesario, el tratamiento de la hipotensión, de la taquicardia, de la arritmia (adrenalina, efedrina, pressyl, digitalina, etcétera).

3. Evitar, al menos que sea un caso de urgencia, los medicamentos coagulantes y, si el tiempo de coagulación se ha demostrado demasiado breve, utilizar durante la fase de preparación la hirudinización y el citrato de sosa en altas dosis o prepararse a recurrir a él el día después de la operación.

4. Finalmente, preparar el organismo para la lucha antiinfecciosa sea por inyecciones de propidón, si es posible hacer 2 o 3 a intervalo de tres días, sea por la ingestión diaria de septazina o rubiazol.

Con referencia a las precauciones que han de tomarse durante el curso de la operación, éstas se resumen en operar con la más perfecta asepsia y la más estricta hemostasia, evitando la ligadura en bloque de grandes pedículos y el traumatismo intempestivo de los vasos venosos pelvianos. Por lo contrario, yo doy sólo la mínima importancia a la clase de anestesia, al modo de histerectomía (total o subtotal), al establecimiento o supresión de drenaje. Todo esto depende de las costumbres particulares de cada operador.

Después de la operación, la lucha profiláctica estará esencialmente basada sobre las constataciones preoperatorias. La precaución capital consiste, en mi opinión, en hacer que la enferma se levante cuanto antes, lo que según experiencia, puede efectuarse en 9 de cada 10 casos, a las cuarenta y ocho horas, cualquiera que sea la naturaleza de la intervención. Si no existe interés en que la enferma se levante inmediatamente, cosa que es muy raramente posible además, siempre existe el hecho de que su eficacia será tanto mayor mientras más pronto se efectúa; es decir, lo más cerca posible del segundo día.

Pero, el levantarse pronto después de la operación no puede dispensar la vigilancia post-operatoria rigurosa que se referirá no solamente al estado de la temperatura, sino también a la condición del pulso, de valor diagnóstico y pronóstico muy superior. También deberá comprender —en los casos más graves por lo menos— el control frecuente de la tensión arterial y el tiempo de coagulación sanguínea. Bien informado de esta manera, el cirujano podrá juzgar la oportunidad para la aplicación preventiva de sanguijuelas y la administración de medicamentos anticoagulantes y tonicardíacos.

Gracias a estas varias precauciones, se alejará en la mayoría de los casos, el peligro de la flebitis. Sin embargo, nos encontramos de vez en cuando con la presencia de síntomas, que descubiertos precozmente, anuncian la amenaza o el comienzo de una flebitis. Lo esencial es evitarlos, esperarlos de alguna manera, y

de actuar inmediatamente, con el fin de hacer abortar la flebitis.

Este tratamiento abortivo consiste, según mi opinión, en los principios siguientes:

1. Continuación del levantarse y de andar. Es esta según mi experiencia, la recomendación principal. Pero es necesario precisar claramente que se trata de enfermos que se han levantado el segundo, tercero o cuarto día siguiente a la operación y en los cuales se descubren signos ominosos, aislados o asociados, tales como: aceleración del pulso, elevación de la temperatura, dolores de la pantorrilla, hinchazón de pierna y pie. Lejos de inmovilizar estos enfermos en cama, conforme las prescripciones clásicas, es preciso, por lo contrario, incitarles a abandonar su lecho todos los días y de andar lo más posible. Pero es conveniente, para atenuar los dolores y para facilitar la marcha, sostener las pantorrillas mediante una venda larga, que envuelve la parte inferior de la pierna de arriba a bajo, bien ajustada, pero, sin embargo sin exceso. Esta venda se colocará antes de levantarse y se quitará al acostarse para permitir observar la evolución de la flebitis y la aplicación de compresas húmedas calientes que se mantendrán durante la noche.

2. Elevación de los pies de la cama para favorecer, durante el decúbito, la circulación de regreso de la sangre venosa.

3. Administración de medicamentos toni-cardíacos, y si es preciso, hipotensores.

4. Administración de un anti-coagulante, como el citrato de sosa en altas dosis (4 a 6 gr.) y la hirudinización. Yo acostumbro generalmente a aplicar dos o tres sanguijuelas a la raíz del muslo todos los días, o un día sí y otro no. Esta aplicación, realizada en enfermos que se levantan y andan, me parece de las más justificadas y que jamás me ha ocasionado el menor contratiempo, notablemente jamás embolias.

Tal es el tratamiento que empleo desde hace 10 años en todas las amenazas o iniciación de flebitis que he observado en mis enfermos que se han levantado precozmente después de ser operados. Lo que puedo afirmar, es que gracias a estos procedimientos no he podido ver producirse ni un caso de flebitis verdadera, con todos sus síntomas, sus secuelas y sus accidentes. Sin embargo he observado muchos casos que me han preocupado en este sentido y que sin duda alguna hubiesen desarrollado verdaderas flebitis si les hubiese abandonado al reposo en cama, a la inmovilización, es decir al tratamiento clásico. Se me dirá que esta es solamente una impresión. Sin duda, ya que no he dado tiempo a que la flebitis que se inicia se desarrolle y se caracterice por todos los síntomas en completo. Pero, sin embargo de entre más de dos mil operaciones abdominales que se han levantado precozmente después de la ope-

ración, solo he observado cincuenta casos en que hubo amenaza de flebitis, de los cuales uno llegó a desarrollarse, gracias, según creo yo, al tratamiento abortivo que he descrito. ¿No constituye esto un argumento significativo? Entre estas cincuenta amenazas de flebitis, en su gran mayoría eliminadas muy rápidamente, he tenido sin embargo, 3 o 4 casos que me han impresionado vivamente y que, durante algunos días me han preocupado mucho a pesar del tratamiento. Me parecían efectivamente una flebitis que progresaba rápidamente y seguía evolucionando; los fenómenos dolorosos se acentuaban, el pulso se hacía más y más rápido, el edema se extendía; día por día en estos casos tengo que admitir que estuve muy cerca de perder la confianza que tenía en el tratamiento de referencia y de abandonar el método ambulatorio. Por suerte, he continuado con él, he insistido en que continuasen en pie, he aumentado la marcha y la ascensión de escaleras, insistiendo al mismo tiempo en los tónicos cardíacos y los procedimientos anti-coagulantes. En estos casos graves, así como en los otros, he tenido la gran satisfacción de ver resolverse el peligro, de haber hecho abortar flebitis que seguramente hubiesen evolucionado. Es interesante notar que en la inmensa mayoría de los casos, el éxito se traduce al fin de dos o tres días por el descenso de la temperatura, la disminución del número de pulsaciones cardíacas, la atenuación o desaparición de los dolores; sólo el edema persiste algún tiempo más. En los casos más graves, donde el temor persiste más tiempo, la lucha puede permanecer indecisa durante una semana, pero a partir del octavo día, si se persiste, la victoria es segura. Este tratamiento abortivo es pues, relativamente corto, y, como los primeros signos aparecen ordinariamente antes del décimo día, se ve que hasta en los operados menos favorables, la complicación venosa no prolonga mucho la estancia hospitalaria y no llega a retrasar la convalecencia.

Pero, tengo que insistir sobre este hecho, para lograr un éxito; este tratamiento abortivo precisa de un descubrimiento inmediato del menor síntoma de accidentes venosos y es sólo aplicable a los casos justificados en los cuales los enfermos se han levantado muy pronto después de la operación. Lo repruebo, por consiguiente, en el caso de enfermos que permanecen en cama y en los que la flebitis no ha sido descubierta o tratado hasta que está ya plenamente confirmada y extendida por todo el miembro inferior. Debo añadir, además, que el tratamiento ambulatorio, aplicado en las condiciones que preconizo, es decir, en los casos de amenaza o iniciación de una flebitis, no me ha infligido jamás el desastre de una embolia mortal. Esta, además, no se observa casi nunca en el curso de una flebitis aparente o sospechada. He ahí otro problema que no he considerado a propósito abordar en este trabajo.

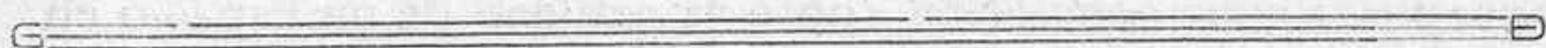
# “ENSAYOS EPIDEMIOLOGICOS,”

Por F. G. CROOKSHANK.

«Si se ha de creer que todas estas cosas pertenecen más bien a la meteorología, se admitirá, al considerarlo, que el estudio de los cuerpos celestiales contribuye, no poco, sino más bien mucho, a la medicina. Así, según las estaciones, las enfermedades del hombre, como sus órganos digestivos, sufren un cambio.»

HIPPOCRATES: Aires, Aguas y Sitios.

Existe un verdadero peligro, en la época actual, de que la Epidemiología Hipocrática, según la desarrollaron Baillou, Sydenham, Huxham, y por añadidura, Creighton y Hamer, quede absorbida por la Ciencia Estadística. Puede que la Estadística absorba la Epidemiología, mas no podrá jamás reemplazarla. Existe, no hay la menor duda, un método estadístico de examinar y valorar los datos epidemiológicos: esto es admirable y commendable. Pero la Epidemiología—el estudio de las epidemias—tiene que ver, en primer lugar, no con cifras y números, sino con Gentes, Tiempos, Estaciones, Aires, Aguas y Localidades. Se puede aplicar la misma descripción a la reciente aplicación, como se dice, del Método Experimental a la Epidemiología. Esto no es más, en verdad, que la práctica de observación por analogía y tiene la misma relación con la verdadera Epidemiología que el «Kriegspiel» (Juego de la Guerra) tiene con la Estrategia, o el ir al Cine con el estudio de la Vida Humana. Tal es el «sermo» contenido en estos ensayos.



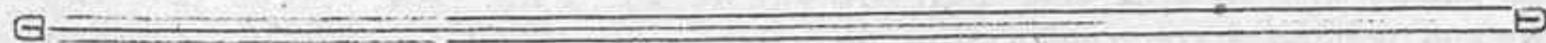
**A**YUDAD A LA INDUSTRIA QUÍMICA NACIONAL  
RECETAD PRODUCTOS ESPAÑOLES

EL LABORATORIO  
QUÍMICO-FARMA-  
CÉUTICO de G. ES-  
COLAR, Sucesor de  
J. G. Espinar, aca-

ba de poner a la disposición de la respetable clase médica, las nuevas preparaciones marca «ESPAÑA» JARABE DE HIPOFOSFITO COMPUESTO «ESCOLAR». ESTOMACAL «ESCOLAR». YODURO DE CAFEINA «ESCOLAR». SOLUCION ESTABLE DE SALICILATO DE SOSA «ESCOLAR». SAL DE FRUTAS ESPAÑOLAS «ESCOLAR». BALSAMO DEL NIÑO «ESCOLAR». UROTROPIN «ESCOLAR». PIPERACINA «ESCOLAR». MIEL DE

UVAS VITAMINADAS «ESCOLAR».  
Jarabes, Vinos Medicinales, Granulados, Inyectables de todas clases y AGUA OXIGENADA NEUTRA y MEDICINAL a DIEZ VOLÚMENES =

Calle Sánchez Perrier, núm. 3.—Apartado de Correos, 46. — **SEVILLA.**



# 1.-EL TRANSCURSO DEL TIEMPO

El tiempo es aquello en lo cual hay oportunidad y la oportunidad es aquello en lo cual no hay mucho tiempo.

HIPPOCRATES: Preceptos.

Como tantas veces se ha dicho, por cierto con justicia pero sin gran originalidad, la Cosmogonía, o Creación del mundo, ha sido la enigma de los filósofos de todas las épocas. Nosotros, con un poco menos confianza ahora que hace cuarenta años, de que las doctrinas de Spencer y Darwin sumarizan todo lo que podemos o debemos saber acerca de la Cosmogonía, hemos comenzado a fijarnos ultimamente en algunos de los conceptos, que los discípulos más ingeniosos de Darwin y Spencer han tomado por hechos. Y, quizá dentro de cuarenta años, las teorías especiales y generales de la Relatividad, asociadas al nombre de Einstein, se recordarán, no tanto con relación a la verdad que hayan traído al mundo, como por razón del hecho de que obligaron en su tiempo a los físicos y a los «hombres de ciencia» en general, a tomar un interés más que acostumbrado en los problemas psicológicos y metafísicos comprendidos en el examen de lo que queremos decir cuando hablamos de Espacio y Tiempo. Tanto para el psicólogo como para el metafísico, el tiempo tiene mucho más interés fundamental que el Espacio, y la expresión «Tempus fugit», el tiempo vuela, está repleta de implicaciones y de misterio.

Los físicos, generalmente, llegan a formar una definición verbal del Espacio; y somos pocos los que nos negaríamos a aceptarla, y aunque nuestras nociones acerca del Espacio Infinito y sus dimensiones son algo nebulosas, tenemos, sin embargo, algún concepto, alguna convicción sobre la realidad de un Espacio en el cual vivimos, nos movemos y tenemos nuestro ser. «Nuestros conceptos referentes al Espacio dependen de nuestros poderes perceptivos sensorios»; hasta este punto puede decirse que nuestras nociones acerca de Espacio tienen base objetiva.

Pero no hay físico que haya alcanzado ni siquiera una definición verbal del Tiempo. Uno de nuestros mejores astrónomos, al discutir sobre el Tiempo, se contenta con decirnos que el tiempo se mide por fenómenos sucesivos que ocurren a intervalos regulares. Pero ya que no se puede averiguar la regularidad de fenómenos sucesivos, al menos que sepamos primero medir tiempos, la definición—no de Tiempo, sino de la mensuración del tiempo—no parece ser muy eficaz, y es por cierto menos sincera intelectualmente que el aforismo de Oscar Wilde acerca del Arte: que la misión del Arte es ser Arte.

El Tiempo es verdaderamente un concepto aún más funda-

mental que lo es el de Espacio, y uno menos susceptible de discusión formal, pues no puede decirse que esté enteramente condicionado, como lo está nuestro concepto del Espacio, por nuestras «percepciones sensorias». De todas maneras, no está condicionado (como puede decirse del Espacio por los que no están de acuerdo con las teorías de Kant) completamente por nuestras percepciones sensorias de lo que es externo a nosotros mismos.

En nuestros momentos de candidez tenemos todos quizá una tendencia a decir con San Agustín: «Si nadie me pregunta ¿qué es el Tiempo?, lo sé; pero si pretendo explicarlo a alguien, no lo sé. Sin embargo, ¿de qué hablamos más familiarmente y con más conocimiento que del tiempo?»

Quizás pudiéramos decir que para cada uno de nosotros el concepto de Tiempo, aunque sea inexpresable en palabras, es uno que, mientras que está parcialmente basado en «percepciones sensorias», sin embargo implica una interpretación integrante de estas percepciones junto con datos que, bien categóricos en el Sentido Kantiano, bien de origen fisiológico, son puramente subjetivos en una manera en que las «percepciones sensorias» de las cuales hemos hablado, no lo son. Todos los esfuerzos para explicar nuestro concepto del Tiempo como enteramente derivado, de experiencia observacional de los movimientos de los cuerpos celestiales—o, de lo que últimamente llega a ser la misma cosa, la realización de *cambio* a nuestro redentor—fracasan bajo examen tan decisivamente como lo hacen las explicaciones puramente Kantianas. Dependen, para su éxito fugitivo, de la aceptación de alguna declaración sin más convicción que la observación del astrónomo de que medimos el Tiempo por la igualdad de las partes en las cuales lo dividimos. ¿Cómo sabemos que estas partes en las cuales lo dividimos son iguales: que estos intervalos por los cuales lo medimos, son regulares?

San Agustín mismo expuso muy efectivamente esta misma falacia—la falacia de confundir el Tiempo con el Movimiento—y declaró, con extraordinaria previsión, que él la concebía como una forma de extensión. Y, lo que es más extraño, insinuó, con bastante claridad, lo que muy pocos se han atrevido a sugerir en estos días; que si sólo hemos de medir el tiempo por las observaciones de movimiento, no podríamos darnos cuenta de lo que modernamente podría llamarse una contracción Fitzgerald-Lawrence del Tiempo mismo. Es verdaderamente interesante especular qué ocurriría si verdaderamente ocurriese una contracción del Tiempo, según la teoría de Fitzgerald-Lawrence, de vez en cuándo. De la misma manera en que, antes de que Einstein salvara la situación, se explicaban los resultados del famoso experimento de Michelson Morley suponiendo de que los cuerpos sólidos, bajo ciertas circunstancias se contraían en una cierta di-

mención, ¿no podríamos también explicar bastantes dificultades mediante la suposición de que el Tiempo transcurre, en ciertas ocasiones, mucho más velozmente que en otras? Si una tal contracción temporal ocurriese, transitoriamente, ¿nos daríamos cuenta de ella? ¿Podemos estar seguros de que tales contracciones, o expansiones, no ocurren y que no nos damos cuenta de ello?

Postulemos, lo que por cierto no es inconcebible—ya que es un concepto casi universal—la existencia en alguna parte del Espacio de un Regulador de Tiempo Absoluto. Si los movimientos revolucionarios del Mundo entero, según nuestros conocimientos, y los de cada componente del Universo con excepción de nosotros mismos, experimentasen, de vez en cuándo una retardoación o aceleración, relativamente al Tiempo de este Registrador de Tiempo absoluto—al cual por el momento no negaríamos acceso—¿nos daríamos cuenta de estos retrasos o aceleraciones? Es más que probable que no nos daríamos cuenta de ellas como tales—seguro que no—pero notaríamos alguna diferencia en las condiciones y circunstancias de nuestras vidas. Por esta razón: Cada uno de nosotros lleva en su organismo lo que podríamos llamar un cronómetro—el corazón. Este late normalmente y relativamente al reloj, con una pauta fija aunque variable. Es decir, entre la salida del sol una mañana, hasta que vuelve a aparecer la mañana siguiente, el corazón de cada uno de nosotros latirá unas 105.000 veces. Durante la noche, latirá, según decimos, más despacio; hacia la madrugada, aún más lentamente. Pero, de manera que transcurre el día, latirá más rápidamente, y a últimas horas de la tarde aún con más rapidez. Durante el año habrá variaciones en el número de pulsaciones diarias, correspondientes a las sucesivamente más tempranas (como decimos) salidas del sol y a los ocasos, más tardíos (según decimos) del astro. Pero, dos veces al año, en ocasión del equinoccio, habrá días—pulsaciones de igual longitud. Ahora, de estas pulsaciones recurrentes y rítmicas, y de los ritmos respiratorios, asociados aunque más variables, pero siempre variables con cierta regularidad, nos damos y tenemos que darnos cuenta inconscientemente; de tiempo en tiempo, y muy especialmente cuando el ritmo está alterado, nos damos conscientemente cuenta de ello.

Debe ser evidente para el fisiólogo, no menos que para el psicólogo, que nuestro concepto del Tiempo y nuestra apreciación del transcurso del Tiempo están basados sobre la integración, interpretativamente, de estos datos presentados subjetivamente y no sensorialmente percibidos (en el sentido generalmente aceptado del término) junto con la apreciación de los movimientos de los cuerpos celestiales y de máquinas como relojes que operan en concordancia relativa con los mismos. La idea de

regularidad parece surgir de la apreciación de una cierta concordancia entre estos ritmos corporales involuntarios y los ritmos externos y las recurrencias que observamos con los «sentidos» mediante nuestros órganos de percepción. Resulta de esto, que una ruptura de esta concordancia, o una variación en sus términos, nos impulsaría a decir (como en efecto, frecuentemente decimos) que el Tiempo pasa con más o menos lentitud o rapidez, que el Tiempo se hace más largo o más corto que lo usual. La expresión es justificable si no es recomendable. Si, como dice Benedicks, en un mundo inalterable no podría haber Tiempo, ni significación alguna perteneciente al Mundo, ¿no tienen entonces justificación los niños y los ancianos, en quienes las pulsaciones son, relativamente al sol, más frecuentes que en el adulto —no tienen justificación, repito— en considerar que el tiempo transcurre con menor velocidad que lo que estiman estos últimos? Y de manera que el niño crece y se desarrolla y sus pulsaciones, con relatividad al sol, son más y más lentas, ¿no tiene justificación en decir que el tiempo transcurre más rápidamente que antes? Además, cuando estamos enfermos y febriles y nuestras pulsaciones son, en términos del reloj, más frecuentes que de costumbre, ¿no parece que el tiempo tuviese pies de plomo? Pero cuando nos sentamos tranquilamente a leer, sin fijarnos en el reloj, con nuestra atención fija en nuestra lectura, y nuestras pulsaciones se hacen más lentas, ¿no ocurre que al mirar el reloj al fin, nos sorprende cómo ha pasado el tiempo? Por otra parte, cuando bajo la influencia de circunstancias que provocan fuerte reacción emocional y una aceleración de los latidos del corazón, nuestra atención está absolutamente fija en lo que ocurre en nuestro alrededor, estamos notablemente convencidos, cuando nuestra atención queda nuevamente libre, que el reloj debía haber adelantado más que lo que ha hecho. Uno de nuestros psiquiatras más distinguidos—el Dr. Claye Shaw, fallecido recientemente—me relató en una ocasión un incidente muy interesante. Obligado una vez a presenciar una ejecución judicial, y habiendo entrado en el edificio en el cual se llevaba a cabo la pena capital justamente cuando el reloj de la iglesia del Santo Sepulcro daba las ocho, fué con una sensación de «shock» físico. que al salir, después de lo que parecía una experiencia prolongada, observó que las manos del reloj indicaban sólo cinco minutos pasadas las ocho. Así también, cuando abandonamos el teatro y salimos a la calle después de un par de horas de completa absorción, existe una sensación de Tiempo transcurrido equivalente al que sostiene una persona no acostumbrada a vacaciones, cuando regresa a su casa después de un período cargado de experiencias emocionales. Quizá entonces, vuelvo a repetir, hablen más juiciosamente los niños que los sabios cuando dicen que el

tiempo ha pasado lenta o rápidamente, y cuando se niegan a juzgar su transcurso por referencia a las ficciones y convenciones del reloj y del calendario.

Sin embargo, la pregunta principal queda aún sin contestación: ¿Es el Tiempo, según su estimación por las revoluciones de los cuerpos celestiales, constante e invariable en un sentido absoluto? ¿Y si ocurren verdaderamente retrasos y aceleraciones de las cuales no sabemos nada por falta de un Registrador de Tiempo Absoluto? Si verdaderamente ocurren, sin duda habría por lo menos perturbaciones aparentes en la salud corporal de por lo menos aquellas comunidades de individuos que no están dotados de mecanismo compensatorio o medios de ajuste. Para ellos, al menos que los ritmos corporales estén enlazados con los ritmos astronómicos, un retraso o una aceleración todo cuerpo astronómico (aunque armoniosos para el sistema astronómico) determinarían una subida o baja en las pautas de pulsación y respiración, según fuese el caso, en todas las personas de las comunidades no ajustadas, o para todas las personas no ajustadas en todas las comunidades. Y sin duda alguna los médicos diagnosticarían influenza. Lo que es curioso, es que durante períodos de mucha enfermedad o de conmoción y alteración general, se oye decir con bastante frecuencia, por diferentes personas, muchas veces al día; «¡Con qué lentitud (o rapidez) pasa el tiempo!» Pero, ¿estamos absolutamente seguros que no esté el tiempo pasando así? ¿Cómo sabemos que no?

El Profesor Benedicks, de Estocolmo, cuyo reciente libro sobre Espacio y Tiempo merece estudio y atención, ha hecho algunas observaciones acerca de Tiempo que son algo desconcertantes para el Relativista Einsteiniano. Como Heráclito quien, cuando Thales de Mileto apeló a la noción fundamental de la inmutabilidad, replicó declarando que todas las cosas fluyen, Benedicks, mientras que deriva la noción de espacio de la de inmutabilidad, insiste en derivar la noción de Tiempo de la de cambio. Mientras que se adelanta a los físicos completamente materialistas, si los hay, y los muchos más que son Realistas eruditos, al admitir que nuestras nociones de Tiempo son más bien de orden subjetivo que objetivo, o por lo menos que no corresponden a nada directamente presentado en la experiencia perceptiva, sin embargo, es de extrañar, que parece ignorar la base fisiológica, aparte de la perceptiva, de nuestro concepto de Tiempo. Un hombre, ciego, sordo y parálítico de nacimiento no tendría, nos imaginamos, un concepto como el nuestro del Espacio. ¿Pero, no tendría por lo menos alguna noción de Tiempo? Si, seguramente, pues nuestro hombre parálítico y sin sentidos, sería aún sensible, conscientemente o inconscientemente y como un organismo, de sus ritmos corporales y aunque contestemos sí,

todavía podemos aceptar lo que afirma Benedicks, que el concepto de Tiempo tiene significación sólo para sistemas que cambian. El cambio no necesita ser externo al organismo, pues, mientras hay vida a cambio, aunque no sea cambio en extensión y por consiguiente un cambio tal que pudiese sugerir una noción de Tiempo. En un sentido, entonces, todo ser viviente registra Tiempo, todo lo que vive.

Benedicks en su crítica de la Relatividad de Einstein como teoría incitada por la necesidad de rechazar o aceptar la teoría ondulatoria de la luz, parece titubear al borde de otro problema íntimamente relacionado con el de Tiempo: la cuestión de la Velocidad de la Luz. El mencionado autor insiste en que la Velocidad de la Luz no es independiente de la moción de su procedencia, como exige que lo sea la teoría generalizada de la Relatividad. Se declara favorable a una teoría emisora de Luz, en la forma expuesta por aquel brillante y joven Suizo, llamado Ritz, cuya prematura muerte en 1909, fué una pérdida tan sensible para la Ciencia. La aceptación de una teoría de emisión de luz hace innecesaria la aceptación de las teorías de Einstein y más bien inconvenientes, ya que fueron ideadas para apoyar—lo que no es necesario—la teoría ondulatoria de la Luz. Pero Benedicks no presenta formalmente, aunque lo sugiere incidentalmente, el problema de si debemos considerar que la Luz posee una velocidad mensurable en el sentido en que generalmente utilizamos la frase.

Benedicks, tiene, sin embargo, una teoría de simultaneidad que insinúa lo que para algunos fisiólogos será una idea agradable y para otros repugnante. Esto es, lo que ya hemos indicado, la posibilidad, no de independencia, sino de dependencia entre el ritmo fisiológico y los ritmos astronómicos o cósmicos. Pues considera Benedicks el Espacio como sólido, de una manera tal, que puede considerarse el sincronismo como existente, en el caso de dos «estaciones» distanciadas, en la forma en que se obtiene entre dos ruedas de una locomotora unidas por una barra fija.

Los antiguos médicos hubiesen recibido esta noción con agrado, con el mismo agrado que los doctos, como Dante y los místicos, como Santa Teresa. Pues nada hubiese sido tan de acuerdo con sus ideas de una preordinada armonía del universo, alterada solamente por la rebelión de elementos componentes contra aquel «primum Mobile» por quien «son movidos igualmente, como se hace revolucionar una rueda, el sol y los demás astros».

Al mismo tiempo es posible, si no actualmente comprobado, que, como ha indicado el Dr. Smith Ely Jellife, mediante el sistema nervioso simpático, los ritmos fisiológicos de nuestros corazones y demás órganos se mantienen al unísono (salvo duran-

te enfermedad) con los ritmos cósmicos, o la moción general y Aristotélica del Universo.

Desfosses, que de vez en cuando en «La Presse Médicale» emite en el más puro estilo francés, sus diversas «Réflexions sur l'Univers et la Vie», ha tocado elegantemente este tema del Tiempo.

Indirectamente, mientras que se burla sin malicia, de los paleontólogos que tratan al tiempo, no como un anciano con una guadaña, sino como un artesano que moldea razas y especies, nos indica el hecho de que si hemos de aceptar la idea de que las teorías de Relatividad nos dan la explicación del universo, el concepto de evolución, en el sentido Darwiniano, pierde todo valor histórico y se convierte en sólo una interpretación, que puede que sirva, puede que no, de acontecimientos en un cuadro especial de referencia. Más precisamente, nos pregunta con qué derecho los geólogos y paleontólogos asumen que los cambios de los cuales se ocupan, han procedido con la misma pauta durante todo el tiempo que afirman han transcurrido desde... ¿Desde cuándo?

En otras palabras, ¿por qué asumen que el Tiempo ha siempre transcurrido con tanta velocidad, o con tanta lentitud, como ahora?

Desfosses, con algo de justicia, distingue tres clases, u órdenes de tiempo según concepción: Tiempo Psicológico—percibido por nuestra consciencia: Tiempo Físico—juzgado por la moción de las cosas; y Tiempo Matemático, que es el resultado de la importación de la noción de Tiempo Físico dentro de las fórmulas del Cálculo. Mucho de lo que dice acerca de «Tiempo psicológico» y su combinación con el «Tiempo Físico» merece consideración, no menos que su reiteración de lo que todo niño ha pensado cuando primero se le inició en las nociones de la velocidad de la luz y la distancia de los astros. Si estas nociones son VERDAD, entonces, cuando un astrónomo observa el firmamento, las posiciones aparentes de las varias estrellas son representaciones de las posiciones relativas de las estrellas respectivas en los varios momentos cuando los rayos de luz, que ahora descenden juntos sobre la retina del astrónomo, partieron en las estrellas respectivas, entonces en posiciones diferentes. «Recibimos sobre la misma placa fotográfica y en el mismo instante de tiempo, un rayo de luz que partió de Vega hace cuarenta y siete años y otro que dejó Lyra hace sólo veinticinco».

¿Dónde está, o estaba, Vega o Lyra, entonces o ahora?

«Mais où sont les neiges d'antan?

.....

Mais où est le preux Charlemagne?»

Sin embargo, nos es imposible no pensar en la posición relativa de estas estrellas, en cualquier momento dado, de otra manera que como estarían si la luz pasase instantáneamente entre ellas y nosotros. Y si verdaderamente fuese así, ¿cómo era la «cuestión previa», que la luz tiene, en el sentido ordinario de la palabra, una velocidad determinada, antes de que la velocidad que ahora se asume con fines experimentales fuese medida? ¿Hasta qué punto son los resultados matemáticos, dados por los físicos como expresivos de la velocidad de la luz, capaces de interpretación (asumiendo que la luz no tiene velocidad, pero es instantáneamente penetrante) como medidas de los procesos fisiológicos comprometidos entre la retina y la corteza, y de los intervalos necesarios entre estímulos sucesivos, con el fin de que cada estímulo sucesivo pueda ser apreciado separadamente por la corteza cerebral? ¿Prestó Römer la debida atención, cuando «comprobó» que la luz tiene una velocidad, a los aspectos subjetivos y psicológicos? En verdad, hasta que estas preguntas reciban contestaciones claras por parte de los físicos para el beneficio de los fisiólogos y psicólogos, tendrá que parecer, a los últimos, que el estado matemático de la velocidad de la luz no se encuentra en caso mucho más favorable que la afirmación del astrónomo, que el Tiempo puede medirse por la regularidad de los intervalos, de los cuales se compone. «Tempus Fugit». El Tiempo vuela. Sí; ¿pero con qué pauta de velocidad?

Como observa Desfosses, aunque estudiemos el problema como físicos, o como matemáticos, o como metafísicos, «on arrive a des abîmes insondables», llegamos a abismos insondables.

El Tiempo vuela. «¿Cómo pues hemos de medirlo? No medimos ni tiempos pasados ni tiempos futuros, ni los tiempos presentes ni los que pasan: y sin embargo, medimos los tiempos». San Agustín dió réplica en parte a su propia pregunta, diciendo: «Es en tí, mi mente, que yo he de medir mis tiempos».

SE RUEGA A LOS COMPAÑEROS, QUE EN IGUALDAD DE CIRCUNSTANCIAS, DEN PREFERENCIA EN SUS PRESCRIPCIONES A LOS PRODUCTOS DE LAS CASAS QUE NOS FAVORECEN CON SU PROPAGANDA.

MEDICOS  
CIRUJANOS  
- FARMACEUTICOS  
VETERINARIOS  
CUERPOS AUXILIARES  
DE SANIDAD



**PARA TODOS**

---

Una lectura básica. Una Revista semanal, Técnica y Profesional de las Ciencias Médicas.

**Semana Médica  
Española**



52 números, 2.000 páginas de lectura

**30 Pesetas.**

**SUSCRIBASE hoy mismo.**

**Director: F. J. CORTEZO**

Ex-Director de «El Siglo Médico»

CALLE SAN MARCIAL, NUM. 39

**San Sebastián (España)**

# LOS SINTOMAS CORPORALES PSICOGENOS, síntomas histéricos en sentido estrecho, EN EL MATERIAL CLINICO DE LA GUERRA (1)

por E. GUIJA MORALES

Catedrático de Medicina, Jefe de la Clínica Psiquiátrica Militar de Cádiz

---

*Del «Boletín Oficial» del Colegio Médico de Cádiz*

## I

En toda la patología del combatiente, y particularmente en sectores determinados, suelen ofrecérsenos cuadros sintomáticamente más complejos que los que estamos habituados a observar en la práctica civil. Tal complejidad, no condicionada ciertamente por factores esenciales, puede dar a los cuadros una fisonomía tan abigarrada y extraña, que no raramente conduce a errores más o menos gruesos de diagnóstico o cuando menos a hablar con harta frecuencia de estados clínicos o de cursos atípicos. Esto es bien conocido por los profesionales de la medicina militar, que lejos de extrañarse ante una fenomenología al parecer anárquica, llegan a dotarse de un especial ojo clínico en virtud de las frecuentes sorpresas de diagnóstico, curso y pronóstico, vividas en su experiencia.

Estimamos de interés el reflexionar un momento sobre estas deformaciones clínicas no solo por su importancia teórica, sino por el singular papel que en muchas de ellas juegan los síntomas histéricos.

El ambiente de la guerra cuando al combatiente unas condiciones de vida del todo nuevas, o en buena parte distintas de las habituales, con su escala de influencias (continuas, interminantes o aisladas) sobre lo psíquico y sobre lo corporal, debe tener su correlato en la *forma de responder* el sujeto a los agentes patológicos. No es pequeño el papel que juegan aquí la formación de superestructuras psicógenas, la exageración más o menos consciente de los síntomas, la tendencia a prolongarlos, etc. Actúan en el mismo sentido la presencia de *disposiciones* de reacción, no

---

(1) Esta publicación corresponde, en parte, a la conferencia pronunciada por el autor en el Colegio Médico (24-VI-1938).

acusadas hasta entonces, que entran en juego estimuladas por las novedades del ambiente. La inclusión en los cuadros de enfermedad de todos, o de algunos, de estos factores, contribuye no raramente a enmascarar las imágenes clínicas básicas, es decir, a las patogenéticamente condicionadas (éstas naturalmente son idénticas en la práctica militar y en la civil).

La última afirmación, la referente a la presentación de disposiciones nuevas, parecerá teóricamente discutible, pero sin duda responde a lo observado y ha servido de base recientemente a Kretschmer para declarar inútil todo esfuerzo que pretenda construir cualquier *esquema de la personalidad*, lo mismo desde el lado psíquico, que desde el corporal. En este campo quiere Schilder, por ejemplo, abarcar en su esquema, la posición, extensión y posibilidades de lo corporal (basta recordar en favor de lo ficticio del mismo, que ni siquiera es capaz de contener la *substancia*, que tras una amputación se siente y localiza el dolor en el miembro-fantasma). Es cierto que el suponer en ambos esquemas una estructura constante de la personalidad tiene una base real, ya que a una disposición hereditaria dada, la corresponde una constitución psicofísica determinada y determinados modos de reacción a estímulos *aproximadamente constantes* del ambiente; pero en cuanto esa constancia falla (ambiente de guerra, por ejemplo), se manifiesta la mera ficción de los esquemas burlados por la realidad, que ofrece disposiciones de reacción imprevistas y silenciadas hasta entonces. Kretschmer concreta estas observaciones en una breve fórmula que, dada su importancia, debe ser tomada en consideración por el médico práctico: **Constancia genial no es constancia vital.**

La objetividad de estos hallazgos obliga al médico de hoy, y muy especialmente al que trabaja en hospitales de guerra, a *no limitarse a recoger e interpretar la anormalidad inmediata y actual, ni a circunscribir su horizonte a la vertiente somática o a la psíquica, sino a considerar al hombre como un conjunto integrado por cuerpos y psiquis, por factores permanentes y transitorios, y todo, en continuo intercambio con el ambiente en que vive, para hacer a la totalidad de ese complejo objeto de sus indagaciones. Solo así se logrará un análisis completo de la estructura de cada caso, se podrá determinar la valencia de los distintos síntomas en relación con su génesis productiva o recreativa y establecer una más adecuada terapéutica.*

Las influencias del ambiente de guerra producen un eco de notable resonancia en el campo de los fenómenos histéricos permitiéndonos identificarlos a menudo en todos los sectores de la patología del combatiente a la que pueden enturbiar tanto que no permitan reconocer estados básicos orgánicos (histerización de enfermedades o de consecuencias de traumatismos), o lo contra-

rio, estimar como expresión de enfermedad cuadros psicógenos puros anclados en aparatos orgánicos (injertos ocasionales, perseveración histérica de los síntomas de enfermedades o de consecuencias de traumatismo, actualización psicógena de trastornos patológicos padecidos en épocas más o menos remotas, contagio psicógeno de los síntomas observados en otros, etc.) La fecundidad de estas fuentes de turbidez clínica nos explica en parte los frecuentes errores de diagnóstico en los que se toma como orgánicamente condicionado lo exclusivamente psicógeno o viceversa, y aun todavía, lo que en nuestro sentir es más corriente, se interpretan unilateralmente (en sentido orgánico o en sentido psicógeno) estados clínicos que constituyen en realidad complejos sintomáticos de condicionalidad en parte orgánica y en parte histérica.

La repetición de todas estas aleaciones y suplantaciones clínicas sorprende al principio al médico hasta que va adquiriendo cierto entrenamiento, si bien continúa inquietándole con harta frecuencia el dilema de estar frente a síntomas orgánicos o histéricos. Si a esto se añade la gran abundancia casuística con fenómenos histéricos masivos, expresados en síntomas corporales, nos explicamos pronto la perplejidad de muchos médicos en los primeros tiempos de la guerra mundial, que tan difícil encontraba su interpretación, como el servirse de medios para combatirlos.

## II

Como preámbulo a la exposición que sigue, queremos señalar aquí, que recientemente Bouman hace un resumen histórico-crítico sobre la problemática de la histeria llegando a formular esta ponderada proposición: *no deben abandonarse los conocimientos empíricos, sólidamente adquiridos, ya que en cuanto a teorías, existen tantas como investigadores.* Además, añádimos nosotros, casi todas esas teorías, incluso las más ruidosas, están médicamente agotadas por desviarse cada vez más de aquellos objetivos a los que debe circunscribirse nuestro interés profesional y por no hacer concesión alguna ajena al círculo de su estrecha ortodoxia. Frente a esta duplicidad de defectos, tan perniciosos para el progreso de una ciencia natural, ha reaccionado una gran masa de disidentes que, después de asimilar instrumentos de trabajo y valores antropológicos útiles a sus tareas, se esfuerzan en hallar nuevas y más fecundas direcciones partiendo de hechos que empíricamente nos son dados. La descripción que sigue va a ajustarse a este criterio.

Anticipemos que lo mismo que en el resto de la patología, tampoco ofrece aquí la guerra nada fundamentalmente nuevo, es decir, algo no observable en el material clínico reclutado en épocas de paz; no es, pues, correcto hablar de una *histeria de guerra*,

denominación capaz de crear cierto confusionismo de concepto por presuponer alguna particularidad básica y específica que no existe.

Aun cuando ya Hoche en 1902 aseguraba que todo sujeto puede ser histérico a condición de que actúe sobre él una vivencia de suficiente intensidad, fué la experiencia adquirida en la gran guerra la que decidió *que todo el mundo es asequible a la histeria*. Esta concepción la expresa así Kretsmer: *la histeria no es un simple cuadro clínico susceptible de ser delimitado y descrito según sus estigmas y su sintomatología, como una enfermedad interna, sino una forma de reacción*. Abundan en el mismo criterio destructivo de la histeria como enfermedad, las publicaciones más recientes, a la vez que se esfuerzan, inútilmente hasta ahora, en establecer normas diferenciales. Así, Wiersma acentúa la importancia de la disposición para la histeria; Slotopolsky-Dukor, después de negar la existencia de una histeria como unidad nosológica, distingue: modos de reacción neurosis histéricas y un carácter histérico, sin que aquéllas estén ligadas a éste; Steyerhal cree que en la histeria no puede hablarse de ninguna enfermedad, sino que se trata de una sintomática tras de la que siempre se oculta una enfermedad básica. Nada seguro han podido proporcionarnos estas direcciones, pero están apoyadas en lo observado empíricamente en el material de la guerra mundial según nos comunica K. Weiler, a los 15 años del armisticio, con datos de la Oficina de Pensiones de Guerra, de Munich: Frente a cualquier caso con fenómenos histéricos, escribe Weiler, debemos indagar hasta dónde se trata del sucumbir de una personalidad que psíquicamente no debe estimarse como anormal, ante estímulos emotivos extraordinarios (el hombre intelectual vencido, habría dado paso al hombre instintivo) o de una persona cuya anormalidad psíquica más o menos latente se ha revelado, precisamente, con la puesta en marcha de los mecanismos defensivos primarios de orden histérico; en el primer caso podrá hablarse de reacción en sentido estrecho, en tanto que en el segundo el síntoma histérico tendría un trasfondo en la estructura de la personalidad que jugaría un papel esencial. Esta clasificación, fundamentada en lo empíricamente observado, ha servido de base para admitir o rechazar las solicitudes de pensión que alegaban invalidez adquirida en la guerra por fenómenos histéricos; a los incluíbles en el primer grupo se les consideraron sus síntomas esencialmente creados por la guerra y se les concedió la correspondiente pensión, mientras que en los del segundo grupo se estimó que lo psicógeno estaba subordinado a la disposición psíquica anormal de su portador, siendo desestimada la solicitud.

En cuanto a su expresión clínica no existía diferencia entre ambas formas, ya que en las dos se producen los síntomas por

motivos psíquicos, y se sostienen, se modifican y desaparecen, por influencias psíquicas. Al no saber o no poder el sujeto resolver el conflicto que le amenaza, defiende del peligro a su vida instintiva merced a la producción del fenómeno histérico que le cobija bajo el signo de la enfermedad; podemos, pues, decir, que en lo histérico se trata de una reacción psíquica de protección biológica contra las agresiones a la vida de los instintos. Sólo resta añadir a este concepto básico, que en la mayor parte del material proporcionado por la guerra, las relaciones de causalidad están en conexión con el instinto de conservación, lo cual no excluye, como veremos después, el que en algunos casos tengamos que rebuscar en otros campos instintivos.

La fisonomía de los cuadros histéricos nos permite formar dos grandes grupos, uno en el que los síntomas no traspasan las fronteras del aparato psíquico (alteraciones psicógenas del conocimiento—desmayo, estupor, delirios, pseudodemencia—y las neurosis traumáticas) y otro en el que aparecen trastornadas las funciones corporales, trastornos que son psíquicamente producidos y psíquicamente sostenidos, a pesar de que su inserción corporal puede engañar a un examen superficial. Aún no se ha logrado delimitar de manera segura las reacciones incluídas en el primer grupo, de otras formas de reacción psicógena; si bien ello no impide que en la práctica podamos identificar muchas. La impresión ofrecida en ese sector ha contribuído a que algunos autores reserven la denominación de histéricos, para los cuadros psicógenos con expresión corporal; no hay razones decisivas para adoptar esta posición, pero sí, para considerar a los síntomas corporales psicógenos como lo histérico, en sentido estrecho. Su autenticidad e importancia para el médico práctico han sido tomadas en consideración al dedicar a esos síntomas este trabajo.

Kretschmer ve detrás de la sintomática histérica la rehabilitación de aparatos preformados al servicio de radicales biológicos, antiquísimos, que ya no funcionan en el hombre adulto normal. Con loable esfuerzo intenta caracterizar biológicamente las reacciones histéricas. Adscribe un grupo sintomático (crisis afectivas, fugas, ataques, paroxismos convulsivos, temblor etc.) a la «tempestad de movimientos» considerada como reacción típica del ser vivo ante situaciones amenazadoras o que impiden el curso de su vida. La observa en momentos de peligro en muchos animales (infusorios, pájaros). También el niño, quien no siendo capaz de resolver muchos de sus conflictos merced a la reflexión, ante las negociaciones y hostilizaciones del ambiente, llora, grita, se sirve de expresiones ricas en movimientos, se tira al suelo, patalea y se revuelca. De manera análoga masas de personas responden pánicamente con ocasión de cataclismos (accidentes ferroviarios, terremotos, naufragios, incendios etc.), con gritos, temblor, convulsio-

nes, carreras en zig-zag etc. Todas estas respuestas tumultuosas tendrían su correlato en las hiperquinesias que constituyen los síntomas histéricos señalados antes. El otro aparato preformado de que se sirven lo histéricos señalados antes según piensa Kretschmer, estaría en relación con el reflejo de inmovilización de los animales, bien estudiado en la araña, en la gallina y en otros. El hombre normal no es dado observarle, añadimos nosotros, cuando queda *estupefacto, de una pieza* al recibir una noticia, un agravio, o cualquier otra impresión que le afecte vivamente. Su proyección en el campo de la histeria estaría representada, según Kretschmer, por cuadros de estupor, sordera, ceguera, mudéz, parálisis y astasia-abasia. Admite finalmente un tercer grupo fundamental, el de los injertos ocasionales, que tendría menor interés biológico, ya que solo defectuosamente le es dado reconocerle en los animales y se presenta sin claridad alguna en los seres inferiores; abarcaría los casos de prolongación histérica de enfermedades o de consecuencias de traumas, lo que ocurriría sin la participación de los viejos radicales reflejos, en tanto que tendría un valor preferente aquello que la casualidad puso al alcance del individuo. Este grupo constituiría el tránsito de lo histérico-nuclear, con sus arcaicos radicales biológicos perfectos, a lo periférico, es decir, a la zona donde comienzan las simulaciones y agravaciones simples.

Dada la importancia casuística ofrecida por el material de guerra en perturbaciones psicógenas de funciones corporales, vamos a insistir en su estudio. A pesar de su génesis y condicionalidad psíquica, la *elección* de la función corporal que ha de alterarse está con frecuencia determinada por particularidades somáticas. Así, pueden hacer oficio de *mordientes*, defectos congénitos o adquiridos de cualquier sector corporal, estados más o menos transitorios de deficiencia vital, y estímulos anormales (sensaciones patológicas reales o supuestas) que fijando la atención de su portador facilitan la nociva repercusión de cualquier trauma psíquico. Otras veces la inserción corporal va ligada a la naturaleza del conflicto y a las modificaciones que en el plano vegetativo produjo el insulto emocional (por ejemplo, si el trauma psíquico produjo una sensación de asco, puede establecerse un vómito incoercible), o son revividos automatismos preformados ya sufridos anteriormente por el sujeto (tartamudez, tic, etcétera.). No raramente todo parece reducirse a la *fijación* de modificaciones vegetativas desplazadas por la angustia o por el miedo ante la agresión psíquica inicial (temblor, parálisis etc.). Con frecuencia se trata de la perseveración de un aparato ocasional montado para una enfermedad que se acaba de sufrir o para las consecuencias de un trauma (en ambos casos se conserva la plataforma a pesar de haber desaparecido su finalidad original). En fin,

a veces es la participación directa o inmediata de la voluntad la que construye el síntoma, bien por imitación intencionada de fenómenos histéricos u orgánicos observados en otros, o por rememoración y reproducción voluntaria de una enfermedad padecida anteriormente por el interesado mismo. Nuevamente vemos cómo sin solución de continuidad vamos deslizándonos hasta las simulaciones, íntegramente conscientes, voluntarias y libres.

En el curso de esta exposición hemos aludido ya varias veces a las borrosas fronteras entre los cuadros histéricos y los conscientemente simulados. Obedece esta impresión, teórica y práctica, a que todo síntoma histérico persigue un objetivo, una finalidad, adivinada a través de su colorido siempre tendencioso. La experiencia de la guerra mundial confirmó la constancia de esta cualidad desde diversos puntos de mira. La mayoría de los pacientes, incluso los no sometidos a ningún tratamiento, curaron espontáneamente al firmarse el armisticio. Ninguno de los solicitantes de pensión de guerra por fenómenos histéricos había estado prisionero; esta interesante observación, escribe Weiler, no puede estimarse como casual en virtud de que el 5% de los solicitantes por *trastornos nerviosos generales* permanecieron prisioneros más o menos tiempo; los que precisamente a consecuencia de episodios histéricos fueron hechos prisioneros, vieron regresar sus síntomas en cuanto fueron alejados de la zona peligrosa. Demuestra esto, a su vez, que la persistencia de los fenómenos histéricos no está condicionada por acontecimiento inicial.

Vuelve a resaltar el carácter tendencioso de lo histérico al repasar los porcentajes relacionados con el rendimiento de servicios prestados por tales pacientes en los 52 meses que duró en Alemania la movilización: 18,6% no llegaron a prestar ningún servicio; 24,7% permanecieron con actividad militar menos de 6 meses; 20,7% menos de 12 meses; va paulatinamente elevándose la cantidad de tiempo servido, hasta 1,1% que permaneció 48 meses y 0,6% los 52. La objetividad de estas cifras enseñándonos que casi dos tercios de la totalidad de los solicitantes de pensión por fenómenos histéricos prestaron servicios menos de un año (menos de la cuarta parte de la duración de la guerra), nos evita todo comentario sobre la importancia del problema que nos ocupa.

Pero aún enseña más la experiencia de la guerra mundial en relación con lo tendencioso de los síntomas histéricos que no se limitan en algunos casos a proteger contra el peligro actual. Es verdad que la mayoría de los pacientes curaron al firmarse el armisticio, pero se mantuvieron los síntomas en tantos, que 23% de los excombatientes alemanes que solicitaron pensión en la Oficina de Munich, sufrían fenómenos histéricos; esta observación hace suponer que el aparato montado al servicio de una primaria protección autoconservadora, se ha desplazado hacia intereses

más complejos (como más corriente citamos, el de garantizarse con la pensión una más fácil existencia futura, de manera similar a lo que ocurre en la neurosis de renta que ofrecen en la práctica civil algunos accidentados en el trabajo).

Aquí es donde cala más hondo el peligro de decidir, por error, la inutilidad de un combatiente con síntomas histéricos, pues al alejarse del control médico se favorece la *petrificación* de los cuadros bajo influencias equivocadas o interesadas del ambiente que no pocas veces conducen a un cambio en la dirección de lo *tendencioso* hacia el logro de la correspondiente pensión; lo histérico así complicado es muy difícil de influenciar. El valor económico de este problema es fácilmente comprensible al conocer que los sujetos que alcanzaron pensión en la Oficina de Munich, por trastornos histéricos, lograron que se valoraran sus incapacidades hasta en 50 y más % (entre los que padecían fenómenos de excitación, y obtuvieron pensión, 22,9% fueron valorados en 50 y más %; y de los con fenómenos histéricos de déficit, 19,3%), en tanto que entre las restantes formas neuróticas imputables a la guerra solo alcanzaron 50 y más %, 18,8% de los con molestias nerviosas generales y 14,2% de los con orga-noneurosis.

Pero no siempre se mostró tan superficial y transparente el objeto de lo *tendencioso*. Se vieron casos en los que aún terminada la guerra se mantenían los síntomas a pesar de que ya no interesaba a sus portadores permanecer *enfermos*, e incluso, algunos, se perjudicaban seriamente con ello; tampoco podía achacarse a deseo de pensión, pues unos conocían que no reunían lo exigido reglamentariamente para su concesión y otros ni siquiera intentaron solicitarla. Estas formas, prolongadas en algunos hasta mucho tiempo después de la guerra, obligan a espigar cuidadosamente en otros sectores de intereses y campos intuitivos, después de haber estudiado la personalidad en todas sus dimensiones.

El estudio del carácter *tendencioso* de los síntomas histéricos nos enfrenta con uno de los grandes escollos de la problemática de la histeria, la separación de lo histérico y de lo simulado. Krestschmer soslaya el definir líneas que delimiten el tipo de reacción histérica, haciéndose esta otra pregunta: ¿cuáles son sus territorios límites? Exige dos postulados para situar un cuadro dentro de la reacción histérica: que se sirva para su expresión de radicales biológicos determinados y no inventando formas caprichosas, voluntarias y libres; y, que en todos sus síntomas se aprecie algo *tendencioso*. Todo lo que no contenga estas dos exigencias podrá pertenecer a territorios límites, pero no estará dentro de las fronteras de lo histérico. Siguiendo este criterio separa la neurosis de renta, las agravaciones, y las simulaciones libres,

porque aunque son tendenciosas, no se sirven de mecanismos preformados, haciendo lo mismo con la neurosis pánica, que si bien utiliza caminos prefórados, no manifiesta lo tendencioso en su sintomatología. La proposición de Kretschmer solo es estimable en un sentido descriptivo. Téngase en cuenta que todos los síntomas histéricos del campo de la motilidad, por su carácter expresivo, se desarrollan dentro del marco de los movimientos voluntarios, por lo que todos, y así lo confirma la experiencia, pueden ser reproducidos por la voluntad y por consiguiente ser utilizados con fines simuladores. Otra vez se nos muestran decisivas las enseñanzas de la guerra mundial. Solicitaron pensión por fenómenos histéricos en la Oficina de Munich, 1893 excombatientes, de los que 86% sufrían síntomas de excitación (ataques o temblor) y 14% de déficit (parálisis); fué observado que el temblor estaba localizado en la mayoría de los casos en la mano, en el miembro torácico entero, o en éste y en el abdominal, *del lado derecho*, con la contraprueba de que los casos pacientes con temblor en los miembros izquierdos eran zurdos. En los que el temblor afectaba a la cabeza adoptaba casi exclusivamente el tipo de *negación*. Ahora, y como confirmación de la tesis que se defiende, autoensaye quien quiera y pronto comprobará que el temblor de miembros derechos y el de negación de la cabeza, pueden ser fácilmente reproducidos y sostenidos sin cansancio, no sucediendo lo mismo si se sirve de los miembros izquierdos, si el sujeto no es zurdo, ni con la práctica del temblor de la cabeza en *afirmación*.

La formulación de J. Lange (1) abunda en la difícil separación del complejo histeria-simulación, *todo lo histérico puede ser simulado, lo cual ocurre con mucha mayor frecuencia de lo que generalmente se supone*. La posición pragmática de Bumke traduce claramente nuestra capacidad científica actual; con toda razón, se desentiende de buscar lugares donde clavar los hitos separadores del territorio histérico y del de la simulación, a cambio de interrogarse ante el caso aislado, ¿hasta qué punto es consciente el sujeto de sus síntomas y de las posibilidades que dispone para dominarlos?

No constituyendo lo histérico en los reglamentos vigentes causa de exención o de limitación de la aptitud militar, y no resolviéndonos el problema histeria-simulación el estado actual de nuestros conocimientos, la posición de Bumke es la más recomendable en la práctica (claro es que aquí no cuentan las groseras simulaciones tributarias de penalidad).

Fácilmente se comprenderá ahora la general actitud de des-

(1) Eminente psiquiatra y profesor alemán fallecido hace un mes (11-VIII-1938), en plena madurez científica, a los 47 años.

confianza de los médicos ante lo histérico, temerosos de verse fácilmente burlados por una sintomatología, ficticia, más o menos impresionante. Tal recelo fué progresivamente creciendo a través del curso de la guerra mundial, hasta el punto de que muchos médicos se situaron en la posición extrema de considerar simulado a *todo* lo que venía llamándose histérico. Kretschmer se encara con los defensores de tal opinión, con esta pregunta: ¿basta simplemente *querer* para sostener durante meses la parálisis de uno o más miembros, un temblor o un tic?

En virtud de que las mayores dudas en este sentido se insinúan para los síntomas corporales psicógenos, vamos a conocer el subsuelo que los nutre, si bien permaneciendo fieles al criterio de solo recoger lo directamente observable, al margen de toda doctrina.

Consideramos fundamentalmente, al objeto que nos proponemos, el señalar alguna de las relaciones, seguras, entre las funciones psíquicas y las corporales, magistralmente expuestas por J. Lange.

Ante algunos reflejos (bostezo, tos, carraspera, succión, deglución y parpadeo), necesitamos preguntarnos si se trata de reflejos auténticos o de mecanismos instintivos puestos en movimiento merced a viviendas especiales, ya que según las circunstancias en que los observemos nos mostrarán un mayor carácter reflejo o instintivo; otros se van dotando de una superestructura primero instintiva y después voluntaria (evacuación de excretas); algunos llegan a perder con el desarrollo su carácter reflejo (la succión); y, en fin, existen los que al principio son mecanismos instintivos para convertirse posteriormente en reflejos puros (parpadeo). Es fácil concluir, que todo el motorismo inferior está estrechamente ligado a lo instintivo.

Algo semejante ocurre con lo vegetativo. Es sobradamente conocida la influencia de las glándulas de secreción interna sobre la vida instintiva (irritabilidad y excitabilidad en el basedow, torpeza y apatía en el mixedema, decaimiento general de los instintos en el addison, modificación de los intereses en algunas enfermedades de la hipófisis, etc.) También es conocida la estrecha relación de ciertas glándulas con ciertos momentos instintivos (tristeza-lágrimas, apetito-jugo-gástrico-saliva), etc.

Reseñemos todavía, la desaparición de los límites entre la actuación consciente, la instintiva y los fenómenos reflejos puros, en la vida diaria. Una vez emprendida la marcha continuamos andando sin prestar atención alguna; respiramos sin enterarnos, y sólo cuando está dificultada la respiración revive lo instintivo; en nuestras acciones más claramente conscientes y voluntarias, sucede, que una vez comenzadas, en todo su curso funciona lo motor automáticamente, hasta el punto de que si nos esforzamos

en dirigir con la atención cada uno de sus tiempos, más entorpecemos que facilitamos la acción; la mayoría de nuestros movimientos y actos complejos a expensas de repetirlos llegan a ser ejecutados a espaldas de la consciencia, o a lo sumo son controlados posteriormente, incluso los que exigieron un aprendizaje largo y penoso (natación, baile, patinación), proceso en el que tenemos que suponer una independencia relativa a lo motor respecto a lo psíquico, por automatización alcanzada por el hábito.

Finalmente, y esto tiene aquí singular importancia, los reflejos pueden ser voluntariamente intensificados, como sucede con el castañeteo de dientes frente al frío, con la frecuencia en el ritmo de la emisión de la orina, que llega a aumentar la sensibilidad vesical, con los eructos, etc.

En esta breve ojeada acabamos de ver cómo existe una zona en la que se confunde lo reflejo con lo instintivo, cómo es influenciado lo vegetativo por lo psíquico y viceversa, cómo la mayoría de nuestros movimientos y actos llegan a funcionar con escasa o ninguna participación de la consciencia y cómo los reflejos pueden ser voluntariamente intensificados. Pero hasta aquí nos hemos mantenido dentro de lo normal; veamos lo que ocurre en estados ligeramente anormales o en circunstancias episódicas.

Las ligeras anormalidades a que nos referimos, están condicionadas por el diferente potencial de cada instinto, la cuantía de la energía instintiva en general, la capacidad para mantener un armónico equilibrio psíquico y la capacidad de inhibición, elementos esenciales para constituir *un modo de ser* inalterable en lo fundamental y jerárquicamente organizado. Claro es que las personas rigurosamente armónicas son raras; aquí vamos a referirnos solamente a aquellas cuya anormalidad, permanente o transitoria, las queda fuera del promedio.

La entrada de los aparatos vegetativos en la órbita de la voluntad consciente es desconocida en estado normal, pero ante un episodio afectivo o emocional se produce una somática constelación racional que abre el camino a las modificaciones vasomotoras, sudor, aceleración de los movimientos intestinales, inhibición salivar, temblores, etc.; demuestra esto, que en circunstancias transitorias, casi normales, se proyecta un plus de energía psicoafectiva en el plano corporal de la personalidad (mecanismos reflejos, y funciones vegetativas). Cuando el estímulo psíquico es extraordinario, y mucho más si la persona está dotada de cualquier deficiencia vital, se intensifican esos mecanismos reactivos, llegando a experimentar una defectuosa consciencia de su estado de salud; si además el sujeto *desea* la enfermedad, de manera total o parcialmente consciente, para recabarse un *beneficio* protector de su vida instintiva, más o menos amenazada, la consciencia de su estado de salud va falseándose cada vez más con la entrada

en escena de reflejos agrandados (tic, temblor, etc.), hábitos perniciosos (aerofagia, etc.), e intensificaciones vaso-vegetativas (eritemismo cardíaco, sudación, edemas, rubor y palidez, hemorragias autosugestivas de la piel, etc.), creando un círculo vicioso con el estado de ansiedad y expectación y con el deseo de enfermedad, cuyos componentes se estimulan y sostienen recíprocamente.

Otros síntomas se producen por transformación de funciones conscientes en reflejas. Ante una necesidad biológica se crea un aparato ocasional (inmovilidad de uno o más miembros reumáticos para evitar el dolor, o de miembros traumatizados; el parpadeo satélite de una inflamación conjuntival; trastornos sensoriales inmediatos a una intensa radiación o a una explosión; el temblor con que se reaccionó ante un acontecimiento-pánico y ante su rememoración, etc.), que si con la colaboración más o menos directa de la voluntad se prolonga más allá de lo necesario, lo voluntario va lentamente transformándose en reflejo, hasta que al fin el aparato, ya no necesario, continúa montado y funcionando con independencia de la voluntad y aun en contra de ella.

Examinemos ahora cuáles son las condiciones, que nos son conocidas, para que todas estas reacciones sean más fáciles, más intensas y menos influenciadas, sin tener en cuenta la importancia del interés episódico de un sujeto en situaciones aisladas en las que gana mucho más con la enfermedad que con los riesgos que le ofrece la salud.

Ya es importante el tener en cuenta que la evolución de los instintos está sobre todo condicionada por la disposición, aun cuando no pueda ignorarse el valor de las vivencias; por disposición, pues, la persona estará mejor o peor dotada de capacidad inhibitoria de las tendencias instintivas, es decir, podrá tratarse de una persona consciente o instintiva; éstas, naturalmente, responderán más fácil e intensamente a cuanto haga peligrar a su vida instintiva. De otra parte, también en el hombre normal, la ruptura del equilibrio psíquico será tanto más difícil, no solo cuanto más armónico sea el desarrollo de su aparato psíquico, sino cuanto más completo sea (madurez); por esto la casuística de la histeria es tan abundante en niños y en jóvenes; pero es otra vez la experiencia de la guerra mundial la que nos proporciona valores numéricos. (Oficina de Munich): entre los solicitantes de pensión por síntomas histéricos, 39, 9% contaban al ser reclutados menos de 20 años y 24, 6% menos de 25, para ir después disminuyendo en las edades sucesivas y ofrecer un nuevo ascenso en los mayores de 40 años. Consideramos muy importante este último dato coincidente con el aumento en la frecuencia de lo histérico hacia los 45 años en las observaciones sobre el material civil; se podría suponer una imperfección o labilidad del aparato psíquico en el momento del *acodamiento* de la curva biológica

en sentido decadencial (climaterio masculino y femenino, barruntos de involución, arterioesclerosis, etc.)

También contribuye a posibilitar las reacciones que se estudian el medio en que desarrolla su vida habitual el sujeto. En la guerra mundial el número de campesinos con síntomas histéricos era superior al de habitantes de grandes ciudades en los que se observaron con mayor frecuencia *molestias nerviosas generales*; la sencillez de la vida de los primeros, no entrenada en la solución de abundantes y variados conflictos, puede oponerse a las dificultades que han necesitado vencer los segundos, sirviéndose de diferentes rodeos para evadirse de situaciones amenazadoras o por otros conceptos desagradables.

Apuntemos, en fin, que encontramos rasgos histéricos en todos los campos de la patología psíquica, si bien en el terreno suavemente patológico merece especial atención toda inferioridad vital (retrasos, detenciones o desviaciones en el desarrollo corporal, estructuras psicopáticas, debilidad mental, etc.)

(Continuará).

## Previsión Médica Nacional

Al reanudar sus actividades esta Entidad, invita a los compañeros no inscriptos en la misma, para que lo efectúen. Por una cuota mensual, bien reducida, pueden asegurar el porvenir de sus hijos en la España grande y libre que se está creando.

# Sección de Legislación

## Gobierno de la Nación

### Ministerio del Interior

#### **Concesión a las familias que lo soliciten, y se encuentren en la zona liberada, procedentes de la zona roja, de asistencia Médico-Farmacéutica gratuita**

En el «Boletín Oficial del Estado», de 21 del actual, se inserta la siguiente disposición de la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad:

«Es numeroso el contingente de familias que se encuentran en la España liberada y auténtica, evadidas de la zona roja y que se hallan en situación precaria por encontrarse desplazadas de su residencia sin los elementos de orden económico que constituyen su medio habitual. Y esta situación, crítica por demás, no existiendo perturbaciones patológicas, acrecen considerablemente en aquellos momentos en que aparecen alteraciones de la salud, que requieren una asistencia asidua, metódica y completa.

Y con el fin de subvenir a estas necesidades, proporcionando los cuidados necesarios en cada caso a las familias que se encuentren en las circunstancias expresadas, con toda la solicitud y eficacia que derivan de las doctrinas que inspiran y sostienen el Glorioso Movimiento Nacional,

Este Ministerio, de acuerdo con lo propuesto por la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, ha tenido a bien disponer lo siguiente:

1.º Las familias que se encuentren en la zona liberada, procedentes de la zona roja, o que residan en poblaciones que han estado sometidas a los efectos de la desolación rojo-comunista y se encuentren, como consecuencia, en debilitada situación económica, recibirán asistencia facultativa Médico-Farmacéutica gratuita cuando así lo demanden, en las mismas condiciones establecidas para las familias que integran el Padrón de la Beneficencia Municipal de la localidad respectiva.

2.º Los Servicios de asistencia facultativa a que se refiere el número anterior, serán prestados por los Médicos y Farmacéuticos titulares, correspondientes al Distrito en que radique el domicilio de la familia que demande los auxilios de referencia.

3.º Para tener derecho a la asistencia y auxilios de que se trata, deberán inscribirse las familias beneficiarias de los mismos en un Padrón especial, que al efecto ha de confeccionarse por la

Junta Municipal de Beneficencia, constituida según lo dispuesto por el artículo 58 del Reglamento de Sanidad Municipal de 9 de Febrero de 1925, formando parte de la misma como Vocal el Cura Párroco o quien haga sus veces.

4.º La expresada Junta formará el Padrón de que queda hecha referencia, facilitando relación nominal del mismo a los Médicos y Farmacéuticos titulares que han de tener a su cargo la prestación de los Servicios y asistencia de que se trata, cuyo comienzo habrá de tener lugar a partir del día primero de Noviembre del corriente año.

Lo comunico a V. S. para su conocimiento y efectos y publicación en el «Boletín Oficial» de la provincia.

Dios guarde a V. S. muchos años.

Burgos, 18 de Octubre de 1938.—III Año Triunfal.—El Jefe del Servicio Nacional de Sanidad, *José A. Palanca*.

Sres. Inspectores Provinciales de Sanidad.»

—

**Ordenando que los Ayuntamientos remitan a la Inspección Provincial de Sanidad relación de las vacantes de Médicos, Farmacéuticos, Practicantes y Matronas titulares**

En el «Boletín Oficial del Estado», del 21 del actual, se inserta la siguiente disposición de la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad:

«En armonía con las disposiciones del apartado primero de la O. M. de 6 de Diciembre de 1935, y con el fin de que en todo momento existan en la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad los datos precisos y debido conocimiento de las plazas vacantes de Médicos titulares o de Asistencia Pública Domiciliaria, Inspectores-Farmacéuticos Municipales, Practicantes y Matronas, según la clasificación vigente,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer que por los Ayuntamientos se proceda, en el plazo máximo de quince días, a partir de la comunicación de la presente Orden en el «Boletín Oficial» de la provincia, a remitir a la Inspección provincial de Sanidad un estado comprensivo de todas las plazas vacantes de Médicos, Farmacéuticos, Practicantes y Matronas titulares, por todas las causas, con expresión del Distrito a que corresponde cada plaza, causa y fecha de la vacante, categoría, dotación que tiene asignada en presupuesto y número de familias incluidas en el Padrón de Beneficencia Municipal; manifestando, al propio tiempo, qué plazas son las que están provistas con carácter eventual o interino, y si el Médico encargado de los servicios la tiene en concepto de acumulada y si tiene su residencia en la demarcación de la misma. Estos datos deberán ser remitidos por la Inspección

Provincial a la Jefatura Nacional de Sanidad en término de diez días, una vez recibidos en el expresado Centro; cumplimentándose en sus propios términos en lo sucesivo los preceptos contenidos en los apartados primero y segundo de la O. M. citada, de 6 de Diciembre de 1935.

Lo comunico a V. S. para su conocimiento y publicación en el «Boletín Oficial» de la provincia, a los efectos oportunos.

Dios guarde a V. S. muchos años.

Burgos, 8 de Octubre de 1938.—III Año Triunfal.—El Jefe del Servicio Nacional de Sanidad, *José A. Palanca*.  
Sres. Inspectores Provinciales de Sanidad.

### **Orden sobre protección a las instituciones de la Madre y el Niño, y normas a que ajustarán su actuación en este aspecto, las Inspecciones Provinciales de Sanidad.**

En el «Boletín Oficial del Estado», del 19 del actual, se inserta la siguiente Orden del Ministerio del Interior:

«Ilmo. Sr.: En el desarrollo de la beneficencia y obras sociales que se ha operado en el territorio nacional desde el 18 de Julio de 1936, ocupan puesto preferente las instituciones de protección a la madre y al niño, creadas unas al calor de las nuevas iniciativas generosas de nuestro pueblo, y ampliadas otras en sus fines y en sus medios al amparo de la caridad de la guerra.

No cabe desconocer el aspecto sanitario de la mayor parte de las funciones y propósito que cumplen dichas obras sociales, y es deber del Estado, no sólo velar por la perfección del servicio técnico anexo a las mismas, sino prestarles su tutela y consejo constantes de acuerdo con los objetivos encomendados a los organismos oficiales de Maternología y Puericultura.

Por otra parte, las Organizaciones Juveniles del Movimiento han acudido a este Ministerio en demanda de colaboración del personal sanitario dependiente del Estado, la Provincia y el Municipio para el reconocimiento y fichado de los afiliados a dichas Organizaciones, petición a la que debe accederse por tratarse de una misión propia de los mencionados servicios.

En atención a las consideraciones expuestas, este Ministerio ha tenido a bien disponer:

Artículo primero. Las Inspecciones Provinciales de Sanidad del Estado, a través de sus Servicios de higiene infantil, vigilarán y asesorarán a las instituciones de todo orden de protección y asistencia a la madre y al niño, en todo cuanto con el aspecto sanitario se relaciona.

Artículo segundo. Mientras las instituciones oficiales y particulares a que esta Orden se refiere no cuenten con personal y Dispensarios suficientes para el reconocimiento y formación de

fichas sanitarias, podrán recabar de los diversos servicios de las Inspecciones Provinciales de Sanidad que les presten su ayuda en la medida que sea compatible con sus medios.

Las Inspecciones Provinciales podrán ordenar a los Centros secundarios y primarios y a los Inspectores municipales idénticas colaboraciones.

Artículo tercero. Las prevenciones y beneficios de la presente Orden se extenderán a las llamadas Obras Juveniles de Falange Española Tradicionalista y de las Jons. Si el número de inscritos lo requiere, las Jefaturas podrán solicitar de otras corporaciones o entidades provinciales o municipales la cooperación de sus técnicos para la confección de las fichas sanitarias.

Artículo cuarto. En todo caso, la ficha sanitaria se ajustará a un modelo aprobado por el Servicio Nacional de Sanidad del Ministerio del Interior.

Artículo quinto. De conformidad con lo dispuesto en el artículo séptimo del Decreto de 28 de Mayo de 1931 sobre propaganda y divulgación sanitarias, al organizarse cursillos para la preparación del personal que haya de prestar servicios en las instituciones y obras sociales de que se ha hecho mérito, deberá solicitarse la intervención del personal técnico y especializado dependiente del Servicio Nacional de Sanidad, y la aprobación de los planes y programas por las Inspecciones provinciales.

Artículo sexto. El personal femenino que en dichas instituciones ostente la denominación de enfermera u otros análogos, deberá poseer el título expedido por los organismos debidamente autorizados para ello.

Artículo séptimo. Por el Servicio Nacional de Sanidad se dictarán las instrucciones complementarias de la presente Orden y especialmente en lo que afecta a la constancia estadística de su cumplimiento.

Dios guarde a V. I. muchos años.

Burgos, 17 de Octubre de 1938.—III Año Triunfal.—*Serrano Suñer.*

Ilmo. Sr. Jefe del Servicio Nacional de Sanidad.

**Abriendo concurso entre todos los Médicos aprobados  
en la convocatoria de oposiciones del Cuerpo de  
Asistencia Pública Domiciliaria, de fecha 26 de Octubre  
de 1935**

En el «Boletín Oficial del Estado», del 28 del actual, se inserta la siguiente disposición del Servicio Nacional de Sanidad:

«Con el fin de reparar en la medida de lo posible la situación anómala de un número considerable de Médicos aprobados en

la convocatoria de oposiciones para provisión de plazas de Asistencia Pública Domiciliaria y subsiguiente ingreso en el Cuerpo en los casos en que hubiere lugar, anunciada por Orden de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia, de 26 de Octubre de 1935, («Gaceta» de 4 de Noviembre siguiente), cuya resolución no ha aparecido inserta en ninguna publicación oficial, no existiendo, por otra parte, en este Departamento, antecedentes ni constancia oficial de lo actuado en relación con las oposiciones de que se trata, y no pudiendo menos de ser reconocido el derecho que existe a favor de aquellos Médicos aprobados, aun cuando el nombramiento no pueda tener lugar con carácter de propiedad en los actuales momentos, teniendo en cuenta los intereses legítimos y respetables de aquellos otros que habiendo sido igualmente aprobados y propuestos para plazas que figuren «símismo» en las relaciones publicadas en la «Gaceta de Madrid» afecta a la convocatoria de referencia, no se encuentren actualmente en la zona liberada,

Este Ministerio, en el ejercicio de sus facultades, ha tenido a bien disponer lo siguiente:

Que por todos los Médicos aprobados en la convocatoria de oposiciones del Cuerpo de Asistencia Pública Domiciliaria, anunciada por Orden de la Subsecretaría de Sanidad y Beneficencia, de 26 de Octubre de 1935, que deseen desempeñar plazas del expresado Cuerpo, se dirija instancia a este Departamento en el plazo de 30 días hábiles, a contar de la fecha siguiente a la publicación de la presente Orden en el «Boletín Oficial del Estado», haciendo constar cada uno en dicha instancia el número que obtuvo en la lista general de aprobados, así como la plaza para que fué propuesto por el Tribunal, debiendo acompañar la documentación que posea como justificante de haber aprobado las oposiciones, expresando al propio tiempo, por orden de preferencia, las plazas que desee desempeñar. Las instancias y documentación habrán de ser cursadas necesariamente por conducto de la Inspección Provincial de Sanidad a cuya jurisdicción corresponda la residencia del interesado.

Los nombramientos que se hagan, tendrán carácter interino, quedarán subordinados a la revisión completa que en su día se haga de los protocolos de las respectivas oposiciones y no podrán perjudicar a la reserva de plazas a favor de ex combatientes y de Caballeros mutilados, establecidas por la legislación vigente.

Burgos, 26 de Octubre de 1938.—III Año Triunfal.—El Jefe del Servicio Nacional de Sanidad, *J. A. Palanca*.  
Sres. Inspectores Provinciales de Sanidad.

# Sección Oficial del Colegio

---

## Percibo de haberes de desaparecidos o víctimas del marxismo

Con arreglo al Decreto de 3 de Mayo de 1937, que amplió los beneficios del Decreto número 92 a los Funcionarios Municipales y Provinciales, las familias de compañeros desaparecidos, como consecuencia de la actual campaña, o víctimas del marxismo, en el caso de que sean Médicos de A. P. D. etc., tienen derecho al cincuenta por ciento de la titular.

La pensión debe ser satisfecha por el Ayuntamiento correspondiente, debiendo dirigirse las instancias razonadas a las Corporaciones de que se trate, debidamente documentadas.

Las pensiones que se conceden no tienen efectos retroactivos, y surten los mismos desde el momento de la petición.

---

## RELACION DE OBRAS

### legadas a la Biblioteca de este Colegio por el compañero fallecido, D. Alfonso Arroyo Santos

- 1.—Tratado de Cirugía Clínica y Operatoria.—Bergmann, von Bruns y von Mikulicz.—Traducción del alemán, de Gil Salter y Lavall. 4.º, media piel.—Espasa, Barcelona.—5 tomos.
- 2.—Tratado de Medicina Clínica y Terapéutica.—Ebstein y Schwalbo.—Traducción del alemán, de José Góngora y Tuñón.—4.º, media piel.—Espasa, Barcelona.—6 tomos.
- 3.—Tratado de Terapéutica Aplicada.—Alberto Robín.—Traducción del francés, de Corominas y Sabater. Tela. 4.º—Espasa, Barcelona.—8 tomos.
- 4.—Tratado de Anatomía Humana.—L. Testut.—Traducción del francés, por Corominas y Sabater y Riera Villaret.—4.º—Piel.—Salvat e Hijo.—Barcelona.—8 tomos.
- 5.—Tratado Teórico-Práctico de Medicina Legal y Toxicología.—Pedro Mata.—Sexta edición.—8.º, tela.—Bailly-Bailliére; Madrid.—5 tomos; 1912.
- 6.—Tratado de Obstetricia.—Ribemont-Dessaignes y Lepage.—Traducción del francés, de Fernández Chacón.—Media piel.—Rev. Méd. Cir. Prácticas.—Madrid.—2 tomos; 1896.
- 7.—Tratado de Anatomía Descriptiva.—Ph. C. Sappey.—Traducción del francés, de Martínez Molina y Santana Villanueva. Segunda edición.—8.º; piel.—Bailly-Bailliére; Madrid.—4 tomos; 1874.

- 8.—Tratado de Patología General.—E. F. Dubois.—8.º; piel.—Cádiz, 1844.—2 tomos.
- 9.—Manual de Terapéutica.—X. Arnozan.—Traducción del francés, de Corominas y Pedemonte.—8.º; piel.—Espasa.—Barcelona.—2 tomos.
- 10.—Tratado de Patología Interna y Terapéutica.—Herman Eichhorat. Traducción del alemán, de Luis Góngora.—4.º; piel.—Espasa; Barcelona.—3 tomos (falta el 1.º).
- 11.—Tratado Elemental de Fisiología Humana.—Viault y Jolyest.—Traducción del francés, de Corominas y Sabater.—4.º piel.—Espasa; Barcelona.—1900.
- 12.—Curso de Patología General.—José de Letamendi.—8.º media piel.—Cuesta Madrid.—1883.—3 tomos.
- 13.—Lecciones de Higiene Privada y Pública.—Fco. Laborde y Winthuysen.—8.º media piel.—Díaz y Carballo; Sevilla.—2 tomos.—1894.
- 14.—Consultas Médicas; Clínica y Terapéutica.—H. Huchard.—Traducción del francés, de Martínez Seguí y Cubells Blasco.—Tela 8.º.—Manglano; Valencia.—1902.
- 15.—Nuevas Consultas Médicas.—H. Huchard.—Traducción del francés, de Cubells B'asco.—8.º tela.—Morales; Valencia.—1904.
- 16.—Manual de Clínica Terapéutica; (con 2.787 fórmulas razonadas).—Gaetano Rummo.—Traducción del italiano, por Arteaga Pereira.—8.º tela.—Manuel Marín; Barcelona.—2 tomos.—1920.
- 17.—Tratado de Terapéutica y Materia Médica.—Trousseau y Pidoux.—Traducción del francés, de Nieto Serrano.—8.º piel.—Rojas; Madrid.—2 tomos.—1872.
- 18.—Patología Interna.—Collet.—Traducción del francés, de Oliver Aznar.—8.º media piel.—Espasa; Barcelona.—2 tomos.—1900.
- 19.—Prontuario de Clínica Propedeútica.—León Corral y Maestro.—2.ª Edición.—8.º media piel.—Andrés Martín.—Valladolid.—1905.
- 20.—Manual de Anatomía Patológica General.—Ramón y Cajal.—4.º media piel.—3.ª edición.—Nicolás Moya; Madrid.—1900.
- 21.—Técnica de la Terapéutica Especial.—F. Gumprecht.—Traducción del alemán, de Zariquiey y Marye.—4.º media piel.—Salvat; Barcelona.—1903.
- 22.—Tratado Práctico de Partes.—A. Auvard.—Traducción del francés, de A. Planellas.—4.º tela.—Espasa; Barcelona.
- 23.—El Laboratorio Moderno del Médico Práctico.—Agasse-Lafont.—8.º tela.—Librería del Monde Medical; Barcelona.—1933.

- 24.—Memorandum Terapéutico de Urgencia para estudiantes, médicos y farmacéuticos.—López Rodríguez.—Santigosa; Sevilla.—1905.—8.º tela.
- 25.—Clínica de las Enfermedades de las Vías digestivas.—C. A. Ewald.—Traducción del alemán, de Eduardo Moreno.—Tomo I.—8.º tela.—Progreso Editorial; Madrid.—1890.
- 26.—Otología.—(Enfermedades del oído interno y trastornos auditivos psicógenos). W. Kummel.—(Afecciones del oído externo y del oído medio). A. Brüggemann.—Traducción del alemán.—4.º tela.—Manuel Marín.—Barcelona.—1925.
- 27.—Tratado de Cirugía.—Chelius.—Traducido por Santana.—Madrid 1847.
- 28.—Doctrina de las Secreciones Internas.—G. Marañón.—12º. Tela.—Biblioteca Corona.—1915.
- 29.—Histología.—Cajal.
- 30.—Tratado teórico-práctico de Materia Médica.—Juan Rancé.—4.º tela.—1773.—3 tomos.
- 31.—Tratado de Patología Externa.—Cabeza y Raquia.—Kirmisson.—Traducción de Caebó y Paleu.—Rústica.—Salvat; Barcelona.—Tomo II.
- 32.—Technique Microbiologique et Serotherapie.—A. Beson.—Rústica 4.º.—Bailliere; Paris.—1904.
- 33.—Tratado de las Enfermedades de la Infancia.—Julio Comby.—Traducción del francés, de Martínez Vargas.—4.º Rústica.—Salvat; Barcelona.—1903.
- 34.—10 obras diversas de Medicina.—Propaganda de Casas: Bayer, Wasserman, Inst. Iby, etc.
- 35.—Un libro de texto de Historia.
- 36.—Un «Quijote de la Mancha».
- Total, 80 tomos.

## AVISO A LOS COLEGIADOS

Reclamados por la Jefatura del Servicio Nacional de Sanidad, las matrices de los talonarios de los Centros oficiales, que según el Decreto-Ley de 30 de Abril de 1928 y Real Decreto de 8 de Julio de 1930, debían los señores Colegiados remitir a este Colegio a la mayor brevedad, los que posean, haciéndoles saber que sin la entrega de las dichas matrices, no se facilitarán en lo sucesivo nuevos talonarios.

## NOTICIAS

En Valladolid ha visto por primera vez la luz pública la importante publicación «REVISTA ESPAÑOLA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE GUERRA»; impecablemente editada, y con un sumario interesantísimo de artículos originales, debidos a las primeras figuras de la ciencia médica Española.

Dicha revista, viene a cubrir una necesidad ampliamente sentida, y un deseo del Jefe del Estado Español: «Hay que promover la publicación de Revistas profesionales, para difundir por España y el extranjero, los progresos médicos deducidos de la actual campaña»; estas son las instrucciones dadas por S. E. el Generalísimo al Inspector General de Sanidad Militar.

Fundida la Sanidad Militar y Civil en los momentos actuales para la defensa de la patria, dicha Revista es consecuencia lógica de su capacidad organizadora y científica.

Por ello deseamos a «REVISTA ESPAÑOLA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE GUERRA» los mayores éxitos, y a todos pedimos colaboración entusiasta, la que por nuestra parte no ha de faltarle.

—

Enviamos a nuestro distinguido compañero, don Salvador Esteban Gómez, Médico de A. P. D., de Mesas de Ibor, nuestro más sentido pésame, por la muerte de su hijo, en defensa de Dios y de la Patria.

—

En Valencia de Alcántara, ha fallecido el distinguido señor don Manuel Puebla, padre político de nuestro buen amigo y compañero don Alfonso Rodríguez Rebollo, a quien con tan triste motivo enviamos nuestro más sentido pésame.



