

La Crónica Médica

AÑO XXXV — LIMA, FEBRERO de 1918 — N.º 656

LA ALCALINOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ECLAMPSIA

POR JOSE A. MALDONADO.

Interno de los Hospitales.

Hace dos años que venimos estudiando la importancia que tiene para el organismo y la influencia que sobre él ejerce el grado de alcalinidad sanguínea, ya sea al estado fisiológico, ya sea en los diferentes estados patológicos, ya sea en la narcosis llevada a cabo en las intervenciones quirúrgicas, habiéndonos servido de guía para estos estudios el importante trabajo del profesor GEORGE W. GRILE, de Ohio, titulado: «Phenomena of acidosis and its dominating influence in surgery».

Los experimentos llevados a cabo en diferentes animales, por el profesor GRILE y por MAGNUS, ELLIOTT y CANNON, ponen de manifiesto que los estados emocionales, los estados infecciosos, las auto intoxicaciones, las convulsiones originadas por inyecciones de estricnina, de indol, escatol, amino ácidos, extractos placentarios, etc., etc. determinan en el organismo una hiperproducción de ácidos ya sea al estado gaseoso ya sea al estado de disolución, al mismo tiempo que tiene lugar un funcionamiento exagerado de las glándulas suprarrenales. Los órganos más lesionados por este exceso de acidez en el organismo son, según los estudios experimentales del mismo Profesor GRILE, el hígado, las glándulas suprarrenales y el cerebelo; órganos cuyas células, observadas al microscopio después de la acidificación experimental o patológica, se las vé haber perdido la nitidez de sus contornos y el poder fijador para las materias colorantes.

El organismo constantemente elabora ácidos como consecuencia de su metabolismo funcional, ácidos que, o bien son neutralizados por los líquidos orgánicos o bien son eliminados al exterior por la respiración al estado gaseoso, o por el sudor y la orina al estado de disolución. De esta manera el organismo conserva su alcalinidad normal, puesto que la acidez es contraria a la vida, cual

quiera que sea el organismo que se considere, animal o vegetal; resulta de aquí que todo aumento de la acidez orgánica revela ya un metabolismo funcional exagerado, ya una pérdida del poder neutralizador de los líquidos orgánicos, o ya la falta de eliminación de estos productos ácidos. Esta retención ácida determina una disminución de la alcalinidad sanguínea, que al estado normal es, según nuestras investigaciones, de 0,60 gr. p. 1000 apreciada con el Hemoalcalinómetro de Daré.

Los estudios que a este respecto se han hecho demuestran que a medida que la retención ácida vá siendo más acentuada, la proximidad de un desenlace fatal también se acerca; a tal punto que hoy se utiliza para la constatación de la muerte en el cadáver, la reacción ácida de la secreción lagrimal, comprobada al papel de tornasol. Aceptando pues, como hoy se acepta, la importancia vital que tiene la conservación de la alcalinidad de los líquidos orgánicos—de los cuales todos son alcalinos con excepción del jugo gástrico, la orina y el sudor—es evidente la necesidad de intervenir con una terapéutica apropiada en todos los casos en que haya disminución de la alcalinidad normal.

El dosaje de la retención de los ácidos puede ser hecha ya en los productos de excreción como es la orina, dosando en ella la acidez por el método de JOULIE, con el sacarato de cal, método de laboratorio un tanto difícil, o dosando esta acidez en la sangre. Pero hay que tener en cuenta que la acidez encontrada, ya sea en la orina ya sea en la sangre, no representa sino una parte de la acidez, es decir, la parte que le corresponde proporcionalmente, pues como se comprende en estas condiciones hay una impregnación de los tejidos orgánicos por líquidos anormalmente ácidos.

Orientando nuestros estudios a lo que se refiere a la eclampsia hemos encontrado que en las enfermas preeclámplicas la alcalinidad sanguínea es normal, es decir, de 0,60 p. 1000; pero en las enfermas en que ya se han iniciado los ataques, la alcalinidad está disminuida, encontrándose en ellas 0,40, 0,35 o 0,30 gr. según el número e intensidad de los ataques, pues la retención ácida es tanto más acentuada cuanto mayor ha sido el número de convulsiones eclámpticas.

De manera que en la eclampsia encontramos un factor tóxico que necesita ser combatido. ¿Cómo se origina este factor acidez? Nosotros creemos que sea debido a las contracciones musculares que tienen lugar durante los ataques convulsivos, puesto que en las preeclámpticas la alcalinidad es normal.

Para combatir esta toxicidad ácida la terapéutica que debe ponerse en acción puede ir encaminada a impedir la causa que la produce, a facilitar su neutralización, o a activar su eliminación.

La neutralización de los elementos ácidos retenidos por el organismo tiene lugar, según el Profesor CRILE, por un hiperfuncionamiento de las glándulas suprarrenales y por el funcionamiento antitóxico del hígado; pero estos órganos ya lesionados en las eclámpticas son insuficientes para llenar su función, puesto que a las lesiones que ya en ellos existían se suman las lesiones de la intoxicación ácida.

La eliminación por los emunctorios naturales está notablemente disminuída en las eclámpticas, y la exaltación de las funciones eliminadoras de una manera brusca, es difícil llevarla a cabo en estas condiciones.

Nos queda pues como recurso perfectamente indicado y posible de ser llevado a la práctica: 1º. la supresión de los ataques convulsivos por medio de agentes poco tóxicos, con lo cual se suprimen los progresos de la intoxicación ácida; 2º. la neutralización de la acidez orgánica llevada a cabo artificialmente por la alcalinización; y 3º. la eliminación progresiva de los elementos tóxicos por los emunctorios naturales.

Estas son las razones que nos han llevado a instituir en la eclampsia el tratamiento que vamos a indicar y que nos ha dado excelentes resultados.

En presencia de una eclampsia diagnósticada, nosotros procedemos de la siguiente manera: si la enferma se encuentra en el intervalo de dos accesos, procedemos a impedir que otro acceso se repita, haciendo una inyección de 0,01 gr. de Cl. de morfina y suministrando por vía rectal 4 gr. de hidrato de cloral en 50 cc. de agua hervida; de esta manera no se repiten los ataques. Si el ataque es observado por nosotros mismos, inyectamos la morfina inmediatamente, y esperamos que se inicie el período comatoso para suministrar el enema clorálico. No hacemos uso del cloroformo, y lo consideramos contraindicado, porque nuestras investigaciones personales nos han demostrado que toda anestesia determina un descenso de la alcalinidad normal; así, en enfermas cuya alcalinidad era 0.60 p. 1000, después de una hora de anestesia al éter hemos visto descender la alcalinidad a 0,50 p. 1000, lo que corresponde a una retención ácida de 0,10 gr. p. 1000; en iguales condiciones de alcalinidad y duración de anestesia, pero al cloroformo, la alcalinidad dosada en la sangre ha disminuído a 0,40 gr. lo que equivale a una intoxicación ácida de 0.20 p. 1000.

La morfina es usada como en el método de STROGANOFF, a la dosis de 0,035 gr. sin los inconvenientes antes dichos.

Después del enema dejamos transcurrir un cuarto de hora o media hora, y suministramos otro enema que contiene 50 gr. de bicarbonato de soda en 400 cc. de agua hervida, enema que debe ser suministrado gota a gota, por el procedimiento de МУРЪНУ, de manera que la absorción por la mucosa rectal sea completa; todo esto es fácilmente llevado a la práctica, como que la enferma se encuentra en estado soporoso.

En estas condiciones las enfermas no ofrecen nuevos ataques convulsivos, y para el tratamiento subsiguiente son consideradas por nosotros como enfermas preeclámpticas, en las que hay que llenar las indicaciones dadas por los síntomas más marcados; así, por ejemplo, una hipertensión excesiva, una intoxicación urémica, justificarán la sangría, etc.

Generalmente acostumbramos suministrar a las enfermas una poción de bromuro de potasio o hidrato de cloral a las dosis de 4 gr. de cada uno en 120 gr. de agua, para que sea tomada por cucharadas cada 2 horas. Al día siguiente suministramos un pur-

gante de 25 gr. de aguardiente alemán asociado a igual cantidad de jarabe de espino cerval, y prescribimos dieta hídrica, haciendo así terapéutica antitóxica.

Los días que siguen, nuestras enfermas continúan con un tratamiento diurético, a bases de sales de potasa, a la dosis de 2 gr. de nitrato y acetato, cocimiento de uva ursi y oximiél de escila; régimen lácteo o declorurado, según los edemas que presenten, y la cantidad de albúmina de la orina; favoreciendo en ellas un estado de hipoexcitabilidad nerviosa con pequeñas dosis de bromuro y cloral suministrados 3 veces al día.

He aquí algunas observaciones clínicas:

S. J. T., mestiza, natural de Ica de 19 años de edad, soltera, ingresó a la Maternidad el 12 de julio de 1917 y ocupó la cama N.º 22 de la Sala de Lourdes, servicio del Dr. San BARTO LOME.

Antecedentes de familia.—El padre vive y es sano; la madre murió en su último parto, que fué el de la enferma que nos ocupa, habiendo tenido antes dos partos normales.

Personales.—Dice la enferma haber tenido viruela a la edad de 4 años, erisipela hace 5 años, y actualmente sufre de vulvo-vaginitis blenorragica.

Obstétricos.—Pubertad a los 18 años, el período menstrual le duraba 5 días; no ha tenido ningún parto, ni aborto. Durante los tres primeros meses del embarazo actual tuvo vómitos.

Estado actual.—Ingresa al Hospital por estar embarazada, sufrir dolores de cabeza, y estar edematosa. El examen de la orina revela la existencia de albúmina en fuerte proporción.

Diagnóstico.—Situación: longitudinal; presentación: de vértice; posición: izquierda; variedad: anterior. O. I. I. A.

Esta enferma ingresó a la sala de complicaciones del embarazo por no estar todavía de parto.

El día 25 de julio la enferma estuvo contrariada porque a pesar de ser día de visita no había venido su familia a verla. Por la noche del mismo día fué acometida de ataques eclámpicos cuyo número ignoramos por no haber estado en nuestra Sala.

El día 26 por la mañana fué trasladada a la Sala de Santa Filomena, servicio del Dr. SAMUEL A. GARCIA, y ocupó la cama N.º 28; hasta las 9 h. a. m., hora en que pasábamos visita había tenido ahí cuatro ataques y presenciábamos el quinto. Los latidos del feto eran normales. La hemo-alcalinimetría dió 0,30 gr. p. 1000 y la tensión sanguínea apreciada con el Pachon éra: Max. 17; Mín. 9. Dif. 8.

El análisis de la orina del día 26 dió los resultados siguientes:

Urea	22,69 gr. p. 1000
Cloruros	3,28 „ „
Albúminas	3,20 „ „
Reacción	ácida.

Células renales, cilindros granulosos, cilindros hialinos y algunos leucocitos.

Tratamiento.—Inyección de Cl. de morfina de 0, 01 gr; enema de 4 gr. de hidrato de cloral en 50 cc. de agua hervida y de bicarbonato de soda 50 gr. en 400 cc. de agua hervida, por el procedimiento de MURPHY. Sangría 400 cc. y se le prescribió una poción de bromuro de potasio e hidrato de cloral a la dosis de 6 gr.

La enferma no tuvo otro ataque y el siguiente día tomó un purgante de aguardiente alemán con jarabe de espino cervical, a la dosis de 25 gr. al mismo tiempo que continuaba la dieta hídrica.

La temperatura del día 27 fué de 37,2° C. y la hemo-alcalinimetría dió 0,50 gr. p. 1000. A partir de este día se le prescribieron diuréticos y régimen lácteo, al mismo tiempo que tomaba bromuro y cloral a pequeñas dosis: 0,50 gr., tres veces al día.

La orina fué aumentando en cantidad y los edemas comenzaron a desaparecer. El análisis de orina del 1º. de Agosto dió los resultados siguientes:

Volúmen en 24 horas	1500 cc
Urea	12 p. 1000
Cloruros	5,20 p. 1000
Albúminas	4,40 ,, "
Reacción alcalina.	
No hay elementos renales.	

Como los edemas persistieran le instituímos régimen declorurado. El 10 de Agosto la hemo-alcalinimetría dió 0,60 p. 1000, la enferma está levantada y en perfecto estado de salud.

El análisis de orina del 14 de Agosto dió el siguiente resultado:

Volúmen en 24 horas	1000 cc.
Urea	5,04 p. 1000.
Cloruros	5,27 ,, "
Albúminas	Trazas.
Reacción alcalina.	
No hay elementos renales.	

El 16 de Agosto a las 7 h. 15 m. dá a luz una niña de término de dimensiones normales y peso de 3.250 gr.

Fué dada de alta con su hija el 24 de Agosto de 1917.

J. P. de C. india, de constitución débil, natural de Lima, casada, de 20 años de edad, ingresó a «La Maternidad» el 8 de Agosto de 1917 demandando asistencia de parto, y ocupó la cama N° 49 de la Sala de San Camilo, clínica del Dr. BELISARIO MANRIQUE.

Antecedentes de familia.—El padre vive y es sano; la madre murió hace año y medio de tuberculosis pulmonar. La madre tuvo 10 partos normales y dos abortos.

Personales.—Refiere la enferma haber sido sana hasta hace 8 años, época en que sufrió de los riñones, habiendo presentado, según lo que ella dice, hematurias, piurias y dolor en la región renal del lado derecho.

La pubertad se inició a los 13 años y su período menstrual es

siempre de 8 días. No está vacunada. No ha tenido partos anteriores ni abortos; en el embarazo actual ha sufrido de paludismo.

Examen de la enferma.—Altura del útero: 33 cm.; circunferencia del vientre 91 cm.; cabeza encajada; dorso a la izquierda y adelante.

Foco de auscultación: en la parte media de la línea umbilico iliaca izquierda.

Tacto: a las 2 h. 40 m. p.m.: 1 cm. de dilatación.

Diagnóstico.—Situación: longitudinal; presentación: de vértice; posición: izquierda; variedad: anterior. O. I. I. A.

Parto.—A las 9 h. 30 m. p.m. la dilatación era completa; hubo que hacer la ruptura artificial de las membranas por ser éstas muy resistentes y el parto se verificó a las 11 h. 3 m. p.m. del mismo día 8 sin ningún accidente.

Transcurridas 4 horas, es decir, a las 3 h. 35 m. a.m. del día 9 tuvo la enferma un primer ataque de eclampsia; otro a las 6 h. a.m. y un tercer ataque a las 8 h. 45 m. a.m., hora en que llegábamnos a la Sala a pasar visita.

Tensión sanguínea: Max. 17, Min. 10, Dif. 7.

Hemo-alcalinimetría: 0,30 p. 1000.

Tratamiento.—Inyección de Cl. de morfina de 0,01 gr.; enemas de hidrato de cloral de 2 gr. en 50 cc. de agua hervida, bicarbonato de soda 50 gr. en 400 cc. de agua hervida, aplicados por vía rectal, por el procedimiento de MURPHY.

La enferma no tuvo otro ataque. Le suministramos el mismo día 9 una poción de bromuro de potasio e hidrato de cloral a la dosis de 6 gr.

El análisis de orina extraída con sonda el día 9 dió los resultados siguientes:

Urea	7,56 por 1000.
Cloruros	6,08 " "
Albúminas	No hubo. "
Reacción ácida.	

El día 10 tomó aguardiente alemán y jarabe de espino cerval a la dosis de 25 gr. de cada uno; y la hemo-alcalinimetría era de 0,60 p. 1000. La enferma tomó durante algunos días una poción diurética y pequeñas cantidades de bromuro y cloral, 0,50 gr. tres veces al día.

Fué dada de alta sana, lo mismo que el hijo, el 22 del mismo mes.

CLINICA MEDICA DEL HOSPITAL «DOS DE MAYO».

**NEFRITIS CLORUREMICA E HIPERTENSIVA CON
ESCLEROSIS AORTICA DE ORIGEN ALCOHOLICO**

Lección clínica.

POR EL DR. ERNESTO ODRIOZOLA.

El lunes pasado examinamos al enfermo que ocupa la cama No. 44. Si fuéramos a dar importancia fundamental a los fenómenos ostensibles que él presenta, podríamos incurrir en errores de interpretación, de orden etiológico y patogénico, que dañarían el concepto primitivo de las lesiones. Fácil es, en efecto, y ustedes pudieron apreciarlo en el examen prolijo que de él hicimos, convenir en que las nociones objetivas que se derivan de su observación, se agrupan en torno de *alteraciones circulatorias* y este hecho que es hoy una realidad *indiscutible*, no representa, sin embargo, en nuestra opinión, *el motivo inicial* o en otros términos, *la lesión primitiva*, causa de todos los desórdenes. Y es que, en el engranaje maravilloso de nuestros sistemas y órganos, el entorpecimiento de uno de ellos, compromete a otros que manifiestan con intensidad la procedencia de los trastornos materiales y que al fin y al cabo concluyen también por alterarse, convirtiéndose entonces en elementos correlativos de las lesiones verdaderas por su origen y hasta llegan muchas veces a dominar la situación clínica, imponiendo al médico el pronóstico y la terapéutica que les corresponden.

Pero no divaguemos más, Señores, y hagamos la historia de este interesante caso, cuyo conocimiento es de tanta mayor utilidad, cuanto que ustedes tendrán la ocasión casidaria, de observarlos, en los diversos grados de su desarrollo.

Se trata, Señores, de un hombre de 51 años de edad, de apariencia bastante robusta y que ha trabajado desde hace muchísimos años en las fábricas de tejidos, en el manejo de las máquinas que en ellas se usan. Su madre vive y es sana, su padre dice que murió de «costado». Tiene hermanos que gozan de buena salud.

Durante su niñez, ha sufrido de «viruela» y de «sarampión»; más tarde de «paludismo». Consigna también el hecho de haber contraído algunas blenorragias, pero niega terminantemente el haber tenido *chancros* y el examen de su aparato genital no revela huella alguna, en efecto, ni infarto ganglionar inguinal o de otras regiones.

Este hombre refiere que hacen tres años poco más o menos, comenzó a sentir un cansancio inusitado, que se caracterizaba principalmente por una *fatiga respiratoria* que se acentuaba bajo la influencia de los esfuerzos. Poco a poco este trastorno fué progre-

sando y con mucha frecuencia le acometía de noche, produciéndole *tos* y obligándolo a sentarse. Después de algunos quintas de tos, en que arrojaba flemas, quedaba más tranquilo y podía reanudar su sueño. Pero las cosas no se componían, como que el tan poco abandonaba sus labores; por el contrario, la incomodidad se hacía cada vez más intensa y ya los ligeros esfuerzos despertaban crisis de *disnea* amenazadoras. Agréguese a esto, que un nuevo fenómeno comenzaba a parecer, una *hinchazón* de los miembros inferiores que iba poco a poco ganando terreno e invadiendo todo el cuerpo para convertirse en una verdadera *anasarca*. En estas condiciones poco más o menos, se presentó en mi consultorio y le aconsejé entonces que inmediatamente ingresara en el hospital.

No terminaré esta relación, sin subrayar con el más justificado derecho, la circunstancia de que este hombre ha usado y abusado del *alcohol* en forma que él no lo oculta y con una constancia digna de mejores propósitos. Su ración diaria no le faltaba y es de suponer, con acierto, que no escatimaba su generosidad al servirla.

Este hecho, como ustedes pueden comprender, es el eje etiológico de todos los trastornos y conviene por consiguiente insistir en él, de la manera más formal. El por lo demás sobra para poder establecer la naturaleza y el orden de las lesiones, puntos de gran importancia en el concepto patogénico.

Veamos, ahora, señores, cuales son los desórdenes que pudimos apreciar en el examen practicado el lunes último.

El Dr. REFAGLIATI, nos hizo saber que este hombre entró al servicio, en completa *anasarca*. Pero hoy, casi ha desaparecido, notándose simplemente un ligerísimo *edema* en la pierna izquierda, sobre el tercio inferior de la tibia y un leve vestigio de *ascitis*. Sin embargo, la cara permanece todavía *vultuosa*, sus párpados «soplados» y toda ella ostenta un aspecto cristalino, revelador del *edema persistente*. Sus conjuntivas están descoloridas, exsangues.

Apesar de estar este enfermo en el reposo más absoluto, ustedes pudieron comprobar la existencia de una *marcada disnea* y de una *taquicardia* que llegaba a 140 pulsaciones por minuto.

El examen del *centro cardiaco*, es muy interesante. En efecto, a la simple vista, se descubre un *abovedamiento* manifiesto de la región precordial en donde se notan vigorosos latidos y el de la punta muy visible en el 6º. espacio, por fuera del mamelón. Pero estos latidos no solo son apreciables en la indicada región, sino que ascienden hasta el cuello, en donde las *vibraciones de los gruesos vasos*, se marcan con mayor intensidad y aún en el fondo de la horquilla eternal, se advierten, poniendo el dedo en gancho, latidos que emanan de las profundidades de la región.

La *macicez* del área precordial, está *exageradamente* aumentada, lo que implica junto con el abovedamiento y la caída y dislocación de la punta, un aumento considerable del corazón, o sea una *hipertrofia*.

La *tensión* arterial se nota también aumentada, cuando se palpa la arteria radial, y su medida con el Pachón nos dió 8½ de mínima por 20 de máxima.

La *auscultación* del corazón es muy interesante porque de-

muestra la existencia de un *ruido de galope típico* y además se puede escuchar en la base un *ligero soplo sistólico*. No adelantemos juicios acerca de estos hechos, para hacerlo en su debida oportunidad.

El examen de los pulmones, nos demostró que habían estertores crepitantes en ambas bases, reveladores de un *edema pulmonar* bastante extenso.

El *hígado* está muy descendido por el lado del abdomen, apenas doloroso. El *bazo* también se nota ligeramente hipertrofiado.

No hay trastornos gastro-intestinales.

El examen de la orina no ha revelado particularidad alguna digna de mencionarse, pero hay un poco de *polakiuria*. Este resultado negativo del análisis, no nos debe autorizar para concluir en la integridad de los riñones, porque en primer lugar no sabemos si practicado antes de su ingreso en el hospital, hubiera ocurrido lo mismo y por otro lado un solo análisis no es suficiente para formular conclusiones y todo hace creer, por el contrario, que dichos órganos, en el concepto clínico, no solo, no deben estar ilesos sino que han sido quizá los primeros en sufrir las alteraciones inherentes a una *intoxicación crónica*.

Entremos ahora, y en primer término, en la interpretación *etiológica* del caso que estudiamos. Entre los antecedentes de este hombre existe uno que culmina en importancia y cuya positiva influencia no debemos desestimar: es el relativo al abuso del *alcohol*. Pues aunque, no se ha practicado la reacción de WASSERMANN única razón eliminadora del germen *sifilitico*, la verdad es que él niega enfáticamente todo antecedente al respecto y mirando las cosas con un criterio comparativo de los numerosos ejemplos similares, podemos aceptar que la *intoxicación alcohólica crónica*, es, entre nosotros, sobrada y constante causa de degeneraciones arteriales y renales. Ya que en otras ocasiones he demostrado con ejemplos irrefutables que el *alcohol* engendra entre nosotros lesiones *aórticas degenerativas* con *exclusión de la sífilis*, y yo no puede olvidar en este respecto el de un enfermo de raza negra, que hace varios años estuvo en esta misma sala y que conocíamos con el nombre de *barullo*. Este enfermo entró en la sala con trastornos *cardiacos asistólicos*, presentando un doble soplo en la base, revelador de una *insuficiencia aórtica*, con degeneraciones de sus paredes. Este hombre con frecuencia experimentaba por las noches, crisis *dispneicas* y de palpitaciones que el designaba con el calificativo de «*barullo*». Era un *alcohólico* empedernido y aunque había tenido algunas manifestaciones *venereas*, nosotros juzgamos por la preponderancia de los antecedentes alcohólicos, que ellos debían ser la causa de todos los trastornos. Bajo la influencia de un régimen severo, el enfermo mejoró progresivamente, a punto de que se le dió de alta y volvió a ejercer su oficio de cargador menudo. Muchos meses después, este hombre entró nuevamente al servicio presentando esta vez un *chancro duro*, que nos vino a demostrar la exactitud etiológica de nuestras anteriores apreciaciones y la ninguna participación en las lesiones que había tenido de la *sífilis*. Pero era evidente, por otro lado, que la nueva ingerencia de esta infección en las lesiones ya adquiridas y tan avanzadas, debía ser

funesta y así lo fué, en efecto, porque murió *hemipléjico* y su autopsia demostró que efectivamente había una *insuficiencia aórtica* con *dilatación* del tronco y *degeneración* de sus paredes. La historia completa de este interesante caso, la encontrarán ustedes publicada en varias lecciones en la colección de la «Gaceta de los Hospitales».

Yo sostengo, pues, de acuerdo con estas enseñanzas, que entre nosotros el *abuso del alcohol* engendra *lesiones arteriales*, particularmente *aórticas* y también lesiones renales con *prescendencia absoluta de la sífilis*. E insisto de una manera formal en este punto, porque los autores clásicos no dan a esta etiología la importancia que tiene en mi concepto, por lo menos entre nosotros. ¿A qué se debe esta disparidad en la apreciación etiológica de los casos, o mejor dicho la influencia accesoria que los autores dan a esa etiología? No es creíble, ustedes comprenden, que esta causa esparcida en todo el mundo y al alcance de todos los observadores, no haya sido debidamente estimada en su grado de importancia; esta explicación peca por ridícula. Pero lo que sí podemos aceptar es que la calidad de las bebidas alcohólicas es diversa entre nosotros, y tal vez si en esa circunstancia descanza la frecuencia con que encontramos lesiones *aórticas* y *renales* de ese origen. Sea de ello lo que fuere, lo positivo y lo que yo sostengo es que entre nosotros, la *intoxicación alcohólica*, por sí sola, basta para determinar las lesiones ya consignadas.

Pasemos ahora a la interpretación clínica del enfermo que estudiamos. Hay un hecho que salta a la vista, en forma casi grosera y es que estamos en presencia de un *cardiaco* ya *asistólico* y que existen en él lesiones *aórticas degenerativas* como lo manifiesta el *soplo sistólico* de la base y las vibraciones de los gruesos vasos del cuello, así como la amplia diferencial de la tensión esfigmomométrica, que se encuentra de una menra especial y constante en los *aórticos*. Las paredes de la aorta, en este enfermo, deben estar atacadas, *esclerosadas* y hasta con placas de *ateroma*; sin que haya, hasta este momento signos apreciables de *insuficiencia*, porque no existe *soplo diastólico*. Pero fácil es comprender que esto puede realizarse de un momento a otro, si las paredes del vaso ceden bajo la influencia de la labor hidráulica que sobre ellas gravita.

Pero otro fenómeno de alta significación clínica, es que en este enfermo existe un *ruído de galope típico*, revelador de lesiones *renales indiscutibles* y que él, aunque el análisis de orina practicado después de su ingreso en el hospital, nada diga al respecto, es argumento suficiente para que afirmemos la existencia de esas lesiones. No deben ustedes olvidar, en efecto, que apenas entrado a la sala este enfermo, fué tratado enérgica y convenientemente. Se le sangró copiosamente, se le sometió a la dieta absoluta y no es extraño que el análisis practicado entonces haya dado los resultados que eran de esperarse.

Nosotros aceptamos, pues, que este hombre es un *nefrítico* de *origen alcohólico*, y no estamos tampoco lejos de aceptar que lo ha sido *primitivamente*, que sobre el corazón han repercutido estas lesiones; *hipertrofiándolo* y engendrando el *ruído de galop*; pero

que después la acción permanente del alcohol ha concluido por atacar la *aorta* de manera que hoy este enfermo es también un *cardiaco* y un *cardiaco* avanzado, cuyas lesiones tienen hoy primacía y absorven, por decirlo así, toda la apariencia sintomática actual. Pero desde el punto de vista anatómo-patológico, es lo que se designa con el nombre de un *cardio-renal*.

Ahora, si consideramos a este enfermo, en su aspecto fisiopatológico, debemos convenir en que es un *asistólico*, por la índole de sus lesiones cardíacas y un *intoxicado* por sus lesiones *renales*. Esta fórmula totalisa, digamos así, la actualidad clínica de este caso y responde al diagnóstico que de él debe hacerse.

Pero, regresemos ahora al origen de las lesiones, a aquella época en que los *riñones*, impresionados por el tóxico de que venimos hablando, comenzaron a alterarse. Bien sabido es, que el campo por donde el alcohol se elimina, es el pulmonar, pero cuando su abundancia es excesiva, busca también otras salidas, siendo el emuntorio renal una de ellas. Por este mecanismo, la trama vascular del riñón, sufre el contacto permanente del tóxico y experimenta las mismas alteraciones que la *aorta*. Lo mismo sucede con los demás componentes histológicos del órgano. De todo lo cual se infiere, que se desarrolla una *nefritis*.

El concepto clínico de estas alteraciones ha evolucionado en estos últimos tiempos, adaptándose con más propiedad a las necesidades de la práctica. En otra época, y no hace de esto mucho tiempo, dominaba el elemento anatómo-patológico como base del criterio clínico y así se describían las *nefritis parenquimatosas*, las *intersticiales*, las *difusas*, &, &, pero estas divisiones no respondían evidentemente a la buena dirección de una terapéutica efectiva y provechosa. Toca al Prof. WIDAL el mérito de haber revolucionado este concepto, introduciendo en su apreciación las bases *patogénicas* de los accidentes que se observan en las *nefritis*. De esta manera nos hemos acercado más a la realidad de los trastornos que ellos producen y nos hemos puesto prácticamente en el terreno de combatirlos con más eficacia, desatendiéndonos casi por completo, de la idea anatómica que les dá origen, y que, en la gran mayoría de casos, está por encima de nuestros actuales recursos para modificarla. Esta manera de juzgar las cosas tiene además la gran ventaja de ser claramente *clínica* y al alcance de todos nuestros medios de investigación objetiva y técnica.

De acuerdo con estas ideas, el Prof. WIDAL ha presentado una división de las *nefritis* en *hipertensivas*, *clorurémicas* y *azoémicas* que representan las diversas modalidades observadas en la práctica.

No vayan ustedes a creer, sin embargo, que semejante división, representa un definido aislamiento de todas estas formas: ella, como todas las divisiones en el orden nosológico, solo manifiesta la preponderancia de los caracteres clínicos respectivos. Lo habitual es ver la combinación, en mayor o menor proporción, de todas ellas. Hechas estas salvedades, resulta fácil y sencillo agrupar un caso dado en una u otra categoría.

Nuestro enfermo, como ya hemos dicho, es un *nefritico* y pertenece a la categoría de los *clorurémicos*, desde que como ustedes

saben, la *anasarca*, todavía hoy apreciable en la cara, es y ha sido el fenómeno más culminante. Pero al lado de esta consideración, no debemos dejar de lado el hecho de que se observa también en él una *hipertensión* bastante apreciable, de manera que como ustedes ven este es un caso complejo con manifestaciones múltiples. Hasta este momento no hay caracteres de *azotemia*, por lo menos, ostensibles, pues no se observan en él, ni pérdida del apetito, ni dolor de cabeza, ni vómitos, que son los síntomas indicadores de ese género de intoxicación.

De suerte que nuestro enfermo, es un *nefrítico clorurémico hipertensivo* y un *cardiaco aórtico*. No es difícil entonces darse cuenta del hecho, de que los trastornos que emanan de esa complejidad de lesiones complican más gravemente su situación y le hacen muy precaria. Hoy, en efecto este hombre es a la vez, como ya lo hemos dicho, un *cardiaco asistólico* y un *renal*, de manera que la terapéutica debe inspirarse en esa doble noción. Por consiguiente, necesita el *reposo prolongado*, una alimentación *desprovista de cloruros* (en el hospital es difícil observarla, de manera que conviene usar la leche moderadamente), el empleo de los tónicos cardiacos, el *extracto de estrofanfo*, especialmente, y los diuréticos y la teobromina, entre ellos. Vigilar por último el buen funcionamiento del vientre y practicar fricciones estimulantes de la piel para ayudar y reemplazar las funciones languidecidas del emuntorio renal.

Con estos recursos, ustedes verán, en muchos casos, verdaderas resurrecciones. Enfermos gravísimos, que parecen condenados a una muerte inevitable, se rehacen, y cuando observan con rígida obediencia, los preceptos que hemos aconsejado, se les vé después vivir casi indefinidamente y hacer frente a las apremiantes necesidades de la vida. ¿Podrá nuestro enfermo ser uno de esos predestinados? Hoy por hoy, la cosa es muy dudosa, porque este pobre desventurado no ha hecho caso de sus lesiones: ha esperado llegar al colmo de su desequilibrio para tomar medidas y venir a curarse. Esta circunstancia ha permitido que los trastornos hayan avanzado impunemente al último grado de intensidad, de suerte que su porvenir debe juzgarse *muy sombrío* y en caso de mejorar, hay derecho para creer que esa mejoría no será muy duradera.

LA ONTOGENIA DEL INSTINTO SEXUAL Y LA SUBCONSCIENCIA SEGUN EL PSICOANALISIS

Por HONORIO F. DELGADO.

«Lo incoherente es el enigma que ofrece sus problemas a la psicología».

HARALD HOFFDING,
La Pensée Humaine, 1911, p. 28.

La investigación de los orígenes de la homosexualidad ha conducido a FREUD a la aserción de que es insostenible la asexualidad del niño; que las funciones sexuales no se instalan *de golpe* en la pubertad; que el individuo tiene vida sexual desde el nacimiento; que la naturaleza de la sexualidad infantil es diferente de la normal del adulto; que la infantil tiene en germen todos los elementos de la normal y de la perversa del adulto.

Es de suma importancia que profundicemos algo estos conceptos, pues es grande su trascendencia. La investigación psicoanalítica de la vida sexual de los «neurópatas» (víctimas de la neurosis) y la observación directa de los niños ha permitido a FREUD deducir que el desconocimiento de la actividad sexual primitiva obedece a una amnesia de las impresiones infantiles. «Parece cierto, dice nuestro autor, que el recién nacido aporta consigo los gérmenes de sentimientos sexuales que siguen desarrollándose por algún tiempo y luego sucumben por una supresión progresiva, la cual a su vez es interrumpida completamente por el progreso propio del desarrollo sexual, el cual puede ser refrenado por idiosincrasias individuales. Nada se conoce de lo concerniente a las leyes y periodicidad de este curso oscilatorio del desarrollo. Parece, no obstante, que la vida sexual del niño manifiesta su *máximum* a los 3 ó 4 años en forma accesible a la observación.» (1).

El carácter del placer sexual infantil es no ser definido e independiente de las demás actividades biológicas del individuo, sino que está ligado a sus funciones somáticas de nutrición, excreción y tal vez a la actividad quinética y sensorial. Además, para que el goce sexual tenga lugar, no es necesario que la impulsión se dirija a otra persona, como en el adulto. El niño en cierta época encuentra en sí mismo la fuente del placer, no requiere objeto de deseo, es *autoerótico*, y «de la misma manera que más tarde, en las condiciones del deseo sexual, no son solamente los órganos sexuales de la persona amada, sino todo su cuerpo, lo que constituye el objeto sexual, lo mismo desde el origen, no solamente los órganos genita-

(1) FREUD, *Three Contributions to the Theory of Sex*, 2a. Ed. New York, 1916, p. 4

les, sino también las diferentes partes del cuerpo, son los centros de una excitación sexual, la cual, con un estímulo apropiado, provoca sensaciones de voluptuosidad.» (1).

Otro de los caracteres de la sexualidad primaria es que está formada por actividades elementales, instintos parciales, que tienen por substracto principal determinadas regiones irritables de la superficie cutánea y mucosa del organismo, las *zonas erógenas*, cuya excitación genera el impulso sexual, que se satisface con la eliminación del mismo estímulo orgánico. Las zonas erógenas radican principalmente en los contornos de las aberturas naturales, como la boca, el ano, el pene o el clítoris, etc. La génesis del deseo está en que una vez experimentado el goce por el estímulo de una zona, el individuo queda en un estado de creciente tensión emocional, que causa desplacer, mientras no es tocada la zona; esta tensión se proyecta a la inervación periférica bajo la forma de escozor en la zona erógena; estado que cesa con un nuevo estímulo de esa zona, para que se repita otra vez, con el goce consiguiente, la eliminación de la tensión engendrada durante el reposo.

El placer causado por la excitación de las zonas erógenas no pone fin total a la tensión sexual, por el contrario, la aumenta como capacidad y este aumento es a la larga la causa del despertar de otros mecanismos de descarga, que son los de la madurez genital, que ponen fin a la tensión en el acto del coito. El placer sexual infantil es, pues, a la vez fin, y medio: fin, como satisfacción erógena actual; medio, como que prepara las funciones sexuales del porvenir, de la madurez genital. El placer sexual resulta ser sólo un *preplacer* o *anteplacer*, en tanto que en el adulto existe este anteplacer como premonitorio del *placer-fin*.

Hay, naturalmente, procesos orgánicos que realizan normal y rítmicamente el papel de excitantes erógenos. Así, la actividad sexual de la zona labial es alimentada por la función de nutrición en su primera fase de succión; la de la zona anal lo es por la defecación; la de la zona propiamente genital es la micción. Pero como la tensión sexual se acumula y el deseo tiene por carácter fundamental tender a su propia satisfacción, con frecuencia obliga al individuo a estimular deliberadamente las zonas por acciones verdaderamente masturbatorias; excita la zona labial, por ejemplo, succionando los dedos: maniobra que no es condicionada, como vulgarmente se cree, por el deseo de alimento, pues, aparte de que se realiza aún cuando el niño no necesita alimento, está vinculada con otras maniobras que conducen al orgasmo, como fricciones del pecho y de los órganos genitales; la anal es excitada por la retención del bolo fecal (causa frecuente de muchas constipaciones puramente psicógenas en los niños y en los neurópatas, como lo comprueba la clínica); la genital por roces manuales y compresión por la aducción de los muslos; etc.

Hemos dicho ya que el instinto sexual comporta varios componentes o impulsiones parciales, que originariamente tienen sus zonas correspondientes y que más tarde, al pasar de la fase de auto-

(1) FREUD, *Das Interesse an der Psychoanalyse: Zweiter Teil: Ihr Interesse für die nicht Psychologischen Wissenschaften*, «Scientia», XIV, XXXII. 1913, p. 374.

erotismo a la de actividad sexual con objeto de deseo, también se manifiestan. La particularidad de estas impulsiones parciales es que son funciones polares, *ambivalentes* o de doble cualidad: activa y pasiva; es así que la homosexualidad y la heterosexualidad no son ontogenéticamente independientes, sino que forman un par elemental unívoco; también el sadismo y el masoquismo son el aspecto activo y pasivo, respectivamente, del placer de causar dolor; y, asimismo, el placer de mirar los órganos sexuales y el exhibicionismo forman un par sexual en el que el primero es activo y el otro es pasivo.

Siguiendo con la historia de la sexualidad, hambre sexual o *libido*, como se designa en la literatura analítica, tenemos que, aún dentro de la época pregenital, se realiza el pasaje de la fase de autoerotismo a la de sexualidad con objeto de deseo. Este objeto es un principio el propio cuerpo del individuo; es decir que entonces el niño se ama a sí mismo, como Narciso de la leyenda, lo que ha valido a este período del desarrollo del libido el nombre de *narcisismo*. Pero el narcisismo no es sino un estado transitorio, que prepara la última etapa de la evolución del libido, la que requiere objeto de deseo extraño al propio sujeto, o sea en otra persona. Por lo demás, estas divisiones no son nada precisas, pues ya en el primer estado hay por lo menos esbozos de las tendencias que ulteriormente serán exclusivas. Es así que refiriéndose FREUD a aquel estado, dice: «Debemos admitir, no obstante, que la vida sexual infantil, aunque principalmente bajo el control de las zonas erógenas también manifiesta componentes en los cuales desde el comienzo otras personas son miradas como objetos sexuales.» (1) De otro modo no se explicaría tampoco la existencia de impulsos parciales en la fase de autoerotismo, pues requieren segunda persona.

El primero de los objetos de deseo ajenos al niño, es la persona que más relación tiene con él, la madre, la nodriza, la hermana, etc. Por lo que respecta al signo o clase del sexo, cualquiera de los dos es lo mismo en un principio; pues el niño, cuyo sexo tampoco es definido psicológicamente, no busca más que objeto, de cualquier signo que sea. Después, como los sexos comienzan a definirse, entonces los niños aman a personas de sexo opuesto al suyo: si es varón, ama a su madre, y si mujer, a su padre. Pero la cosa no queda aquí, sino que el niño reclama la exclusividad en el objeto de su libido, y, por consiguiente, nacen en él sentimientos de rivalidad para el progenitor del propio sexo. Tal situación psicológica se conoce con el apropiado nombre de *complejo de Edipo*, en el hombre, y de *Electra*, en la mujer, por su concordancia con el leitmotiv de las tragedias de SOFOCLES, cuyos temas no pueden considerarse como meros productos del azar, sino como retratos de la realidad vivida: como un deseo de la infancia realizado. (2) Por com-

(1) FREUD, *Three Contributions to Theory of Sex*, of p. 53.

(2) De la creación de SOFOCLES, como de los orígenes etnicopsicológicos en los diferentes factores que estudia el psicoanálisis, tratamos en un trabajo aparte, que es el complemento obligado de esta tesis: *El Psicoanálisis en sus aplicaciones extrapsíquicas*, que próximamente aparecerá en la «Revista Universitaria».

plejo se entiende en el lenguaje psicoanalítico todo sistema^f de ideas ligadas por una fuerte carga afectiva.

A la edad de 5 años, o antes, la actividad sexual entra en un período de latencia, que se prolonga hasta la pubertad, época de la vida en que se manifiesta con caracteres verdaderamente genitales en el individuo normal. Pero durante el lapso de latencia no deja de producirse la excitación sexual; lo que pasa es que la energía que nace de ella se deriva en procesos no sexuales: se gasta bajo la forma de sentimientos sociales. Antes de ocuparnos de las causas exógenas y endógenas que determinan la inhibición del libido, queremos encarar la cuestión del proceso involutivo de sus actividades elementales, y señalar las vicisitudes posibles en caso de no realizarse aquéllas de manera completa.

Los componentes sexuales primitivos poco a poco van perdiendo su actividad, salvo el de la zona genital, que la vá aumentando *pari passu*: se realiza, pues, un proceso de verdadera concentración en la zona antedicha. En la mujer hay además un desplazamiento de la zona erógena principal, del clítoris a la vagina, requisito indispensable para la adquisición del carácter femenino del sexo, pues antes de que tal suceda es masculino en buena parte. Este cambio de sexo en la mujer es un hecho de gran significación, pues implica una complicación mayor y, por consiguiente, una dificultad más en la evolución del libido; lo que nos dá la clave de la mayor frecuencia de la histeria en las personas pertenecientes al sexo en que tiene lugar tal cambio.

El dominio exclusivo de la zona genital, la que será útil para los fines de la reproducción después de la pubertad, significa, pues, la formación de una sexualidad normal. Por el contrario, cuando la constitución sexual pregenital, que es, como hemos visto, el conjunto de todos los equilibrios sexuales posibles—es, para usar la expresión freudiana, de una *perversidad polimorfa*—, cuando no sufre las modificaciones involutivas en sus elementos no genitales, tienen lugar las perversiones y por eso se consideran, según el concepto psicoanalítico, como supervivencias, y no como formaciones nuevas, y por ende inexplicables satisfactoriamente.

Así, por una anomalía del desarrollo psicosexual puede quedar fijado cualquiera de los elementos: el de la succión de la zona labial, el anal, el vesical, etc. Aunque no quisiéramos descender de las ideas generales, sin embargo, señalaremos un ejemplo muy interesante del primer caso, que es raro, que tomamos de A. A. BRILL; aparte de esto, quien quiera conocer las pruebas clínicas que refuerzan las teorías freudianas puede ocurrir a las fuentes: los casos clásicos son el del niño Hans, de FREUD (1), y el de la pequeña Anna de JUNG. (2).

El caso a que aludimos de fijación del componente de la succión, lo relata el autor citado así: «Conozco una viuda de 35 años, quien, a despecho de grandes esfuerzos para perder el hábito se

(1) FREUD, *Analyse der Phobie eines 5 jährigen Knaben*. «Jahrbuch für Psychoanalytische und Psychopathologische Forschungen». I. 2, 1909

(2) JUNG, *Experiences concerning the Psychic life of the Child*, «Collected Paper on Analytical Psychology». London 1916.

chupa el dedo pulgar hasta que se casa a los 25 años: con la viudez retorna la perversión» (1). Indudablemente que aquí se trata de una manifestación sexual autoerótica que fué innecesaria durante la vida conyugal por realizarse la satisfacción venerea normal.

La fijación de las fases de narcisismo y de la situación de Edipo también implican una perversión, la homosexualidad.

La supresión del libido en el período de la latencia se debe a la acción de la educación, que impone la *represión* de tales tendencias, que son incompatibles con la civilización; pues ésta en sus albores, como primera medida restrictiva, erige una barrera al incesto. El proceso de represión no es puramente actual, porque, como se ha realizado a través de infinidad de generaciones, ha llegado a ser en buena parte cuestión de organización hereditaria, independiente de la cultura del medio en que crece el niño.

Gracias a la represión, las impresiones primitivas, que conservan su energía, la transfieren a tendencias o formaciones psicológicas que no guardan nada de su inmoralidad primitiva; en esto consiste el proceso de *sublimación*. Sucede también que las impulsiones sexuales son suprimidas por la acción directa y opuesta de superestructuras psicológicas, de acuerdo con las normas sociales, como el asco, la vergüenza, etc.: *formaciones reactivas*, que a veces pueden ser de tal intensidad que impulsan al individuo más o menos oscuramente a la anulación del sexo, a la autocastración mental, que, persistiendo después de la pubertad, son causa de impotencia psicosexual.

Así como las perversiones sexuales emanan de la insuficiente atrofia de las tendencias libidinosas infantiles, así las neurosis proceden del exceso de represión de las mismas tendencias, por eso ha dicho FREUD que «la neurosis es el negativo de la perversión» (2); sin que esto quiera decir que la tendencia madre de la perversión haya sido débil: pues bien puede suceder que una perversión, después, por la acción avasalladora de la represión, se trueque en una neurosis.

Infinidad de causas incidentales pueden también dar lugar a trastornos de la vida psicosexual que tengan por consecuencia la *regresión* de una impulsión primitiva, ya inhibida.

Mil causas condicionan el desarrollo psicosexual del niño; la formación de su carácter depende de la alquimia de su primera sexualidad. La misma ternura y exceso de solicitud de los padres es peligrosa para el niño pues favorece la fijación del complejo de Edipo. Por estas ligeras y fragmentarias indicaciones se puede juzgar la importancia del libido infantil en el porvenir del sujeto y por eso no conceptuamos exagerada la sentencia de JUNG: «en esencia, el destino de nuestra vida es idéntico con el destino de nuestra sexualidad.» (3)

La represión del libido implica un proceso de desarmonía en

(1) BRILL, *Psychoanalysis, Its Theories and Practical Applications*, 2a. Ed. Philadelphia, 1914, p. 21-22.

(2) FREUD, *Three Contributions to the Theory of Sex*, p. 29

(3) JUNG, *The significance of the father*, «Collected Papers on Analytical Psychology», p. 172.

tre los elementos de la personalidad del niño; un conflicto entre tendencias que son incompatibles, cuyo resultado final es la hegemonía aparente de las de origen social, que eclipsan a los instintos sensoriales; que eclipsan solamente pues la poderosa «voluntad de la especie» es imperecedera. No se anonada, en realidad, el libido sólo se sustrae a la luz de la conciencia; y no porque mora debajo de su umbral deja de gobernar la imaginación y la conducta del individuo: lo hace, aunque con disimulo, pero sin tregua. Es pues, que el conflicto no termina con la represión de la cosntelación psicológica infantil, sino que perdura en un plano diferente: entre la conciencia y la subconsciencia. Como al individuo sólo le es accesible uno de los sistemas rivales, el de la conciencia, no se puede dar cuenta de la lucha. Esta, sin embargo, en ciertas condiciones es ventajosa para la subconsciencia, pues el guardián que impide el acceso a la conciencia de los elementos reprimidos, o sea la *censura*, es a veces menos inflexible que el Cerbero: tal sucede durante el sueño.

En los sueños es en verdad donde más se revela el trabajo profundo de la psiquis; cuyo descubrimiento es la más valiosa contribución de FREUD al progreso del saber humano. El ha descubierto las leyes a que está supeditado el fenómeno onírico; siguiendo distinto camino que los magos y astrólogos de otrora, ha revelado su misterio, hasta entonces insondable, pero para todos evidente, y ha formulado las reglas para precisar su significado. Los procedimientos que emplea el onirocrita vienen en su labor de exégesis son rigurosamente científicos, basados en el estudio comparativo y genético, no solamente del material onírico, sino también de toda la historia del soñador.

Veamos, pues, cuál es esquemáticamente el mecanismo de la vida de los sueños. Cuando cesan las sollicitaciones de la vida mental de adaptación, o mejor dicho: cuando la función del sueño libra a la subconsciencia de la acción interferente del mundo exterior, instálense entonces procesos representativos de actos que son la consumación de deseos no satisfechos o reprimidos. Supradigma es el procedimiento que emplea la imaginación infantil cuando la falta de satisfacción objetiva de una necesidad la obliga a realizarla alucinatoriamente.

La ininteligibilidad de los sueños no es sino aparente: detrás de las escenas incoherentes y complicadas de su fantasmagoría, se oculta una idea clara, una intención definida. El ensueño, tal como lo percibe el soñador, es simplemente su *substancia manifiesta*, sin valor psicológico en sí; en tanto que el contenido inteligible, lógico, o sean las ideas que sirven de *leitmotiv* en la *mise en scene*, constituyen el *contenido latente*; el proceso por el cual se convierten las ideas latentes en substancia manifiesta, constituye el *trabajo onírico*, que es precisamente inverso al que tiene que realizar el onirocrita al efectuar el análisis. El mecanismo del trabajo onírico, los cambios ocurridos, que obedecen al principio de la *censura*, cuya presión no deja totalmente de ejercerse durante el sueño, denota la existencia de los procesos de *dramatización*, *condensación* y *desplazamiento*, que son la causa eficiente de la obscuridad y caos

aparente del ensueño. Por virtud del primero de los procesos señalados se truecan en alucinaciones los pensamientos del contenido latente; gracias a la condensación se fusionan, se superponen, varias imágenes, que, no obstante su ostensible desemejanza, tienen un parentesco psicológico, y la combinación de sus elementos encarna una intención que es del mayor valor para el psicoanalista; por último, debido al desplazamiento, las imágenes y escenas oníricas que tienen escasa significación en el contenido latente, se exhiben en la sustancia manifiesta como las más importantes: lo que equivale a decir que en virtud de esta acción se trasmutan los valores psicológicos, robando intensidad, viveza y tono emocional, elementos que realmente son pobres en significado y representación.

Además de la acción deformadora del trabajo onírico, en la reproducción *in mente* durante la vigilia, o en el relato de los sueños a segunda persona, tiene lugar otro proceso, la *elaboración secundaria*, que los desnaturaliza aún más, de suerte que la acción de la censura sobre el ensueño de la noche no se limita al momento de su formación, no termina al despertar.

Fácil es comprender la índole principal de los deseos que por acción de la censura se realizan disimuladamente durante el sueño. Hemos dicho ya que las tendencias que más repugnan a la conciencia son las de origen sexual. Fuera de los sueños ingenuos de tipo infantil, que son la simple visión de una hazaña o acontecimiento clara y completamente realizado, que nace de una inocente posibilidad halagueña concebida en la vigilia, la gran mayoría son la satisfacción de impulsos eróticos, y que generalmente desde la niñez aguardan, en el refugio de la subconsciencia, el momento propicio a su eclosión «El deseo consciente, dice FREUD, llega a ser incitador de ensueños solamente cuando consigue despertar en la subconsciencia uno similar que lo refuerce». (1)

Visto sintéticamente el trabajo de elaboración del sueño, la dramatización, la condensación, y el desplazamiento se reducen a simples aspectos de un proceso único, la *simbolización*, que no es exclusiva de los ensueños, pues es también el *modus faciendi* de las neurosis, de las psicosis funcionales, y en general de toda la actividad subconsciente en su conflicto eterno con la represión. «Si el ensueño que es la expresión de algún deseo erótico, lo logra haciendo aparecer como inocentemente asexual, ello le es posible sólo por una vía. La materia de estas presentaciones sexuales no puede ser percibida como tal, sino que debe ser reemplazada por alusiones, sugerencias y medios indirectos similares; a diferencia de otros casos de presentación indirecta, los usados en los ensueños deben ser privados de relación directa. Los medios de representación que responden a estas necesidades son comunmente llamados «símbolos». Un interés especial se ha puesto en ellos desde que se ha observado que los soñadores de la misma habla usan símbolos semejantes—es verdad que en ciertos casos la comunidad de sím-

(1) FREUD, *The Interpretation of Dreams*, 3a. Ed. London, New York, 1916, p. 438.

GLICEROFOSFATO ROBIN

GRANULADO

(Producto fisiológico parecido al del organismo)

El primero introducido en terapéutica en 1887.

El ácido *glicerosfosfórico* descubierto por Goblely en 1846 en la lecitina de la yema de huevo, se halla normalmente en todos los tejidos nerviosos de la economía, en la médula, cerebro, etc.

Es la forma química de los fosfatos adoptada por el organismo. Al igual de los ácidos grasos, el ácido *glicerosfosfórico* forma sales con los alcalinos, cal, sosa, etc., *idénticos á los jabones (glicero-estearato de sosa, etc.)*, y es lo que explica la perfecta asimilación y la inocuidad de dichas sales, sobre todo estando bien preparadas.

Las propiedades terapéuticas de los *glicerosfosfatos* fueron evidenciadas por la comunicación del *Profesor A. Robin á la Academia de Medicina en 1894.*

Nuestro preparado químicamente puro, preparado en frío, por medio de procedimientos especiales, conserva toda su *solubilidad en los líquidos acuosos.*

EL GLICEROFOSFATO ROBIN se emplea bajo forma de :

Granulado : en dosis de 2 cucharas-medidas en un poco de agua en cada una de las dos principales comidas.

Comprimidos efervescentes : (sin azúcar) se disuelven en pocos minutos en el agua.

Dosis : 4 comprimidos diarios
(especialmente para Diabéticos, etc.)

Inyectable : Una inyección por día (ampolla 2 c.c.)
Crecimiento, Recalcificación, Embarazo, Lactancia, y contra todas las formas de Debilidad y Agotamiento.

LABORATORIOS ROBIN, 13, 15, 31, Rue de Poissy, PARIS

AL MENUDEO : TODAS LAS FARMACIAS

IODONE ROBIN

Es á **Maurice ROBIN** que se debe el descubrimiento (en 1881) de las combinaciones *metalo-peptónicas* tan propagadas en la actualidad.

Todos los preparados llamados á base de peptona, hoy día en el comercio, son posteriores á su descubrimiento y no han hecho más que imitar, sin igualarla, su combinación inicial.

El IODONE ROBIN es el mejor y el más asimilable de los preparados yodados.

No confundan el **IODONE** con antiguas ó recientes imitaciones que salen á cada paso con nombres más ó menos similares, con el fin de sorprender la buena fe del público.

Tales preparados no son verdaderas yodopeptonas, pues la mayoría son á base de albúmina, albumosa (peptona de gelatina), glicocola ó bien de glicógeno y hasta á base de aceite de palma-cristi, mientras el **IODONE ROBIN** á base de **PEPTONA TRÍPSICA**, contiene **TIROSINA**, único producto fijador del yodo y que forma una combinación definida, como lo demostró el profesor A. BERTHELOT, de la Escuela Superior de Farmacia (*Véanse reseñas de la Academia de Ciencias en mayo 1911*).

El **IODONE ROBIN** ha sido consagrado por una tesis sostenida en la Facultad de Medicina de Paris, por el Dr. Boulaire (intitulada "Estudio compara-

tivo de los compuestos yodados orgánicos", 1906).

El **IODONE ROBIN** entre los preparados de **Peptonas yodadas** es:

1º **El único** á base de **Peptona Trípica**;

2º **El único** que sea **INYECTABLE é INDOLORO**;

3º **El único** que haya sido objeto de un informe favorable en la **Academia de Medicina**, por el Profesor Blache (sesión del 26 de marzo de 1907).

El **IODONE ROBIN** se emplea con éxito *en lugar del Yoduro potásico, para evitar el yodismo*, en:

Arterioesclerosis, Enfisema, Asma, Artritis, Obesidad, Catarro pradal, Sífilis, etc.

Modifica la diátesis de dichas dolencias excitando los vasos-motores y activando la circulación de la sangre. —

MANERA DE USARLO :

IODONE GOTAS : 10 á 30 gotas en las dos principales comidas, en agua con leche ó vino claro, etc. En las manifestaciones gotosas se usa en dosis de 40 á 50 gotas por comida.

IODONE INYECTABLE : Una ampolla de 2 centímetros cúbicos por día (dosificada á 0 gr. 02 y á 0 gr. 04 de yodo metálico por centímetro cúbico).

El **IODONE INYECTABLE** se usa con éxito en los casos de **Septicemia generalizada** ó local, al igual que en las manifestaciones gotosas.

Ruégase á los señores Doctores tengan á bien comprobar, por experimentación, las aseveraciones más arriba expuestas, con el fin de que se convenzan de la superioridad del IODONE.

Depósito General y Venta al por mayor : 13 y 15, Rue de Poissy, PARIS
AL MENUDEO EN TODAS LAS FARMACIAS.

que en el fondo conservan una semejanza que le recuerda sus más queridas experiencias?» (1).

La veracidad de la simbolización sexual no sólo se funda en el estudio comparativo del material de observación, que por sí sólo es apodíctico, sino que tiene su comprobación experimental. En efecto, si a un sujeto que ignore por completo las teorías psicoanalíticas, se le ordena, estando en estado hipnótico, que sueñe determinada aventura sexual, y al despertar se le pide una detallada relación de sus sueños, se verá que la sustancia manifiesta no exhibe absolutamente nada que de una manera literal se relacione con el libido, pero sí que las imágenes y su secuencia corresponden indirectamente, siguiendo las leyes de la simbolización, a la aventura sugerida, como en los sueños no provocados. Estas experiencias que han sido realizadas por primera vez por KARL SCROTTER (2), son toda una prueba crucial.

El ensueño, que desempeña la función más elevada como protector del equilibrio psíquico, sirviendo de verdadera válvula de escape para las tendencias instintivas, que de ser completamente inexpressadas se harían patógenas, desempeña al mismo tiempo el papel de *guardián del sueño*: de manera que para que uno pueda dormir, es preciso que sueñe. Como esta función particular del ensueño no nos interesa directamente, dado el fin puramente psiquiátrico de este trabajo, la pasaremos por alto.

Si es cierto que en la gente normal, durante los sueños se apaciguan los deseos de la subconsciencia con relativa libertad, por su satisfacción ilusoria, lo es también que no encarna el medio exclusivo de tal expresión: pues durante la vigilia se sueña también de manera no radicalmente diferente del onirismo nocturno. Es frecuente, en efecto, sobre todo en los adolescentes y en los neurópatas, soñar despiertos con hazañas en que el sujeto es el héroe triunfador y conquistador de corazones: estos sueños de día son en buena parte sustitutos psicológicos de la masturbación. Por otra parte, corrientemente, en momentos de relajamiento de la censura, se realizan ciertos actos descuidados, involuntarios, que FREUD llama desfallecimientos (*Fehlleistungen*), que no son, como cree la psicología tradicional, productos negativos, sino labor positiva de la actividad psicológica; son manifestaciones intencionadas, del mismo origen y con idéntico resultado que los sueños.

Así, pues, en la vida mental ordinaria hay infinidad de actos que sólo a la luz de las enseñanzas de la «psicología de las profundidades» se nos presentan como productos de causas efectivas. «Ciertas imperfecciones de nuestras aptitudes mentales—dice FREUD—y ciertos hechos aparentemente no intencionales dan prueba de ser bien motivados cuando se les somete a la investigación psicoanalítica, y son determinados en la conciencia por motivos desco-

(1) FERENCZI, S., *Stages in the development of the sense of reality*, «Contributions to Psycho-Analysis», Boston, 1916, p. 193.

(2) SCROTTER, *Experimentelle Traume*, «Zentralblatt für Psychoanalyse», II, 1912. (RANK and SACHS, *The Significance of Psychoanalysis for the Mental Sciences*, New York, 1916, p. 22.)

nocidos para ella» (1). El hecho más trivial, el olvido de los nombres propios, por ejemplo, obedece con mucha frecuencia a la intervención de la represión: en efecto, la circunstancia de que el nombre no recordado corresponda o sea simplemente parecido al de una persona que por algún motivo está relacionada con un episodio desagradable de nuestra historia, es razón suficiente para que la censura, ejerciendo su función esencial de evitar el desplacer, interfiera no dejándolo transponer el umbral de la conciencia. La sustitución de palabras, los *iapsus*, los equívocos en la pronunciación de las voces corrientes, como de las pertenecientes a voces extranjeras, el desorden en la construcción de las frases, y en general los errores al hablar, leer o escribir, en gran parte están supeditados a la misma contingencia: son productos de conflicto psíquico. Sucede además que las expresiones incorrectas usadas por personas instruidas son a veces la revelación involuntaria de deseos secretos. El mecanismo, pues, de tales fenómenos no es regido en la mayoría de los casos por leyes fonéticas, sino por determinantes historicopsicológicos.

De igual naturaleza son los olvidos de conocimientos y resoluciones: «nuestra torpeza frecuentemente no es más que el manto bajo el cual se disimulan nuestras intenciones secretas» (2).

Hay todavía otros hechos de la vida cotidiana que se explican por el psicoanálisis: de un lado el afán de guardar objetos inútiles, de coleccionarlos, que sirve para calmar el deseo de posesión o de uso de algo que los objetos coleccionados simbolizan; o, si no se trata de determinada especie de objetos, sino de la manía de coleccionar todo, el fin de tal propensión es entonces simplemente, tener una ocupación activa y constante de la inteligencia, para así evitar lo más posible el conflicto psíquico: por lo demás éste es un expediente muy usado por la mente, y del cual es sólo un caso particular el citado. De otro lado, la pérdida deliberada, aunque inconsciente, de determinados objetos, que se explica por que la desaparición sirve para hacer olvidar algo que trae a la memoria la vista o el uso de la cosa; o la pérdida significa sencillamente el medio interlope de conseguir un sustituto mejor, nuevo.

El chiste, el gracejo, lo cómico, son también maneras de expresar disimuladamente los complejos reprimidos. Por su uso, tanto el humorista, como el repetidor y los oyentes, logran expresar deseos particularmente eróticos, cuyo significado es enmascarado por los artificios de la forma, que son a veces tan complicados que confunden a la razón. El mecanismo por el cual el deseo sexual de la subconsciencia se transforma en gracioso juego de palabras, que suscita sentimientos de placer, inocentes en apariencia, y que la conciencia tolera perfectamente, es complicado en su detalle; su estudio a *profundi* ha requerido de FREUD un tratado especial. (3) Según nuestro autor, el «anteplacer» ganado por el procedimiento señalado, es utilizado con el fin de poner en libertad mayor

(1) FREUD, *Psychopathology of Everyday Life*, 4a. Ed. New York, 1916, p. 277.

(2) FREUD, *Das Interesse an der Psychoanalyse: Erster Teil. Das Psychologische Interesse*, «Scientia» XIV, XXXI, 1913, p. 244.

(3) FREUD, *Der Witz und sein Beziehung zum Unbewussten*, Leipzig, 1905.

placer por la remoción de inhibiciones interiores. Los cambios que sufren los símbolos verbales en las psicogénesis del chiste, son muy semejantes a los que experimentan las imágenes de los sueños.

En suma, el psicoanálisis ha puesto en evidencia que en la psiquis hay un centro permanentemente afanado en intervenir en la vida mental del sujeto, la subconsciencia, donde existe activo el producto de la represión, o sean los complejos rechazados por la censura. Como la conciencia se defiende de estas entidades ocultas por medio de la censura, resulta un estado de perpetua lucha: en ella triunfan los elementos superiores por medio de *formaciones reactivas*, cuando no se imponen los inferiores, por *formaciones compensatorias*. Esta fórmula es valedera tanto para el estado hígido como para el estado mórbido de la mente.

REVISTA DE TESIS

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE ETIOLOGIA Y PATOGENIA DEL ADENOIDISMO. SU IMPORTANCIA MEDICO SOCIAL.—Tesis que para optar el grado de Bachiller presenta *Manuel A. Costa*.

El autor encara el problema del adenoidismo en relación con las disendocrinias, insistiendo en los trastornos sicosensoriales que adquiridos en la infancia influyen en el futuro del niño.

Sus conclusiones son las siguientes:

A)—La etiología del adenoidismo se halla íntimamente ligada a una de las múltiples modalidades reaccionales del sistema linfático del niño;

B)—Los factores determinantes son: la herencia y las infecciones a localización rino-faríngea;

C)—Adenoidismo y escrofulosis o raquitismo pueden existir concomitantes; posiblemente determinan entre sí y provocan las condiciones favorables a su aparición; pero de ningún modo deben considerarse como factores etiológicos con relaciones directas de causa a efecto entre unos y otros;

D)—La compleja sintomatología del adenoidismo, requiere una explicación patogénica diversa, por lo menos para cada una de las variedades en que es necesario agruparlos;

E)—La mejor clasificación de sus síntomas sería aquella que los agrupe de conformidad con su variada patología;

F)—En nuestro concepto podríamos agruparlos en 5 órdenes de trastornos:

a) Trastornos infecciosos (adenoiditis agudas y sus complicaciones: auditivas oculares, digestivas, pulmonares etc;

b) trastornos circulatorios (extasis venosa y linfática;

c) trastornos de las glándulas de secreción interna: hipofisarios, tiroideanos, tímicos, suprarrénicos y sus manifestaciones.

d) Trastornos mecánicos (obstrucción nasal y derivados inmediatos: alteraciones tróficas del esqueleto facial y torácico, etc)

e) trastornos reflejos (neurosis nasales reflejas.)

G)—En Lima, creemos que el adenoidismo hiere un alto porcentaje de niños tan crecido como en los centros europeos (50%),

H)—El adenoidismo estigmatiza al niño con sus deformidades físicas; y los trastornos síquicos que ocasiona, repercuten hondamente en su porvenir intelectual;

I)—La profilaxia del adenoidismo, debe realizarse sistemáticamente en dos modos: a) vigilar de preferencia la infección del cavum durante las enfermedades infecciosas de la infancia, con lo cual se conseguirían múltiples objetivos beneficiosos a la salud del niño, tanto desde el punto de vista curativo, como profiláctico y preventivo y b) organizar las inspecciones médico-escolares, entre cuyas importantes funciones estaría incluido el examen oto-rinolaringológico del niño.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA PROFILAXIA DE LAS ENFERMEDADES VENEREAS Y DE SU TRATAMIENTO ABORTIVO.—Tesis para el bachillerato en Medicina por *Víctor L. Colina*.

Exponer una vez más la necesidad de combatir las enfermedades venereas no nos parece innecesario; el autor a la vez que trata de este asunto se ocupa también de la manera de aplicar las indicaciones terapéuticas que aseguren el mayor éxito posible.

He aquí sus conclusiones:

I.—La sífilis y la blenorragia, existen en el mundo desde tiempo inmemorial.

II.—La sífilis y la blenorragia son un constante peligro, para el individuo, para la familia y para la sociedad.

III.—Los factores etiológicos más importantes del peligro social de las enfermedades venereas, son: el falso concepto que se tiene de ellas y la prostitución.

IV.—Es de suma necesidad hacer la profilaxia de la sífilis y de la blenorragia:

a)—Limitando la prostitución y reglamentandola perfectamente;

b)—Haciendo propaganda anti-venerea mediante lecciones en los colegios, conferencias en los centros obreros, obras cinematográficas y teatrales, y en fin, por la difusión de folletos como el del Dr. FOURNIER, «Para nuestros hijos cuando tengan diez y ocho años».

c)—Evitando por medidas legislativas el matrimonio de los infectados mientras dure la posibilidad del contagio;

d)—Enseñando a usar las medidas de profilaxia privada que parezcan dar mejor resultado;

a)—Unción previa a la pomada Metchnikoff; e inyección intra-uretral, después del coito, de una solución de permanganato de potasio al uno por diez mil;

b)—En la mujer, unción previa a la pomada de Metchnikoff e irrigaciones vaginales con sublimado, en la proporción de uno por cinco mil.

V)—Emplear siempre que se pueda el tratamiento abortivo que en la blenorragia dá seguros y preciosos resultados; y que en la sífilis produce halagadoras esperanzas que posteriores observaciones convertirán en realidad.

a)—Preferir siempre que se persiga la aborción de la sífilis, el tratamiento mixto arseno-mercurial intensivo, por inyecciones endovenosas de neosalvarsan e inyecciones intramusculares de biyoduro de mercurio.

b)—Preferir siempre que se persiga la aborción de la blenorragia los lavados con una solución débil (uno por 10.000) de permanganato de potasa.

TRATAMIENTO SEROTERAPICO DE LOS VOMITOS INCOERCIBLES DEL EMBARAZO.—Tesis para el bachillerato por *Rómulo F. Melgar*.

Con motivo de este trabajo el autor hace un buen resumen de etiopatogenia, sintomatología y tratamiento de los vómitos incoercibles del embarazo.

Sostiene las siguientes conclusiones:

1a.—Las modificaciones que el desarrollo del huevo fecundado determina en el organismo de la mujer en cinta, no son sino la resultante de las reacciones de éste, frente a los productos derivados de aquél.

2a.—Después de los trabajos de VEIT, POTEN, MAYER, y LINSER, de FIEUX y MAURIAC etc. etc., se deduce que estos productos provienen, sin duda alguna, sobre todo en los primeros meses, de las vellosidades coriales, las cuales intoxicarían el organismo materno por sí o por sus productos de secreción o derivación.

3a.—Frente a la toxemia gravídica o vello-toxemia, el organismo pone en juego la actividad de todos sus órganos y parenquimas, en especial de las glándulas de secreción interna, actividad que se traduce por la presencia en sus medios humorales de elementos neutralizantes, particularmente de anticuerpos específicos.

4a.—Que cuando estos medios defensivos son suficientes se establece un embarazo normal; pero si por uno u otro motivo las resistencias orgánicas son impotentes, la toxemia triunfa, se establece un embarazo patológico

5a.—En el estado actual de nuestros conocimientos y teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, tenemos derecho a con-

siderar los vómitos incoercibles como la expresión más fiel de la derrota del organismo materno por la toxemia gravídica.

6a.—Que existiendo en los humores y particularmente en la sangre de las embarazadas sanas los elementos neutralizantes (anticuerpos) de la vellotoxemia, es posible curar todos los accidentes dependientes de ésta, particularmente los vómitos incoercibles, por el suero de aquellas.

LAS NEFRITIS TRAUMATICAS.—Tesis para optar el grado de Bachiller por *Alfredo A. Parodi*.

A propósito de dos observaciones clínicas, el autor expone las siguientes conclusiones que el estudio de la cuestión le sugiere:

1a.—Las nefritis traumáticas son relativamente frecuentes y esta frecuencia que se ha hecho mayor en los últimos años, merced a los modernos métodos de exploración de la función renal, será mayor aún cuando se investigue sistemáticamente el traumatismo en la etiología de todas las nefritis.

2a.—Los sujetos atacados de un traumatismo renal unilateral pueden después, como consecuencia de él, ser atacados de un mal de Bright asentando en los dos riñones.

3a.—La clínica nos enseña la frecuencia con que en patología renal una nefropatía unilateral lesiona el riñón del otro lado.

4a.—Los hechos experimentales confirman en todas sus partes la anterior conclusión.

5a.—El mecanismo patológico de estas lesiones que al principio se explicaban por el mecanismo del reflejo y la simpatía, hoy está probado que son debidas a la acción tóxica electiva de la célula renal muerta y sus productos de desintegración sobre la célula renal viva.

6a.—Desde el punto de vista terapéutico puede ser necesario en muchísimos casos, en que no se consiga por otros medios el restablecimiento de la depuración renal, recurrir a la nefrectomía.

7a.—Por último el médico legista debe tener presente cuando se realiza un traumatismo del riñón, la posibilidad de que este se haga el punto de partida de una nefritis cuya gravedad no se puede precisar.

LAS NEFRITIS SIFILITICAS Y LA SIFILIS RENAL.—Tesis para el bachillerato por *Luis N. Saenz*.

El autor desarrolla su trabajo conforme al siguiente plan: a) De las albuminurias pasajeras en el curso del período secundario; b) De la nefritis aguda sifilítica del período secundario; c) Del mal de Bright sifilítico; d) Del sifiloma del riñón; e) De la sífilis renal en los heredo sifilíticos.

Sus conclusiones son las siguientes:

El estudio de las complicaciones renales dependiente de la sífilis es relativamente reciente, pues, las primeras relaciones que de ellas se han hecho no tienen todavía un siglo.

La sífilis produce en su curso, las siguientes complicaciones del lado del riñón:

Las albuminurias latentes, sin importancia pronóstica alguna;

Las nefritis sifilíticas agudas caracterizadas por la aparición brusca en un sifilítico secundario de albuminuria enorme y edemas, constituyendo una forma característica entre las nefritis agudas de individualidad patológica personalísima;

Las nefritis crónicas del período terciario que no se distinguen del mal de Bright vulgar, sino por lo mejorado que está su pronóstico como resultado del beneficio que en ellas se observa con el tratamiento específico; a este beneficio parecen sin embargo hacer excepción los síndromas azoémicos;

El sífiloma del riñón producción esclero-gomosa del terciarismo, como se comprende, también característica de la sífilis y de la que se citan relativamente pocas observaciones;

Las nefritis en los heredo-sifilíticos que pueden ser precoces y tardías; las primeras ocurren entre el nacimiento y los primeros años de la vida, cuando son muy cercanas al nacimiento pasan desapercibidas por completo en la mayor parte de los casos, opacadas por el ruidoso cuadro de la sífilis congénita; las últimas son de una gran rareza;

Se ha acusado también a la sífilis como causante de algunas otras afecciones pero las observaciones convenientes, si existen, son tan escasas que todavía no permiten sentar conclusiones.

Los medios diagnósticos usados en patología renal y en sifilografía deben ser puestos a provecho en la sífilis renal; de su empleo no se deducen sino ventajas.

El tratamiento de la sífilis renal debe ser a la vez etiológico y sintomático.

PRENSA MEDICA AMERICANA

(De nuestros canjes)

ARGENTINA

Revista de la Asociación Médica Argentina (Noviembre 1917).

1.—C. BONORINO UDAONDO y MAXIMO M. CASTEIGTS.—*Sobre un caso de granulomatosis*.—Los autores describen un caso en el que fueron negativas las reacciones biológicas utilizadas para despistar la tuberculosis y la sífilis, infecciones, sobre todo la primera, que juegan gran papel en la etiopatogenia de la granulomatosis.

2.—ENRIQUE CASTAÑO.—«*Cálculos de la uretra de grandes dimensiones*».—Descripción de dos casos en los que se diagnosticó cálculo de la uretra y la operación reveló cálculos del tamaño de un huevo de paloma en un caso y de mayor volumen en el otro caso.

3.—EMILIO R. CONI.—«*Memorias de un Médico higienista*» (continuación).

4.—E. HERRERO DUCLOUX y PEDRO BELOU.—«*Hay estaciones termales y aguas minerales en la provincia de Buenos Aires?*».—(continuación).

5.—RICARDO S. GOMEZ.—«*Prolapsos genitales*».—Recomienda el procedimiento del profesor de la Facultad de Medicina de Lima Dr. JUVENAL DENEGRÍ y refiere tres casos en los que el resultado fué satisfactorio.

6.—BERNARDO A. HOUSSAY.—«*Acción del suero de perro normal o tetánico sobre el musculo de sapo y rana*».

7.—ENRIQUE HUG.—«*Reflejos secretorios cutáneos en el sapo*».

8.—J. M. JORGE (h) y F. L. SOLER.—«*El método biológico en algunos casos quirúrgicos de fistulización digestiva*».—Estudian los autores el producto segregado por tres fístulas parótideas y cuatro quistes del páncreas. En los primeros casos constataron las variaciones cualitativas y cuantitativas que ofrece la saliva del desayuno y del almuerzo. En los segundos casos el método biológico ha permitido hacer el diagnóstico de la naturaleza del quiste por el análisis de su contenido o por los líquidos que el drenaje suministra.

El análisis biológico ha permitido seguir las variaciones correspondientes al estímulo de la alimentación y comprobar que el régimen apropiado logra disminuir la cantidad del líquido segregado y su poder fermento, favoreciendo de esta manera la curación de las fístulas glandulares como afección primitiva o de las que quedan después de la marzupialización. Como se comprende tiene gran importancia conocer tal método terapéutico que de manera tan sencilla favorece la oclusión de fístulas de larga duración.

9.—TORIBIO J. PICARDO.—«*El cáustico de Filhos en el tratamiento de las cervicitis crónica hipertrófica*».

10.—GUILLERMO ZORRAQUIN.—«*Desarticulaciones osteoplásticas*».

URUGUAY

Revista Médica del Uruguay (Octubre de 1917).

1.—ALBERICO ISOLA.—«*Jaquica y otras manifestaciones nerviosas en relación con alteraciones oculares*».

2.—JULIO A. BAUZA.—«*Embarazo y tuberculosis*».—Recomienda la prudencia antes de aconsejar la interrupción del embarazo en una tuberculosa; cree que no se debe sacrificar la vida en gestación, sino cuando lo exija el supremo interés de la salvación de la madre.

3.—AUGUSTO TURENNE.—«*Tuberculosis y estado grávido puerperal*».—El autor sostiene: 1º. La tuberculosis se observa con frecuencia en las mujeres grávidas; 2º. La tuberculosis no parece influenciar desfavorablemente el estado grávido puerperal, sino en casos excepcionales; 3º. El embarazo normal no modifica en general la marcha de la tuberculosis, si la grávida está sometida a un tratamiento racional y a una correcta vida higiénica. En el caso contrario, o cuando hay complicaciones grávidas puerperales,

la tendencia es a la agravación; 4º. La interrupción sistemática del embarazo no se justifica; sin embargo, la existencia de una tuberculosis debe inclinar a ella cuando existen otras indicaciones; 5º. En las formas severas siempre y a veces en las leves, el parto agrava el estado de las enfermas, estando, por lo tanto, indicada la aceleración del período terminal por los medios más rápidos y menos traumatizantes; 6º. La mayor vigilancia del parto, del alumbramiento y del puerperio, son indispensables para evitar a las enfermas cualquier causa de debilitamiento; 7º. La tuberculosa no debe lactar a su hijo; 8º. Las conclusiones que anteceden están subordinadas en gran parte, al estado social de las enfermas, siendo deber ineludible del Gobierno y de la colectividad facilitar a la mujer pobre todos los medios tendientes a mejorar sus condiciones de vida y asistencia, multiplicando las obras de previsión y mejoramiento social.

4.—JUAN POU ORFILA:—«*Interrupción del embarazo en la tuberculosis de las grávidas*».—El autor recomienda evitar la fecundación y la lactancia, pero si la gestación se produce, cuanto menor sea la influencia de la gestación sobre la tuberculosis, cuanto más estacionaria esté la tuberculosis y cuanto más avanzada esté la gestación, tanto mas nos inclinaremos a la expectación.

5.—LUIS MORQUIO:—«*Sobre herencia y contagio de la tuberculosis infantil*».—He aquí las conclusiones que sostiene el autor: 1º. La tuberculosis de un lactante, cualquiera que sea su edad, proceda o no de padres tuberculosos, es casi siempre la consecuencia de un contagio humano; 2º. La herencia tuberculosa puede manifestarse por inferioridades y fragilidades orgánicas, por susceptibilidad a la infección tuberculosa; excepcionalmente por tuberculosis congénita.

6.—JUAN C. MUSSIO FOURNIER:—«*Parálisis en una hipotiroidea*».—Enferma hipotiroidea que presentó en períodos sucesivos una parálisis del 6º. par y de los filetes del 3º, el tratamiento eléctrico y la tiroidina dió buenos resultados, pues desapareció la facies abotagada, los edemas mucotegumentosos, las gingivorragias, la bradicardia, la astenia etc. La ausencia de antecedentes y de signos de enfermedad orgánica que expliquen estas parálisis, hacen que el autor las considere como una de las tantas manifestaciones extravagantes del hipotiroidismo. Como la enferma tenía el aspecto apoplético feo, sugiere la idea de que este tipo clinico puede ser la expresión de distiroidismo.

BIBLIOGRAFIA

TRABAJOS PRESENTADOS AL QUINTO CONGRESO MEDICO LATINO AMERICANO (SEXTO PAN AMERICANO) por el Dr. *Julián Arce*.—Lima 1916.

Formando un tomo de 115 páginas el Dr. JULIAN ARCE ha dado a la publicidad, los siete trabajos que presentó al Congreso Médico reunido en Lima en 1913; aunque hace cuatro años de su confección y la mayoría han sido publicados en «La Crónica Médica», nos creemos obligados a dar cuenta de la aparición de este libro porque ella constituye, entre nosotros, un hecho digno de mención.

Tres de los trabajos están consagrados al estudio de la enfermedad de Carrión en las que el autor expone vistas personales y atisbos discretos y científicos sobre etiopatogenia y terapéutica de dicha enfermedad.

El artículo intitulado: «Las leishmaniasis dérmicas del Perú» es indudablemente la contribución mejor documentada que sobre esta dermatopatía se hiciera en el Perú el año 1913. En este trabajo, por desgracia no muy difundido y cuyo conocimiento es necesario para todos los que se interesen por cuestiones de Medicina Tropical, el Dr. Arce sostiene que la leishmaniasis peruana es idéntica no solo a la señalada en otros países de América, sino también a la úlcera oriental.

La descripción de la paragonimiasis en el Perú y de una afección que denomina «pié musgozo» que supone causada por leishmanias, son otras dos comunicaciones de Medicina Tropical contenidas en el libro que reseñamos.

Por último, el estudio higiénico-sanitario del agua de Lima y de las consecuencias morbosas que de ahí se derivan, constituyen el séptimo trabajo.

Como se apreciará por este somero análisis, la publicación de los trabajos del Dr. Arce constituye el exponente más fecundante de la ilustración y laboriosidad del hoy catedrático de Medicina Tropical de nuestra Facultad de Medicina, a quien tributamos nuestras felicitaciones muy sinceras, por la idea de reunir en un libro, sus comunicaciones al Congreso Médico reunido en esta ciudad.

LEISHMANIOSIS por el Prof. A. Laveran.—París 1917.

Hasta los últimos tiempos gran número de trabajos acerca de la Leishmaniosis se han dado a la publicidad, pero ellos permanecían dispersos, viniendo de países lejanos y de autores variados, cuyos trabajos en veces eran difíciles de obtener.

El Dr. LAVERAN, cuyo solo gran renombre científico basta para dar realce a cualquier motivo de medicina, acaba de dar a luz

un libro de inestimable valor titulado: «Leishmaniosis», en el que ha recopilado todo lo que hasta el día se sabe sobre tan interesante materia, la que ha matizado con los profundos y vastísimos conocimientos que sobre el particular posee el ilustre sabio del Instituto Pasteur de París.

Con una exposición clara, como la saben hacer los maestros franceses y exornada por numerosos grabados y policromías, el Dr. LAVERAN presenta su completa monografía ocupándose de la Leishmaniosis interna visceral o Kala-Azar y de las externas, Botón de Oriente y Leishmaniosis Americana.

El Kala-Azar es estudiado en todas sus fases y detalles tanto etiológicos, como clínicos, experimentales y terapéuticos. Intercala el Prof. LAVERAN un capítulo importante intitulado Leishmaniosis visceral canina con los caracteres nosológicos completos que individualizan este estado de cultivo de la Leishmania.

Se ocupa en seguida de la Leishmaniosis cutánea o Botón de Oriente con su anatomía patológica, la evolución clínica, su agente patógeno, su modo de propagación, el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y profilaxia del mal.

Por último la Leishmaniosis Americana de la piel y de las mucosas, ocupa el último y muy importante capítulo de este tratado que tanto se relaciona con la patología peruana. Es lo más acabado que hasta hoy existe sobre la materia y pone en relieve los méritos de los investigadores brasileiros y peruanos, por ser ellos los que con más acopio de datos han enriquecido este preciado capítulo de la patología de América.

Bien sabida es la trascendencia que en el Congreso Médico de Lima tuviera la discusión de tema de tanta magnitud como es el de la Leishmaniosis americana y las conclusiones a que se llegara sobre sus detalles nosológicos, todo lo cual consta en el magnífico libro con que hoy favorece a la ciencia el inmortal descubridor del hematozoario del paludismo.

Al tomar la pluma para reseñar en sinopsis la obra del Prof. LAVERAN, no es para felicitarle a él, cuyo nombre está por encima de todo elogio, sino para dar el parabién a la ciencia, en especial a la de América y a nosotros mismos por el beneficio que el nuevo libro encarna para un tema que tan cerca toca a la nosología nacional.—E. ESCOMEL.

COMO SE EVITAN LOS TRASTORNOS DIGESTIVOS por el Dr. Carlos S. de los Terreros.—Madrid 1917.

La lucha contra la elevada mortalidad infantil, estriva sobre todo en la profilaxia de los trastornos digestivos. El autor encara en este interesante opúsculo, que es una Conferencia dada en el Colegio de Médicos de Madrid a iniciativa de la Sociedad de Pediatría, diversas cuestiones de este problema con la maestría que le es habitual.

Estudia en primer lugar la alimentación de los niños de cero a dos años, suscribiendo sin reservas la sentencia de FEDRO: *Mater est quae lactavit, non quae gennit* y combatiendo algunos prejuicios y rutinas que en última palabra son desacatos a la Higiene.

Expone después los cuidados que merece la alimentación de los niños mayores de dos años, haciendo resaltar la necesidad de que se vigile su alimentación, tanto como en la época anterior, porque esta etapa de la vida se caracteriza como diría METCHNIKOFF por el predominio del *instinto de la alimentación*; por último recomienda los cuidados de la dentadura, masticación y exoneración del vientre.

Tal es brevemente expuesto el contenido de este trabajo de Dr. CARLOS S. DE LOS TERREROS, que tiene por objeto divulgar conocimientos de higiene digestiva infantil contribuyendo a disminuir el número de sus enfermedades y la terrible proporción de mortalidad que ocasionan.

NOTICIAS

AGASAJOS AL DOCTOR GASTAÑETA.—El Dr. Guillermo Gastañeta, subdecano de la Facultad de Medicina, que actualmente se encuentra en Estados Unidos ha sido objeto de exquisitas atenciones en los círculos científicos de la gran República, que al saber su elevado cargo en la Facultad de Lima se aprestaron a obsequiarlo con los más finos cumplimientos, no obstante su propósito de dar a su viaje un carácter netamente particular.

El Instituto Rockefeller, del cual es director el insigne bacteriólogo S. FLEXNER, le ofreció un banquete en el que el Dr. Gastañeta tuvo a su lado a Flexner y a Carrel, dos lumbreras de la Medicina Universal. Los brindis que se cambiaron fueron de lo más afectuosos y las protestas de acercamiento intelectual se exteriorizaron con las expresiones más elocuentes y entusiastas.

Las distinciones de que ha sido objeto el Dr. Castañeta dejan en nosotros la mayor satisfacción, por cuanto ellas han sido hechas a un elemento representativo de nuestra Facultad, y por su intermedio a la profesión médica peruana.

DISTINCION AL DOCTOR ARCE.—El Dr. Julian Arce Catedrático de Patología Tropical ha sido nombrado académico correspondiente de la «Academia Nacional de Medicina de Caracas». Esta elección, muy merecida, le ha sido conferida a propuesta del Dr. Arturo Ayala, distinguido profesional venezolano, que formó parte de la Delegación que Venezuela envió al Congreso Médico Pan Americano reunido en Lima.