

CRÓNICA

ALREDEDOR DE NUESTRO PRESTIGIO CIENTÍFICO

Con el título de "Alrededor de nuestro prestigio científico" publiqué en el número de noviembre de 1925 de ARS MEDICA una modesta crónica, por ser mía, a intención de evidenciar la posibilidad de que con una suma de pequeños esfuerzos y buena voluntad sería posible conseguir que el prestigio de las ciencias médicas españolas fuera considerado y justamente ponderado en todo el mundo, en vez de ser desconocido o casi me atrevería a decir despreciado en el consorcio internacional, monopolizador de la cultura médica contemporánea. Transcribía, en dicha crónica, la posibilidad de levantar este prestigio en el extranjero y proponía medios y modos que podrían conseguir el patriótico fin de situar nuestro saber médico, y el valor de nuestros prestigios, en lugar para poder ser apreciado, no sólo ya desde el punto de vista de su valer sinceramente intrínseco, sino suficientemente para orientar hacia nuestras escuelas médicas esta corriente de sud-americanos que sienten la atracción irresistible de Europa para saciar espiritualmente sus buenos deseos de completar su caudal cultural con la visión, quizás exagerada, de la vieja tradición científica de las clásicas escuelas continentales. Corolario de este idealismo, quizás de este lirismo, sentido en mis estancias y contacto con otros países extranjeros debe ser precisamente el tema de esta crónica, ya que no sería posible sentir este espíritu patriótico de expansión científica más allá de nuestras fronteras, sin que antes no sepamos apreciar los merecimientos de todos nuestros compatriotas y el verdadero prestigio de todas nuestras escuelas médicas; antes que forjar los modelos de nuestra exportación científica es preciso labrar los moldes que permitan así cuidadosamente revestir con cierta gracia, que atraiga, los valores de aquella exportación. Un intercambio científico regional se impone en España, comenzamos por desconocernos; más allá de unos pocos kilómetros se evaporan los merecimientos de los hombres de valer y de las obras científicas meritorias, tan sólo a lo más perdura algún nombre, y casi siempre no aún como representación de su espíritu científico, sino por razón de algún valor social, político o de profesorado docente y obligatorio.

Es innegable que precisamente esta falta, esta ausencia de relaciones médicas más allá de cada una de nuestras escuelas, este desconocimiento de los elementos de la cultura médica nacional, marca esencialmente la razón natural de un regionalismo científico evidente, necesario y santo, si pudiéramos vivir momentos de emulación, de despertar científico, tratando de sentirnos egoístas de nuestra escuela haciendo por ella y por su prestigio todos los sacrificios, estableciendo un espíritu de competencia, como antaño entre nosotros o como hogaño hemos visto y es posible observar aun en naciones extranjeras. Regionalismo científico perjudicial, en cambio, cuando sin aquella espiritualidad y egoísmos de su mayor prestigio, vive aislado de todo

otro ambiente científico que le es afine y no extraño o extranjero. Por eso precisamente, por este desconocimiento de las cosas de nuestra propia patria vemos emigrar vergonzosamente, cada día, enfermos, generalmente de clases elevadas, camino de clínicas extranjeras, con evidente daño para el propio interesado, pues no encuentra precisamente el calor de un ambiente favorable a su psiquismo y a sus sentimientos, ni seguramente las más de las veces es tratado por las *eminencias* con aquel sentido de responsabilidad que trae consigo un ambiente local. Claro está que esta corriente de emigración, en moda precisamente, siempre existirá, por razones de esnobismo, si se quiere, sobre todo cuando la presenciamos sin razón en grandes centros, como entre nosotros, en la misma Barcelona, donde no sería motivo sin duda la falta de valores prestigiosos en todos los órdenes, pero es innegable que esta corriente disminuiría globalmente para España, si tuviéramos un mayor conocimiento de los valores nacionales, sobre todo para aquellos que no conviven la cercanía de núcleos intelectuales como Madrid o Barcelona, por ejemplo.

Dejemos aparte este pequeño comentario sobre la emigración de enfermos, en razón al fin egoísta quizás con que podría interpretarse, pero que en el fondo es una consecuencia digna de tenerse en cuenta, y ciñámonos a una parte más espiritual: al porqué y qué puede hacerse para remediar este mal.

Que la inmensa mayoría de los médicos españoles, desconocen totalmente los valores científicos que existen más allá de su región o de la Universidad en que estudiaron, es cosa que no necesita demostrarse, está en la conciencia de todos, y no puede ser excepción a esta vergonzosa ley, el hecho innegable por otra parte de que haya algunos espíritus selectos que escapen a tal dictado. Entre nosotros es corriente observar la sorpresa o la admiración que oímos de boca de compatriotas cuando en visita a alguno de nuestros centros de trabajo, declaran su desconocimiento absoluto hasta el momento, de tal o cual obra, y a menudo se trata de especializados en aquella materia, personas cultas y prestigiosas con quienes sólo podemos a menudo coincidir en la apreciación o el recuerdo de las visitas o estudios hechos en tal o cual centro extranjero, y al lado de tal o cual profesor, y lo que es más triste, a menudo de tal o cual ayudante de un profesor extranjero, desconocido en su casa y apreciado por nosotros como ánora salvadora en nuestras peregrinaciones a tierras extrañas, cuando sin duda olvidamos o desconocemos nombres prestigiosos de los nuestros.

Admitido el hecho, analicemos las causas: En primer lugar es necesario achacar un tanto de culpa a nuestro profesorado, que no suele aprovechar siempre todas las ocasiones para inculcar este espíritu patriótico y que más bien suelen justificar, a menudo, su prestigio científico en una altura adquirida o sostenida merced a la influencia extranjera. Nuestro profesorado en general no ha sabido escribir libros y se ha limitado, a lo más, a traducir textos extranjeros, de modo que ha contribuido de un modo ostensible a sostener en las Facultades la influencia exterior y manteniendo así un espíritu pesi-

mista desde los primeros momentos de iniciación científica de nuestros futuros médicos. Ciertamente que las dificultades de edición en nuestro ambiente intelectual son muy grandes, pero no es razón suficiente para excusar su pobreza de espíritu, porque ni es difícil escribir un libro de carácter didáctico a ningún profesor, ni era difícil pensar en el inmenso campo que podía ofrecer la América latina.

Nuestro profesorado adolece también de un defecto capital, en general: la incompreensión del espíritu de escuela. Quizás ello es mejor que hijo de cierta indolencia o egoísmos, como algunos apuntan, consecuencia de la estructura de nuestras disciplinas universitarias, pero es evidente el hecho de que el alumno que quiera especializarse, que desee entrenarse o experimentar al fin de sus estudios, se ve precisado a emigrar de nuestras Facultades, habitualmente al extranjero, porque entre nosotros no es posible encontrar más allá de una función didáctica y oficial, una atracción de escuela suficiente y esto evidentemente causa un daño considerable a nuestro crédito científico. En excusa de ello, cabe decir también que esta corriente de emigración suele tener algo de moda o tradición *bien*, y que hoy ya afortunadamente nuestro profesorado evoluciona hacia aquel concepto de escuela, que es la base del prestigio científico para nuestro porvenir—y así es ya alentador ver con frecuencia el anuncio de cursos monográficos o de ampliación, que hasta ahora desconocíamos entre nosotros y que desde hace años eran el secreto de atracción en tantos centros extranjeros—esfuerzos dignos y loables porque en principio, hasta conseguir un crédito de escuela y tradición, habrán de chocar con la indolencia obligada de una clase no habituada a estos estímulos culturales.

Otra razón de desconocimiento de nuestras propias cosas, ha sido sin duda la falta de una prensa médica digna de llamarse nacional. A pesar de cuanto se diga, no poseemos una prensa médica prestigiosa y entiendo el prestigio, a título de una editorial, o varias si se quiere, admitidas por todos y en todos los rincones de España con igual prestigio que iguale a la consideración que merecen, no ya en el mundo sino en sus respectivas naciones cualquiera de las grandes editoriales extranjeras cuyos nombres no es necesario transcribir aquí. Nuestra prensa médica ha sido hija de *capillitas*, ha discutido intereses demasiado personales a veces, ha vivido esclava del anuncio, y sobretodo no ha tenido la concepción de una escuela patria, amplia, sino que generalmente no puede o mejor no sabe mendigar, sus trabajos más allá del círculo local de su redacción. En Cataluña se desconoce la prensa médica del resto de España, y aunque fuere una razón el hecho de que nuestra vida científica fuese suficiente para satisfacer las mediocres ansias intelectuales de algunos, es evidente que nuestra producción científica con dificultad, pasa los límites del principado, apesar de la buena voluntad en este sentido de nuestras primeras editoriales médicas que editan en castellano sus revistas, hecho que pone en evidencia esta necesidad de expansión. Este desconocimiento de las cosas de España no obedece sin duda, en el terreno científico, a ningún egoísmo regional sino a la carencia

de prensa que llevare consigo un marchamo de seriedad y de integración verdaderamente científica, razón que a la inversa y de la misma manera explica el desconocimiento de nuestras cosas en el resto de España. Afortunadamente ARS MEDICA y también otras Revistas no menos dignas de encomio por su buena voluntad en la empresa, representan una garantía en este sentido, aunque es necesario esforzarse aun más y luchar también contra la indolencia cultural creada por aquel abandono y contra el hábito corriente entre nosotros de entretener nuestro espíritu científico con alguna editorial extranjera como si fuese ya una necesidad obligada por no existir otras fuentes intelectuales entre nosotros. Verdad es que en España se escribe poco, pero yo estoy convencido de que esta indolencia es una función atrofiada y es preciso activar y enaltecer su órgano, la prensa médica, para que poco a poco la función crezca. La responsabilidad y el papel que en el despertar de nuestra vida intelectual han de representar los directores de nuestra prensa médica es de un mérito y valor difícil de ser comprendido por muchos.

Siguiendo en el análisis de las causas que expliquen nuestra aparente decadencia en el terreno científico profesional, no podría prescindirse de un comentario bastante severo en relación a la evidente falta de espíritu académico y social. Vergüenza debiera darnos el figurar entre las últimas naciones de Europa, en lo que se refiere a la ausencia de asociaciones nacionales o regionales de las grandes ramas de la medicina y de las especialidades. Si alguien objetara alguna afirmación en contra, cabría decirle que desde luego hay excepciones, pero además, muchas de las asociaciones constituidas no llevan vida activa y solo tienen un carácter nominal o sirviendo intereses particulares a veces y que solo sabemos de alguna rara excepción afortunada. Entre nosotros en Cataluña parece en estos últimos tiempos que se despierta algo este espíritu científico y corporativo.

Nuestra potencialidad científica, en este sentido de grandes reuniones, solo llega hasta poder celebrar cada dos o tres años un Congreso nacional, que apesar de su importancia pudieron tenerla mayor y sobre todo debieron no dejarnos la amargura del de Madrid con su final algo tabernario impropio de gentes cultas y el último de Sevilla, modelo de desorganización. Poco cultivado está nuestro espíritu para estas manifestaciones culturales, pero debieran los organizadores hacer imposibles para infiltrar, con tacto adecuado, en la masa de los médicos españoles, el amor a estas manifestaciones científicas. Aparte de esto, es preciso dedicar un buen recuerdo a los "Congresos Médicos de lengua Catalana" modelo de organizaciones científicas regionales y unas pocas asociaciones como las de laringólogos, ginecólogos y urólogos que han llegado a organizar congresos y reuniones nacionales importantes.

Insistir más sobre este punto será inútil, en la conciencia de todos está el convencimiento de ello, de este déficit de ocasiones en que puedan manifestarse el estado actual y los progresos de las distintas escuelas de la medicina española. Siendo bien triste además confe-

sar que este aparente abandono es un problema de incuria y dejadez, manifiesta con el hecho de que aun estan por publicar los libros de la mayoría de estos Congresos y reuniones citadas,

Pero como esencia de todo razonamiento debemos acusar de esos males a la generalidad de la clase médica, excesivamente egoista, no por culpa directamente suya, sino por la educación científica recibida, por tradición de seculares prejuicios y pesimismo, porque desgraciadamente en aquellas viejas generaciones, que influenciaron nuestros tiempos, no anidaban ideales generosos, abnegados y verdaderamente científicos. Mientras el mundo producía los grandes hechos fundamentales de la medicina contemporánea nuestros maestros, excepto honrosas excepciones, solo sintieron mejor el aguijón de pasiones políticas, y caciquiles a menudo, o sino se conformaban con el caudal de sus conocimientos mediocres, a'ejados de toda influencia renovadora como discapitado todo espíritu científico, por el farrago estéril y decadente del pasado siglo.

La clase médica perdió gracias a las pasadas generaciones toda disciplina porque no tuvieron ocasión de conocer *maestros, ni escuelas*. Sin disciplina y sin respeto no eran posibles ideales ni ambiente favorable a ningún investigador, aquel acatamiento, aquella sumisión a veces humillante alrededor del profesor alemán, y aquella admiración y orgullo por ayudar al maestro francés no eran posibles en España por no haber maestros, ni disciplinas. Así se impregnó el espíritu de la clase, del mayor materialismo alejado de todo ideal de trabajo científico, de un materialismo absurdo y como consecuencia una despiadada competencia en todas las capitales de vida difícil. En los pueblos, como el egoismo venía frenado por la miseria lugareña y por la obligada humillación al cacique que era el árbitro del pan de la familia, sólo podía imperar el pesimismo y la decepción. He aquí la historia de nuestro desprestigio científico.

No quisiera con esta nota crítica, quizás excesivamente crítica, influir un algo de pesimismo en quienes la leyeran, por más que bien me supongo que sobre estas cuestiones a que me refiero, todo el mundo tiene formado su juicio y no debe pesar más mi impresión que el valor y los razonamientos que cada uno haya forjado ya en su conciencia. Mis intenciones se dirigen a la enmienda, al optimismo de ver modificado este estado de cosas, consciente de que es sólo un problema de voluntad y de buenos deseos y necesariamente para llegar a esto es preciso llegar a avergonzarse, aun a trueque de exageraciones, con la visión de una realidad desnuda de toda hipocresía y de toda fantasía.

Las razones de tales males por mi expuestas, llevan con su colorario los argumentos de la enmienda. En primer lugar es preciso que nuestro profesorado eleve sus ideales en el sentido de su verdadera misión, de sentirse maestros, de deleitarse en su cátedra con espíritu verdaderamente sabio, investigador y didáctico, forjando a su alrededor toda una disciplina de respeto y consideración, dirigiendo la investigación de sus discípulos, sabia y ordenadamente, más allá de su estricta misión oficial, dando predominio por encima de todo

egoismo a sus obligaciones culturales. No precisa para ello ser más inteligente ni culto nuestro profesorado, falta sólo otra estructura académica distinta, copiando la organización universitaria alemana, por ejemplo, en todos sus detalles y contribuyendo a crear un espíritu más apto para esta misión, con sólo el control del Estado por encima de todo egoismo y razones, una vez modificada desde luego nuestra actual organización de enseñanza. Esto es algo que se impone, si no es posible hacerlo de momento de un modo general, que se ensaye en dos o tres facultades, cuando menos. Es preciso intentar el esfuerzo necesario para ver si es posible conseguir crear verdaderas escuelas, con un profesorado bien retribuido, bien considerado socialmente y libre de un ambiente de trabajo mezquino y miserable como ahora. Es vergonzoso para nosotros leer el reciente libro de FLEXNER, sobre la enseñanza de la medicina en el mundo, y en el que no se nos cita, siquiera para la crítica.

En este punto quisiera hacer la salvedad de reconocer el valer y los merecimientos de los que fueron mis maestros, pero ellos no dejarán de reconocer que su misión se hace imposible en su ambiente estrecho y miserable, sin subvenciones apenas para instrumental, sin personal auxiliar secundario ninguno, sin posibilidades de colaboración a su alrededor. Esta situación enaltece aun más la posición de nuestros buenos maestros, de aquellos que para mantener algo adecentadas sus clínicas y sus laboratorios, deben suplir a menudo todo apoyo oficial con su esfuerzo personal o mendigando de aquí para allá, sufriendo las crisis del favor personal o político a veces, lo más necesario para mantener unas mínimas condiciones de trabajo. Sirva ello pues de loanza para los buenos maestros de hoy y de excusa para los que *sólo cumplen oficialmente*, porque nada fatiga, ni envilece más el espíritu que la falta de ambiente y la miseria de medios. Con cátedras sin hospitales, ni laboratorios, como ocurre en algunas de nuestras Facultades, y con medios mezquinos de vida, el profesor se habitúa fatalmente a ser un repetidor de textos consagrados ya, y se le obliga a vivir excesivamente una vida de fatigoso trabajo cotidiano, que le absorbe y agota sus energías.

Es preciso incitar a una campaña en este sentido, campaña enérgica, sostenida tiempo y tiempo hasta hacerla sentir vivamente a todas las clases sociales, hay que hacer de la enseñanza y de la investigación la primera necesidad patria, ya que sólo así es posible hacer maestros, crear escuelas y finalmente, en consecuencia lógica, publicar, como se hace en el mundo intelectual, libros para enseñanza universitaria y de ampliación de todas las disciplinas médicas, ya que bien escasas son entre nosotros estas publicaciones.

Y al decir esto de las Universidades, lo mismo debe entenderse para los escasos laboratorios oficiales extrauniversitarios, que debieran multiplicarse y darles la mayor magnificencia.

En estos últimos años se viene prodigando, en favor de nuestros derechos en el Universo, que la lengua española la hablan muchos millones de habitantes y es preciso oponer a este concepto, la idea de que poco

importaría el número de millones, si no fuera el español lengua que represente mayores valores de cultura, cultura integral y suficiente para completar los conocimientos de cualquier ciencia.

Es preciso esforzarse en hacer sentir la necesidad de publicar en la prensa nacional, de traducir al lenguaje de todas las esferas médicas, los esfuerzos de todos los investigadores y de todos nuestros clínicos. La cultura francesa debe innegablemente su expansión, no sólo a la universalidad de su lengua, sino a la gracia de sus publicaciones. Entre nosotros no se sabe escribir, y es preciso vencer esta dificultad para la expansión de muchos merecimientos y valores nacionales.

Es necesario sobre todo prodigar las revistas de las especialidades, es necesario crear aquella prensa médica de que antes he hablado, que llegue a todos los rincones y lugares, para que el médico aislado de los centros intelectuales se apasione por ella. Yo no sabría decir cómo debiera ser esta prensa para corresponder a la psicología del médico español, pero es preciso crearla y encontrar su modo de ser, desde su orientación científica a su formato. Es preciso también saberla llevar a la América latina y crearle un crédito en todos los países intelectuales, suficiente para que al prodigarse sus extractos por el mundo, nosotros mismos afiancemos nuestra mayor confianza en las obras de nuestros prestigios.

Es preciso crear entidades nacionales para las especialidades y para los grandes grupos de la medicina; celebrar reuniones anuales, de un modo ordenado y sistemático, con orientaciones premeditadas. Para esto es necesario vencer el aislamiento de muchos de nuestros supuestos prestigios—y el egoísmo de muchos que se creen indiscutibles porque les favorece la fortuna con su clientela amasada a lo mejor a fuer de esfuerzos mundanos, no precisamente científicos—. Si no es posible conseguir y vencer esta apatía o conveniencias, es innegable que la juventud debe iniciar estos esfuerzos, para crear así un espíritu intelectual entre los prestigios del mañana.

Nada estimula más el trabajo que la competencia científica bajo el control de asambleas o reuniones prestigiosas. Nada borra mejor los odios, los prejuicios injustos y los celos de competencia que la camaradería de las reuniones serias y científicas. Nada da mayor cantidad de trabajos científicamente honrados a la literatura, que los grandes congresos o las reuniones especializadas.

Finalmente no sería difícil modificar aquel modo de ser, de que antes he hablado, de nuestra clase médica, si se para cuenta en el hecho de que el verdadero espíritu de clase se amasa en las Facultades. Si nuestros maestros mejorasen sus ideales y sus técnicas de trabajo científico, mejoraría con unas pocas generaciones el espíritu de toda la clase.

Es preciso pensar menos que en el exagerado *materialismo* de nuestros *ases*, en el prestigio científico y consideración mundial que fácilmente alcanzarían, dedicando parte de su valer y de su saber escribiendo, investigando o enseñando. Nuestros grandes prestigios

se creen desligados de toda obligación social y así jamás o con rara excepción vemos en nuestras Academias a los hombres venerables por su larga experiencia o sabios por su valer y erudición, orientando las discusiones con sus enseñanzas.

Entre nosotros la vida académica de nuestros prestigios, termina cuando se inicia su crédito científico y social. Solo las Reales Academias acogen la mayor parte de estos prestigios, donde se encierran *para ellos*, sin facilidad de servir sus enseñanzas y sus discusiones para la masa general que las tiene por círculos arcáicos sin expansiones científicas posibles, es decir, las tiene por entidades alejadas de una vida práctica y fructífera, por entidades con toda la especulativa frialdad de los clásicos organismos de la cultura oficial.

Y no es que entienda innecesarias estas Academias superiores, al contrario, llegar a ellas, es un método de honrada selección científica. Su reglamentación no les permite seguramente otro modo de exteriorizar su función cultural y teniendo en cuenta los prestigios que las integran quisiéramos verlas como representando ser consagradas de nuestra ciencia, definidoras de sus progresos y estímulo de la investigación científica. Nadie puede negarnos que la clase médica no se ve atraída por el interés a estas Academias y realmente es urgente que su vida corporativa no sea tan íntima, que el oráculo de los mejores maestros sirva mejor para atraer a la juventud y a la aclase médica en general. Las Reales Academias podrían ser unas de las mejores escuelas para contar con el respeto y admiración de la clase. Conste pues que mi crítica es hija de un deseo de la mejor querencia y admiración a dichas Instituciones y en las que tantas cosas buenas en el terreno científico se han producido.

Es preciso comprometer, obligar, a una vida académica más activa a todos los que pueden enseñar u orientar a la juventud médica. La juventud estudiosa y ávida de renovación en este sentido cultural, debe buscar la fórmula de coaccionar la apatía y la indolencia o el egoísmo de aquellos.

En cuanto al médico rural debe atraérsele a las manifestaciones científicas regionales y nacionales. Debe merecer un trato de mayor consideración de parte de los médicos socialmente de categoría superior, debe enaltecerse su misión en todo momento, y debiera dejársele de atraer con dádivas, deshonestas a veces, en vez de dejarle juzgar libremente sin otra atracción que el crédito del que recomienda en consulta, en beneficio de su moral y de una noble sinceridad científica.

Con solo favorecer la enseñanza y la práctica de los numerosos problemas científicos que pueden interesarle, con cursillos especializados y con enseñanzas monográficas adecuadas, sistemáticas y acreditadas, el médico rural elevaría su espíritu y aumentaría su cultura y harían de él un hombre interesado por las cosas científicas.

Solo me resta hablar de un punto; la técnica necesaria para organizar esta campaña, bosquejada solo de un modo vago y general en esta crónica. Un grave defecto ha consistido siempre en crear el monopolio

de las direcciones científicas de todas las disciplinas desde un poder central aunque sea por razones de oficialidad, si se quiere. Yo creo que la organización y las iniciativas deben nacer alrededor de muchos núcleos, iniciarse por el merecimiento científico de una escuela que represente un valor positivo. Los estímulos deben ser regionales, el egoísmo de su regionalismo, el amor a su Universidad, deben ser las piedras de toque de una competencia cuyo conjunto y cuya confederación dicte sinceramente la valencia racional en este sentido. Es innegable que hoy por hoy son los grandes núcleos ciudadanos quienes absorberían el monopolio, pero justo sería dejar la iniciativa al núcleo que automáticamente más se esforzase; por eso yo creo que en Cataluña debe iniciarse esta campaña con el egoísmo de que triunfe el predominio de sus ansias científicas con miras a lo nuestro, con pasión de competencia, con protesta de toda vejación, porque si ello moviese el estímulo de otras regiones conseguiríamos despertar el alma científica de la nación.

Por eso propongo que nos dediquemos a la propaganda de nuestras manifestaciones científicas en el resto de España, que pongamos todo el esfuerzo moral y personal en mejorar la enseñanza oficial o extra-universitaria para atraer a gentes de otras regiones, que imponamos nuestra prensa médica, que levantemos nuestra moral científica y profesional para imponer a España de nuestra solvencia, para conquistar nuestra supremacía. Yo creo que todos nuestros nobles egoísmos, regionalistas en el terreno científico es un problema de expansión más que de aislamiento. Es innegable que el predominio científico lo alcanzaríamos así muy fácilmente.

Si nuestras ansias y nuestros esfuerzos levantan un espíritu de noble competencia en el terreno científico, habríamos conseguido el ideal de una renovación que haría resurgir nuestro prestigio en el extranjero, que haría conocer entre nosotros los valores nacionales y llevaría a nuestras escuelas este río de americanos que acuden hoy a los grandes centros intelectuales extranjeros para satisfacer sus ansias científicas.

VICENTE CARULLA.

LA PRIMERA SEMANA GINECOLÓGICA

Se ha celebrado en Madrid, bajo la presidencia del Dr. RECASENS y actuando de Secretario el Dr. MORENO. El éxito de esta Reunión ha sido completo, aunque el escaso tiempo que medió entre su convocatoria y celebración, no permitió que tomaran parte en ella numerosos especialistas de provincias que lo deseaban.

Tema de Obstetricia. *La expectación y la intervención en los casos de estrechez pélvica moderada.* Fueron ponentes los Dres. NUBIOLA, Catedrático de Obstetricia de Barcelona, y TORRE BLANCO, Médico de la Maternidad de Madrid.

El Dr. NUBIOLA estudia sucesivamente, en su ponencia, *la estrechez relativa de la pelvis*, rechazando la idea de relativa como opuesta a absoluta, y establece que por estrechez pélvica relativa debe entenderse aquella

en que se origina una distocia por desproporción pelvi-cefálica; pero que aun puede el feto pasar de una manera o de otra por el conducto genital. *Diagnóstico de la estrechez relativa*; reconoce la dificultad de este en muchos casos y más aun de establecer un pronóstico, ya que aún aceptando la posibilidad de exactitud en la pelvi y fetometría, quedan factores imposibles de medir ni de preveer. *El parto en la estrechez relativa*: señala como la rotura prematura de la bolsa puede dar motivo a que no avance la dilatación y se estima que no hay peligro en esperar, siendo preciso tener en cuenta que el ritmo e intensidad de las contracciones se alteran al no ir a la par el parto mecánico con el dinámico, y de ahí que sobrevenga fácilmente la inercia. La madre puede sufrir compresiones de partes blandas y aún llegar al tetanismo, contratura anular y rotura del útero. *La expectación en el parto debe ser condicionada*: Condena la frase "la virtud del partero es saber esperar" por haber sido factora y encubridora de muchos desaciertos; pero añade que la expectación es solo aceptable a base de ser regulada por condiciones que condensa en cuatro: valorización del esfuerzo desarrollado inútilmente por el útero; sufrimiento del feto; trastornos debidos a compresión en el aparato genital, y alteraciones generales de la madre. *La intervención prematura*: la rechaza dado su criterio acerca de la estrechez relativa. *Intervenciones en la distocia por estrechez relativa*: divide las operaciones en aceptables: aplicaciones atípicas de forceps, versión interna, pelvitomías y cesáreas; y proscritas: forceps en el estrecho superior y fetotomías o brefotomías. *Aplicaciones atípicas de forceps*: acepta la presa oblicua cuando casi se ha realizado en encajamiento con tal de que la tracción no sea traumática o lesiva; pero sin recurrir más que al forceps normal, no a palancas ni al KIELLAND. El intento de aplicación de forceps fracasado es ya una demostración de la cuantía de la distocia. *Versión por maniobras internas*: la acepta en ligera desproporción materno fetal y pelvis plana. *Pelvitomías*: Estas permiten el paso del feto cuando el C. V. es mayor de siete centímetros; se pueden realizar en poco tiempo, con reducido instrumental y escasos medios aun en la misma habitación y cama de la mujer y pueden practicarse en partos prolongados sin modificar grandemente el pronóstico. La que más amplitud da es lo hebeostotomía subcutánea, procediendo con técnica meticulosa en la extracción fetal. *Cesáreas*: Señala la distinta gravedad de la cesárea antes y después de la rotura de la bolsa y aun de empezar el parto; según estadísticas, la práctica de la cesárea extraperitoneal segmentaria, baja, suprapúbica o retrovesical, mejora el pronóstico de la histerotomía durante el parto; pero el ponente no se atreve aun a enjuiciar este asunto, limitándose a reconocer que esta intervención es menos sencilla que la clásica y pone de manifiesto que la cesárea en general tiene una gran ventaja y es la de exponer poco la vida del feto. *Elección entre las operaciones aceptables*: El especialista debe conocer todas las técnicas, y poner en práctica la que crea más indicada y con la que se desenvuelva mejor, siendo lo importante poder decir a posteriori: realmente hemos tomado el camino mejor. *Pro-*

filaxia en las estrecheces relativas: Se puede recurrir a regímenes especiales para que el feto no crezca mucho, así como al ejercicio activo, aplicación de un ceñidor eutócico para evitar el retardo del parto, y si se cree conveniente, hospitalizar a la gestante.

El Dr. TORRE BLANCO resume su comunicación en las conclusiones siguientes:

1.^a Prácticamente consideramos como pelvis relativamente estrechas aquellas cuyo diámetro C. V. sea superior a 7 centímetros, y tratándose de un feto de término de dimensiones consideradas como normales.

2.^a Durante la gestación, en los casos de pelvis estrechadas relativamente, no se deben hacer otra cosa sino esperar prudentemente, aconsejando simplemente la hospitalización de la parturienta en los últimos días. El aborto terapéutico es una herejía científica, y el parto prematuro artificial tiene más inconvenientes que ventajas y sólo excepcionalmente lo admitimos.

3.^a Tampoco creemos que, salvo rara excepción, se deba practicar una cesárea clásica en los últimos días del embarazo, debiendo, pues, en todo momento ser expectantes hasta que comience el trabajo del parto.

4.^a Comenzado el parto, si la cabeza se mantiene movable, esperaremos todo lo posible para que se forme ampliamente el segmento inferior, en tanto la integridad de la bolsa y demás circunstancias favorables así lo autoricen para terminar por una cesárea ístmica.

5.^a Si la cabeza se enclava, pero no progresa, una vez que comprobemos perfectamente este extremo, y antes de que las compresiones de partes blandas sean importantes, operaremos, siendo estos casos los que más contingente de indicaciones dan a las pelvitomías y sinfisiotomías de Costa.

7.^a La basiotripsia no la aceptamos más que en casos de fetos muertos, y únicamente, y de modo muy excepcional, puede ser admitida con feto vivo en ciertos casos de práctica rural.

Tema de Ginecología. *Tratamiento del prolapso uterino*. Los Dres. POBLACIÓN, de Salamanca, y BLANC FORTACÍN, de Madrid, estaban encargados de desarrollar la ponencia de Ginecología.

El Dr. POBLACIÓN estableció las siguientes conclusiones:

1.^a Son muy de desear nuevas y más preciosas investigaciones que esclarezcan las causas de las distintas variedades de prolapsos, para poder establecer deducciones terapéuticas que hasta la fecha no han podido hacerse más que en el sentido de la profilaxis

2.^a En los prolapsos ya constituidos, el tratamiento, en principio, debe ser quirúrgico y la operación indicada dependerá de la edad de la mujer y del grado del prolapso.

3.^a En las mujeres jóvenes con prolapsos de primero y segundo grado, bastan la colpografía anterior y la colpoperineoplastia. Si el prolapso es grande, a estas intervenciones podrá añadirse la de Alexander

4.^a En las mujeres muy próximas a la menopausia y que hayan pasado de ella, si el prolapso no es total, bastarán también las colpografías anterior y posterior, con miorraxias del suelo pelviano.

5.^a En los prolapsos totales de las viejas, debe elegirse, según las condiciones del caso, entre la vaginofijación y la interposición vésicovaginal. Esta última operación, acaso deba sustituirse, en lo sucesivo, por la variante de Kielland, cuando este método haya hecho sus pruebas.

Las conclusiones a que llega el Dr. BLANC FORTACÍN son:

1.^a En la producción del prolapso uterino influyen factores diversos cuya valoración en cada caso ha de servirnos de fundamento al tratamiento aplicable al mismo.

2.^a La presión abdominal es factor etiológico del prolapso cuando se realiza de modo anómalo por razón de alteraciones de estática abdominal. Cuando ésta es normal, y el útero está bien sostenido, la presión influye más bien favorablemente en la posición normal de la matriz.

3.^a Los medios de fijación uterina intraabdominales son en realidad mantenedores de una posición de anteversión uterina.

4.^a Son medios de suspensión los ligamentos y fascias subperitoneales pelvianas que se distribuyen en dos bandas pubiosacras con refuerzos laterales llamados ligamentos cardinales. De estas bandas hay un sector anterior débil que generalmente inicia, por su aplasia o distrofia, el prolapso genital.

5.^a Los músculos del suelo pélvico forman un diafragma con anillos para paso de órganos. Este plano muscular refuerza a los elementos fasciales de sostén, compensando en la parte inferior de la pelvis, los efectos de la presión abdominal alta.

6.^a La hipertrofia del segmento inferior uterino comprobado en muchos prolapsos, es lesión secundaria más que primitiva. Pero, una vez realizada, exagera y acentúa el desplazamiento genital.

7.^a En todo prolapso ya realizado, hay que sustituir la atrofia del aparato conjuntivo de sostén por un refuerzo del sistema muscular de compensación.

8.^a Al propio tiempo y para sustituir el centro estático uterino constituido por el segmento cervical con sus arbotantes laterales e inserciones vaginales, hay que buscar modos de suspensión uterina que sustituyan aquellos mecanismos atrofiados. De ahí que los procedimientos operatorios del prolapso puedan dividirse en dos grandes grupos. Métodos de suspensión uterina y métodos plásticos de reconstitución del suelo pelviano.

9.^a Si bien desde el punto de vista expositivo, los dos grupos de procedimientos han de ser tratados separadamente, desde el punto de vista clínico y terapéutico, en la mayoría de los casos han de combinarse.

10. Los métodos de suspensión se dividen en histeropexias y ligamentopexias y estas últimas en: utilizando los propios ligamentos y utilizando fascias o injertos libres de aponeurosis (neoligamentopexias).

11. La pronotofijación y la oclusión del fondo de Douglas son procedimientos de suspensión posterior afines a la histero y ligamentopexias.

12. La histerectomía debe ser excepcional por exponer a la hernia vaginal y debe combinarse con la

fijación del muñón a la base de los ligamentos anchos.

13. En otros casos se combina la hysterectomía fúndica con un procedimiento fascial de suspensión (CLIFFORD).

14. La exohisteropexia de KOCHER constituye un procedimiento de escasa aplicación, pero ha servido de fundamento a procedimientos combinados de suspensión fascial (THORNING).

15. El procedimiento de histeropexia vaginal con anteversión forzada o inversión es más lógico el de SCHAUTA, intermedio entre el método primitivo y la vaginofijación.

16. La reconstrucción del suelo pelviano se logra o por aplicación al mismo del útero en anteversión o por sutura de los bordes musculares del diafragma pelviano y estrechamiento de los anillos del mismo.

17. El método de ABADIE que sutura los ligamentos redondos a los bordes internos de los haces nubianos de los elevadores, es el tipo de intervención del primer grupo.

18. La operación de LATZKO o mioplastia y miografía perineales es la intervención modelo del segundo grupo.

19. La amputación supravaginal del segmento inferior uterino, con colpotomías y perineoplastias (BOULLY) es en realidad una vaginofijación para prolapso incompletos.

20. La co'umnización vaginal tipo LEFORT, con sus variantes, no tiene ventajas sobre las operaciones plásticas citadas.

21. La perineorrafia y colpoperineorrafia posterior en los prolapso, es intervención que no debe omitirse como complemento de gran valor en toda intervención sobre prolapso uterino. Los tiempos esenciales son colpotomía posterior y sutura de los bordes de los elevadores. En el caso de aplasia considerable de estos últimos puede recurrirse a colgajos autoplásticos glúteos, como susutivos.

Tema de Pediatría. *Diagnóstico biológico de la heredosifilis*. Fué desarrollado por el Dr. MOURIS. Las conclusiones fueron:

1.^a La reacción de Wassermann sigue siendo hasta hoy el método más exacto y de más evidencia objetiva.

2.^a Para sacar el máximum de provecho debe usarse buena técnica, afinando esencialmente en lo que respecta al extracto y complemento.

3.^a Las reacciones de floculación y enturbiamiento completan los resultados del Wassermann.

4.^a Si coinciden con el Wassermann refuerzan el valor del dato serológico, tanto en sentido positivo como negativo.

5.^a En un enfermo en tratamiento, si persiste alguna, cuando haya desaparecido el Wassermann, obliga a continuarle. (En sífilis congénita cuando son intensas las reacciones como en queratitis parenquimatosas tardan mucho en ser modificadas y son las más resistentes, según mi experiencia, al Wassermann y al benzoccol).

6.^a En enfermos lactantes y heredosifílicos, la positividad de algunas o varias, aunque el Wassermann sea negativo, refuerzan la sospecha clínica y permite sentar el diagnóstico.

7.^a Simples retardos de la hemolisis en algunos o varios antígenos aunque llegue finalmente a ser completa la hemolisis (casos estos frecuentísimos en heredosifilis) si alguna de las otras es positiva confirma el diagnóstico.

8.^a Todas las reacciones de floculación y enturbiamiento que hemos tratado dan resultados muy seguros si se sigue buena técnica.

9.^a La más manejable de todas es sin duda la de MEINICKE.

10. La micro reacción de MEINICKE está llamada a prestar grandes servicios en heredosifilis.

11. La reacción del benzoccol, con nuestra modificación, es una excelente reacción, fácil, práctica, segura y muy sensible. Cabe utilizarla.

12. En las embarazadas que suelen falsear los resultados del Wassermann, las otras reacciones ayudan y deciden el diagnóstico serológico.

En la discusión de la ponencia tomaron parte distinguidos especialistas.

Además, los Dres. CARRERAS, FIGUERAS y FAIXAT de Barcelona, presentaron, en colaboración, una comunicación acerca de *Un nuevo método de exploración radiográfica en ginecología*, acompañada de excelentes clisés obtenidos mediante el lipiodol inyectado por vía cervical en útero y trompas, siempre que sean estas permeables, en cantidad variable según la capacidad uterina, pero oscilando, por término medio, entre ocho y diez centímetros cúbicos.

Admiten como contraindicaciones, los procesos agudos anaxiales o periuterinos, los procesos uterinos virulentos y el embarazo.

El lipiodol puede pasar sin peligro al peritoneo, dado su poder antiséptico.

Señalan los comunicantes que la distensión, aunque graduada, de los cuernos uterinos acompañada de la falta de imagen tubárica, indica una obstrucción total de la misma; si faltando la imagen tubárica no hay distensión del cuerno del útero, debe ser repetido el examen ya que podría haber sucedido que, por falta de presión no penetrase el lipiodol en la trompa. Cuando la distensión coincide con la imagen tubárica, debe pensarse en que hay una estenosis.

El método es útil, además, porque siempre es interesante conocer la dirección de la trompa en casos en que deba practicarse la castración Roentgen.

La segunda Semana Ginecológica se celebrará en Barcelona en la primavera de 1927.

El Comité organizador lo formarán los Dres. NUBIOLA, BONAFONTE, CUNILL, ZARIQUIEY y otro que designarán libremente los ya citados.

Falta designar todavía cual será la ponencia de Pediatría. La de Obstetricia es: *Patogenia, significación clínica y tratamiento de los edemas gravídicos*. La de Ginecología: *Tratamiento del cáncer cervical*.

LA ENCEFALITIS EPIDÉMICA EN INGLATERRA

Son, verdaderamente, inquietantes los progresos que la citada infección ha hecho en la Gran Bretaña, en los últimos años. Las estadísticas inglesas lo confirman. En Manchester, por ejemplo, los casos diagnosticados en el pasado año han alcanzado la cifra de 244, con 52 defunciones.

La enfermedad ataca por igual a los dos sexos. En cuanto a la edad, la mayor proporción de invasiones aparece por debajo de los veinte años. La asistencia a la Escuela no parece tener, sin embargo, una influencia característica.

La gripe ha sido invocada como una de las causas habituales, aunque falta la prueba indiscutible de las relaciones que pueda tener con la encefalitis epidémica.

El hipo epidémico no puede, tampoco, ser atribuido con certeza a la encefalitis, pudiendo ser explicada la asociación hipo-encefalitis como un hecho de coincidencia.

Entre los síntomas iniciales de la encefalitis epidémica han sido encontrados, los vómitos en el 10 por 100 de los casos. La letargia, que es frecuentemente diurna acompañándose de insomnio nocturno, se encuentra en el 75 por 100 de los casos. En 35 por 100 de estos, el insomnio va acompañado de agitación y de delirio. En 40 a 45 por 100 de los casos se han observado parálisis de los nervios craneales, especialmente en los que inervan el aparato de la visión, poniéndose de manifiesto estrabismo, ptosis de los párpados, trastornos pupilares y diplopía. En 31 por 100 de los casos han sido notados fenómenos espasmódicos, recordando la corea o danza de San Vito.

Algunos enfermos han podido ser examinados seis meses después del comienzo de la afección. El doctor Mc. CLURE, entre 55 de ellos, ha visto 10 curaciones absolutas, 26 pacientes con incapacidad parcial y 19 con incapacidad absoluta.

En años anteriores, excepto en 1919-1920, el número de casos de encefalitis fué mucho menor. El doctor Eustaquio HILL, en el condado de Durham, ha visto elevarse los casos de encefalitis, desde 7, en 1923, hasta 110, en 1924, cifra que ha sido todavía sobrepasada en 1925.

Cabe pensar que en años anteriores la enfermedad, menos conocida, pasase desapercibida. Es más probable, sin embargo, que la encefalitis epidémica, por motivos todavía desconocidos, aumente en la Gran Bretaña.

En nuestro país, como en Francia, y contrariamente a lo que viene observándose en Inglaterra, la encefalitis epidémica se hace cada día más rara.

NUEVOS ESTUDIOS SOBRE LA SEROLOGÍA DE LA TUBERCULOSIS

Arturo VERNES, director del Instituto profiláctico de París y creador de la Sifilimetría, que ya fué detallada en el número de Junio de ARS MEDICA por nuestro Redactor Dr. A. CARRERAS, ha publicado los resultados obtenidos por él y sus colaboradores aplicando la sero-floculación y su medición con el fotómetro de VERNES-BRICO-IVON, a la serología de la tuberculosis.

La técnica empleada es la siguiente: extracción de sangre del paciente en ayunas, pues únicamente los sueros muy claros son utilizables. Se retira el suero de la sangre y se centrifuga. En un pequeño tubo de ensayo se introducen 0'6 c. c. de suero centrifugado y 0'6 cm. c. de una solución, en agua bidestilada, de resorcina pura (Poulenc) a la concentración de 1,25 por 100. Después de mezclar se pasa el líquido, rápidamente a la cubeta del fotómetro y se determina la densidad opaca de la mezcla. La mezcla se conserva a 18-20 grados, durante cuatro horas, y se practica una segunda lectura. Se deduce la primera lectura de la segunda.

Los Autores, insistiendo en la condición *sine qua non* de la limpidez del suero, concluyen en que toda elevación del grado fotométrico por encima de la cifra 30 indica la existencia de una tuberculosis en actividad. Las cifras de 0 a 15 son las que da el suero normal y las de 15 a 30 indican una probabilidad creciente de tuberculosis.

R. JACQUOT y P. UFFOLTZ, después de examinar, durante más de tres años, 6.000 muestras de suero en los dispensarios "Albert Calmette" y "Edith Wharton", creen que la sero-reacción de la tuberculosis traduce una alteración sanguínea en relación directa con el grado de infección y su evolución. Opinan que la reacción está especialmente indicada cuando se quiera despistar casos larvados de tuberculosis, averiguar la naturaleza de un enfisema, controlar un tratamiento, una cura en un sanatorio, etc.

El examen radiológico ha confirmado, en manos de E. LEULLIER, invasiones y agravaciones avisadas, anticipadamente, por la sero-floculación.

El práctico tiene, por consiguiente, en la nueva reacción un medio diagnóstico utilizable tanto en las tuberculosis médicas como en las quirúrgicas.

REVISTA DE REVISTAS

Medicina

El metabolismo basal en el diagnóstico del bocio exoftálmico.
Bosco.

El autor expone en este trabajo marcadamente clínico sus investigaciones personales sobre metabolismo basal practicado en 51 casos de hipertiroidismo más o menos acentuado.

Las deducciones diagnósticas y pronósticas que se derivan de esta casuística, són por demás interesantes y constituyen una importante aportación clínica al moderno estudio del metabolismo basal, sobre el que todavía quedan bastantes puntos que aclarar.

El metabolismo de base rinde en el diagnóstico del hipertiroidismo su máxima utilidad clínica por cuanto permite reconocer ciertos estados fustres de la enfermedad de Basedow, no siempre apreciables clínicamente.

Pero además del valor semiológico, la investigación del metabolismo ha tomado incremento en el pronóstico y en el tratamiento de los bociosos a quienes ha sido posible administrar substancias de eficacia incierta o contraindicada.

Según las investigaciones del autor, el metabolismo basal se halló siempre acelerado en el bocio exoftálmico, benigno o grave, incipiente o avanzado. La cifra más elevada comprobada por el autor, usando el aparato de Zuntz-Geppert, ha sido de 65'94 % y la más baja de 13'24 %.

La relación de estas cifras con el estado de los enfermos estudiados, se ha comprobado en un elevado tanto por ciento