

# BOLETÍN MÉDICO

EDITADO POR LA

AGRUPACIÓN PROFESIONAL DE MÉDICOS LIBERALES



## SUMARIO:

A nuestros compañeros, pág. 1.—Dr. Gregorio Bermann: "Problemas actuales de neuropsiquiatría de guerra", pág. 4. Discusión sobre este tema: Dr. Ramón Roldán Agudo, pág. 30; doctor Werner Heilbrum, pág. 31; Dr. Cayo Jorge Basterra Sáenz, página 31. Contestación del autor, pág. 32.—Dr. M. Díaz Rubio: "Consideraciones sobre dos casos de mielosis aguda", página 34. Discusión sobre este tema: Dr. Fernando Fuente Hita, pág. 46. Dr. Ramón Roldán Agudo, pág. 47. Contestación del autor, pág. 47.—Notas de la Agrupación: Actuación de la Junta directiva, pág. 48; necrológicas, pág. 49.

MADRID • ACADEMIA DE MEDICINA • ARRIETA, 10

TOMO I • 15 MAYO 1937 • NÚM. 1







## A NUESTROS COMPAÑEROS



La Junta Directiva de la Agrupación Profesional de Médicos Liberales, en su reunión del día 28 de abril de 1937, tomó el acuerdo de dar una orientación más, en armonía con las actuales circunstancias, a sus actividades profesionales, consistente en efectuar bajo sus auspicios unas reuniones semanales, en las que se fuesen recogiendo el fruto de las enseñanzas médico-quirúrgicas que se derivan de la actual guerra que asola nuestro país, enseñanzas que la Sanidad Militar del Ejército del Centro ha empezado a obtener, merced a la gran organización de que dispone y al espléndido esfuerzo que realizan todos los técnicos que la integran.

Con este fin se celebró la sesión inaugural el día 12 de mayo de 1937, en el salón de actos de la que fué Academia de Medicina, bajo la presidencia de los Dres. Andrés Casas, Guillermo Luna, Joaquín Moré y Fernando Fuente Hita.

Abierta la sesión, el Dr. Fuente Hita leyó la siguiente declaración, en nombre de la Junta Directiva de la Agrupación Profesional de Médicos Liberales:

### CAMARADAS:

La Agrupación de Médicos Liberales, cuyo papel en el movimiento español antifascista ha tenido grandes repercusiones, inicia hoy una nueva Era al recoger el trabajo valioso de todos los camaradas que, fieles al Gobierno de la República y a la Causa de la Independencia del Pueblo, trabajaron para el mejoramiento de los servicios sanitarios del Ejército Popular, con el fin de acumular la enseñanza que se deriva de esta asistencia sanitaria, ofreciendo así una prueba de su



capacidad técnica y su deseo de contribuir al mismo tiempo al progreso de la Ciencia.

No pierde por ello la Agrupación de Médicos Liberales el rasgo más profundo de su fisonomía. La Agrupación de Médicos Liberales será, ante todo, un grupo de médicos que sabrá comprender que la defensa de la cultura y del progreso va íntimamente ligada a los movimientos liberadores del Pueblo y que la Ciencia entra en una nueva fase de su desarrollo, al deberse considerar como la contribución constante de los intelectuales al mejoramiento de la Humanidad en todos sus aspectos.

Es posible, incluso, que, sacudidos los prejuicios seculares de nuestro pueblo, que impidieron a la Agrupación de Médicos Liberales exponer su carácter antifascista con toda la energía y crudeza que el momento reclamaba, sea hoy una avanzada revolucionaria, en la que los médicos demuestren su capacidad de comprensión para los problemas del pueblo y demuestren a la faz del mundo no solamente su capacidad científica, sino que conocen perfectamente que en adelante el desarrollo de la ciencia y de la cultura sólo es posible liberando a ésta del yugo económico al que los intelectuales de los países capitalistas están sometidos. Una ciencia nueva sólo es posible en un país libre. Una ciencia útil a la Humanidad, sin problemas mercantiles, sólo es posible en un país en el que los técnicos estén consagrados al mejoramiento de los conciudadanos. En la enorme lucha que en los momentos actuales en todo el mundo está planteada entre el progreso y el fascismo, la Agrupación de Médicos Liberales quiere marchar a la vanguardia de esta cruzada liberadora y entra hoy de una manera activa en la lucha, una vez pasado el colapso de los primeros meses, en el que todos los técnicos hubieron de estar dedicados a la organización de la Sanidad necesaria para ayudar a nuestro pueblo en su lucha contra el fascismo internacional.

Se ha discutido repetidamente si los científicos, los médicos, deben ser apolíticos. Muchas veces, las más, bajo la defensa del apoliticismo de los técnicos, se quiere encubrir claramente el divorcio entre los técnicos y los intereses proletarios.



Es absolutamente mentira que ningún hombre culto sea apolítico, porque sus deseos, los móviles de sus actos, su influencia en la organización del país, que es siempre enorme por el grado de su desarrollo cultural, necesariamente está influido por la visión que tiene de los problemas sociales, lo cual constituye su pensamiento político. Pero querer decir político no quiere decir prejuzgar ninguna posible política, salvo una: la de condenar el movimiento fascista que, en los pueblos donde ha conseguido imponerse, ha subyugado a la ciencia y a la técnica, poniendo un bozal a los pensadores libres, un freno a las iniciativas de los intelectuales, convirtiendo al técnico y al hombre de ciencia en un esclavo de sus intereses de clase.

En el histórico "no pasarán", convertido en grito de guerra de nuestras milicias populares, debe ser la consigna futura de esta Agrupación de Médicos Liberales que hoy celebra su primera reunión de guerra en un local histórico, como es la Academia de Medicina de Madrid, que representaba lo viejo, lo podrido e inepto que se liquidó el día 18 de julio de 1936.

Puede calificarse de sesión histórica esta que hoy se celebra por los médicos jóvenes, que, unidos fraternalmente a la causa del pueblo, comprendieron el día 18 de julio que su puesto estaba en las filas de los defensores de la libertad de nuestro pueblo. No revivirá más la antigua Academia de Medicina. Si hubiéramos de hacer su crítica, ésta sería tan severa como despiadada; pero no son los momentos actuales de tan poco valor como para perderlos en críticas inútiles. Tampoco se lo merece siquiera la antigua Academia de Medicina.

La nueva organización de la Agrupación de Médicos Liberales abre hoy una nueva etapa a la actividad científica del pueblo español, y en nombre de ellos, su Junta Directiva, compuesta por los que supieron no alejarse de su puesto en los momentos difíciles de la defensa de Madrid. Sólo le queda alentarlos a todos en una nueva etapa que os haga dignos del heroísmo actual de nuestro pueblo.

Y, para terminar, pido un recuerdo fervoroso para los compañeros caídos en el cumplimiento de su deber, y para los que fueron inmolados por el fascismo en las zonas rebeldes.



## PROBLEMAS ACTUALES DE NEUROPSIQUIATRIA DE GUERRA

Por el Dr. GREGORIO BERMANN

Jefe de la Misión Argentina de Neuro-Psiquiatría  
y de la Unidad correspondiente en el Hospital  
Militar número 6 (Madrid).

Presidente de Honor del Rassemblement Mondial  
des Étudiants.

Ex-profesor titular de la Facultad de Medicina de  
Córdoba (Argentina).

### CAMARADAS Y COLEGAS:

Quiero expresar ante todo mi honda satisfacción por estar trabajando junto a vosotros en este trascendental empeño. Me animó llegar hasta aquí el encendido deseo de participar en vuestra lucha histórica, sin otra pretensión que la de unirnos fraternalmente a vosotros.

Agradezco a la Junta directiva de esta importante Institución de médicos antifascistas la oportunidad que me brinda para desarrollar este tema. Hoy conmemoran los obreros de todo el mundo una gran fecha que expresa en todas partes el clamor de protesta y de reivindicación que brota incontenible del alma humana. Y conforme a la consigna de vuestro Gobierno y de vuestros partidos, habéis querido conmemorarla iniciando las tareas científicas, suspendidas por el levantamiento faccioso, y en la misma Academia de Medicina multisecular, definitivamente caduca, a la que infundiréis nueva vida, la de estos tiempos. Celebráis este Primero de Mayo en condiciones particularmente penosas, hostigados por un enemigo feroz y cruel. Yo espero que el próximo Primero de Mayo lo festejará España, la España renovada que habrá instaurado su nuevo régimen social y cultural, para gloria de la España Eterna, la única que amamos y respetamos.

### LA PSIQUIATRIA DE GUERRA EN ESPAÑA

Es opinión general que la neuro-psiquiatría de guerra se reduce al problema de la alienación. Aun cuando choque a una aparente bue-



na lógica, el número de alienados no ha aumentado de una manera tan notable que llegue a constituir un grave problema, pese a la creencia de que las emociones shokantes de una larga guerra, y más de una guerra civil como la que estáis sufriendo, las heridas de todas clases, y principalmente las lesiones del sistema nervioso central, engendren nuevas y numerosas psicopatías.

Por lo que he visto, tampoco se han comprobado en España nuevas enfermedades mentales, en lo cual confirma las enseñanzas de anteriores contiendas. Durante la gran guerra estalló la pandemia de encefalitis epidémica (1), tal vez favorecida por el conflicto (los primeros casos fueron observados, el año 1917, en Viena por Economo y en Francia por Cruchet). Pero este fenómeno epidémico no es exclusivo de la guerra, pues similares hanse producido en otras ocasiones. Digno de interés es el síndrome confusión mental y delirio onírico de origen emotivo que señaló Regis (2). Repito que enfermedades mentales, creadas por la guerra, no existen, pero debe señalarse el contenido de ciertas psicopatías como influidas por los acontecimientos terroríficos, propios de la lucha, que he comprobado también en alcoholistas. El hecho más resaltante, tal vez, es el número de psicosis reactivas, lo que se explica fácilmente. Cuando las emociones actúan sobre una de esas "constituciones" mentales a que se refieren con tanto gusto los aficionados a la psiquiatría, puede adquirir las características de una enfermedad mental, de etiología puramente psicógena. Shoks emotivos, sufrimientos repetidos, agotamientos excesivos en los frentes o en la retaguardia, el desarraigo de ciertos campesinos o habitantes de las ciudades, conflictos con los jefes o compañeros, inadaptación, etc., pueden despertar en temperamentos predispuestos—principalmente por la preexistencia de complejos o de conflictos íntimos no resueltos—reacciones psicopáticas de diverso tipo. El pánico puede, inclusive, dar lugar a una confusión mental típica. El diagnóstico diferencial de las psicopatías de reacción con procesos esquizofrénicos o paranoides, a veces no es fácil; cuanto más, que estos últimos también son a menudo, y en cierto modo, reactivas. A lo que debe agregarse que saben fijarse de manera definitiva, demencial, sin que se pueda saber si independientemente de la conmoción social que la ha provocado hubiera sobrevenido con características tan severas o agudas.

Hubo guerras, como la ruso-japonesa o las balcánicas, que provocaron un aumento de psicopatías. Otras, en cambio, no han revelado este acrecentamiento. Así, por ejemplo, la estadística de Lu-



nier mostró que durante la guerra de 1870-71 el número de las internaciones en Francia fué inferior en 1.300 unidades al total de las internaciones de un período similar del año precedente. Bien es verdad que en 1871-72 la estadística denota un aumento de 2.785 unidades sobre el período precedente, para volver en 1873 al número normal.

La reciente experiencia de la guerra 1914-18 es variable. Mientras Paul Jungmann establece que la guerra "no parece haber ejercido ninguna influencia sobre la frecuencia y curso de las mismas" (3), y da para el caso algunos datos comprobatorios, Porot y Hesnard, en Francia, con notoria autoridad, establecen, sin fundarlo con cifras, no sólo un aumento en el número de psicopatías de guerra, sino también que el estudio de estas afecciones ha provocado tales sorpresas y tales revelaciones, que consideraban como un deber elemental familiarizarse con diversos aspectos de problemas esencialmente delicados que se plantean en todo momento en la práctica (4).

Según el Dr. Alberca, director del Hospicio de Murcia, y también del Dr. Valenciano, que trabaja en la misma zona, el número de alienados no ha aumentado sensiblemente desde la guerra, y atribuyen el hacinamiento del instituto que dirigen a la evacuación de los mentales de la zona de guerra. Diferente es la experiencia del profesor Mira. En la Clínica Psiquiátrica y en el Sanatorio Mental de Barcelona (servicios de urgencia) hubo 841 admisiones desde el 6 de agosto de 1936 hasta el 16 de enero de 1937, de las cuales eran 435 hombres y 406 mujeres. De éstos, 372 eran reingresados en el mismo u otros establecimientos psiquiátricos; enfermos nuevos, 469; en estos últimos, las alteraciones psíquicas habían comenzado antes del 19 de julio en 114 enfermos, y después de esa fecha, en 355. Si se compara con la cifra media de admisión por día (no especifica la época), compruébase que ha aumentado de 1,9 hasta 5,2, por lo que se ve que las alteraciones mentales a consecuencia de los sucesos de guerra se ha casi triplicado. Si se analizan los nuevos ingresos, compruébase: 1.º El número de alienados disminuye a medida que la situación se prolonga. 2.º En cuanto al estado civil, las mujeres casadas han sido más afectadas que los hombres casados; y 3.º Las edades extremas han sido menos afectadas que las adultas (máximo de veinte a treinta años para los hombres y de treinta a cuarenta para las mujeres). Lo cual, comenta Mira, puede ser debido a que los hombres de veinte a treinta años han sido todos movilizados y en condición inmediata de ir obligatoriamente al frente, mientras que los hombres de treinta a cuarenta años lo han hecho voluntariamente. Si se compara la calidad



de los nuevos ingresados con los cuadros de períodos anteriores, obtiene las siguientes enseñanzas: a) Aumento de las reacciones a costa de los procesos esquizofrénicos. b) Aumento de las parafrenias a costa de las psicosis depresivas simples. c) Aumento de las psicosis alcohólicas, psiconeurosis, reacciones paranoides y psicopáticas. d) Aparición de una nueva forma psicótica, caracterizada por un acceso brusco de confusión mental agitada, con fenómenos tóxicos diversos, que cede rápidamente en un lapso de dos a doce días, con "restitutio ad integrum". Los atribuye a la acción de shocks emocionales sumamente violentos (5).

Aproximadamente concordante con la de Mira es la que ofrece la estadística que ha tenido a bien levantar a nuestro pedido el doctor Bahamonde, jefe del Servicio de Enfermedades Mentales de varones en el Hospital Provincial, en la que constan los ingresos habidos desde julio hasta marzo, inclusive, de 1936 al 1937. Comparándolos con los de igual fecha de 1935-36, compruébase que ha duplicado casi: 651 en 1936-37, mientras que fué de 383 en 1935-36. El aumento acentúase principalmente en ciertas afecciones: las reacciones psicógenas en primer lugar, casi once veces más que las del año anterior; los alcoholistas, cuyo número triplica, y las otras causas exógenas, cuya naturaleza no está señalada, que ascienden a 222 en el último período, mientras en el anterior sólo fué de 99. En el análisis de este crecimiento en el número de alienados, el Dr. Bahamonde anota la influencia de ciertos factores, entre los cuales se encuentran las recidivas en viejos mentales bajo la influencia de las emociones de guerra y del sitio a Madrid; la cantidad de alcoholistas que recaen, y un mayor número de oligofrénicos que antes podían tener las familias en sus casas, mientras ahora no disponen de medios para mantenerlos. En esto coincide el Dr. Llopis, encargado de la sección de mujeres en el mismo Hospital; a menudo, los familiares ni siquiera responden a las llamadas del jefe del Servicio, y para dejar lugar a nuevos ingresos, es necesario entregar los pacientes dados de alta en su propio domicilio.

En conjunto, la experiencia de la España leal plantea, sin duda, a este respecto, una serie de problemas que podría confirmar con casos individuales, comprobados en mis visitas a diversos establecimientos, principalmente de síndromes paranoicos, confusionales, conmocionales, depresivos y otros, como las toxicomanías y el etilismo, que más bien se vinculan a las neurosis de guerra, de que luego hablaré. En ciertas partes, el número de internados se ha duplicado; en otras,



# ESTADISTICA DE INGRESOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL (SECCION HOMBRES)

Jefe del Servicio: Dr. BAHAMONDE

AÑO 1935-1936

## INGRESOS

Diagnósticos	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	TOTAL
Psicosis endógenas. . . . .	29	17	16	26	17	27	30	16	19	197
Reacciones psicógenas. . . . .	1	1	2	0	0	1	0	0	0	5
Personalidades psicopáticas. . . . .	2	2	3	2	0	2	1	2	2	16
Alcoholismo. . . . .	4	7	3	2	0	2	0	2	4	24
Toxicomanía. . . . .	0	1	1	0	1	0	0	0	1	4
Otras causas exógenas. . . . .	11	8	4	15	13	15	11	11	11	99
Casos oscuros, sin trastornos y sin datos. . . . .	3	3	0	7	7	8	2	2	6	38
TOTAL. . . . .	50	39	29	52	38	55	44	33	43	383

AÑO 1936-1937

## INGRESOS

Diagnósticos	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	TOTAL
Psicosis endógenas. . . . .	26	30	23	39	28	10	17	18	16	207
Reacciones psicógenas. . . . .	8	8	6	5	9	6	3	3	6	54
Personalidades psicopáticas. . . . .	0	7	3	1	3	1	4	0	2	21
Alcoholismo. . . . .	10	7	14	26	8	2	3	5	0	75
Toxicomanías. . . . .	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
Otras causas exógenas. . . . .	20	20	32	42	32	26	16	19	15	222
Casos oscuros, sin trastornos y sin datos. . . . .	4	9	10	12	4	7	6	5	13	70
TOTAL. . . . .	68	82	88	125	85	52	49	50	52	651



casi triplicado; pero sería necesaria una estadística y un conocimiento global de todas las instituciones de la República para llegar a conclusiones ciertas y de valor general. Pero en verdad, frente a tareas más urgentes no corresponde multiplicar los problemas y darles una trascendencia que no tienen, por amor o por vicio de especialista. Con todo, una buena Sanidad de Guerra verá esta cuestión en sus justas proporciones y se preocupará, naturalmente, por ella. Habilitará establecimientos especiales, o departamentos en las instituciones sanitarias ya instaladas, a lo que luego me referiré.

### LA NEUROLOGIA DE GUERRA

Mayores proporciones y más graves adquiere la neurología de guerra, que bastaría por sí sola para llenar un gran programa de trabajo. La experiencia de guerras anteriores indica la enorme cantidad de lesionados del sistema nervioso central y del periférico. En uno solo de los centros neurológicos franceses, el de la XIV región, fueron examinados 18.732 enfermos, de los cuales 11.806 estuvieron internados, siendo los demás consultas e informes médico-legales. De los internados, lo fueron por afecciones neurológicas, propiamente dichas, más de las dos terceras partes; el resto, por perturbaciones funcionales (6).

La intervención quirúrgica de estos heridos es muy importante. Y ya son muchos los centenares de intervenidos por colegas prestigiosos en España. Digno de mención es el centro de neuro-cirugía de guerra establecido por Ley en Barcelona; me informan que López Albó instaló uno en Bilbao; los trabajos de Díaz Gómez y sus colaboradores, en Madrid; de Herráiz y Fernández López, en los frentes del Centro; de González Aguilar, que esperaba seguir la misma vía en Valencia. Las heridas del encéfalo—cuyo número irá disminuyendo con el uso del casco protector—y la de los nervios periféricos, que son las más frecuentes, por su delicadeza y complejidad, deberían contar con algunos centros especiales de trabajo, lo mismo que se han creado para las heridas de la boca, de los ojos, del abdomen. Y aún con mayor razón. Hay casos en los cuales un diagnóstico justo y precoz hubiera evitado muchas preocupaciones a los colegas, y sinsabores, a veces irremediables, a los pacientes, pues debemos recordar que el nervio tarda tanto más en recuperar su capacidad funcional cuanto más tiempo haya dejado de funcionar normalmente (Borchard). Pero tampoco es justo exigir a los cirujanos una formación



neurológica que les permita dilucidar los casos complejos de neurología que suelen presentárseles. Por lo tanto, cuando el cirujano no es al mismo tiempo neurólogo, corresponde que el examen antes, y más a menudo aún después de la operación, sea hecho por un especialista. Este sabrá indicar también las medidas necesarias para evitar desagradables complicaciones, como parálisis y contracturas que un tratamiento precoz puede atenuar o hacer desaparecer.

Más serio es el que se refiere a la reeducación de estos mutilados de guerra, que aún no se ha encarado, que yo conozca, en España. La mutilación y la impotencia en que suelen encontrarse después de las intervenciones; la incapacidad para trabajar y su minusvalía; el hecho de que han sido tocados con diferente intensidad en su sistema nervioso, los sume en un estado de depresión, con otras alteraciones afectivas y volitivas, de que es necesario sacarlos. En este sentido he asistido al esfuerzo que efectuaban los pueblos afectados por la guerra europea, prestando asistencia muy solícita a sus mutilados, en Alemania sobre todo, para devolverles en parte siquiera la capacidad funcional y social que habían perdido. Sobre todo, me ha impresionado la paciente labor que realizaba el profesor Max Isserlin en Munich con afásicos, viejos paralíticos, epilépticos, pacientes con graves amputaciones de cerebro, a los cuales hacía trabajar en pequeñas industrias, como la de juguetes, etc., que eran vendidos al público, y que proporcionaban alegría, bienestar y seguridad a pacientes a veces inverosímilmente mutilados. Nuestros mutilados de guerra merecen toda la consagración, toda devoción en esta situación penosa que les aflige. Urge, pues, crear un centro de reeducación para pacientes mutilados y con lesiones irremediables del sistema nervioso central.

### LAS EPILEPSIAS

El grupo de las epilepsias es de los que más deben preocupar en neuropsiquiatría de guerra. Jungmann recuerda que las dos enfermedades psiquiátricas, cuyo aumento comprobóse en la gran guerra, fueron la epilepsia y la parálisis general. Hasta ahora no he visto un solo caso de enfermedad de Bayle entre los que examiné. Es, en cambio, relativamente elevado el número de los epilépticos, que, por otra parte, impresionan con sus ataques al ambiente en que se desarrollan. Para los profanos no ha perdido el carácter de "morbus sacer".



Se comprende la existencia de la epilepsia bravais-jacksoniana en los heridos de cerebro y los habrá después en mayor cantidad, pues es sabido que los ataques sobrevienen muchas veces algunos meses y hasta años después de la trepanación. Epilepsias genuinas, cuyo estallido coincide con la guerra, es natural que existan. También las sintomáticas. Pero que no haya casos de epilepsia que no se puedan atribuir exclusivamente, como sostiene Bonnhoffer, a causas bélicas, está en contradicción con mi experiencia. Podría mencionar el de un combatiente que empezó a tener accesos convulsivos a raíz de un fuerte shok emotivo, y yo mismo lo he visto en una crisis comicial con todas las características clásicas. Aquí puede plantearse de nuevo el problema enormemente interesante del origen psicógeno de tantas epilepsias, clasificadas por especialistas como genuinas.

Dejando a un lado las epilepsias sintomáticas que suelen ser agravadas por las condiciones de guerra, un grupo interesante es el de los conmocionados que, sin haber sido directamente afectados por la metralla, han sufrido los efectos de la expansión de los gases o del enterramiento consecutivo a un obús caído en la proximidad. En tales casos, las hemorragias o sufusiones en la corteza cerebral, que se supone sea la causa patogénica, no ofrece un pronóstico demasiado favorable.

### LAS NEUROSIS DE GUERRA

Entramos ahora a otro vasto dominio de la especialidad. Debo decir que no he encontrado aquí ni el número, ni la variedad, ni la intensidad señalados por los psiquiatras durante la contienda de 1914-18. He visto, sin duda, casos de temblor emocional, de accesos histéricos, emotivos o picnolépticos, de mutismo psicógeno, de espasmos, de organoneurosis, etc. Pero aquel desfile de contracturas, de astasia-abasias, de actitudes viciosas, de trastornos reflejos o fisiopáticos, de fuertes espasmos o tics, como los que hemos visto desfilar en los films de los especialistas, no los he comprobado ni en mi servicio ni en los numerosos hospitales que visité, como tampoco los colegas a quienes demandé sobre el punto.

En cuanto al número, es diferente, según las zonas de guerra. La afirmación más resaltante del jefe de la Sección Psiquiátrica del Consejo de la Sanidad de Guerra de Cataluña, Dr. Gabriel Capó, en un trabajo que le solicité, es de que "las neurosis de guerra han



sido hasta la fecha extraordinariamente raras en el campo de batalla de los leales". Y acompaña una estadística de una quincena (del 22 de febrero al 7 de marzo), que comprende tres servicios: uno del frente (Centro Primario del Sector Norte de Aragón), otro de la primera retaguardia (Centro Secundario de los sectores Centro y Norte de Aragón) y el tercero de la segunda retaguardia (sector médico adscrito al Tribunal Médico Clasificador). De los 66 casos, 18 eran psicosis, 26 reacciones y neurosis, 16 psicopatías y oligofrenias y 6 simulaciones. Por lo tanto, sólo 26, si se comprende a las reacciones, eran neurosis de guerra (7).

Nuestra experiencia es diferente. En menos de tres semanas hemos visto desfilar por nuestro servicio del Hospital Militar número 6, "Aida Lafuente", enviado nada más que por algunos de los hospitales de Madrid y vecindad, más casos que los del colega catalán en el vasto sector en que ha recogido sus pacientes. Sobre un total de 68 ingresos habidos hasta anteayer, había más neurópatas que los señalados por Capó. Aún no están centralizados aquí en una unidad los servicios de neuropsiquiatría. Por otra parte, no son de olvidar los centenares de automutilados que han pasado por el hospital de la calle de la Puebla desde que fué fundado en diciembre, y la cantidad de neurópatas que bajo la máscara de diferentes síntomas o enfermedades, sobre todo reumatismales o neurálgicas, van destilando por los servicios, especialmente por el Hospital número 3, el de Comprobación, o pasean por ahí. No es desdoroso para el Madrid heroico reconocer la existencia de centenares de pacientes de esta naturaleza entre las muchas decenas de miles de soldados del Centro de la República. Y sería pueril sentirse molesto por tales comprobaciones, que en manera alguna pueden empañar su gloria imperecedera. Es natural que entre tantos haya muchos afectivamente más débiles, más predispuestos al desmayo, políticamente incultos, inaptos, en fin, transitoria o definitivamente para la lucha, o que en ciertos momentos de justificado pánico ante un enemigo dotado de armamento muy superior, haya surgido con fuerza incontrolada el instinto de conservación, el más fundamental de todos. Esta guerra despierta todas las heroicidades, pero también el fondo de dolor y de temor ingénitos. No todos son lo suficientemente fuertes para resistir pruebas a menudo terribles.

Es necesario distinguir también entre los voluntarios que se han ofrecido a la lucha por propio impulso, como sucedió al principio, de aquellos que han sido elegidos por sus sindicatos o partidos po-



líticos en octubre del 36 y que podríamos llamar semivoluntarios, y los que en marzo de este año han sido incorporados para cumplir el servicio obligatorio. Estos últimos presentan, por razones obvias, un mayor porcentaje de síndromes neuropáticos o de simuladores que los incorporados anteriormente.

Los resultados a este respecto en el sector de Castilla, contradictorios de los de Cataluña, no son debidos, por cierto, a un menor espíritu de combatividad, sino por el contrario. Los riesgos mayores, un decidido ánimo ofensivo, un rigor acentuado en la incorporación de los nuevos conscriptos, la abolición de los viejos cuadros de inutilidad (en los que encontraban ubicación relativamente fácil tantos de los que por enfermedad u otra causa querían rehuir el servicio militar), dispuesta por la Jefatura de Sanidad Militar en su circular del 12 de marzo (8), han contribuido a aumentar el porcentaje de neuropatas y simuladores. En Cataluña, en cambio, se ha sentido menos la severidad de la lucha, los campos de combate están más alejados de los centros poblados y hay una laxitud mayor en la obligatoriedad de participar en la lucha. Por causas políticas notorias, muchos pudieron resolver fácilmente el conflicto entre el deber que llama a la defensa de la Patria en peligro y el instinto de conservación o el de los intereses individuales. Los hechos aparentemente contradictorios deben referirse a una diferencia de situaciones, a la amenaza menor sobre el sector catalán y a una menor cultura política, pues si el sentimiento de que el frente antifascista es uno mismo en toda España, no se ha realizado con igual fuerza en dicha región la unidad para derrotarlo.

De cualquier modo, el número de neuropatas y simuladores es enormemente menor que en tiempo de paz. Según la estadística de Vallejo Nágera—que ha sido excesivamente abultada, según me han informado—, más de la mitad de los quintos observados en las comisiones mixtas o en los hospitales militares eran simuladores o exageradores; sólo durante la guerra de Marruecos de 1921, su número excedió, en determinado momento, de 6.000 (9). Los autores comprobaron durante la guerra europea, en contraste con la normalidad estadística en los alienados, que la cantidad de neuropatas era enorme. No cabe duda, afirma Jungmann, que tanto en el Ejército como en la población civil, ha aumentado extraordinariamente el número de tales trastornos, dentro de los cuales comprende todos aquellos fenómenos agudos psíquicos y psíquico-nerviosos en directa correspondencia con intensas emociones, terror extraordinario, temor



a la muerte u otras circunstancias que de modo inmediato o repentino amenazan la vida.

Compréndese fácilmente que el número de tales pacientes sea mucho menor que en las guerras imperialistas. En esta guerra civil, en esta guerra social, hay una identificación entre los instintos del "Yo" y el "Super-Yo". En vez de servir y de sacrificarse en contiendas internacionales de monstruoso sentido económico, político y humano, han ofrendado lo mejor de sí mismos a sus ideales, sirviendo así sus propios vitales intereses. Echan en olvido el elemento narcisístico, que integra naturalmente la personalidad, y aun en ciertos casos hasta al narcisismo patológico. Los conflictos íntimos determinantes de neurosis y que inhiben para la acción, ha servido en ocasiones para lanzarlos a la batalla. Conozco bravos combatientes en quienes desgracias familiares o sufrimientos íntimos, antes que inhibirlos, los han estimulado a la lucha, a la que han entregado su fervor y su vida, no debiendo padecer, ni volver contra sí o contra los demás, la libido flotante. Además, corresponde recordar que la satisfacción de la vida erótica, natural, se ha logrado mucho mejor en nuestros jóvenes y adultos que en la época de preguerra. Y no poco ha contribuido a levantar su ánimo, como lo demuestran la frecuencia de matrimonios, noviazgos y relaciones libres.

El combatiente, como dice Solanes, no soporta la guerra, sino que la hace (10). Y si durante las contiendas imperialistas el sentimiento del deber "patriótico", que en muchos existe de por sí y que en otros se crea por una propaganda intensiva, ha arrastrado a los campos de batalla a millones, ¡cuánto más no sucederá esto en la España leal! Ganar la vida o perderla, para sí mismo, para los suyos, para la Patria invadida por el extranjero, para la Humanidad, así, sin hipócrita, éste es el dilema que se presenta al español consciente!

#### TIPOS DE NEUROSIS

No son muchos los histéricos a gran orquesta. Acentúan sus accesos para llamar la atención y obtener su eliminación de las filas. Deben ser dados de baja total y tratados en los institutos de la especialidad. Pues sabemos cuán perturbadores son en la vida de cuartel e inútiles para el servicio militar, y cuán difícil es su tratamiento y recuperación. Bastante más numerosos son los afectados de pequeña histeria (12, sobre un total de 68 enfermos). Es preciso hacer la



diferencia entre esto que podríamos llamar pitiatismo y la simulación consciente. Desde siempre ha sido difícil el diagnóstico diferencial entre histeria y simulación, y aún continúa la polémica, en la que ahora no vamos a participar, hoy de más fácil solución. Esto se plantea en particular en los ataques de justificación.

Numerosos son los que habiéndose incorporado a filas con entusiasmo, ceden bruscamente en alguna ocasión y revelan más que en otra su labilidad o debilidad nerviosa, bajo la forma de neurosis de espanto. Los emotivos que han visto caer a un allegado o que han sufrido el tremendo shok de ver destrozados a los compañeros de parapeto, recaen en su enfermedad, aun cuando sean fuertes intelectual o políticamente. En otras ocasiones, después de largos meses en las trincheras, acosados por fatigas y por shoks, suele presentarse casi fisiológicamente. Pero este problema del agotamiento, tan importante, deberá ser tratado en particular. El tratamiento de los emotivos, de los que hay tantos, no es sencillo en tiempos de paz y menos en los de guerra. Conviene, por lo pronto, distinguirlos de los histéricos. Los ataques emotivos y los picnolépticos, de mayor intensidad, plantean un diagnóstico diferencial de un gran interés clínico y médico-legal.

El número de las neurosis anancásticas no ha sido aumentado. Las fobias y obsesiones, en manera alguna son engendradas por los acontecimientos de guerra. Necesitan un más largo desarrollo, y pese a ciertos psicoanalistas, sin duda, en tantos casos contribuye el factor hereditario. En cambio, se explica fácilmente la existencia de deprimidos y de neurasténicos, cuya enfermedad se desarrolla también bajo la influencia de las malas condiciones nutritivas. Neurosis de angustia sí hemos encontrado, en número muy escaso, así como histeria de angustia.

Un problema relativamente serio es el del etilismo agudo y crónico, que se comprueba en mayor número entre los extranjeros voluntarios. El español es, por lo común, sobrio en este respecto, y el buen vino de estas tierras no provoca, en la cantidad habitual, un alcoholismo dañoso. Con todo, es necesario preocuparse, tanto de nativos como de extranjeros, para que no abusen de las bebidas alcohólicas. Las toxicomanías, especialmente la morfínica, han acompañado en gran escala a la guerra europea, tanto en los países que participaban en la contienda como en los alejados de ella. Contemporáneamente, y sobre todo después, como un síntoma de decadencia del régimen burgués, se propagó como una plaga por todas par-



tes en especial la cocainomanía, cuestiones a las que dediqué un extenso estudio (11). No puede decirse que en la España leal hayan tenido las toxicomanías acentuada difusión, aun cuando colegas me hayan hablado de casos aislados. El Dr. Schneider San Román, que se ha destacado en Alicante como organizador de los hermosos hospitales del Socorro Rojo Internacional, invitóme a montar un sanatorio para toxicómanos, pues le preocupaban algunos casos por él observados. No creo que por ahora esté justificada una institución de esta naturaleza, tanto más si se recuerda que ofrece más dificultad su tratamiento cuando se encuentran reunidos en una misma sala y no se lleva una vigilancia sumamente rigurosa.

Las órgano-neurosis y las enfermedades yatrógenas, como llamaba Goldscheider a las que eran creadas y desarrolladas durante el examen médico, exigen un hábil interrogatorio y fineza clínica, pericia psicológica y elementos diagnósticos sutiles, so pena de hacer recaer sobre los órgano-neurópatas el castigo de un diagnóstico erróneo.

### UNA PSICOTERAPIA DE GUERRA

No quiero extenderme sobre tema tan sugestivo. Es evidente que en las actuales condiciones corresponde una psicoterapia rápida y enérgica, en lo posible etiológica; una psicoterapia de guerra, o si se quiere revolucionaria. Porque tanto valen para curar una personalidad enferma los viejos métodos psicoterápicos como la aproximación comprensiva del paciente a las finalidades de la guerra y de la victoria ansiada, para fundir su "yo" individual con el de la colectividad y la masa de que forma parte y deben completarse. Una terapia sintomática, la curación de una monoplejía histérica por ejemplo, de un temblor funcional, de una psicalgia, es, en las presentes circunstancias, mucho más insuficiente aún que en épocas normales, si no se dirige a la personalidad total. Por eso concedo importancia particular a las personas en cuyo contacto estén, tanto mejor si están dotadas de conocimiento y de fervor por la causa común, a la biblioteca, al rincón de cultura, a los periódicos murales, a los diarios, a las conferencias, a las visitas, a los espectáculos y festivales que se den en hospitales o sanatorios.

Este problema del ambiente psicoterápico es de una particularísima importancia, como es sabido, para el tratamiento de los neurópatas. Es necesario montarlo y crearlo, también a base de los éxi-



tos terapéuticos anteriores, que ayudan a inspirar la necesaria confianza en el médico, y de éste en sí mismo. La atmósfera curativa ejerce una sugestión favorable, eleva el tono vital de los enfermos y ayuda mucho a vencer casos crónicos que resistieron en otras circunstancias la intervención médica, hasta parecer incurables.

Es necesario sobre todo que ante una neurosis, ante accidentes histéricos, por groseros que éstos sean, que el médico sepa evitar la actitud de sorna o de desprecio que inclinaban al médico de antaño a la violencia y a la incomprensión. La psicofobia ha quedado como uno de los peores estigmas de la medicina del siglo pasado, que ha regido hasta hace pocos años, pues sólo le permitía entender de los procesos orgánicos, como si el hombre no fuera una armonía anímico-corporal (12). Influida por el organicismo extracientífico que ha predominado hasta hace poco en la profesión médica, ha tenido su auge la teoría organicista de Oppenheim y de Bonnhöfer sobre la etiología de las neurosis, pero tuvo que ceder definitivamente ante la comprensión de su psicogénesis.

Como métodos psicoterápicos, previa la exploración psicológica en la que tanto nos pueden ayudar los verdaderos antecedentes, que el paciente suele disimular o cambiar conforme a su conveniencia o fantasía, son de aconsejar la sugestión, la hipnosis, el entrenamiento autógeno, los métodos reeducativos y los procedimientos abreviados de psicoanálisis y los usados por la escuela de la psicología individual. No cabe insistir en el gran rol jugado por el psicoterapeuta. Su fervor por la causa a que se ha entregado, un ojo seguro, una mano firme, pueden hacer mucho en este sentido.

## EL PROBLEMA DE LOS SIMULADORES

Esta cuestión atañe especialmente a la psiquiatría médico-legal de guerra. No son muchos los que hemos visto, pero hay algunos que lo son francamente. Una intervención brusca en tales casos, la revelación súbita y en público de la simulación, no hace sino enterarlos y apegarse más a su sintomatología, salvo en algunas ocasiones. En general, tal actitud es errónea, porque así no se convierte al simulador en un buen soldado, que es lo que perseguimos. También los simuladores tienen un tratamiento, que se funda en un diagnóstico y en la reeducación, cuando hay tiempo y medios para ello.

Contribuyen a crear y a entretener la simulación y a fijar las neuropatías los certificados de complacencia, que no he visto expedidos



por colegas de la Sanidad, sino por médicos civiles, y principalmente rurales. Estos dan fe de haber comprobado algún síntoma o dolencia en ocasión o años anteriores, aun cuando ya no lo presentaran últimamente. Junto a ellos dañan también los que mantienen a los pacientes más tiempo del debido en hospitales y en clínicas mentales, cuando, sin riesgo inmediato, podrían estar en el frente o en servicios auxiliares.

El diagnóstico de la simulación es a veces tarea compleja y delicada. El flagrante delito y la confesión, consideradas clásicamente como pruebas decisivas, no siempre lo son. Después vino la era de los signos patognomónicos, que posteriormente tantos se encargaron de discutir y restarles importancia, sin que por eso deban dejar de tomárselos en consideración (13). Los medios de sorpresa y los procedimientos de violencia no convienen muchas veces. En todos los casos, lo mejor es un examen rigurosamente completo, que nos revela un cuadro ilógico de errores concordantes y excluyente de un cuadro clínico más o menos definido. Y aun así hay casos dudosos, como se ve, por ejemplo, en ciertos síndromes reumáticos o de algias, que estamos acostumbrados a ver en tiempos de paz. En tales casos sabe ayudar y aun esclarecer definitivamente un análisis psicopatológico aparentemente independiente de los síntomas o síndromes. Pues ya conocemos el lenguaje simbólico, que se traduce en síntomas, de los procesos psicopatológicos inconscientes.

### CREACION DE LA BRIGADA DE TRABAJO

He visto tantos de vuestros soldados heridos que sólo ansían curarse para volver cuanto antes al frente, impacientes, aun después de meses de lucha, por retomar las armas contra el enemigo, que no me sorprenden los casos menos numerosos que conciente o inconcientemente enmascaran, tras síntomas variados, su miedo para rehuir el servicio. Sí; tomar parte en la lucha inmortal, pero no seguirla, no verla en su triunfo y desarrollos posteriores!...

El egoísmo y el narcisismo hablan el conocido lenguaje, ignorante de que en la lucha el que sabe darse por entero tiene las más grandes probabilidades de vencer y no de morir. Y particularmente en esta contienda.

No es posible aceptar que mientras los más lo dan todo por la causa común, haya quienes se hurten, por temor, o por debilidad, o por otras causas, a la sagrada misión. Aquellos que por tales causas



no pueden tomar su puesto en el frente estarían en condiciones de servir de otra manera, mientras se les prepara en cuerpo y en espíritu para adquirir la capacidad combativa. He pensado y proyectado la creación de una brigada de trabajo, que no puede ser un medio de castigo sino en contados casos, y cuya misión fundamental es de tratamiento y de reeducación. Pueden obtener grandes beneficios de esta fundación los emotivos, los débiles, los fatigados, los histéricos y simuladores, los órgano-neurópatas, los que por su vida anterior de ocio no estaban acostumbrados al trabajo y en general los predispuestos a desfallecer por diversos motivos.

A menudo tales pacientes son indisciplinados, perturbadores, difunden el temor y contagian a los predispuestos. Histéricos y simuladores, se buscan, se encuentran y se hacen cómplices en sus mañas, afianzándose en su sintomatología. Una variedad tal de cuadros clínicos y de temperamentos exige también una adecuada adaptación del tratamiento y de métodos reeducativos. Imposible realizarlo en los hospitales, que no son, por su régimen y ambiente de relativa libertad, centros adecuados a esta finalidad.

Como digo en el proyecto elevado al jefe Dr. Planelles, convendría instalar este Centro en una granja—dada la abundancia de campesinos entre los afectados—que debería también contar con algunos talleres. Este establecimiento no debe estar muy distante de Madrid, y su finalidad práctica sería la de proveer con sus productos a los hospitales, sin echar en olvido su principal objetivo. Debería fijarse un mínimo de dos meses de permanencia en la Brigada, y su régimen tener las características de la disciplina militar. Una dirección adecuada, comprensiva, asesorada por un especialista capaz, puede reintegrar a la inmensa mayoría de los afectados a la vida ciudadana, cuando no sea posible que presten buenos servicios en el Ejército.

Antes de enviarlos a la Brigada de trabajo es preciso, naturalmente, una buena observación y un diagnóstico preciso, que debe hacerse en los centros neuropsiquiátricos.

### LOS CENTROS NEUROPSIQUIATRICOS DE URGENCIA O CENTROS PRIMARIOS

He oído repetidas veces que todos los centros neuropsiquiátricos debían estar lo más alejados del frente, con lo que se establecía una tácil oposición a crear servicios como el que hemos instalado. Felizmente, la comprensión de nuestro jefe de Sanidad ha vencido este



obstáculo. Los especialistas que han intervenido en acciones de guerra están contestes en que la gran mayoría de las neuropatías y psicopatías de reacción, ciertas psicosis, las órgano-neurosis, sean tratadas lo más rápida y enérgicamente posible y también lo más cerca posible del frente. Obtiénense así mejores resultados y una recuperación mucho más rápida que si se les envía a retaguardia. Conocido es el aforismo de Singer de que "el histerismo aumenta en razón al cuadrado de la distancia de las tropas".

Estos pacientes, como dice Lewandowski, no lo son tanto por su pasado como por su temor al sufrimiento futuro. Temen, se rehusan a recobrar su salud, y la evacuación a algún hospital de retaguardia o a sus hogares por algún tiempo, fija en general su síndrome. Entonces suelen arrastrar su enfermedad por meses, hasta después de la guerra, deambulan de hospital en hospital, vuelven algunos días al frente o prestan laxamente algún servicio auxiliar sembrando la indisciplina y el desconcierto. Las vacilaciones por parte del médico, preocupado por otras tareas más urgentes; un diagnóstico impreciso o mal orientado, contribuyen a fijar los síntomas, desarrollando las alteraciones funcionales, lo mismo que la inercia terapéutica. Un levantamiento precoz, en el mismo sentido que han empezado a hacer desde hace algunos años los cirujanos en muchos de sus operados, contribuirá a un rápido restablecimiento y a una precoz solución de tales estados y molestos problemas que plantean estos enfermos.

Por los motivos señalados y por la ineludible necesidad de un buen diagnóstico en tantos pacientes psiquiátricos y neurológicos, conviene indiscutiblemente la creación de centros neuropsiquiátricos de urgencia. Por si no bastara esta rotunda afirmación, recordaré tan sólo entre los que podría mencionar a los profesores Porot y Hesnard. "La histeria evacuada a la retaguardia y que ha permanecido en los hospitales—dicen—se fija, se cristaliza y resta definitivamente a la Patria hombres que ha arrancado al principio del combate" (14). Para otras psicosis de los combatientes aconsejan un tratamiento activo desde el principio, del que dependerá en cierta medida la forma de su evolución ulterior; son curables a menudo en breve tiempo. Por eso insisten Porot y Hesnard en que la asistencia sea organizada en la zona de los ejércitos mismos. El centro primario debería interesarse por: 1º Las alteraciones psíquicas agudas, propias del combate (síndromes confusionales, delirantes, estuporosos, impulsivos, que estallan repentinamente en el curso del asalto, en las trincheras, en



los puestos de socorro, verdaderos "ictus" psíquicos), que a lo mejor no duran sino pocas horas o días. 2º Las alteraciones psiconeuróticas que han estallado en la misma condición (crisis delirantes histéricas, sordomutismo con obtusión psíquica, psiconeurosis pitiáticas y crisis histero-emocionales), todas las cuales curan con un tratamiento moral bien dirigido, precoz y enérgico; y 3º Las alteraciones psíquicas agudas (sintomáticas de una enfermedad general grave, la tifoidea, por ejemplo), que deben ser tratadas en las mejores condiciones posibles desde los primeros días. Dichos autores también insisten sobre la conveniencia de unir la neurología a estos Centros, como se ha hecho, con lo que se amplía considerablemente su radio de acción. Y en quinto y último lugar, propician la creación de expertos en psiquiatría médico-legal de guerra, que llenen las funciones de especialistas consultantes, cerca de los Consejos de Guerra, y que deben estar dotados de la más alta autoridad científica. Otra razón todavía existe para aducir las ventajas del Instituto Neuropsiquiátrico de Urgencia en esta región del Centro: es el favorable clima psicoterápico que ofrece Madrid para tales fines. El espíritu demostrado en el sector del Centro; el coraje y heroísmo de sus combatientes; los ejemplos innumerables; el ambiente en su totalidad, dispuesto a vencer o morir, influyen sin duda para acentuar el deber de cada uno. Y no son raros los neurópatas que aun sin estar curados, se han avergonzado de sus pequeñas dolencias y reclamado su pronta vuelta al frente.

## LAS OTRAS ORGANIZACIONES NEUROPSIQUIATRICAS DE GUERRA

El Centro Neuropsiquiátrico de Urgencia puede destacar ocasionalmente un especialista a los diferentes sectores cuando el caso lo requiera. Además de esta consulta, que convendría le dirigieran más a menudo de lo que se hace, puede formar misiones para que estudie determinados problemas, verbigracia, el del agotamiento, psicopatías, alcoholismo, vitaminas en neurosis, psicosis y enfermedades neurológicas, neurosis de espanto, etc., o los diversos problemas de higiene mental.

Una buena organización neuropsiquiátrica de un sector debe contar, además del "Centro Primario" y de la "Brigada de Trabajo", de una "Clínica de Reeducción" para enfermos neurológicos—podría hacerlo extensivo a otros—que hayan quedado con lesiones re-



siduales, so pena de ver reducidos a la impotencia, a la depresión moral y a la indigencia a muchos de sus mejores ciudadanos en desgracia. No puedo extenderme aquí a este respecto, en que tan buenos servicios podría prestar el profesor Isserlin, el antiguo director del Instituto para heridos del encéfalo, uno de los tantos valores eliminados por la idiota dictadura nazi (15).

Algunas "Clínicas de Reposo" ya han sido creadas, por ejemplo, la de Benicasim para los soldados de la Columna Internacional. Para un total de doscientas camas, más o menos, cuentan con varias villas en esa hermosa región de Levante, de clima tan saludable. Mejor que el sistema de casas diseminadas que multiplica el personal, los gastos y dificulta la atención y la administración, es el sistema universalmente aceptado de monoblock. Se me ha informado que hace poco quedó instalado para aviadores un centro de más reducidas proporciones, a cargo del Dr. Nieto. Las casas de reposo deben estar lejos de la zona de guerra.

Será necesario montar, además, los "Centros psiquiátricos de retaguardia", o secundarios, para alienados. Estos ya han encontrado lugar en los establecimientos existentes, pero en general su capacidad ha sido con mucho excedida, al punto que algunos han duplicado el número normal de plazas para lo que fueron habilitados. Por motivos económicos notorios, y sobre todo por motivo de tratamiento, deberá incluirse la laboterapia como parte principal del programa (16).

Por último, ha quedado demostrado, a mi juicio, la conveniencia de un "Anexo de neuropsiquiatría médico-legal de guerra", que puede funcionar en conexión con el Tribunal Médico Clasificador, evacuar las consultas de los médicos de Batallón, de Brigada, etc. El anexo médico-legal deberá organizar el fichaje de ciertos pacientes o pseudopacientes que pasean de un hospital a otro, del frente a los hospitales o viceversa, que suelen tomar indebidas vacaciones en sus pueblos, perturbando la disciplina. Estará servido por médicos expertos, de probada honestidad y fieles al sentido de su misión.

Tales son las tareas de la neuropsiquiatría de guerra, hasta ahora subvaloradas, y que deben tener una dirección central y propia, dependiente, naturalmente, de la Jefatura de Sanidad.



## TENER EL SISTEMA NERVIOSO MAS FUERTE

Se ha repetido en el curso de la gran guerra que saldría triunfante en última instancia el pueblo que tuviera un sistema nervioso más fuerte. Dejemos de lado lo que tiene de fragmentaria esta afirmación, que no es una nueva frase, ya que encierra una gran verdad. ¿Quién puede dudar que tienen una importancia esencial el proceso económico, la capacidad técnica, los armamentos? Pero en última instancia, ¿no es acaso el hombre el que decide? Lo ha expresado en toda su fuerza el gran jefe de un Estado hermano—hermano mayor—, Stalin, viva encarnación de la filosofía materialista, que los snobs y académicos de la filosofía consideran como dedicada a preocuparse exclusivamente por las necesidades del cuerpo. Con lo que le inflige un nuevo desmentido rotundo.

Cuando se compara lo que vosotros, españoles, habéis hecho y conseguido en estos nueve meses de lucha, compréndese fácilmente que es el hombre, que es el pueblo, fuerte en su derecho y que cumple fielmente las consignas necesarias, el que ha creado, aparentemente de la nada casi, una serie de recursos e instrumentos que le darán la victoria. Al principio de la contienda no contabais con armamentos poderosos ni con otros recursos necesarios para la guerra. No teníais cuadros de mando, y el fascismo creía fácil arrollaros y batiros. Pero teníais al hombre, al español, espontáneo, recio, creador, que estaba tan por encima del muñeco faccioso manejado por los imperialistas invasores. Y vosotros habéis creado casi de la nada grandes cosas, y sin ir más lejos, esta gran Sanidad de guerra, ejemplar en tantos aspectos.

¿Qué significa tener un sistema nervioso fuerte? No lo tiene el incontrolado, ni el terco caprichoso, ni el fanático, ni el colérico, ni el inestable, ni el pobre de espíritu, ni el emotivo, ni el fabulante, ni el neurasténico. Tiene un sistema nervioso fuerte el hombre de nervios bien templados, capaz de resistir a los intensos shocks y fatigas a que lo somete la guerra, que no queda deprimido por el natural dolor de la pérdida de los bienes más queridos. Es el combatiente que aprende a endurecerse en las pesadas tareas del frente, el que sabe administrar sus energías para sobrellevar las fatigas sin rendirse ante los primeros y los ulteriores desfallecimientos, presto a entrar a la lid cuando el momento lo requiera. Es el hombre plástico, ágil, que aprovecha los acontecimientos y la ineludible necesidad para sacar partido de ella. Todos estamos de acuerdo en que ya no se trata,



como al principio, de lanzarse a pecho descubierto, llevado por la pasión ardiente del sacrificio o por la inconsciencia del peligro. Ahora hay que unir la pasión que mueve a nuestros combatientes con un dominio de sí mismo que le permita, con fría objetividad, la realización de nuestras aspiraciones. Este equilibrio de la personalidad puede lograrse individualmente en los temperamentos superiores, pero hoy es mucho más posible para vastos sectores de las masas, dentro de la acción y de las consignas que animan a los dirigentes del Frente Popular.

Hay una psicología y una higiene mental de masas que el médico de Batallón, de Brigada, de División, de Cuerpo, que los jefes de Sanidad han de dominar, pues debe ser, en cierto sentido, un colaborador espiritual de estas masas y de los mandos respectivos. No de acuerdo simplemente con las fórmulas que circulan por los libritos de higiene mental. Es una empresa mucho más ardua, mucho más profunda, mucho más seria, esta de colaborar en adquirir la salud espiritual, sin la cual la del cuerpo es poca cosa.

### EL MEDICO, COMISARIO DE LA SALUD DEL PUEBLO

Así encarada, la neuropsiquiatría de guerra comprende una labor revolucionaria de vastos alcances. Pues no sólo ha de realizar su misión específica dentro de la Sanidad Militar, sino que ha de contribuir a la salud espiritual y a levantar la moral de estos soldados, depurar las filas de los elementos inservibles, endurecer a los emotivos, enderezar a los que pretendan apartarse del deber, sostener a los vacilantes, fortalecer a los flojos, resolver sus conflictos íntimos, aproximar a los camaradas entre sí para fundirlos en la misma aspiración. Estas palabras pueden parecer excesivas y hasta sonar extrañamente en ciertos oídos. Pero si bien se piensa no es así. El médico de Sanidad Militar debe ser como un comisario de la salud de sus soldados. No he encontrado mejor término de comparación que el del comisario político de vuestro ejército, de esta admirable creación del genio revolucionario francés, que se ha reeditado con la misma grandeza y eficacia en la guerra social rusa y en la vuestra. Todos reconocéis los inmensos beneficios que ha reportado la labor de los comisarios que han intervenido con ejemplar disciplina, inteligencia y energía en la formación del Ejército del pueblo, sin haber cursado otra universidad que la del pueblo mismo. ¡Debemos mirarnos en este espejo! El nuevo médico debería encontrar su modelo, no el antiguo



magister, sino en este del comisario político. Medicina y psicoterapia de masas, no individualista, al uso de ricos. Y extraer de él todas las enseñanzas posibles para nuestra misión.

Al mismo tiempo que cuidar la salud y la higiene del cuerpo, podéis hacer mucho por estimular sus fuerzas morales, por curar sus dolencias anímicas, por exaltar su coraje, por elevar su capacidad, por darle, en una palabra, el ánimo necesario, a fin de que adquiera la plenitud de la fuerza defensiva y ofensiva que el Ejército y la retaguardia necesitan. Para eso debéis conocer vuestros enfermos y soldados, en lo posible individualmente. Y más que el simple conocimiento intelectual, comprenderlos. Es decir, convivir con ellos, participar en la misma exaltación popular por los ideales antifascistas, participar en las mismas vivencias, dejándose tomar por sus pasiones —la pasión de España—, hablar su lenguaje, atender sus necesidades. No debe ver al soldado como un mero instrumento material de combate, sino como un hombre, como un compañero cuya vida nos es infinitamente preciosa. Mientras entregan hasta sus vidas, ¿qué menos podemos hacer nosotros, los médicos, los encargados de cuidar su salud y sus heridas, que poner todo de nuestra parte para que estén sanos y fuertes? Proceder de otro modo sería traicionar al espíritu médico y humanitario.

No hay límites absolutos entre la labor de unos y de otros: de la higiene y de la salud de los milicianos pueden y deben ocuparse los sanitarios, los mandos, los comisarios políticos, los delegados, pero sobre todo los médicos. Hasta ahora, en tantas ocasiones, su intervención ha sido fragmentaria, perturbados por la formación académica que han recibido. Por eso he tenido una gran satisfacción en ver a jóvenes colegas que, emancipados de esa tutela perniciosa, han comprendido en este sector del Centro todo lo que podían y debían hacer. Hasta han sabido intervenir en la vida sanitaria de las villas y pueblos por donde han pasado, haciendo beneficiar a sus habitantes de los recursos de su saber. ¡Falta aún mucho por hacer! ¡Tenéis ante vosotros horizontes inmensos, y cuando penetréis en ellos, qué insignificantes os parecerán los tiquis miquis de una pretendida ciencia!

## RENOVACION DE LA PSIQUIATRIA Y DE LA PSICOLOGIA

En este momento de profundas transformaciones sociales no se realiza un simple cambio formal de la actividad médica. En todos sus ór-



denes, desde el puramente científico hasta el del ejercicio profesional, se viene produciendo un cambio radical, que se viene anunciando desde hace algunos decenios. También en el de la enseñanza médica (18). Desde siempre las revoluciones en la técnica y en la economía, los cambios sociales y los descubrimientos han ejercido influencia renovadora sobre el desarrollo de las ciencias y de la filosofía. Y esto sucede, especialmente, en psiquiatría y en psicología, que son, dentro de las ciencias médicas, lo que hay de más específicamente humano, pues le atañe el conocimiento y la terapéutica de los procesos normales y patológicos de la esfera volitiva, de los sentimientos y de la inteligencia. Es a través de nuestra especialidad que puede apreciarse, mejor que en otros dominios, de las acciones, reacciones e interacciones entre el hombre, y la sociedad y la naturaleza.

Decía bien Rosenstein que las épocas revolucionarias han ejercido particular influencia sobre el desarrollo de la psiquiatría (19). Recuerda al efecto que la Revolución Francesa engendró a un Pinel, la del 48 a toda la pléyade de psiquiatras del 60 al 70. Podría agregar que la postguerra, con todo su contenido, impulsó el admirable movimiento de la psicología médica y de la psiquiatría en los países de lengua alemana, que hoy declina allí visiblemente bajo la influencia del fascismo. Al apartarse de las interpretaciones organicistas, integró el método clínicopatológico con el analítico, libertándose de la estrechez y la anquilosis al que lo relegaba las tendencias predominantes en el 800. Bumke, que representaba estas últimas en Alemania, consideró en su bosquejo histórico de la psiquiatría, de 1925, que ésta pasaba por un momento negativo. Este epígono se encargó de demostrarlo en lo que a su orientación se refiere.

Hoy comprendemos más el valor de las situaciones vitales, la influencia de la actividad social, de lo que a todos nos acontece no sólo en nuestra intimidad, sino también en la vida de relación, tanto la de todos los días como la curva vital, todo encuadrado dentro de la época y del régimen en que vivimos. Se irá imponiendo frente a la medicina individualista una medicina de masas, que no excluirá ninguna de las conquistas hasta ahora logradas. De la misma manera que la medicina social va imponiendo las tendencias sociales profilácticas, en la sociedad futura, en el orden de nuestra especialidad, predominará la orientación psicosomática de masas. Pero no quiero perderme en conjeturas acerca de lo que vendrá en un medio social de vida tan rica, multiforme, tumultuosa y, al mismo tiempo, bien regulada, como la que se entrevé.



¿Qué parte le tocará a España en esta innovación de la psiquiatría y de la psicología? Una tradición gloriosa que se cimenta en nombres como Séneca, Averroes, Maimónides, Raimund Lull, Vives, Teresa de Jesús, Ignacio de Loyola, Huerta, Quevedo, Gracián, Ramón y Cajal, hace abrigar las mayores esperanzas. Vuestra juventud se hará cargo de ella, lo espero, con honor.

## LA SANIDAD MILITAR Y LAS TAREAS DE LA PAZ

La Sanidad Militar española ha dado un salto admirable, paralelamente a la formación audaz y precipitada del Ejército del pueblo. Yo creo y espero que a través de su Sanidad de guerra, la salubridad pública de vuestro pueblo dará también un vuelco y que mediante sus instituciones, métodos y recursos, contribuirá a hacer a su pueblo feliz y fuerte, sano y culto.

No hay, no debería haber un abismo entre Sanidad de guerra y Sanidad civil; ambas sirven substancialmente la misma finalidad. De igual manera que el Ejército Popular es una emanación del pueblo en armas, la Sanidad de guerra es un instrumento creado con objetivos específicos, sirve a la conservación y acrecentamiento de la salud de los hombres, hoy los más cuidados de vuestro pueblo, de los soldados, por ser factor principal en la lucha y en la victoria. Pero no puede desentenderse de los problemas de la salubridad pública, del que los soldados son su expresión más combativa. A un pueblo en armas debe corresponder una Sanidad en armas. La salud del pueblo obtendrá inmensos beneficios de la Sanidad de guerra. Los médicos que han aprendido durante la guerra a cuidar a sus soldados, cuidarán con el mismo interés y fervor a sus conciudadanos, y entonces realizarán las grandes creaciones en el orden sanitario que España necesita.

Vuestra guerra es muy diferente a las guerras imperialistas o a otras luchas civiles, en que grupos oligárquicos cruzan las armas para apoderarse del Poder. Al mismo tiempo que una guerra de liberación nacional, el pueblo español va realizando a través de ella el proceso revolucionario que le está dando las posibilidades de un grandioso desarrollo. Tiende a crear en la lucha al hombre nuevo, a capacitarlo intelectual, política, técnica y moralmente para las nuevas funciones que deberá desempeñar. La lucha por la creación de un nuevo hombre, del hombre socialista, la lucha por la cultura socialista, al decir de Worochilof, es la tarea esencial de las organiza-



ciones políticas y del personal de mando. Y ésta es también la misión de la Sanidad de guerra.

Después de las duras y tremendas tareas de la guerra vendrán las pesadas labores de reconstrucción y de renovación de la época de paz. No sólo la renovación en la asistencia de vuestro pueblo, sino también en todos los órdenes, en el del ejercicio médico, en el de la enseñanza médica y en todo cuanto atañe a la Medicina. Y estas tareas no podrán realizarse con los métodos perezosos y blanduzcos de preguerra, ni con los del espíritu de clase que los inspiraba, sino con el ánimo y el ritmo revolucionario y eléctrico de estos tiempos. Marty decía bien: ¡Siempre más ligero! ¡La miseria no espera! ¡Ni el fascismo! ¡Ni la guerra!

¡La futura gran República Federativa Española de Obreros y Campesinos espera mucho de vosotros, médicos, comisarios de la salud de vuestro pueblo!

#### BIBLIOGRAFIA

(1) Bermann.—"Clínica de la encefalitis epidémica".—Un volumen.—1928. Córdoba (Argentina).

(2) Regis.—"Les troubles psychiques et neuropsychiques de la guerre" ("La Presse Médicale"), 27 de mayo de 1915.

(3) Jungmann.—"La Medicina Interna en la guerra" ("Los médicos alemanes en la guerra mundial"), página 103.—Calpe, 1922.—Afirma Hoche que la cifra de mujeres psicópatas en el gran ducado de Baden no aumentó el primer año de guerra, y el de hombres en campaña fué menos que en el de la paz. Partiendo de los datos de nueve provincias y varias clínicas universitarias, Alt calcula en 1 por 1.000 a lo sumo el número de enfermos mentales, cifra inferior a la de los tiempos de paz.

(4) Porot y Hesnard.—"Psychiatrie de Guerre".—Alcan, 1919.

(5) Mira.—"Le rôle des conditions sociales dans la genèse des troubles mentaux".—Relato al próximo Congreso Internacional de Higiene Mental, aun inédito.

(6) Sollier, etc.—"Traité Clinique de Neurologie de Guerre".—Alcan, 1918.

(7) Gabriel Capó.—"La psiquiatría en la guerra de independencia de España contra el fascismo internacional".—"La neurosis de guerra" (inédito).

(8) La necesidad de que "todos los hombres que conserven aún aliento puedan defender a su Patria y a la República"—, como reza el decreto de Sanidad, llevó a la abolición de las disposiciones vigentes sobre inutilidad. Paso audaz y bien orientado, que si resuelve muchos problemas, plantea otros, también en nuestro dominio.

(9) Vallejo Nágera.—Cit. en Oller: "La práctica médica en los accidentes del trabajo".



- (10) J. Solanes Vilaprenyó.—"La psicoterapia en los síndromes psiquiátricos de guerra" (inédito).
- (11) Bermann.—"Toxicomanías. Estudio clínico-social y médico-legal".—El Ateneo. Buenos Aires, 1926.
- (12) Bermann.—"La psicología clínica en la Medicina contemporánea".—Rosario, 1932.—"La crisis de la Medicina" ("La Semana Médica"), 1934, número 20. "La psicología clínica en la enseñanza médica" ("Cátedra y Clínica"), agosto 1935, Buenos Aires.
- (13) Chavigny.—"Diagnosticque des maladies simulées".—Baillière et Fils, 1921.
- (14) Porot y Hesnard.—Loc. cit., pág. 276.
- (15) Max Isserlin.—"Die Bayerischen Fursorgeeinrichtungen für Hirnverletzte". Das Bayerland.—Noviembre de 1926.
- (16) H. Simon.—"Tratamiento ocupacional de los enfermos mentales". Traducción de Ramón Sarró.—Barcelona, 1937.
- (17) P. Clavego.—"El trabajo de los comisarios políticos".—Ediciones Europa-América, 1937.—Antón: "Qué es el comisario y cuál es su misión" ("La Voz del Combatiente"), abril de 1937.—Alvarez del Vayo: "Palabras a los combatientes" (ídem).—Mije: "Experiencias de la Conferencia de Albacete", "Responsabilidad del comisario en la victoria" ("Frente Rojo"), abril de 1937.
- (18) Bermann.—"Renovación de la enseñanza médica". Relato oficial al Congreso Médico-gremial y Médico-social.—Rosario de Santa Fe, noviembre 1936.—Actas, 1937.
- (19) Rosenstein.—"La tendencia social profiláctica en la psiquiatría clínica y la psiquiatria".—"Archivos de Neurobiología", 1932.



## DISCUSION

Dr. RAMON ROLDAN AGUDO, Mayor Jefe de Sanidad del 2º Cuerpo de Ejército:

La interesante comunicación del Dr. Bermann merece una comprobación detenida, ya que nosotros, en el caso de algunas unidades, tenemos hechas observaciones algo diferentes. Sería interesante ver la modificación del número de neuróticos producida al transformarse la guerra de milicias, en el mes de noviembre y siguientes, en una guerra muy cruenta de gran Ejército, con armamento y táctica supermodernas. El desplazamiento de tropas de unas zonas a otras, con características de guerras diferentes, ha influido también en el número de neuróticos, y así se veía que los batallones incorporados de Levante, al entrar en la línea de fuego en los frentes de Madrid, daban un contingente de neuróticos y simuladores muy crecido, los cuales, con un tratamiento psicoterápico prolongado, terminaban confesando su impresión por la crudeza de la guerra en los frentes de Madrid, en contraste con lo que ellos se habían imaginado en Levante durante su período de instrucción. En algunos casos puede seguirse un cierto paralelismo ante el porcentaje de simuladores y la intensidad de la lucha.

Respecto del papel de Comisario Político desempeñado por los médicos, podemos decir que, en efecto, puede sostenerse que muchos camaradas nuestros fueron los precursores de los verdaderos comisarios, ya que con su labor política influenciaron muchas veces el estado psíquico de las masas combatientes durante los primeros meses de lucha. Esta labor de comisario no es, al fin y al cabo, más que la labor psicoterápica que el médico realiza durante la vida civil, más intensificada durante la guerra actual, y que precisamente la falta de este tacto político psicoterapéutico de los médicos es la causa de algunas afecciones psicopatogenéticas. En este sentido tenemos un enfermo con una neurosis grave, iniciada a consecuencia de haber entendido al médico la incurabilidad de su enfermedad, necesitándose un gran esfuerzo del tratamiento psicoterápico para lograr la curación de su neurosis. Ni más ni menos que la labor que realizan en muchos aspectos los comisarios, bien individualmente, bien en cuanto a los objetivos de la guerra.



**Dr. WERNER HEILBRUM, Mayor Jefe de Sanidad de la 12 Brigada Mixta Internacional:**

La interesante conferencia del Dr. Bermann plantea un tema de extraordinario interés para nosotros, porque en realidad no solamente comprende el problema de la neurosis de guerra, sino el de la neurosis en general. Es indudable que de las observaciones de esta guerra parece deducirse la necesidad de un cambio de conceptos acerca de la génesis de la neurosis. A mí, personalmente, como psiquiatra, me extraña en esta guerra la cifra extraordinariamente pequeña de neuróticos. Todos sabemos la importancia enorme que las neurosis de guerra tuvieron en Alemania durante la guerra y después de la guerra, a consecuencia de éstas. Yo he de decir que durante la actual campaña no he visto prácticamente ningún caso de histerismo, y que incluso la cifra total de neuróticos es igual o inferior a la de tiempo normal. Dado que en la génesis de las neurosis se da una gran importancia patogénica a los accidentes de la vida en los primeros años, es curioso esta observación de la guerra actual con el número reducido de neuróticos.

Sería también cuestión de estudiar la influencia que pueda tener en esta disminución del número de casos de neurosis las modificaciones de las relaciones sexuales y de la libido durante la guerra, ya que, por un lado la facilidad para contraer matrimonio resuelve para muchos el problema sexual, y en líneas generales se observa una disminución de apetencia e instinto sexual, probablemente porque el individuo entregado voluntaria y entusiastamente a la lucha ha logrado una sublimación de sus instintos, desviándolos fuera de la esfera sexual. El problema es, desde luego, tan interesante, que probablemente merece un estudio más detenido.

**Dr. CAYO JORGE BASTERRA SAENZ, Mayor Jefe de Sanidad de la 75 Brigada Mixta:**

Interviene para fijar la relación que hay en la guerra actual entre la existencia de simuladores y los tres períodos en que puede dividirse la misma. Un primer período de voluntariado, en que los milicianos podían dejar el frente fácilmente y en que no existían apenas simuladores. Un segundo, de tránsito a la incorporación obligatoria a filas, y un tercero, de servicio obligatorio, en que aparecen con más frecuencia los simuladores y automutilados. Sin embargo, opina

también que la labor educadora de los comisarios políticos y de los médicos influye en nuestra guerra civil favorablemente, por lo que, a diferencia de la guerra europea 1914-1918, no se dan cifras de tan alto porcentaje de neurópatas como las conocidas por las estadísticas de los países beligerantes de la misma.

## RECTIFICACION

**Dr. GREGORIO BERMANN:**

Voy a contestar brevemente las réplicas y observaciones que se me han hecho. El tema de mi conferencia es tan vasto, que se puede desarrollar en uno o en varios ciclos de conferencias. He tratado tan sólo de ofrecer un esquema, y bien escueto por cierto. No me he referido sólo a la neurosis de guerra, como ha creído el Dr. Heilbrum, por haber llegado tarde. No cree posible, por otra parte, hacer una psicoterapia racional. Seguramente ha creído el camarada que yo me refería a una sola forma de psicoterapia, la analítica, que sólo excepcionalmente puede emplearse en tiempo de guerra —me refiero a la forma ortodoxa—, pues hay que dedicarle muchas horas a la semana durante meses o años. Pero, ciertamente, no desconoce las otras formas de psicoterapia que se pueden y deben utilizar en gran escala durante la guerra, con las que se pueden obtener buenos resultados, como me sería fácil demostrar. El psicoanálisis, con sus métodos clásicos, no puede emplearse ahora; nos falta el tiempo y la disposición para hacerlo; pero su método, su orientación, en manera alguna debe ser olvidado en el examen de nuestros enfermos. La psicoterapia de guerra ha de tender a la máxima eficacia en el mínimo de tiempo.

En cuanto a la existencia de simuladores a que se han referido los Dres. Roldán y Basterra, no sólo no la he negado, sino que la he descrito y hasta propuesto la creación de una brigada de trabajo para éstos y para pacientes que necesitan de ella; pero el camarada Roldán, que está en contacto con tan numerosos soldados, ha comprobado, naturalmente, muchos más. Por lo pronto, su afirmación contradice la experiencia del Dr. Basterra, quien niega la existencia en su unidad no sólo de simuladores, sino también de neurópatas. Sería muy interesante confrontar estas experiencias tan contradictorias. Por



eso apoyo la proposición del Dr. Roldán, de realizar sesiones donde se debatirían estos temas. Veo que también confirma lo que decía acerca de las diferencias existentes entre los milicianos que se han incorporado voluntariamente y los que lo han hecho después obligatoriamente, convocados por el Estado. Las neurosis en general, y también en las de guerra, llenan una gran función educadora de los médicos: les obliga a contemplar el aspecto anímico, hasta ahora despreciado. Frente a la psicofobia de los médicos, todavía reinante, ya sobreviene una época en que los problemas de psicología médica formarán parte del bagaje científico de todos.

Tiene razón el Dr. Heilbrum cuando afirma que tantos soldados en las avanzadillas ni se acuerdan del apetito sexual, lo que se explica fácilmente. Pero hay otros, y son numerosos, particularmente en los sectores inactivos y que se hallan próximos a las ciudades, que lo recuerdan varias veces por día.

Quiero invitar, por último, a todos los colegas de Sanidad Militar a que se interesen por estas cuestiones de la neuropsiquiatría de guerra, y les ruego me hagan llegar el resultado de sus observaciones. Por mi parte, me es grato ponerme a vuestras órdenes.

## CONSIDERACIONES SOBRE DOS CASOS DE MIELOSIS AGUDA

Por el Dr. M. DIAZ RUBIO

Catedrático de Patología Médica.  
Director médico del Hospital Militar  
número 6, Madrid.

La poca frecuencia de las mielosis agudas por un lado, y por otro las particularidades del curso evolutivo de los dos casos que vamos a presentarles, así como los problemas etiopatogénicos que plantean, nos han movido a hacer la presente comunicación. En efecto, es sabido por todos la gran rareza de esta enfermedad; así, entre el número total de enfermos vistos por nosotros en nuestra clínica del Hospital Clínico de Madrid en los últimos siete años, y que hacen un total aproximado de unos 25.000 pacientes, sólo fué un caso observado, hecho que contrasta con la frecuencia mucho mayor de las mielosis crónicas. De ahí la significación de los dos casos que se nos han presentado en el Hospital, en el cual actualmente trabajamos desde el mes de agosto, y con un total de enfermos visto desde entonces de 4.020. Vemos, pues, un porcentaje de frecuencia mucho mayor, hecho no carente de significación. Por otro lado, y como vamos a ver en seguida, el hecho de que en uno de los casos hayamos podido asistir a la transformación de una panmieloptisis en una leucemia mielóide aguda, coincidiendo en un tratamiento con Pernemon, presta un interés subido a este caso, que nos obligará a hacer una interpretación lo más acertada posible. Veamos el primero de ellos:

Enfermo M. M. T., de veintinueve años, soltero, natural de Jaén, de profesión campesino y procedente del frente de Talavera. Ingresó el 15-IX-936.

¿Qué tiene? Tos y fiebre.

¿Desde cuándo? Desde hace cuatro días.

**Enfermedad actual:** Hace cuatro días, estando bien, y aun cuando ya hacía cerca de un mes que se notaba mal color, aunque bien de estado general, comenzó a tener tos, unas veces seca y otras con expectoración amarillenta, acompañada de fiebre alta, astenia y quebrantamiento. Coincidiendo con estos sínto-



## MIELOSIS AGUDA

mas, le apareció una blefaritis, que le continúa, y hemorragias gingivales, con molestias de lengua.

**Síntomas por órgano y aparato:** Frecuentes catarros por los inviernos, acompañados de fiebre alta por intervalos; tos al levantarse, con abundante expectoración; poco apetito; corrientemente, digestiones buenas; ahora, algunos vómi-



(Lado derecho.)



(Lado izquierdo.)

**Examen de fondo de ojo; pueden apreciarse lesiones hemorrágicas bilaterales.** (Dr. Catalina.)

tos alimenticios, provocados por la tos. Bien de vientre, disnea de esfuerzo, opresión, no palpitaciones.

**Antecedentes personales:** Sarampión, anginas a veces, no intensas. No venéreo ni sífilis. Fumador moderado. Poco bebedor.

**Antecedentes familiares:** Su padre es catarroso (minero). Su madre, muerta de aborto. No hermanos.

**Exploración clínica:** Hábito asténico. Anemia intensa. Coloración cetrina de la cara.

Boca séptica, con intensa fetidez; reborde gingival oscuro. Hemorragia gingival. Bóveda ojival. Amígdalas inflamadas, no ganglios en cuello ni axila. Blefaritis. Latidos supraesternal, humeral y de las partes laterales del cuello. Corazón, punta late en quinto espacio por dentro de la mamila. Percusión normal. Auscultación, tonos fuertes en punta y algo apagados en bases.

Pulmón: Percusión normal; algunas sibilancias diseminadas.

Abdomen: Normal. Hay bazo percutible y no palpable; no hígado.

Pulso, 96, regular, blando y depresible. Presión arterial, 10-4.

Fenómeno Rumpell-Leede, positivo.



Orina: Densidad, 1.023; no hay elementos anormales. Esputos: No hay bacilo de Koch.

Radioscopia de tórax: Pulmón, hilios proliferados, con intensa peribronquitis. Corazón normal.

17-IX: Examen de fondo de ojo.

22-IX: Desaparece la fetidez de la boca, así como los fenómenos hemorrágicos de la misma.

27-IX: Se encuentran pequeños ganglios en axila e ingles.

3-X: Fenómeno de Rumpell-Leede, positivo.

11-X: Aparece una amigdalitis, que al día siguiente toma carácter necrótico.

16-X: Análisis de orina, normal; solamente ligeros indicios de albúmina; casi desaparición del carácter necrótico de la amigdalitis.

23-X: Desaparece la inflamación amigdalina. El fenómeno de Rumpell-Leede sigue siendo positivo.

24-X: Orina, igual que en 16-X.

8-XI: El enfermo, por necesidades de evacuación, sale del Hospital sin haberse modificado ostensiblemente la exploración respecto a su ingreso. Unicamente han desaparecido en absoluto los fenómenos bucales y la sintomatología subjetiva y objetiva torácica. Es de señalar el dinamismo en todo este período del enfermo, así como el bienestar subjetivo, que hacía considerarse al enfermo como sano. (Véase gráfica A.)

El estudio hematológico a su ingreso daba:

Hemáties: 650.000 mm.<sup>3</sup> Hb.: 28 por 100. V. G.: 1,9. Leucocitos: 31.000 mm.<sup>3</sup>. Linfocitos: 14. Monocitos: 0. Eosinófilos: 0. Mieloblastos: 45 por 100. Promielocitos: 7. Mielocitos: 10. Metamielocitos: 5. Neutrófilos en cayado: 3. Adultos: 16.

Los análisis sucesivos quedan expuestos en la gráfica B.

En 18-IX: Hb.: 42 por 100. V. G.: 1,1. Plaquetas: 31.500 mm.<sup>3</sup> T. de hemorragia: 1'50". T. de coagulación: 2'.

21-IX: Hb.: 41 por 100. V. G.: 0,9.

En fechas posteriores, los valores globulares se sostienen entre 0,8 y 1, no variando tampoco el T. de H. y el T. de C.; solamente el primero se hace en los últimos tiempos un poco prolongado.

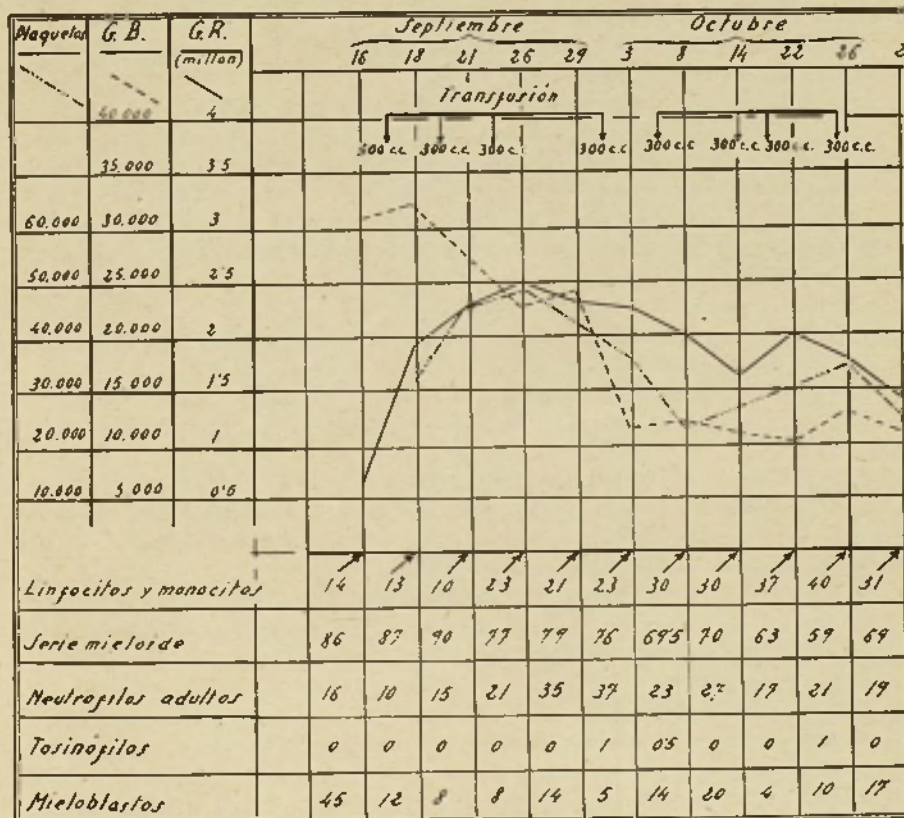
El tratamiento realizado fué, aparte del sintomático, el empleo de arsénico en distintos períodos y las transfusiones de sangre. Como en la gráfica B puede apreciarse, el efecto de éstas sobre el cuadro hemático, sobre todo en los primeros momentos, fué excelente, siendo de apreciar, además, dos hechos: 1º El buen estado general subjetivo del enfermo, que le hacía considerarse como sano; y 2º Que una vez evacuado el enfermo, y pasados doce días, murió, sin haberle transfundido desde hacía diecisiete días.

Estamos, pues, evidentemente ante un caso de mielosis aguda, como nos lo indica el elevado número de mieloblastos (45), y sobre todo, dos características: los caracteres anormales de tales mieloblastos, pequeños unos, y otros de mayor tamaño, con distinto grado de maduración, de núcleo y protoplasma, y la existencia del hiatus leucémico, si bien en algunos momentos no sea éste máximo. Como particularidad digna



# MIELOSIS AGUDA

[Gráfica B.] HOSPITAL DE SANIDAD MILITAR NUM. 6  
 Enfermo: MANUEL MUÑOZ. - Edad, 21 años. - Fecha de ingreso: 15-9-36.  
 Sala 47. — Cama A. — Historia 322 bis. — Núm. registro 322 bis.



de interés es la evolución prolongada del caso, ya que su duración fué, aproximadamente, de tres meses y medio, pues cuando llegó a nosotros llevaba un mes de padecimiento.

Pero todavía de mayor interés que este enfermo es este otro que vamos a presentarles:

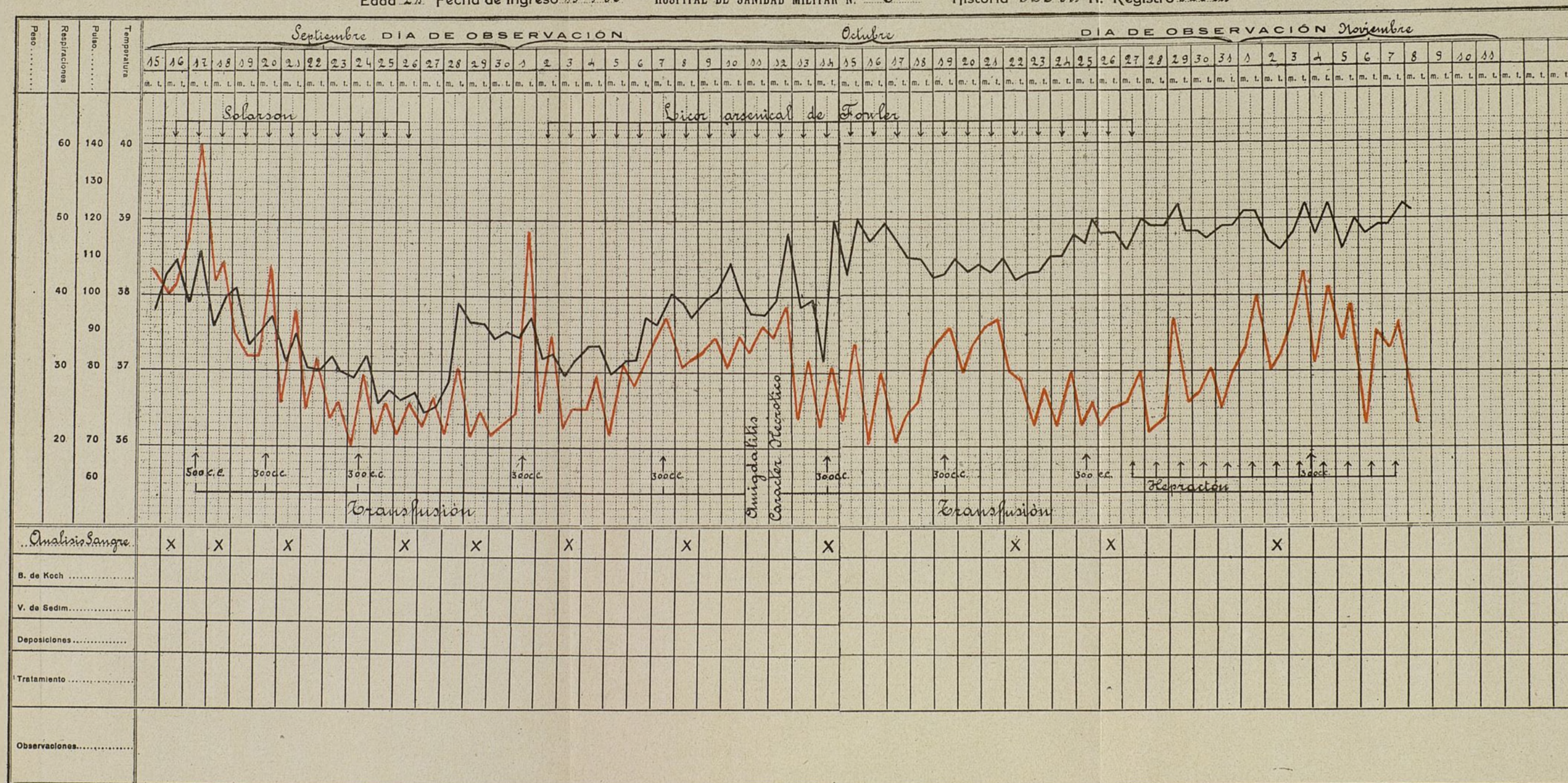
Enfermo M. L. M., de treinta años de edad, natural de Madrid, estado soltero, procedente del frente del Centro. Ingresó el 14-II-937.

¿Qué tiene? Anginas.

¿Desde cuándo? Desde hace quince días.

**Enfermedad actual:** Desde dicha fecha tiene dolores en la garganta, que le imposibilita tragar alimentos sólidos, con fiebre alta (hasta 40 grados) y ligera cefalalgia. Tos intensa, sin expectoración alguna. Sensación de astenia. No disnea de esfuerzo. Palpitaciones.



Enfermo Manuel MuñozSala 83 Cama AEdad 21 Fecha de ingreso 15-9-36HOSPITAL DE SANIDAD MILITAR N.º 6Historia 322 bis N.º Registro 322 bis



**Síntomas por órgano y aparato:** Nada anormal.

**Antecedentes personales:** Anginas frecuentes desde pequeño. No sífilis ni intoxicación alguna. No reumatismo.

**Antecedentes familiares:** Padres, viven sanos. Un hermano, muerto de pequeño; no sabe de qué. Otro hermano, vive sano.

**Exploración clínica:** Enfermo alto, bien constituido, tipo atlético. Palidez de mucosas; mucho más intensa de piel.

Salto vascular en cuello, salto humeral. Pulso blando, hipotenso.

P. A.: 11-6. Corazón: nada anormal a la palpación; punta en quinto espacio línea mamilar; percusión, normal; auscultación, soplo sistólico suave en la punta.

Pulmón: Percusión normal; auscultación, algunos roncus diseminados.

Digestivo: Las dos amígdalas son grandes, con criptas infectadas. Se aprecian algunas petequias en el paladar. No puntos dolorosos abdominales a la palpación y percusión. No hígado ni bazo. No hay ganglios ni en cuello ni axila; pequeños y rodaderos en ingles, sin significación.

16-II: Radioscopia de tórax: Parénquima pulmonar, normal; hilios, ligeramente proliferados; corazón, normal.

18-II: Orina, nada anormal; densidad, 1.024.

19-II: Amígdalas, han perdido el carácter inflamatorio, estando simplemente engrosadas.

21-II: Fenómeno de Rumpell-Leede, positivo.

23-III: El enfermo aqueja ligeros dolores óseos. A la exploración, no se encuentra nada apreciable, sin dolor localizado en ningún hueso.

24-III: Hay bazo percutible, pero no palpable.

24-III: Orina, indicios albúmina; sedimento, raros leucocitos.

El enfermo, en todo este intervalo de tiempo, se encuentra completamente bien y solamente con intensa sensación de astenia.

2-IV: Orina, indicios albúmina; sedimento, algunos leucocitos.

4-IV: Empiezan a aparecer hemorragias, haciéndose el fenómeno Rumpell-Leede intensísimo; tales hemorragias son por la boca, conjuntivas, y epistaxis intensas. El bazo se percute, no se palpa; no aumentado tamaño hígado. En los días sucesivos continúa sangrando, a pesar del tratamiento oportuno y del Cebión.

8-IV: Transfusión de 300 c. c. El enfermo se aprecia subjetivamente mejor, desapareciendo las hemorragias.

9-IV: Intenso dolor en costado derecho. Aparecen fenómenos bronconeumónicos.

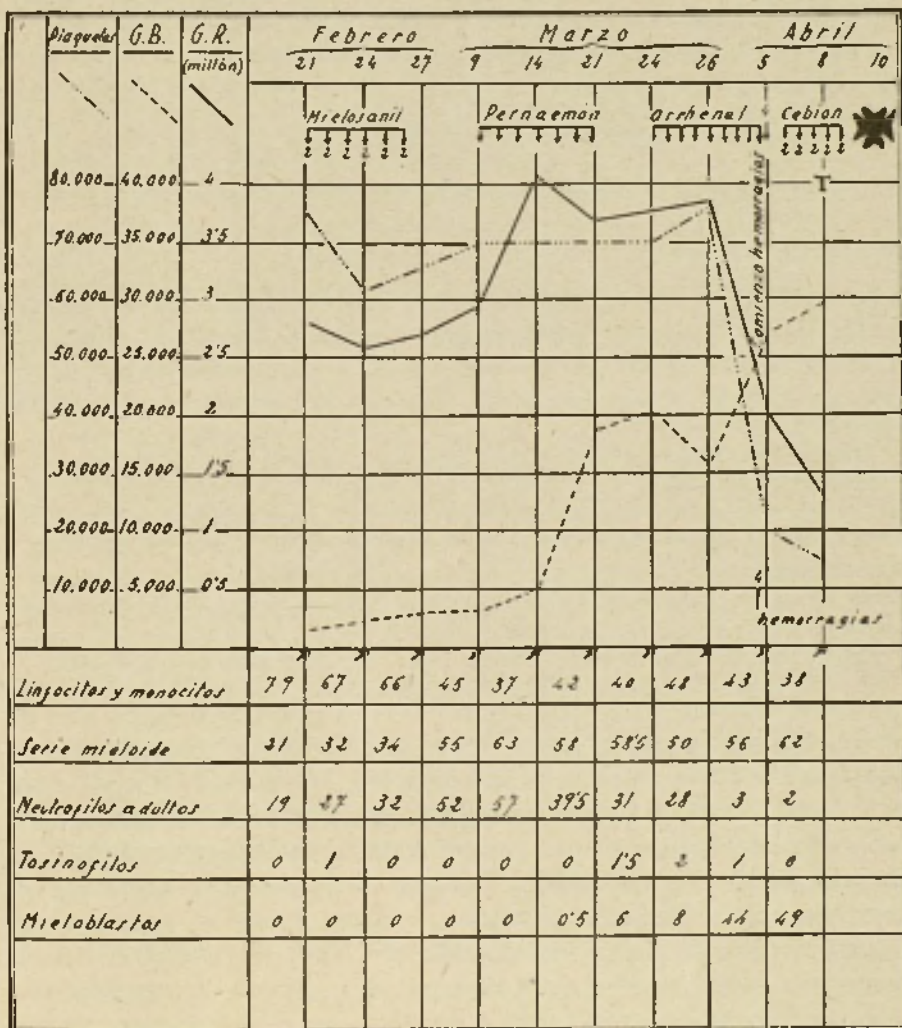
10-IV: Exitus. (Véase gráfica C.)

Como puede apreciarse por la historia, el enfermo, en el momento de su ingreso, bien podía pasar por un cardíaco, y así le hizo pensar al primero de nuestros colegas que le vió, ya que el enfermo venía con una amigdalitis aparentemente y un síndrome circulatorio; sin embargo, la exploración negativa a R. X, el carácter del soplo, y ante todo la intensa palidez de la piel y de las mucosas, con las petequias que presentaba en el velo del paladar, hacía imprescindible un examen hematológico. En efecto, el número de hematíes era de 2.800.000 mm.<sup>3</sup>; la Hb., 58 por 100; V. G., 0,96. Diámetro medio hematíes, 7,8. Plaquetas, 75.000. Leucocitos, 2.000. Linfocitos, 78. Monocitos, 1. Neutrófilos, 21; de ellos, 2 en cayado. Es decir, que estábamos ante un caso con una parálisis de la médula ósea, ya que el número de plaquetas estaba grandemente disminuída, así



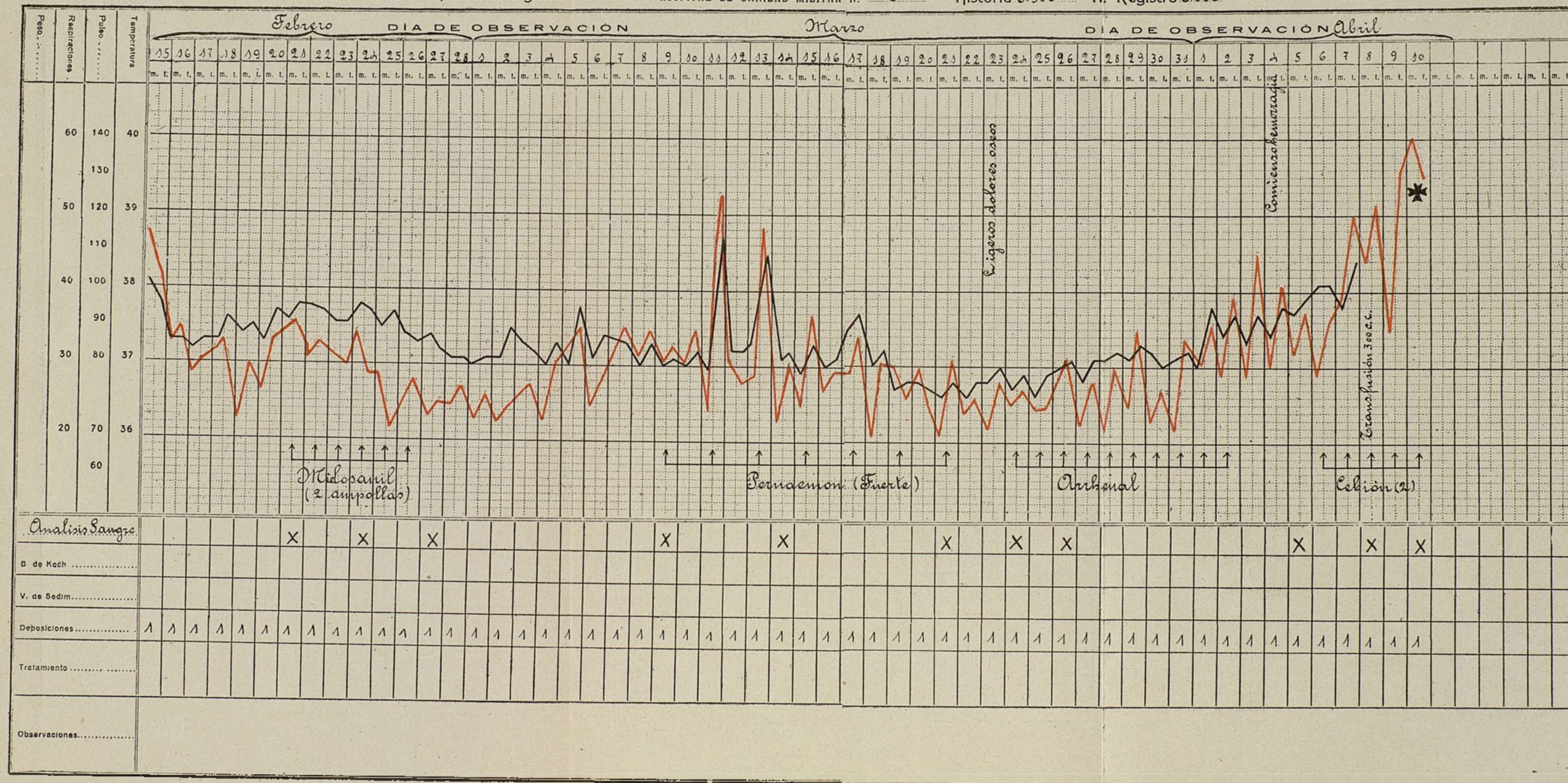
# MIELOSIS AGUDA

(Gráfica D.) HOSPITAL DE SANIDAD MILITAR NUM. 6  
 Enfermo: MANUEL LOPEZ MONTERO. - Edad, 32 años. - Fecha de ingreso: 14-2-37.  
 Sala 19. — Cama A. — Historia 3.306. — Núm. registro 3.306.



como el de granulocitos, sin eosinófilos, siendo la cifra de linfocitos totales por milímetro cúbico normal, ya que correspondía a 1.560. El número de hemáties, si bien no tan intensamente, estaba, de una manera manifiesta, disminuído, y sobre todo, no existían ni normoblastos, ni poiquilo, ni anisocitosis, ni policromatofilia, hechos todos ellos que nos hablan en pro de una panmieloptosis. Es igualmente de señalar el no haberse encontrado en el interrogatorio antecedente etiológico alguno (profesión, intoxicación, terapéutica anterior, etc.).



Enfermo Mmanuel Lopez MonteroSala 19 Cama AEdad 30 Fecha de ingreso 14-2-37HOSPITAL DE SANIDAD MILITAR N.º 6Historia 3.306 N.º Registro 3.306



Como consecuencia de ello, se instauró un tratamiento con mielosanil, el cual no modificó ostensiblemente el cuadro, como puede apreciarse en la gráfica D.

En vista de ello, y fundados en los trabajos de Matthes, de tratamiento de la aleukia por los preparados de hígado, se empleó en días alternos una ampolla de Pernemon fuerte. Con este motivo, si bien no varió el número de plaquetas, se apreció un ascenso de los hematíes, un ligero descenso del diámetro medio de éstos (de 7,8 micras en 9-III, a 7,6 micras en 21-III), con un ligero aumento del valor hematocrítico (de 23 a 30), y apareciendo normoblastos. Pero más interesante fué la modificación impresa en el cuadro blanco, como puede apreciarse en la gráfica, y que, expresada en cifras, es la siguiente: a los tres días de suspendido el tratamiento por el Pernemon: leucocitos, 20.600; linfocitos, 35,5; monocitos, 4,5; eosinófilos, 1,5; mieloblastos, 6; promielocitos, 0,5; mielocitos, 1,5; metamielocitos, 8; neutrófilos en cayado, 11,5, y adultos, 31.

Es decir, que apareció una reacción mieloblástica, que era, en realidad, expresión del comienzo de una mielosis aguda, como lo prueban los análisis posteriores, tras las incidencias evolutivas antes señaladas, ya que los mieloblastos llegaron a la cifra de 49, así como por el carácter de paramieloblastos de los mismos y el intensísimo hiatus leucémico. El estudio de la medula costal dió el resultado siguiente:

**Examen macroscópico:** Medula ósea con escasa pulpa, de aspecto normal.

**Examen microscópico:** En repetidas preparaciones, coloreadas con el método de Giemsa, se observan casi exclusivamente células pequeñas de protoplasma intensamente basófilo y núcleo redondeado, con nucleolos y vacuolas, que identificamos como micromieloblastos. Se ve también algún macromieloblasto y solamente dos mielocitos neutrófilos, sin que se encuentren formas adultas de polinucleares neutrófilos. Las únicas formas adultas de la serie blanca están constituidas por raros polinucleares eosinófilos. Se ha visto solamente un magacariocito.

La serie roja se encuentra empobrecida de células.

Del análisis de los dos casos vemos, en primer lugar, la falta de acción terapéutica en los mismos del arsénico, hecho de interés, ya que se ha considerado como único tratamiento capaz de una acción útil dentro de las esperanzas que pueden tenerse en esta enfermedad. De ahí la significación que tendría el empleo de las transfusiones en estos casos, hecho ya señalado por algunos autores. En efecto, ya antes hacíamos la mención de que sorprendía en el primer caso, que fué el tratado de esta forma, su gran dinamismo y su buen estado general. Pero no sólo tuvieron esta acción las transfusiones, sino que provocaron una evidente mejoría del cuadro blanco, como puede apreciarse en la gráfica, ya que no sólo disminuyeron los leucocitos, sino que lo hicieron marcadamente los mieloblastos, apareciendo paralelamente los eosinófilos. Todos estos hechos, así como la supervivencia prolongada de una enfermedad de evolución tan rápida, nos hace no olvidar tal medida terapéutica en las mielosis agudas.

Otro hecho de interés fué la transformación de una evidente pan-



mieloptisis en una leucemia aguda mieloide, coincidiendo con el tratamiento por el Pernemon, hecho tanto más a valorar cuando ya anteriormente MATTHES ha podido comprobar el efecto curativo de estos preparados en la agranulocitosis y en la panmieloptisis, lo que daría en pensar la posibilidad de haberse sobrepasado el efecto del mismo. Pero tales hechos, el influjo del Pernemon y de las transfusiones, no tendrían solamente la significación antes indicada, sino que nos abren panoramas etiopatogénicos de gran valor.

En efecto, hoy, ya aceptada la identidad de naturaleza de las leucemias agudas y crónicas, y considerándose a ambas como una misma enfermedad, más tumultuosamente expresada en las primeras, y buena prueba de ello sería la transformación de una forma crónica en la aguda, el concepto etiopatogénico debe ser en ambas el mismo.

No es este el momento, puesto que nos llevaría demasiado lejos, el de discutir su naturaleza tumoral o infecciosa; ambas hipótesis son desechadas por autores de tanto prestigio como STEMBERG, NAEGLI, HIRSCHFELD, etc., si bien el primero haya mantenido en su tiempo la génesis infecciosa. Los estudios bacteriológicos han dado resultado completamente desconcertante, y el hecho de que en las gallinas pueda existir una leucemia transmisible e infecciosa, no ha podido ser aplicado a la clínica humana, a pesar de todos los intentos que para ello se han hecho. Autores como FRIDEMANN, tan gran conocedor del problema de la infección, si bien en un momento creyó haber demostrado la naturaleza infecciosa, posteriormente lo desechó, aceptándose hoy, generalmente, que la septicemia, más o menos intensa, existente en estos procesos, es siempre sobreañadida, siendo el principal responsable de ello el estado del aparato granulopoyético.

En nuestro concepto, es fundamental para el conocimiento del problema etiopatogénico de la mielosis aguda, los dos hechos que las caracterizan: el hiatus leucémico, es decir, la más o menos intensa desaparición de la sangre de las formas intermedias de maduración del mieloblasto, hasta originarse el granulocito adulto, y la hematopoyesis aberrante y precipitada, es decir, la producción intensísima junto con la formación de elementos en muy distinto grado de maduración del protoplasma y del núcleo, con alteraciones de tamaño de los mismos, es decir, con producción de mieloblastos anormales (paramieloblastos de NAEGLI), lo que hace hablar a este autor de paramieloblastosis.

Ahora bien: ¿por qué se producen estas alteraciones? Creemos problema capital en su resolución, y como consecuencia para la etio-



patogenia de las mielosis, el análisis de los siguientes factores: 1º Factores que regulan la maduración de los leucocitos. 2º Factores que regulan y determinan la armonía en la maduración y desarrollo del núcleo y protoplasma. 3º Factores que regulan el número de leucocitos; y 4º Factores que determinan que en unos casos la leucosis revista la forma leucémica y en otros la aleucémica o la subleucémica.

Ya se comprende las serias dificultades que han de existir para la resolución de todos estos problemas, que llevan anejo el conocimiento de los factores etiopatogénicos de las leucosis. En dicho sentido, estas enfermedades no podrían ser sino la secuela de un trastorno de la coordinación, como primeramente expresó ZIEGLER; pero en el sentido de NAEGELI, es decir, una ataxia en los procesos que condicionan la granulopoyesis normal.

El pensar en un trastorno del sistema nervioso como causa fundamental del proceso, no se aviene bien con nuestros conocimientos histológicos, ya que, como es sabido, no existen terminaciones nerviosas en el interior de la médula ósea. Sin embargo, no hay que olvidar que el papel del diencefalo en todas las constantes hematológicas es decisivo, y buena prueba de ello la tenemos en el campo morfológico, por lo que se refiere a los hematíes; tanto la cifra de éstos como la de leucocitos, no es sino la resultante entre la producción y destrucción de los mismos, y ambos procesos, por lo menos en lo que se refiere a los primeros, sabemos que están regidos por el diencefalo, hasta el punto de que la poliglobulia esencial debe ser considerada como una diencefalosis, ya que los casos publicados por HIRSCHENBERG y por SINGER, y en los que suponen como causa un exceso de principio anti-anémico, no pueden ser interpretados en este sentido, y aun los mismos autores lo sospechan, al exponer tal factor etiológico con interrogante. Consideramos, pues, que una alteración diencefálica o, mejor, en más amplio sentido, del sistema nervioso vegetativo, puede tener un papel como factor determinante del número de leucocitos; pero, aparte de no ser éste un hecho definitivamente establecido, tal alteración, hoy lo sabemos, es lo menos importante en la caracterización de las leucosis.

No hay que olvidar que en el organismo existe difundida una estructura, el vasto tejido adventicial, con una pronunciada mielo y linfo-citopotencia, características que se nos revelan en ciertas condiciones fisiológicas o patológicas, como, por ejemplo, ocurre, para la primera, en el embrión normal, en las infecciones y en ciertas anemias. Este hecho, con sus probabilidades de entrada en juego, y teniendo



en cuenta todo lo antes dicho, ha de estar en íntima relación con el sistema humoral. Es de todos conocido dos hechos: uno, fisiológico; el otro, farmacológico y clínico; por el primero, nosotros sabemos que de ambos sistemas prepondera el mielopoyético hasta los últimos momentos de la vida fetal, para luego adquirir su auge el sistema linfocitopoyético hasta la época de la pubertad, y precisamente que en este momento readquiere su importancia el aparato mielopoyético. Por otro lado, no es preciso que aquí insistamos y hagamos detención en las variaciones del cuadro blanco que existen en las alteraciones endocrinas conocidas y en las originadas farmacológicamente por el ingreso de hormonas. De todo esto se deduce, pues, el papel indudable que el sistema hormonal ejerce sobre tal regulación. A pesar de ello, y el considerar todo el problema de las leucosis como un trastorno de la coordinación, originado por una alteración hormonal, como lo hace NAEGELI, nos parece no acertado por cortedad de horizonte, y esto por dos razones: primera, porque ni la clínica ni la anatomía patológica nos ha demostrado nada tajante a este respecto, y segundo, por la imposibilidad de separar el sistema hormonal de otros de ellos, a los cuales está íntimamente ligado. En efecto, las hormonas no son sino uno de los elementos conocidos del amplio sistema vegetativo (ZONDECK), y de ahí la necesidad de valorar junto a ellas y al sistema nervioso vegetativo a los factores vitamínicos e iónicos.

Tal relación entre vitaminas y hormonas, bien claramente se nos expresa en el momento en que aquéllas no sólo influyen sobre el desarrollo y función de las segundas, sino que se influyen mutuamente, ya en el sentido de aumento o de disminución, aparte de las posibilidades de reacciones químicas entre las mismas (STEPP).

Por un lado, nos es conocida la acción de las diversas vitaminas sobre los elementos formes de la sangre y sus caracteres. Así, por CRAMER y otros autores, se ha insistido en el papel que tendría una carencia vitamínica A en la trombopenia benigna. Por otro lado, no es ahora el momento de insistir en el papel de la vitamina C en el escorbuto; como se sabe, en esta enfermedad existen fenómenos hemorrágicos intensos, y en ella es segura dicha carencia vitamínica. Aparte de ello, y desde un punto de vista farmacológico, es sabido que, si bien la vitamina C no influye sobre el cuadro blanco, sí produce un aumento del número de reticulocitos, como demostraron SEYDERHELM y GREBE. Además de ello, produciría una disminución del tiempo de coagulación y de hemorragia, y ante todo, y como fenómeno primordial, un espesamiento de la pared capilar. Precisamente, y debido a estos he-



chos, se ha recomendado terapéuticamente en las diatesis hemorrágicas, y con tan buenos efectos, según algunos y nosotros hemos podido comprobar, que en los casos de trombopenia benigna, antes de recurrir a la extirpación del bazo, debe ser hecho un tratamiento con ácido ascórbico.

Aparte de éstas, otras vitaminas, como el factor antianémico, tienen, a su vez, una gran significación, y ya no solamente sobre el número y caracteres de los hematíes, sino, a su vez, sobre los granulocitos. No se olvide a este respecto la granulopenia existente siempre en la anemia perniciosa, así como la mejoría en la granulocitopoyesis, en virtud del empleo de dicho principio en los mencionados enfermos. Pero más importancia que todo esto tendría el llamado complejo vitamínico  $B_{12}$ , el cual, como se sabe, está compuesto del factor de crecimiento  $B_{12}$  (lactoflavina), del factor antipelagroso (V.  $B_{12}$ ) y del factor extrínseco anti-anémico de CASTLE (hemógeno de REIMANN). Así, DAY-LAGSTON-SHUKERS, alimentando a ratas con dieta libre de complejo  $B_{12}$ , ven producirse una intensa granulopenia, e igualmente MILLER y RHOADS, en los perros, producen una enfermedad muy semejante a la agranulocitosis humana ("akuten black tongue"), con dieta carente en dicho complejo. Por otro lado, es bien sabido que enfermedades en las cuales es indudable una carencia en dicho complejo, como en la anemia por leche de cabras, en el Sprue y en la perniciosa, se puede asistir a la transformación en una aleukia (SCHULTZ, BUTTNER, muchos otros autores). Es, pues, tal la importancia del complejo  $B_{12}$  en la granulopoyesis, que algunos investigadores, como STEPP, consideran que una carencia de dicho complejo participaría en el determinismo de la panmieloptosis y de la agranulocitosis. Por último, el hecho antes señalado de la acción favorable y curativa de tales procesos, en virtud del tratamiento con la hepatoterapia (MATTHES), son hechos más que suficientes para dirigir nuestra atención hacia este terreno como factores muy dignos de tenerse en cuenta, y más no olvidando el papel tan favorable, como hemos podido apreciar, que las transfusiones repetidas tienen sobre el curso de las mielosis agudas, acción que no puede ser otra que por vía humoral y probablemente por adición vitamínica.

Por otra parte, el influjo que en nuestro caso produjo el Pernemon, se presta a diversas interpretaciones, pero todas ellas haciendo valorar el factor vitamínico, y más en un preparado como el mencionado, en el que, al igual que el Campolon (no Hepracton), es portador del complejo total.

En nuestro caso es indudable que la panmieloptosis fué curada en



virtud de la hepatoterapia; ahora bien: ¿es que podría pensarse en que la mielosis aguda, puesto que se produjo, se debería a un exceso del mencionado principio en el organismo?

No es posible, aun sin abandonarla, aventurarse a tal hipótesis. No hay que olvidar que si la acción vitamínica y hormonal nos es conocida solamente en parte, es menos lo que sabemos, no ya sólo de la interrelación y acción mutua de entre ambas, sino de la que existe entre las mismas vitaminas. Recuérdese a este respecto el antagonismo existente entre V. C y V. A, por un lado; entre V. A y V. D; de tal forma, que ciertos signos de carencia de V. A se corresponden hasta un cierto grado en alguno de los originados por exceso de V. D, antagonismo que no deja de expresarse en el terreno de la V. B. De todo esto se deduce, pues, que no sería necesario pensar en un efecto directo del ingreso en exceso de dicho complejo, sino que bastaría una disminución en el ingreso de otros factores de carácter compensador. En una palabra: tanto podría pensarse en un efecto hipervitamínico de dicho complejo como en una carencia de otros factores, ante cuya falta, bien por sí misma, bien por determinar un hiperefectorio de otras vitaminas al romperse el equilibrio que es preciso para la regulación de los factores arriba mencionados, se originase el síndrome.

Pero la amplitud de concepto, todavía sería mayor, en cuanto que nos es conocido el influjo que el complejo B<sub>2</sub> tiene sobre ciertos metales pesados, como el uranio (JACOBY y EISNER), plomo y otros (STEPP).

En nuestro modo de ver, es, pues, preciso valorar en el concepto de las mielosis, y, por tanto, en los factores que regulan la maduración de los mieloblastos, no sólo el sistema endocrino, sino muy insistentemente los sistemas vitamínico e iónico. El estudio en dicho campo puede ser eminentemente fructífero, como, por ejemplo, lo ha sido en el de las diatesis hemorrágicas el de la V. C, y muy recientemente el de la V. K (vitamina antihemorrágica) (DAM, SCHONHEYDER); es más: todavía no conocemos el papel que esta última vitamina pueda desempeñar sobre el cuadro blanco, hecho que consideramos de interés. Como puede apreciarse, el campo de trabajo es inmenso, y no sabemos si la luz que parece poderse abrir la lograremos en absoluto por ahora o quizá será preciso amplios trabajos que nos lleven al conocimiento de factores o complejos que podrían ser de importancia decisiva.



## DISCUSION

Dr. FERNANDO FUENTE HITIA, Mayor Inspector Médico de los Hospitales Militares de Madrid:

Interviene, aun cuando sólo sea para que la brillante exposición del Dr. Díaz Rubio no quede sin felicitar como merece, ya que no puede objetársele reparo alguno a su disertación. Coincide con el comunicante en la importancia que tiene el hecho de que en tan escaso período de tiempo se hayan presentado dos casos de leucemia mieloide aguda, cuando el objetante, en su labor, desde el año 1922, en el Hospital de la Beneficencia, hasta la fecha, sólo ha visto uno. Importancia derivada de la evidente relación patogénica que con dicha afección tiene la teoría humoral-vitaminica, teoría que puede aplicarse a toda clase de mielosis, leucosis, agranulocitosis, etc. A tal propósito, cita un caso suyo de angina agranulocítica en adulto, con necropsia, que tenía una persistencia del timo, lo que apoyaba la influencia del estado tímico linfático en la aplasia de la serie mieloide. Es, por tanto, digno de tenerse en cuenta la necesidad de vitaminas en la alimentación, necesidad de la que los dos casos de mielosis aguda dan fe, demostrando al propio tiempo su escasez en la general disminución que existe de alimentos en toda guerra.

En el aspecto derivado de la técnica hematológica, llama la atención sobre la necesidad, que a su entender existe, de valorar el recuento de leucocitos, teniendo en cuenta la relación plasma-masa globular, ya que, según él, ha visto en las cifras de leucocitos por milímetro cúbico en algunos casos clínicos que aquéllas, valoradas con arreglo a una masa globular normal, serían más elevadas, explicando así un proceso piógeno que la cifra absoluta por milímetro cúbico no autorizaba a suponer. Lo expone a sabiendas de que en las mielosis la calidad, que no la cantidad, es la que determina la afección, por lo que remarca el aspecto técnico que únicamente le guía en esta sugerencia.

Termina felicitando de nuevo al compañero Díaz Rubio, personalmente y en nombre de la Agrupación.



**Dr. RAMON ROLDAN AGUDO, Mayor Jefe de Sanidad del 2º Cuerpo de Ejército:**

Felicita al Dr. Díaz Rubio; pero manifiesta que, a su entender, debe darse preferencia a las enseñanzas derivadas de la guerra, dejando para épocas de paz ciertas investigaciones y casos clínicos que ahora no están los médicos para estudiar con tranquilidad.

No cree que sea éste el caso enteramente de la comunicación del doctor Díaz Rubio, ya que estima también muy interesante el problema de la avitaminosis como consecuencia de la carencia en la alimentación de ciertas sustancias.

### RECTIFICACION

**Dr. M. DIAZ RUBIO:**

Ante todo he de expresar mi agradecimiento al Dr. Fuente Hita por las frases de elogio que me ha dirigido, elogio a todas luces desmedido. Respecto a la observación que me hace referente a la relación del número de leucocitos con el valor hemotacrito, creemos que eso tendría importancia si nos refiriésemos a la cifra en cantidad total de sangre; pero como se expresa por milímetros cúbicos, tal hecho carece de interés.

Igualmente he de expresarle mi agradecimiento por sus frases al doctor Roldán. El hecho del carácter de esta comunicación, como pecando de exceso de cienticismo, creo que no es un error; no debemos olvidar que actualmente existe un campo amplísimo de observaciones espontáneas de hechos que no se nos ofrecen en condiciones normales, y que deben ser aprovechados para el progreso, aunque sea en ínfima medida por nuestra parte, en nuestra ciencia. Nuestra primera obligación es curar al enfermo; pero, paralelamente, no debemos olvidar la importancia que toda guerra ha supuesto por la contribución que nos presenta para el progreso de la Medicina. No hay que olvidar, por ejemplo, que el primer paso decisivo para el conocimiento de la ictericia catarral lo dió EPPINGER con motivo de la guerra europea, y precisamente en este mismo campo es pensamiento nuestro hacer una serie de comunicaciones con motivo de los estudios que actualmente estamos haciendo con estos enfermos, ya que dicha enfermedad va apareciendo actualmente con una frecuencia cada vez mayor. Aprovechamos estos instantes para rogarle nos remita a nuestros servicios los ictericos catarrales, a la par que deseáramos se interesasen sobre esto y otros problemas de tan capital importancia.



## NOTAS DE LA AGRUPACIÓN

### ACTUACION DE LA JUNTA DIRECTIVA

Suspendidas las actividades de la Agrupación Profesional de Médicos Liberales a raíz del 19 de julio de 1936 por las circunstancias actuales, de todos sobradamente conocidas, y reducida su labor a lo estrictamente burocrático y administrativo, hasta tal punto que a petición de un compañero hubo de celebrarse en el local antiguo del Colegio de Médicos una Junta general, en la que se discutió la conveniencia o no de disolver la Agrupación, y donde fué acordado por mayoría su persistencia, se acordó por los miembros de la Agrupación que habían desempeñado cargos directivos en la Junta directiva anterior a la elegida el día 10 de julio de 1936, y cuya Junta no llegó a tomar posesión por aducir los nombrados incompatibilidades de carácter profesional y sindical, la necesidad de reorganizar la Junta directiva, a fin de imprimir a la Agrupación nuevos rumbos y llenar las obligaciones que nuestro Reglamento impone. Por las circunstancias actuales hubiera sido muy difícil la celebración de una Junta general, donde, con arreglo a nuestros Estatutos, se eligieran los cargos representativos, por lo que los reunidos en el mes de marzo próximo pasado acordaron que la Junta directiva quedara constituida con los miembros de la que funcionaba antes del 10 de julio y que permaneciesen en Madrid, reforzada por los compañeros Moré y González Huecas. El primero por haberse hecho cargo de la documentación y enseres de la Agrupación al trasladarse ésta de la casa de la calle de Alcalá a Príncipe de Vergara, 36, cuando hubieron de ausentarse de Madrid los compañeros de la Directiva que llevaba la marcha de la Agrupación y el compañero Zabaleta, oficial administrativo de la misma, y el segundo por tener la representación de la Agrupación en la Junta de gobierno del Colegio de Médicos. La nueva Junta directiva quedó constituida en la siguiente forma:

Presidente, Carlos García Peláez (dimitido y no aceptada su dimisión por sus compañeros en tanto la Junta general no decida sobre sus causas). Vicepresidente, Aurelio Romeo Lozano. Secretario y Tesorero, Joaquín Moré. Contador, Fernando Fuente-Hita. Vocales: Fernando Moltó, Manuel Vaamonde, Guillermo Luna, Andrés Casas, quedando incluidos también los compañeros López Aydillo, Palomeque y Barrio de Medina. Estos últimos ausentes de Madrid.

En la primera Junta, que se celebró el 8 de abril de 1937, en el local del Colegio de Médicos, Príncipe de Vergara, 36, se adoptaron entre otros acuerdos el siguiente, que ya conocen todos los agrupados por haberse publicado en la prensa diaria: "La Junta directiva de la Agrupación Profesional de Médicos Liberales ha acordado imponer la sanción de expulsión de la misma a todos aquellos agrupados que, en circunstancias graves para Madrid y la causa popular, hicieron dejación de sus deberes como médicos madrileños al abandonar sus car-



gos ausentándose de la capital de la República donde prestaban sus servicios técnicos y políticos."

En otra Junta posterior se aprobó que la Agrupación Profesional de Médicos Liberales añadiera a sus actividades normales otra de tipo científico que en las actuales circunstancias llenara el vacío que la falta de funcionamiento de las demás Asociaciones científico-médicas había dejado, y se organizó un curso de conferencias, que habían de tener lugar en la Academia de Medicina, local cedido a la Agrupación por el Ministerio de Instrucción Pública, así como la publicación de un Boletín por medio del cual pudieran llegar a nuestros agrupados y a los médicos en general las indudables enseñanzas que dichas conferencias habrían de producir a la clase médica, dando a los medios intelectuales, tanto nacionales como extranjeros, la sensación de que en España, en plena fase revolucionaria y con una guerra de la magnitud de la que sufrimos, los médicos antifascistas y su más genuina representación, la Agrupación de Médicos Liberales, tomaban la iniciativa de aprovechar los materiales existentes sacados de la valiosa y justipreciada colaboración prestada al Ejército del pueblo, con sus conocimientos, su voluntad y en ocasiones su sacrificio.

### NECROLOGICAS

En el transcurso de la guerra han caído algunos de nuestros mejores compañeros. Hasta la fecha, tenemos noticias de haber muerto en el cumplimiento de su deber los Dres. Enrique González Ruano, Alberto Catalina Prieto y Luis Frutos Herguedas.

Reciban la expresión de nuestro sentimiento las respectivas familias de estos beneméritos defensores de la democracia.



