ARTE - HISTORIA
FILOSOFIA Y LITERATURA
EN RELACION CON LA MEDICINA

LA HISTORIA DE LA MEDICINA Y SU PECULIARIDAD

por el

Profesor Dr. PEDRO LAÍN ENTRALGO
Catedrático de Historia de la Medicina en la Universidad de Madrid.

No puede negarse que muchos de los métodos que la historia de la Medicina debe usar son los generales de la investigación histórica. La depuración filológica de un texto, su crítica interna, su comprensión psicológica e histórica, su referencia a la historia universal, todo ello es tarea común con la requerida por cualquier disciplina histórica por el solo hecho de serlo. No obstante, la historia de la Medicina tiene algunas peculiaridades metódicas que conviene destacar.

1.ª La primera dimana de la especial situación de la Medicina en el orden de las ciencias. Aun cuando por un costado—en tanto ciencia del hombre—toque con las llamadas «ciencias del espíritu», no puede desconocerse que la Medicina es también, y en máxima medida, «ciencia de la naturaleza» (1). Cualquiera que sea la situación histórica del hombre, nadie negará que si se arroja su cuerpo desde una altura descenderá, según las leyes de la gravedad, como cualquier *cosa material;* y no se objete que «el cuerpo no es el hombre», porque, siendo ello cierto, no lo es menos que «sin cuerpo no hay hombre». Decía Pascal que la naturaleza confunde a los pirrónicos y la razón a los dogmáticos. Frente a la utopía del progresismo, para el cual la Historia llega a cambiar la *naturaleza* del hombre, y frente a las tesis del historismo, para el cual el hombre tiene *historia* y no naturaleza, podríamos decir hoy que «la naturaleza confunde a los antropólogos historistas y la historia a los antropólogos naturalistas». El propio Dilthey, en quien nadie podría ver un pensador «contaminado» por los métodos de la Ciencia natural, escribía: «La naturaleza del hombre es siempre la misma.»

Pues bien: esta parcial pertenencia de la Medicina a las «ciencias de la naturaleza» determina dos importantes notas diferenciales en orden al método de su historia. Una es la *objetividad* del testimonio médico. Abro, por ejemplo, el primer libro de las *Epidemias* hipocráticas, y leo: «En Taso, Critón comenzó a sentir un vivo dolor en el pie, en el dedo gordo, estando en pie y pudiendo ir y venir. Acostóse el mismo día; ligero escalofrío, náuseas, un poco de fiebre; deliró por la noche. El segundo día, hinchazón de todo el pie y alrededor del tobillo, que está un poco rojo y tenso; pequeñas flictenas negras, fiebre viva; pierde el conocimiento y depone frecuentemente heces biliosas. Murió el segundo día de su enfermedad.» ¿Qué actitud podemos adoptar como historiadores de la Medicina a la vista de tal narración? Desde luego, muchos de nuestros problemas son comunes con los propuestos por cualquier investigación histórica: análisis de la autenticidad del texto, disección filológica, cronología, etc.; pero, como médicos, nos interesa, sobre todo, el hecho de que Hipócrates *viera objetivamente* la hinchazón del pie, las flictenas y la rojez del tobillo. Para un historiador de la vida política—elijo un ejemplo de Rickert—, es indiferente el color del capote de Federico II en la batalla de Rossbach; para uno de la Medicina que lee las *Epidemias* hipocráticas, es esencial que Critón de Taso tuviese flictenas, y éstas fuesen negras; y si no fuese así, no lograríamos entender en modo alguno el sentido del documento histórico.

Puede objetarse, ciertamente, que también al historiador de los sucesos políticos le interesa la longitud objetiva de la nariz de Cleopatra o el tonelaje de la nao *Capitana* en la batalla de Lepanto. Esto es cierto, porque la Historia acontece en nuestro material mundo sublunar, y no hay sucesos históricos sino realizados en y por cuerpos y cosas: el plan de la batalla de Pavía no sería «historia» si no hubiese sido realizado por tales hombres y con tales armas; la primera edición del *Quijote* se hizo en tal papel y con tal tinta, y sin ellos no habría pasado de ser un proyecto cervantino, etc. Pero aun siendo exigible, cuando se aspira a una consideración exhaustiva del *suceso*, no puede negarse que esa detallada objetividad no es esencialmente necesaria a los fines del historiador. Lo que de modo primario importa a la «historia» política y a la «historia» literaria es *lo que sucedió* a causa de la nariz de Cleopatra, tuviese ésta centímetro más o menos; o que venciesen los cristianos en Lepanto y cómo vencieron, fuese el tonelaje de sus naves uno u otro; o *lo que decía* esa primera edición del *Quijote*, etc. Lo que aconteció, lo que se expresó; en suma: el suceso, la expresión y el sentido. En cambio, al historiador de la Medicina le importa esencialmente, no sólo el suceso—que Hipócrates asistiese médicamente a Critón, que éste muriese al segundo día, etc.—, sino también la detallada concreción objetiva de ese suceso. Si no la tuviésemos, no habría historia de la Medicina, sino, a lo sumo, historia de las teorías médicas o de las aventuras de los médicos.

Fúndase tal peculiaridad—compartida por la historia de todas las ciencias del hombre y de la Naturaleza—en la vertiente de ciencia natural que la Medicina tiene y, más concretamente, en la *repetibilidad* del hecho natural. Esta es la segunda nota diferencial a que antes aludía. Si Ambrosio Paré me da ciertas normas sobre el tratamiento de las heridas por arma de fuego, no sólo tiene valor la receta porque con ella curase su inventor en la campaña de Italia y en el sitio de Metz—hechos *históricos* y, por tanto, enteramente singulares—, mas también porque sus observaciones pueden repetirse «genéricamente»—en cuanto el herido pertenece al género natural *homo*—frente a heridas análogas a las observadas y descritas por Paré. La orden de Alejandro Magno para comenzar la batalla de Gránico sólo pudo acontecer una vez en la Historia; la herida que allí recibió Alejandro es también singular en cuanto «herida de Alejandro», pero repetible en cuanto «herida de un cuerpo humano», porque, como nos recordaba el propio Dilthey, la *na-*

(1) Sólo por razones metódicas uso aquí una división de las ciencias—«ciencias de la naturaleza», «ciencias del espíritu»—, que debe ser fundamentalmente revisada.

turaleza del hombre es siempre la misma. La experiencia que de tal herida se obtuviera puede ser objetivamente repetida. Esta constancia ahistórica de la naturaleza humana otorga a los documentos y a los hechos médicohistóricos una fisonomía peculiar, bifronte, y prescribe una singularidad metódica a la historia de la Medicina. Luego vendrá el sutil problema del margen de variabilidad histórica que la naturaleza humana ofrece, porque también es evidente que el hombre de hoy no enferma y sana lo mismo que el de hace dos mil años; pero, por debajo de tal mudable envoltura, no puede negarse razonablemente que el cuerpo humano, en lo que tiene de *natural*, alberga un núcleo entitativo cuya conducta es continua, invariable y repetible a lo largo del tiempo.

2.ª Otra peculiaridad de la historia de la Medicina proviene de lo que, en realidad, es la experiencia médica fundamental, esto es, la curación de un hombre enfermo. Mirada desde fuera, la curación es un acontecimiento como los que nos narra la historia política o militar. Volvamos a las *Epidemias* hipocráticas. El sexto enfermo del libro primero es Cleonáctides, que vivía más arriba del templo de Hércules, del cual se nos dice que padeció una larga enfermedad, y que ésta, al octogésimo día, «por fin hizo crisis» (se resolvió en curación). De este punto del relato nos importa, como al historiador político, *lo que aconteció*, esto es, que el enfermo sanase (o muriese). Nos es indiferente si el enfermo puso tal o cual rostro con motivo de su curación, o si se levantó del lecho a esta o a la otra hora. Del mismo modo, si leemos que Aníbal atravesó los Alpes, es totalmente accesorio—en este caso, al menos—saber si lo hizo sobre un elefante o a caballo; lo importante e históricamente decisivo es *lo que sucedió*, esto es, que Aníbal atravesase los Alpes y llegase a los llanos del Po.

Pese a la aparente similitud, hay una diferencia radical entre los dos relatos históricos. Admitamos la total certidumbre de uno y otro: documento auténtico, narración hecha por testigo presencial, veracidad de uno y otro narrador, etc. Aun así, existe una grave diversidad. El relator del paso de Aníbal a través de los Alpes nos describe un acontecimiento enteramente singular e irrepetible: ni Aníbal ni aquella Roma volverán a existir. También Hipócrates nos cuenta un suceso por completo singular, como es la curación de un Cleonáctides que no volverá otra vez al mundo; pero *esta* singular curación es *una* curación de un proceso febril, es decir, algo que se repite centenares de veces ante los ojos del médico. La hazaña alpina de Aníbal adquiere significación histórica por ser de Aníbal, no por ser genéricamente *una* travesía de los Alpes; la vuelta de Cleonáctides a su estado de salud posee, en cambio, dos significaciones: una, singular (que fuese suya, que Hipócrates en persona asistiese al enfermo, etc.), y otra, genérica e intemporal, por el hecho de ser curación de un proceso febril.

Una primera impresión reduciría lo que acabo de exponer a la *repetibilidad objetiva* antes descrita: la curación de Cleonáctides tendría una significación intemporal análoga a las modificaciones objetivas en el aspecto de las heridas por obra del tratamiento de Paré. La realidad, empero, es bien distinta. La intemporalidad propia de la descripción de una herida radica en la pura naturalidad del proceso, y puede ser puesta en relación con la correspondiente a una ley física (2). Una misma herida de arma blanca hubiese cicatrizado lo mismo en el cuerpo de Héctor que en el de García Morato, o la diferencia sería bien escasa; en cierto modo, lo mismo que el curso de una flecha será hoy igual que fué hace tres mil años, si hoy se la arroja con el mismo arco, el mismo blanco y la misma tensión que entonces. El curso de la herida y el curso de la flecha son sucesos cuya *ley* se determina, en último extremo, por la *observación objetiva de la realidad natural*.

Muy distinto es el caso de la curación cuando ya no se trata de «una herida», sino de «un hombre». Entonces, la conclusión «este hombre está curado», que el médico formula en su espíritu, no asienta, en última instancia, sobre la pura observación objetiva (desaparición de la fiebre, pulso normal, buen apetito, etcétera), sino sobre un hecho real mucho más profundo, y, a mi entender, rigurosamente transhistórico: la coexistencia personal del médico y el enfermo, por cuya virtud sabe aquél con creyente certidumbre cuándo y cómo acontece la reinstalación del paciente en el normal cumplimiento de su destino. Los datos de la observación objetiva son—nada más y nada menos—*conditio sine qua non* de aquella creencia coexistencial por parte del médico. No importa que el marco del destino personal se halle configurado de modo tan diverso a través de la Historia; y que, en consecuencia, lo que para Cleonáctides fuera «estar sano» sea cosa distinta que lo que es «estar sano» para el piloto de vuelos en picado. El hecho radical es, por parte del médico, la certidumbre de que uno y otro se hallan en cuerpo y alma dispuestos a cumplir otra vez, y normalmente, los actos en que se realizará su personal destino.

La narración médica ofrece, pues, tres planos distintos a la consideración del historiador. Uno de ellos es rigurosamente singular e histórico, y, por su virtud, es el relato enteramente homologable a cualquier otro de la investigación historiográfica: descripción de una peste, teorías sobre lo que es la enfermedad, etcétera. Según él, la historia de la Medicina se hace tributaria de los métodos que específicamente requiere el cultivo historiográfico de las «ciencias del espíritu». Otro plano es científiconatural, y en él, en cierto modo, adquiere el testimonio la intemporalidad que la narración de los procesos naturales y objetivos tiene: curso del color de la orina en una enfermedad aguda, aspecto sucesivo de un proceso inflamatorio, acción objetiva de un remedio, etc. Lo narrado puede servir, por razón de su relativa intemporalidad, para obtener la *ley natural* del proceso en cuestión. El tercer plano asienta en lo más escuetamente personal de la vida y del ser del hombre, y se refiere a la experiencia emanada de la coexistencia entre enfermo y médico: situación del paciente respecto a su enfermedad, curación en el sentido antes expuesto, etcétera. No siempre se hallarán en las «fuentes» datos relativos a este plano de nuestra investigación histórica; pero, cuando se encuentren, nos servirán para obtener la *razón histórica y personal* de la curación y de la acción curativa del médico.

Todo lo precedente exige con imperio que el historiador de la Medicina sea médico. La investigación histórica del primer plano antes mencionado puede emprenderla cualquiera; los otros dos planos exigen perentoriamente al médico. Esta es la peculiaridad metódica de la historia de la Medicina, en cuanto historia de un saber que pertenece, tanto a las «ciencias de la naturaleza» como a las que suelen llamar «ciencias del espíritu».

(2) Sólo hasta cierto punto, claro. En la herida se trata de un proceso biológico, ontológicamente distinto, por tanto de los procesos mecánicos; y, por otra parte, la situación personal del herido no carece de influencia sobre la marcha de la curación.

CONSULTORIO PROFESIONAL

A cargo del
Doctor. D. ELOY LOPEZ GARCIA
Jefe clínico de la Beneficencia Provincial de Madrid

En esta Sección se contestará a cuantas preguntas de índole clínica o farmacológica nos sean formuladas por nuestros lectores (1).

J. T.—Murcia.—**F. M. G.**—Puertollano (Ciudad Real). **En el número 151 de «Medicamenta» he leído una referencia sobre el tratamiento de los trastornos menopáusicos con etinil estradiol. ¿Existe alguna especialidad farmacéutica de dicho producto?**

El único preparado de etinil estradiol que existe en España es el Estrolan «E», fabricado por el Instituto Farmacológico Latino, sobre cuyas características de presentación, dosificación, etc., pueden ustedes informarse a través de las páginas de esta Revista, en la cual se anuncia el lanzamiento al mercado español de este interesante producto.

M. G. GONZÁLEZ-GRANDA.

M. S.—Vera de Moncayo (Zaragoza).—**Ciertas casas de material de laboratorio anuncian un modelo de aparato de Westergreen para la V. S., en el que la cantidad a obtener de sangre se reduce a una gota extraída por simple punción en la yema del dedo; tiene, por tanto, la ventaja de que no hay que verificar toma intravenosa de sangre. ¿Qué modelo de aparato da resultado más exacto? ¿El usual, o el nuevo anunciado?**

Todas las técnicas propuestas para hacer la determinación de la sedimentación globular con cantidades mínimas de sangre, susceptibles de obtenerse por punción digital, tienen en la práctica una serie de fuentes de error, aun siendo utilizadas por manos experimentadas, por lo cual es necesario adiestrarse previamente en la toma de sangre.

Aparte de esto, los valores obtenidos, aun con las correcciones debidas, son difícilmente homologables con los datos obtenidos con los macrométodos, ya que el fenómeno físico de la sedimentación en tubos capilares está influenciado por factores diferentes de la sedimentación en tubos no capilares.

Ello quiere decir que, siempre que sea posible, la sedimentación globular deberá hacerse con sangre obtenida por punción venosa.

En casos especiales, y, sobre todo, en Pediatría, es preciso recurrir a la utilización de micrométodos si no se quiere prescindir de datos complementarios para el diagnóstico; esto ocurre frecuentemente con la sedimentación globular.

Sentadas estas premisas, cualquier micrométodo puede serle útil después de haberse adiestrado en la recogida correcta de sangre.

Nosotros venimos utilizando desde hace tiempo el micrométodo de Chattas, y damos, en general, más valor a los datos comparativos obtenidos en un caso determinado (investigación cada mes, por ejemplo) que a los datos aislados que, separadamente, nos dan sólo una idea aproximada de si la sedimentación es normal, moderada o intensamente acelerada.

Por tanto, volvemos a insistir que la sedimentación globular, siempre que se pueda, deberá hacerse con sangre obtenida por punción venosa.

E. PALENQUE.

F. G.—Madrid.—**Asisto a una niña pequeña que desde unos pocos meses hasta la fecha, sin saber por qué, se le pone el brazo izquierdo frío y se le moja de la muñeca al codo. Ha tomado vitaminas, atropina, belergal, etc.; se ha aplicado rayos ultravioleta, y siempre sigue igual. Me agradaría conocer la posible etiopatogenia y tratamiento a seguir.**

Teniendo en cuenta que la inervación sudorífica de la zona que menciona corresponde, según André Thomas, a los segmentos metaméricos medulares D. quinto a séptimo, hay que suponer que puedan radicar aquí los trastornos determinantes de su caso; podrían ser: poliomielitis (lo que elimina el curso), siringomielia (posible) o compresiones medulares a esa altura (en particular un Pott). Por último, los tumores medulares pueden determinar el llamado «síndrome simpático», de madame Dejerine y Jumentier, que comprende, además de la sudoración limitada al brazo, erección de los *arrectore pili*.

También las neuralgias pueden originar alteraciones diaforéticas localizadas.

De acuerdo con la sintomatología acompañante, podrá usted encajar el caso y tratarlo etiológicamente; de modo sintomático, dosis adecuada de atropina hasta que ocurra la midriasis, señal de estarse sobrepasando la tolerancia.

E. JASO.

E. G. G.—Real de la Jara (Sevilla).—**Someto a un enfermo de herpes zóster intercostal a un tratamiento de histamina intradérmica y vitaminas B$_1$ y C, curando en cuatro días. A los quince, un hijo de cinco años de este enfermo hace un cuadro agudísimo de varicela. Como alguien ha dicho que el zona pudiera ser una varicela localizada, ¿es posible relacionar en algún sentido ambos procesos?**

El virus del zona sería para muchos autores el mismo que el de la varicela. La identidad etiológica entre ambas afecciones, señalada primeramente por Bokay, en 1892, ha sido después comprobada clínicamente por numerosos observadores, y en España, Sáinz de Aja se ha ocupado repetidamente de este hecho.

Experimentalmente, Kundratitz ha logrado inocular el contenido de vesícula de zona a la piel de niños pequeños, los cuales, después de una incubación de cinco a catorce días, presentaron algunas vesículas varicelosas, y en un caso hasta un brote de varicela típica. Lange, Wolff y Netter han demostrado la identidad etiológica de ambos procesos mediante la desviación de complemento que proporciona idénticos resultados si se emplea como antígeno un extracto de costras secas de zona o de varicela.

Para Flandin ocurriría en estas dos afecciones una mutación de virus análoga a la que tiene lugar en el grupo viruela-vacuna, o serían dos etapas sucesivas de la misma infección; cualquier causa capaz de disminuir la inmunidad creada por la varicela (primera etapa no obligatoria de la enfermedad) daría lugar a un brote de zona.

L. ALVAREZ LOWELL.

J. R.—Barcelona.—**Enfermo afecto de prurito anal muy molesto, especialmente al acostarse. Ha probado cuantos tratamientos generales, locales y de infiltración, le han aconsejado proctólogos y especialistas de piel, casi todos sin resultado. Sufre de almorranas internas y externas. No es diabético, ni neurótico, ni nunca se ha visto oxiuros. ¿Qué tratamiento me aconseja?**

No parece haber razón alguna para tener que considerar al prurito anal como enfermedad de etiología desconocida. Pero la paciencia, tanto del médico como del enfermo, puede tocar a su fin antes de haber llegado a una conclusión, y ésta es la razón de ser de muchos pretendidos pruritos esenciales.

Las papilas anales hipertróficas, fiebitis, venas vari-

(1) No se contestarán las consultas que no vengan en papel timbrado y firmadas por su autor, aun cuando en la respuesta se mantenga el incógnito, si así lo desease el interesado.

cosas y hemorroides, en lugar de ser las causantes del prurito anal, seguramente no hacen más que acompañarlo, empeorándolo en ocasiones. La denominación de hemorroides pruritógenas es una impropiedad para Buie. La cuestión es mucho más compleja que todo esto.

Para Allingham, muchos pruritos están en relación con enfermedades viscerales; procesos hepáticos y renales, colecistitis, apendicitis pueden ser causa indirecta de prurito anal.

La infección focal debe, pues, según se desprende, en parte, de lo dicho, descartarse.

Algunos sujetos presentan idiosincrasia para ciertos alimentos. Determinados alimentos les provocan prurito anal. Estos pruritos indirectos, de origen alérgico o idiosincrásico, pueden ser combatidos, una vez diagnosticados, mediante dietas de eliminación o desensibilización, específica o inespecífica.

Tucker y Hellwig opinan recientemente que el escatol, uno de los productos de la actividad de las bacterias intestinales, puede ser el causante de determinados pruritos. Por ello, en enfermos con colitis o enterocolitis, el guanidín o thalidín pueden tener efectos curativos.

Otros pruritos dependen de infecciones micósicas del orificio anal.

No hay que olvidar las helmintiasis. No vale decir que no se han encontrado oxiuros u otras especies macroscópicamente en las heces. Es necesario una investigación analítica minuciosa con técnicas adecuadas.

De todo lo expuesto, fácil es deducir el tratamiento a realizar. Ahora bien: una vez eliminadas las causas anteriores como desencadenantes del prurito, no nos queda por realizar sino tratamiento sintomático.

Le aconsejamos en este caso infiltraciones con novocaína de la zona pruritosa o radioterapia superficial, realizada por manos expertas. Sin por ello descuidar el oportuno tratamiento local de las lesiones cutáneas de acompañamiento (piodermitis, liquenificación, eczematización, etc.).

L. ALVAREZ LOWELL.

L. V. B.—Belmonte de Mezquín (Teruel).—**Patogénesis y terapéutica de la caries dental, piorrea alveolar, dientes movedizos y atrofia alveolar.**

Son de tal amplitud los temas de su consulta, que para contestarlos debidamente precisaríamos varias páginas de esta Revista; por ello, considero preferible resumir en unas líneas los principales factores que intervienen en la patogenia de estos procesos y los métodos terapéuticos propuestos, e indicarle unos cuantos tratados de Estomatología, en los que podrá usted completar la información que solicita.

La flora bucal es un factor fundamental en la patogenia de la caries; merced a sus enzimas, se decalcifica el esmalte dentario, coadyuvando a esta acción los ácidos (pirúvico, láctico, succínico) originados por la descomposición de los hidratos de carbono. La dentina se afecta posteriormente, y si el proceso no se detiene, invade la pulpa, dando lugar a los abscesos pulpares. Son causas predisponentes la herencia, la alimentación, la hipovitaminosis, la escasez de minerales, el equilibrio endocrino, etc., y como causas locales que favorezcan su implantación, están las hipoplasias dentarias, los componentes de la saliva, la higiene de la boca, los hidratos de carbono fácilmente fermentescibles y, en general, todos aquellos factores que dificulten la autoclisis. El tratamiento ha de ser conservador, sustituyendo el tejido enfermo por una obturación conveniente y reservando la avulsión para aquellos casos extremos en que aquél no sea posible. Si la pulpa está ya infectada, se recomienda efectuar el control bacteriano antes de proceder al sellado de la cavidad, y en aquellos casos en que la infección ha rebasado ya el ápice, se recurre a la apicoescisión o acrectomía.

Como medidas profilácticas, se aconsejan una alimentación lo más completa posible, reforzada con la administración de minerales (calcio, fósforo) y vitaminas, especialmente la vitamina D a dosis masivas. Recientemente se ensayó, con resultados alentadores, la aplicación tópica de flúor en forma de fluoruro sódico en solución al 1 por 1.000.

En la patogenia de la piorrea alveolar se ha demostrado la importancia del factor constitucional, así como la de otros factores desencadenantes, como son los trastornos metabólicos, hipovitamínicos, especialmente de la vitamina C, tóxicos y de orden mecánico, como son los depósitos de sarro, oclusión traumática, obturaciones defectuosas, etc. Las medidas terapéuticas se detallan en una consulta contestada en el número 121 de esta Revista (1-III-1947).

Respecto a la atrofia alveolar, como el alveolo es creado exclusivamente para la función dentaria, siempre que ésta se reduce o suprime, el alveolo se atrofia; por esto, hay una forma senil, fisiológica, y otra que se observa en aquellos dientes que han perdido sus antagonistas, o bien cuando, a consecuencia de regímenes dietéticos, se toman sólo alimentos blandos que exigen poco esfuerzo oclusivo.

Los dientes movedizos se observan principalmente en la enfermedad periodóntica. Fuera de esta afección, pueden también presentarse en la enfermedad de Schüller-Christian, en la cual los dientes se aflojan porque, a consecuencia de un trastorno en el metabolismo lipoideo, se forman almohadillas debajo de los mismos. En los tumores malignos y en la osteomielitis se aflojan también los de la región comprendida por la alteración.

El tratamiento variará según el agente etiológico, suprimiendo éste y corrigiendo la movilidad mediante férulas o ligaduras.

A continuación le indico una serie de tratados de Estomatología, que puede usted consultar:

Kurt H. Thoma: *Estomatología*. Editorial Salvat, 1946.
Port Euler: *Tratado de Odontología*, 1942.
Pucci: *El paradencio. Su patología y terapéutica*, 1941.
Ferrari y Vera: *Patología y clínica bucodental*, 1943.
Burchard e Ingles: *Tratado de patología y terapéutica odontológica*, 1940.

M. G. GONZÁLEZ-GRANDA.

G. V.—Navarra.—**Bibliografía sobre psicología infantil.**

Sobre psicología infantil encontrará usted una información muy completa en los libros y trabajos siguientes:

Agatha Browley: *The natural development of the Child*. 1944.
Bela-Szeckely: *El niño neurótico. Reeducación y psicoterapia*. 1943.
Bassols Iglesias: *Acta Médica Hispánica*, 36, 53, 1947.
Benjamín, Isserlin, Hauselmann, Lutz y Bonald: *Tratado de psicopatología de la infancia*. 1947.
Cruchet: *Los malos hábitos en la infancia y adolescencia*. 1945.
Ferrer Hombravella: *Acta Médica Hispánica*, 35, 563, 1946.
Moragas: *Niños psicópatas*. 1947.
Moragas Gallisa: *Acta Médica Hispánica*, 35, 549, 1947.
Stirnimann: *Psicología del recién nacido*. 1947.

M. G. GONZÁLEZ-GRANDA.

J. V. L.—Puebla de Montalbán (Toledo).—**La tetralogía de Eisenmenger, variante de la llamada tetralogía de Fallot, ¿es tributaria como ésta de la operación de Blalock o de la de Potts? ¿Se practican dichas operaciones en España?**

La tetralogía de Fallot consiste en estenosis o atresia de la arteria pulmonar, dextroposición de la aorta, defecto septal interventricular e hipertrofia del ventrículo derecho. El complejo de Eisenmenger consiste en defecto septal interventricular, aorta acabalgada, hipertrofia del corazón derecho y *dilatación* de la arteria pulmonar. A causa de esta dilatación de la arteria pulmonar, los pulmones reciben sangre abundante, y se observan en radioscopia congestivos y con pulsación en la zona de los hilios. Tanto la operación de Blalock y Taussig (anastomosis de la subclavia a una de las arterias pulmonares) como la de Potts, Smith y Gibson (anastomosis lateral de la aorta con la pulmonar), se fundan en aumentar la cantidad de sangre que circula por el sistema pulmonar; por ello, se han propuesto en el tratamiento de la tetralogía de Fallot, pero carecen de indicación en el complejo de Eisenmenger. El auge que ha tenido recientemente el diagnóstico de esta malformación se debe precisamente a su diferenciación de la tetralogía de Fallot, a los fines de la intervención quirúrgica.

No tengo noticia de que se hayan realizado en España las operaciones de Blalock y de Potts.

E. L. G.