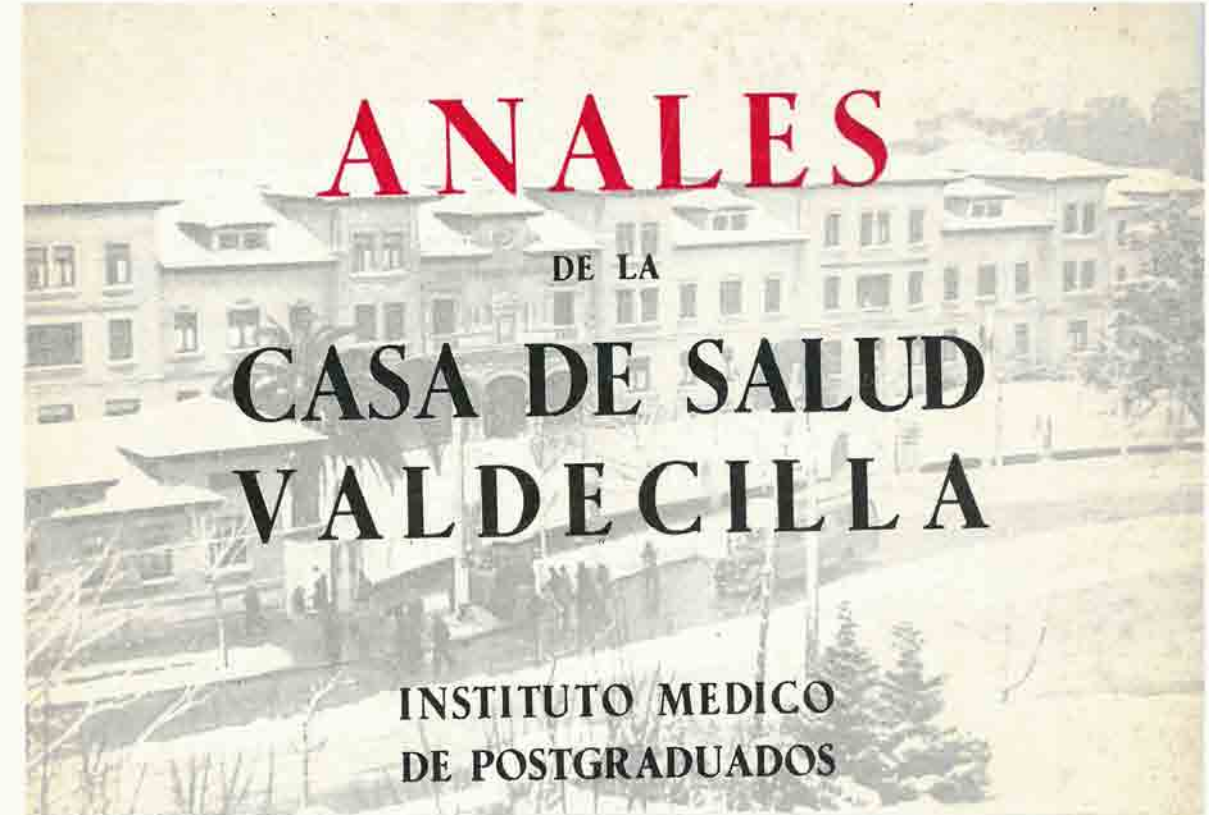




ANALES

DE LA

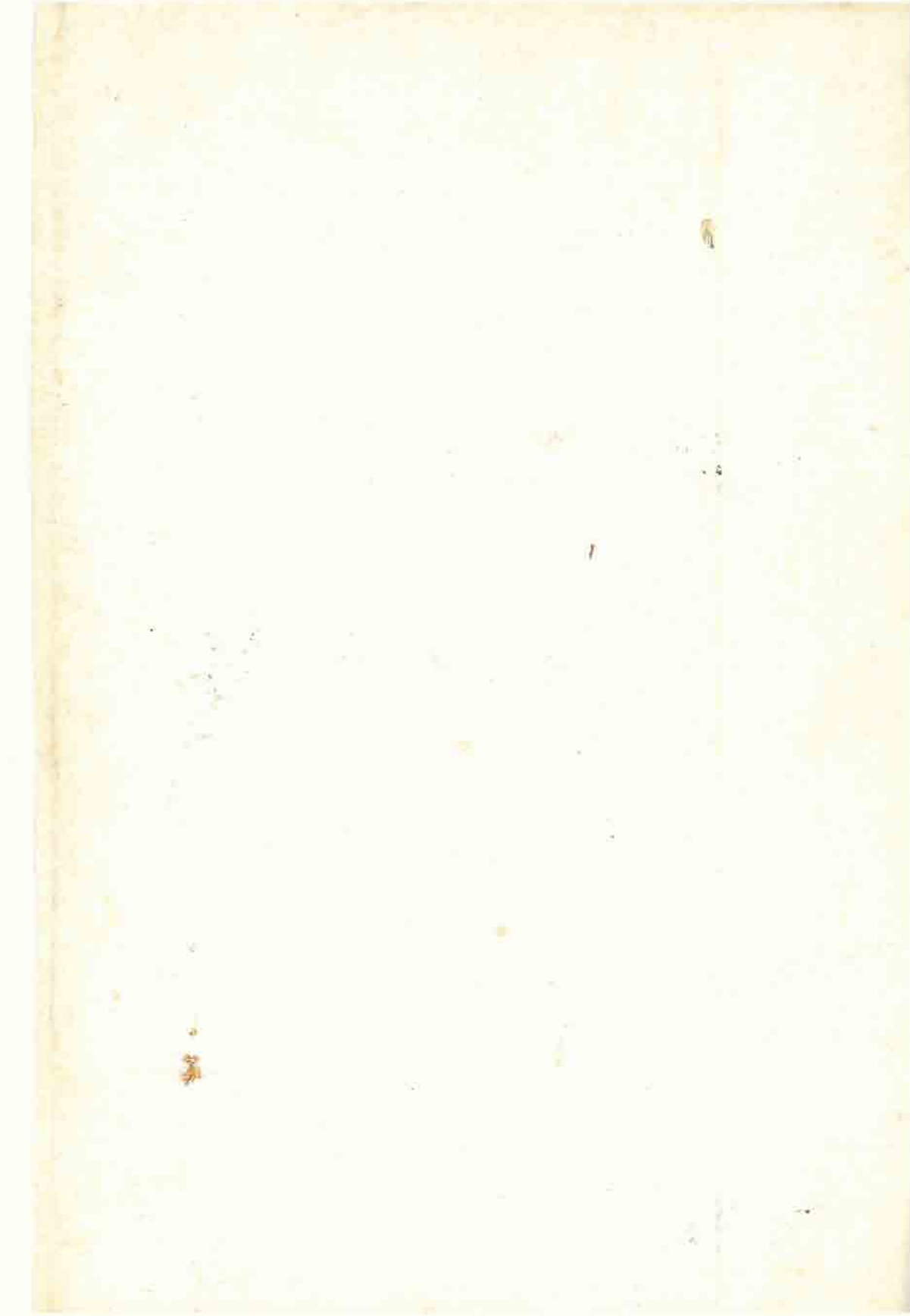
CASA DE SALUD VALDECILLA

**INSTITUTO MEDICO
DE POSTGRUADOS**



NUMERO ESPECIAL

**dedicado al
Séptimo Congreso
de la
Asociación de Médicos
Ex internos de la
Casa de Salud Valdecilla
1974**



Vigil

Séptimo Congreso
de la Asociación
de Médicos Externos
de la
Casa de Salud Valdecilla

**Séptimo Congreso
de la Asociación
de Médicos Externos
de la
Casa de Salud Valdecilla**

Santander,
27 - 28 - 29 y 30
agosto 1973

CENTRO MEDICO NACIONAL
"MARQUES DE VALDECILLA"
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Y
DIPUTACION PROVINCIAL
DE SANTANDER

Edita:

Asociación de Médicos Ex internos de la Casa de Salud Valdecilla.

Director:

Dr. D. S. López Vélez

Secretario de redacción:

Dr. D. L. de la Puente Campano

Consejo asesor:

Dr. D. E. Pelaz Martínez. —Presidente de la Asociación

Dr. D. J. Picatoste Patiño

Dr. D. O. Navarro Baldeweg

Dr. D. A. G. Churrua

Dr. D. A. Díaz Manrique

Dr. D. J. San Juan Balbás

I. S. B. N.: 84-400-9531-7

Depósito Legal: SA. 5-1976

Imprime:

Artes Gráficas Resma

Prol. Marqués de la Hermida, s/n.º

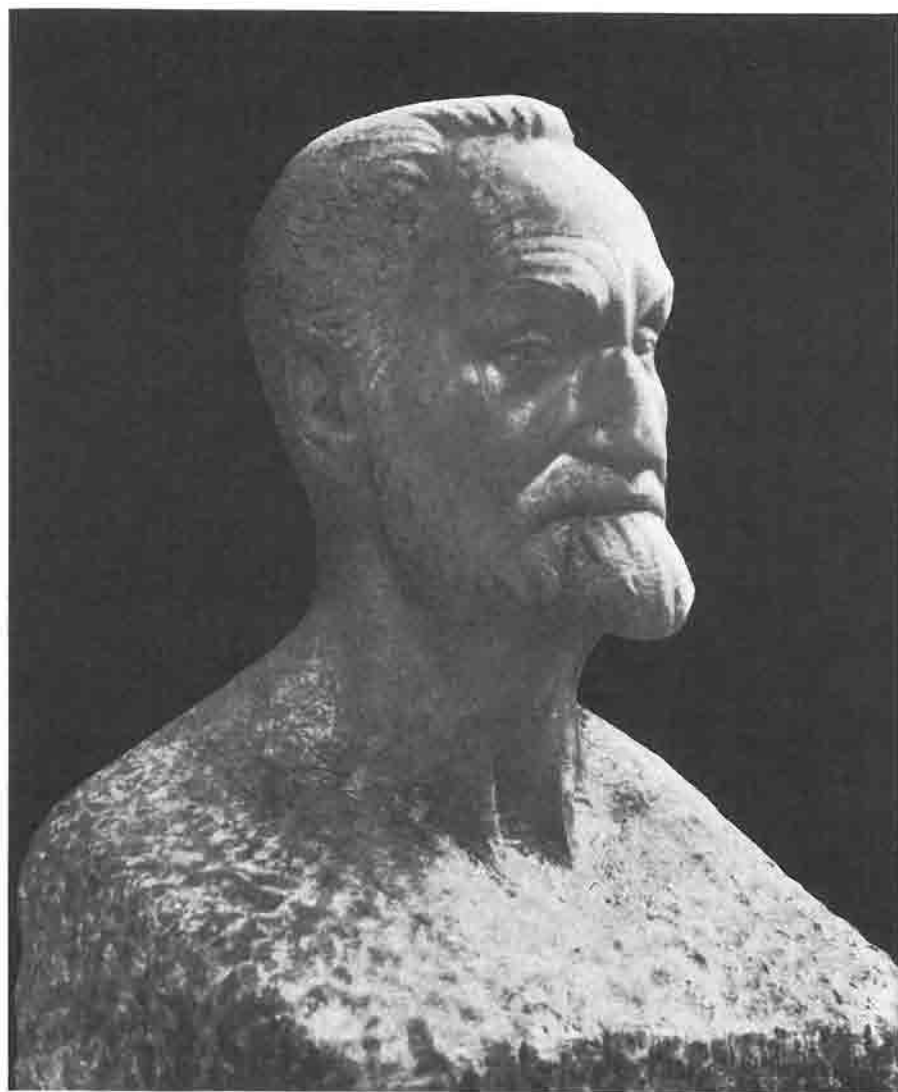
Santander, 1975

La correspondencia debe dirigirse al Secretario de la Asociación de Médicos de la Casa de Salud Valdecilla. CENTRO MEDICO NACIONAL MARQUES DE VALDECILLA. SANTANDER.

SUMARIO

	Págs.
Reseña gráfica	9 - 55
Nuestra Asociación	55 - 56
Séptimo Congreso	57 - 67
Actos	69 - 100
Discurso Inaugural.—Dr. López Vélez	101 - 112
Discurso del Dr. Churrua	113 - 115
Discurso del Dr. Pelaz	117 - 119
Semblanza del Dr. Aldama Truchuelo.—F. Soto Yárritu	123 - 127
La unidad psiquiátrica en el Hospital General.—J. M. ^a Aldama de Llano	129 - 136
Síndrome de Korsakoff inmediato y miopatía tardía consecutivos a una descarga eléctrica por rayo.—J. M. ^a Aldama de Llano	137 - 139
Psicosis en un Hipotiroideo.—L. de Castro Sánchez	141 - 149
El Test de simbolización subjetiva del Dr. Aldama Truchuelo.—J. F. Díez Manrique	151 - 160
Un estudio sobre la personalidad, psicodesarrollo y psicopatogenia.—A. Díaz González	161 - 175
Factores neurofisiológicos en la predisposición a los accidentes.—Dres. Estévez Bravo, García Fernández y López Suárez	177 - 182
Síndromes neurológicos y neurofisiológicos del alcoholismo.—Dres. Estévez Bravo y Martínez Fernández	183 - 199
Comentarios a la clasificación de las perturbaciones mentales.—E. Pelaz Martínez	201 - 210
Semblanza del Profesor Dr. Arce Alonso.—Dr. Collado Otero	213 - 217
Hirschprung agangliónico total.—Dres. Arce, F. Sandoval y V. Madrigal	219 - 228
Listeriosis. Diagnóstico bacteriológico.—Dres. Crespo Domínguez y González Fuente	229 - 234
HGH y enfermedad celiaca.—Dres. Fernández de las Heras, Martín Bermejo, Jiménez Mena, Muro y Zurro	235 - 239

Perforaciones digestivas neonatales.—Dres. Fernández de las Heras, Martín Bermejo, Jiménez Mena y Muro	241 - 247
Nefropatía hipercalcémica experimental.—Dr. Collado Otero	249 - 253
Experiencia recogida en 2.500 partos dirigidos.—Dr. Valverde Pinedo	255 - 264
Semblanza del Profesor Dr. García Sánchez-Lucas.—Dr. López Vélez	267 - 272
Esterilidad matrimonial, estudio en 565 parejas.—Dr. Valverde Pinedo	277 - 284
Higiene mental de la tercera edad.—Dr. Pelaz Martínez	285 - 300
El problema de las quemaduras en Santander.—Dres. Pereda Sáinz y Navarro Baldeweg	301 - 314
Diagnóstico bacteriológico de microbacterias.—Dres. Fernández Pérez y González Fuente	315 - 322
Breve resumen	323 - 341
El Pino del Marqués	343
Ensayo funcional de un Ministerio de Sanidad	345 - 354



EXCMO. SR. MARQUES DE VALDECILLA
FUNDADOR DE LA INSTITUCION
(Busto de Emiliano Barral)



EXCMA. SEÑORA MARQUESA DE PELAYO

Fundadora de la Institución colaborando con su tío, el Marqués de Valdecilla, y Fundadora de la Asociación de Médicos Ex internos de la Casa de Salud Valdecilla.

(Foto publicada en el Primer Número de Anales Casa de Salud Valdecilla, 1930)



EXCMO. SR. D. PEDRO DE ESCALANTE Y HUIDOBRO

Presidente de la Excma. Diputación de Santander (1962-1970 — † 1970)



EXCMO. SR. D. RAFAEL GONZALEZ ECHEGARAY

Presidente de la Excma. Diputación de Santander.



EXCMO. SR. D. MODESTO PIÑERO CEBALLOS

Actual Presidente de la Excma. Diputación de Santander.



EXCMO. SR. D. JOSE MARTINEZ ESTRADA

Delegado General del Instituto Nacional de Previsión, que en representación de la Seguridad Social intervino en la organización del Centro Médico Nacional «Marqués de Valdecilla» de la Seguridad Social y Diputación Provincial, de Santander.



EXCMO SR. D. SEGUNDO LOPEZ VELEZ

Director de la Casa de Salud Valdecilla.



Vista general aérea de la Casa de Salud Valdecilla

(Publicada en el Primer Número de Anales. 1930)



Vista del Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla de la Seguridad Social y Diputación Provincial de Santander. A la derecha, la Escuela de Enfermeras; en el centro, el núcleo central de la nueva Institución; a la izquierda, el edificio en construcción dedicado a Traumatología, y más al fondo, los Pabellones que aún quedan en la Casa.



Vista de los tres Bloques: Casa de Salud Valdecilla, Traumatología y al fondo Residencia Sanitaria Cantabria, que forman el Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla.

En primer término, los antiguos pabellones de la Institución.



Antigua Portada de la Casa de Salud Valdecilla, cubierta por la nieve.

El Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla, con el edificio de Traumatología a punto de terminarse.





21-VIII-1971. Bendición del nuevo edificio de la Escuela de Enfermeras inaugurado por los Príncipes de España don Juan Carlos y doña Sofía.

Su Alteza Real doña Sofía, es nombrada Enfermera de Honor de la Casa de Salud Valdecilla. El Presidente de la Excm. Diputación de Santander, Sr. González Echegaray, le impone la insignia de enfermera de la Casa.





Vista del Salón de Actos del Centro Médico en el Acto Inaugural de la Escuela de Enfermeras.



Simpática fotografía obtenida con motivo de la inauguración de la Escuela de Enfermeras.



Agosto 1930. Su Majestad la Reina de España, esposa de Alfonso XIII y abuela del Príncipe de España, don Juan Carlos, posa con un grupo de enfermeras.

Julio 1971.—Su Alteza Real la Princesa de España, doña Sofía, también con un grupo de enfermeras de la Casa.





22-VI-1972. Firma del Acta de Constitución del Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla de la Seguridad Social y Diputación Provincial de Santander, por el Subdelegado del Instituto Nacional de Previsión, Dr. Martínez Estrada; el Presidente de la Diputación Provincial de Santander, Sr. González Echegaray, en presencia del Director del Centro Médico, Dr. López Vélez; del Alcalde de Santander, D. Alfonso Fuente, y otras personalidades, entre ellas el Dr. D. Ciriaco Pérez Bustamante, durante muchos años Rector de la Universidad Internacional Menéndez y Pelayo.



En junio de 1973, Sus AA. RR. los Príncipes de España, D. Juan Carlos y Dña. Sofía, llegan al Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla, de la Seguridad Social y de la Diputación de Santander, para proceder a su inauguración.

Momentos antes de descubrir la placa conmemorativa de la inauguración.—El Dr. López Vélez dirige unas palabras a SS. AA. RR.





El Director del Centro Médico, Dr. López Vélez, explica a los Príncipes de España, Ministro de Trabajo y otras personalidades lo que va a ser el Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla.



Antiguo Hall de entrada de la Casa de Salud Valdecilla.

Salón de entrada del Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla, con el busto del Marqués que siempre figuró en el Hall de entrada de la Casa de Salud Valdecilla.





Salón de Juntas, contiguo a la Dirección del Centro Médico, donde figuran los retratos al óleo de todos los Directores de la Casa. Este Salón se asemeja mucho al Salón de Actos que tenía la Casa: frisos, ventanas, la gran mesa y los sillones.

Salón de Actos del Centro Médico Marqués de Valdecilla, ubicado en la Escuela de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla, edificio de nueva construcción. En este Salón figuran los retratos del Marqués de Valdecilla y Marquesa de Pelayo; el primero siempre figuró en el Salón de Actos de la Casa, y el segundo es actual.





Dr. D. Wenceslao López
Albo



Dr. D. Emilio Díaz-Caneja
Candanedo



Dr. D. Emilio Molinero
Mercado



Dr. D. Diego García
Alonso



Dr. D. Abilio García
Barón



Dr. D. Joaquín Díaz de
Rábago



Dr. D. Luis de la Sierra
Cano

Fotografías de los retratos al óleo de todos los Directores de la Casa, que figuran en el Salón de Juntas de la Dirección del Centro Médico. Falta la del último Director de la Casa y actual Director General del Centro Médico, Dr. D. Segundo López Vélez.



Prof. D. Manuel Usandizaga Soraluce



Dr. D. Julio Picatoste y Picatoste



Dr. D. José Antonio Lamelas González



Dr. D. Julio Picatoste Patiño



Dr. D. Antolín Mellado Pollo



Dr. D. Augusto Navarro Martín

Subdirectores que, junto con el Dr. Díaz-Caneja, ha tenido la Casa de Salud Valdecilla.



Dr. D. Pascual de Juan Rodríguez,
Jefe del Servicio de O. R. L. y
de las Sesiones Clínicas de la Casa.



Monseñor D. Jacinto P. Bracho,
Capellán de la Casa desde su fundación,
hasta su fallecimiento.

Nuestra Asociación

LA ASOCIACION DE MEDICOS EX INTERNOS DE LA CASA DE SALUD VALDECILLA tiene vigencia oficial en virtud del Escrito de fecha 20 de febrero de 1953, del Excmo. Sr. Subsecretario del Ministerio de la Gobernación, al Gobierno Civil de la Provincia de Santander.

Esta Asociación tiene su residencia oficial en la Casa de Salud Valdecilla hoy CENTRO MEDICO NACIONAL MARQUES DE VALDECILLA DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DIPUTACION PROVINCIAL DE SANTANDER.

Está integrada por todos los médicos Ex internos de la Casa de Salud Valdecilla, que reúnen las condiciones que señala nuestro Reglamento.

La dirige una Junta Directiva elegida mediante votación de los señores socios que asisten a la Junta General que se celebra en el Congreso correspondiente y que ha de tener lugar cada tres años, o en un tiempo más distante si así lo acuerda la Directiva.

Este último Congreso es el Séptimo y se celebró los días 27, 28, 29 y 30 de agosto de 1973.

Todos los congresos han tenido como sede la Casa de Salud Valdecilla de Santander. Este último ha tenido lugar en el Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla de la Seguridad Social y Diputación Provincial de Santander, extraordinaria transformación de la primitiva Institución.

Fue fundada por la Excm. Sra. Marquesa de Valdecilla y Pelayo, doña María Luisa Gómez Pelayo, con la colaboración del entonces Director de la Casa de Salud Valdecilla Ilmo. Sr. Dr. D. Emilio Díaz-Caneja y Candanedo

y del médico interino más antiguo, en aquella ocasión, don Enrique Oliva Priego. Se constituyó la Primera Junta Directiva y la Asociación comenzó su marcha siendo su organización oficial obra de directivos posteriores.

No tiene otros fines que los profesionales y científicos, y en todo momento demostrar nuestro cariño a todo lo que ha sido, es y será, la Casa de Salud Valdecilla ahora integrada en el Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla de la Seguridad Social y Diputación Provincial de Santander.

Séptimo Congreso

Transcurría la segunda década del siglo actual y un hombre de cuna humilde, trabajador, inteligente y honrado, logró al otro lado del Atlántico, reunir una fortuna que le sirvió para alcanzar alto rango social por su hombría de bien, patriotismo y desprendimiento en beneficio del humilde y de la ciencia; concedió becas, ayudó a Centros Universitarios, creó escuelas y fundó un gran Hospital. Pero no estaba solo en esta su gran labor: Una mujer colaboraba para que estos proyectos fueran una realidad. Su Majestad el Rey Don Alfonso XIII en atención a los altos méritos de una y otro, concedió el título de Marquesa de Pelayo, a ella, y Marqués de Valdecilla, a él; ambos con Grandeza.

Y así fue como aquel chiquillo, que aprendió sus primeras y únicas letras en una escuela lugareña, a la que habría de llegar y abandonar diariamente tras recorrer a pie unos 20 kilómetros, que, niño aún, saltó el Atlántico, en busca de más amplios horizontes, volvió rico, y con un caudal grande de amor al prójimo, ocupó un puesto en la aristocracia española y ha sido uno de los hombres más admirados y queridos.

Don Ramón Pelayo de la Torriente, Marqués de Valdecilla y su sobrina doña María Luisa Gómez Pelayo, Marquesa de Pelayo, fundaron la Casa de Salud Valdecilla, inaugurada en 1929

por su Majestad el Rey Don Alfonso XIII. Un Hospital distinto a cuantos había en España y que el fundador denominó Casa de Salud. Creemos que lo de Valdecilla fue título en honor a su fundador y puesto por quien podía y tenía autoridad para hacerlo.

Y así nació el mejor Hospital de España, uno de los mejores de Europa, al que llegaban hombres de todas las partes del mundo, unos a aprender y otros a enseñar, y todos a rendir un tributo de admiración y simpatía a tan colosal obra y a sus fundadores.

El tiempo fue pasando, la labor en la Casa resultó eficaz en sus dos fundamentales aspectos: Asistencia a los enfermos y docencia. En lo primero, una atención al enfermo de Beneficencia realmente extraordinaria no sólo por su instalación con todas las comodidades y adelantos, sino también por la dedicación de los médicos que entregaban a él las mejores horas de su labor cotidiana. En lo segundo, el Instituto Médico de Postgraduados y la Escuela de Enfermeras; hombres y mujeres que viven en régimen de internado durante tres años y salen con su título, de Especialista o Enfermera, de la Institución; unas y otros abandonan la Casa con un bagaje científico que les acreditan como buenos profesionales; unas y otros organizaron más tarde la Asociación de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla, ellas, y la Asociación de Médicos Ex internos de la Casa de Salud Valdecilla, ellos; y unas y otros llevan en sus corazones un gran amor a la Casa, a sus fundadores y a los hombres que han sabido enseñarles, como auténticos maestros, cumpliendo así el legado que les fue entregado el día que tomaron posesión de su cargo de Jefes de Servicio de la Institución.

Nos reunimos cada cierto tiempo, ya la Asociación de Enfermeras, ya la de Ex internos, cada cual con arreglo a su Reglamento y en épocas distintas. Estas Asambleas o Congresos hacen que sus miembros vivan unos días que sirven para recordar los tiempos pasados en un ambiente de verdadera amistad y compañerismo y demostrar nuestra gratitud a los fundadores de la Institución y a nuestros maestros. Los Ex internos celebramos sesiones científicas, algunas de ellas en honor de nuestros Jefes desaparecidos. Estos Congresos son presididos



Agosto de 1929, entrega de la Casa. Sin duda este día coincidió con la tradicional Fiesta de la Flor, y vemos al Sr. Marqués de Valdecilla con muestras evidentes de haber sido «asaltado» por gentiles postulantes.

por las Autoridades santanderinas: Civiles, militares y eclesiásticas, que nunca nos niegan su presencia y apoyo.

Desaparecidos los marqueses de Valdecilla y Pelayo, es su heredero, el actual Marqués de Pelayo, Don Eugenio Rodríguez Pascual, quien nos otorga su ayuda y consejos, continuando lo que un día comenzara su esposa, la Excm. Sra. Marquesa de Valdecilla y Pelayo, fundadora de nuestra Asociación y Presidente de Honor perpetuo.

Con este son siete los congresos, teniendo este último el éxito de los anteriores, pero con marco y ambiente distintos.

El tiempo ha ido pasando. Hay que renovar, hay que hacer de nuevo. Santander tenía un gran Centro Hospitalario y no podía quedarse atrás en la nueva concepción asistencial. Hay que ponerse al día, hay que avanzar y lograr que la Montaña siga siendo señora en la asistencia al enfermo y enseñanza de la Medicina.

Dos personalidades, montañesas también, toman las riendas de la Institución y comienzan la transformación de la Casa de Salud Valdecilla. Dos hombres jóvenes: uno desde la Diputación Provincial, santanderina, la que presidía, y el otro desde la Dirección y Gerencia de la Casa a la que pertenece como Jefe de Servicio de la misma. Uno abogado y el otro médico, comenzaron su labor renovadora. Los señores Escalante Huidobro y López Vélez hicieron el proyecto sobre el que habría de trazarse el nuevo hospital. Proyecto ambicioso, muy ambicioso, para el que hacía falta dinero y que pondría la Diputación santanderina, pero no era suficiente para lograr lo propuesto, y fue entonces cuando la Seguridad Social, al comprender sus dirigentes de lo que se trataba, salió en apoyo económico para que esta nueva obra fuera una realidad.

Y comenzaron a caer Pabellones. Nadie podía sospechar adonde iban a parar las obras que se perfilaban. Hasta el suelo donde asentaban los edificios era elevado sobre su nivel y a una altura considerable. Se removían toneladas de tierra, y desaparecían pabellones, fue quitado el antiguo cerco de la Casa, se talaron árboles y las calles quedaron borradas. De todo lo antiguo sólo algo quedó en pie: El pino del Marqués. Un pino

que el buen Marqués plantara un día y que ha sido respetado por todo lo que ese árbol tiene de valor espiritual.

Pero no todo iba a ser derribar. Lo positivo comenzó y un nuevo edificio hizo su aparición: La nueva Escuela de Enfermeras, que pronto comenzó sus actividades y que fue inaugurada por su Alteza Real la Princesa de España, Doña Sofía, el día 21 de agosto de 1971, acto muy bonito y emotivo y en el cual Su Alteza fue nombrada Enfermera de Honor de la Casa de Salud Valdecilla y miembro de Honor de la Asociación de Enfermeras de la misma Institución, imponiéndosele por el Excmo. Sr. Presidente de la Diputación la Insignia de Oro de Enfermeras de la Casa. Doña Sofía, con porte juvenil y sencillo, parecía una enfermera más a quien todos aplaudíamos.

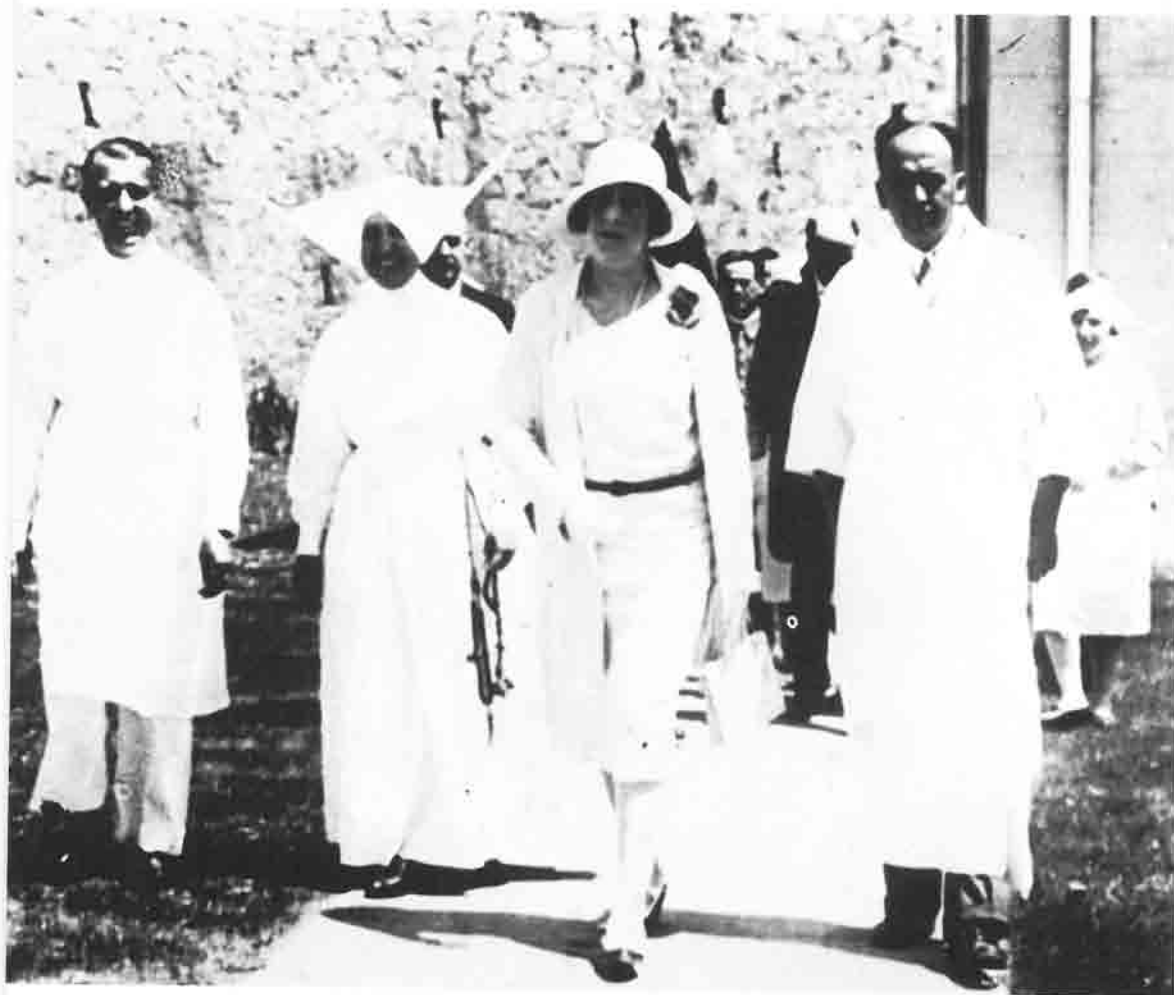
Más tarde un nuevo retoño brotó, y transformándose dio lugar al enorme edificio que constituye la nueva Casa, núcleo central del nuevo Centro Médico, y que fue inaugurado por Sus Altezas Reales los Príncipes de España, D. Juan Carlos y Doña Sofía, en junio de 1973. Sus altezas recorrieron las nuevas instalaciones haciendo grandes elogios de lo que se estaba construyendo; fueron acompañados por el Excmo. Sr. Ministro de Trabajo, D. Licinio de la Fuente, las primeras autoridades santanderinas y el Director Gerente de la Institución, Ilmo. Sr. D. Segundo López Vélez, quien les fue explicando los pormenores y proyectos de lo que se acababa de inaugurar.

Pronto se construirá un tercer edificio dedicado a Traumatología.

Fuera de la Institución, en el lugar que antes ocupara el Hogar Cántabro, enfrente mismo de la Casa, se eleva el nuevo edificio que constituye la Residencia Cantabria de la Seguridad Social, inaugurado en 1969.

Estos tres edificios: Casa de Salud Valdecilla, Centro de Traumatología y Residencia Cantabria van a constituir el CENTRO MEDICO NACIONAL MARQUES DE VALDECILLA, DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y DIPUTACION PROVINCIAL DE SANTANDER.

Todo es nuevo, tanto en su exterior como en su organización interior: Directores, Médicos, enfermeras, personal sanitario y administrativo; junto con una dotación excepcional en con-



Su Majestad la Reina de España, doña Victoria Eugenia, acompañada del Director de la Casa, Dr. Díaz-Caneja; del Dr. González Aguilar, Jefe del Servicio de Huesos, y de la Superiora de la Institución, Sor Carmen Bastos, de imborrable recuerdo en la Casa y para cuantos la conocimos.

sultas, servicio de urgencia, quirófanos, salas de ingreso, laboratorios, oficinas administrativas, etc., etc. y muchos etcéteras más, porque se está organizando un Servicio Hospitalario tan bueno como el mejor de España, si no lo supera, piloto de la futura organización asistencial sanatorial española, bajo la égida de la gran organización que es la Seguridad Social y la Diputación santanderina.

Dos montañeses fundaron la Casa, los Excmos. Sres. Marqueses de Valdecilla, don Ramón Pelayo de la Torriente y su sobrina doña María Luisa Gómez Pelayo. Otros dos montañeses, los Excmos. Sres. Escalante Huidobro y López Vélez, la han transformado, llevando este último todo el peso de esta nueva organización, ya que ha sido el que ha hecho el estudio y puesta en marcha de cuanto se ha logrado y aun queda por hacer. Don Segundo López Vélez ha hecho el nuevo milagro, buscando el mejor quehacer en Medicina y la mejor enseñanza a los futuros médicos. Porque la FACULTAD DE MEDICINA DE SANTANDER está vinculada a este Centro y así los estudiantes que aquí reciban su aprendizaje contarán con un enorme material moderno puesto a su alcance, a través de sus profesores que podrán disponer del mismo para sus fines didácticos.

España se transforma y en Medicina, Santander sigue en cabeza.

Decíamos que este SEPTIMO CONGRESO había observado un cambio profundo en su marco con relación a los seis congresos anteriores, y así los Ex internos llegaban con la curiosidad propia del caso. En otros congresos la Institución estaba tal como lo habían dejado cuando salieron de la misma tras terminar su internado; aunque los años habían pasado, la Casa no había sufrido transformación alguna. Ahora quedaban asombrados al ver que aquello ya no existía, que era una cosa muy distinta, con una grandiosidad propia de un Gran Hospital y con una distribución de Servicios completamente nueva. El Dr. López Vélez en una conferencia, pletórica de datos y precisos detalles, expuso todo el proceso de construcción y nuevo funcionamiento del Centro Médico.

La Casa no desaparece, (tampoco la Escuela de Enfermeras ni la Biblioteca Marquesa de Pelayo) queda formando parte del

Centro Médico Marqués de Valdecilla, como ya hemos apuntado. Naturalmente que persisten las Asociaciones de Enfermeras y Médicos Ex internos, la primera: Asociación de Enfermeras de la Casa de Salud Valdecilla. En cuanto a la nuestra, habrá un ligero cambio en su denominación, como explicamos a continuación.

La formación de especialistas cabe exclusivamente a los Residentes y no a los Internos. Los Internos serán los médicos que recién terminada su carrera hagan el curso rotatorio en todos los Servicios para su completa formación general. Los Residentes serán los médicos que irán a estudiar una especialidad determinada en el Servicio apropiado. Como consecuencia de esto, los Internos futuros no pueden pertenecer a nuestra Asociación y sí los Residentes. Si éstos ingresan en la misma, ésta ya no puede ser Asociación de Médicos Ex internos y se ha propuesto que se denomine Asociación de Médicos Ex internos y Residentes de la Casa de Salud Valdecilla. Esta designación ha sido propuesta por el Dr. López Vélez porque así queda «Ex internos» y «Casa de Salud Valdecilla» de forma permanente. Dos conceptos, dice López Vélez, que no deben desaparecer y han de constituir el núcleo en la permanencia de la Asociación.

Este tema de la nueva denominación de nuestra Organización ha sido estudiado en la Junta General Extraordinaria celebrada el día 29 de agosto de 1973, durante los días del Séptimo Congreso, según estaba anunciado previamente. En esta Junta se tomó el acuerdo de invitar a los Residentes del Centro Médico, que hayan terminado su formación, a ingresar en nuestra Asociación y en calidad de socios efectivos, con nuestros mismos derechos y deberes y según las normas de nuestro Reglamento. Hubo opinión unánime en este acuerdo, que supone esperar la primera promoción de Residentes y luego invitarles a nuestro próximo Congreso a fin de tener un cambio de impresiones, conocer los propósitos de ellos, ultimar detalles y mostrarles las normas de nuestra Asociación, ya que ellos pudieran ser los continuadores de nuestra obra. «Los esperamos con los brazos abiertos», fue la conclusión final, acogida con gran satisfacción por todos los asistentes.

La Casa continúa, el espíritu de la vieja Institución debe prevalecer. Si lo nuevo trae aires reformadores y modos de ha-

cer con arreglo a los tiempos actuales y a los adelantos de la medicina moderna, no debemos olvidar que el germen nació de unos ilustres montañeses que quisieron lo mejor para su Montaña, que entregaron a su obra inquietudes, sinsabores, angustias y mucho dinero; que luego se vieron complacidos al lograr una Institución como no se conocía en España, siendo la satisfacción su meta y su fin. Luego otros montañeses también, han actualizado aquella obra y engrandecido. A todos debemos nuestra gratitud y nada mejor para demostrar esto que hacer; los Internos de antes y los Residentes de ahora, que nuestra Asociación siga adelante con el mismo espíritu con que fue creada. No la dejemos fenecer.

Esperamos a los nuevos Residentes.

La Directiva

Actos

Día 27.

A las 11 h. Misa por el alma de los Ex internos fallecidos y que fue oficiada por el Vicario General de la Diócesis santanderina, Padre Ricondo. Fue muy numerosa la asistencia: Autoridades, Director y Jefes de Servicio del Centro Médico, Hijas de la Caridad, Señoritas Enfermeras, Médicos Internos y Residentes de la Institución, personal Administrativo, enfermos y Ex internos miembros de nuestra Asociación asistentes al Congreso, acompañados muchos de ellos por sus esposas.

A las 12 h. Acto inaugural del Congreso en el Salón de Actos de la Escuela de Enfermeras. Presidieron este Acto: El Excmo señor Rector de la Universidad de Santander, Sr. De Miguel; el Excmo. Sr. Director Gerente del Centro Médico, Dr. López Vélez; Sr. Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Santander, Dr. Sandoval; representantes de la Diputación y Ayuntamiento de Santander; Sr. Director de la Residencia Sanitaria Cantabria, Dr. Maestre; representantes de la Junta de Gobierno del Centro Médico; Presidente, Presidente Fundador y Secretario de la Asociación de Médicos Ex internos.

Hace uso de la palabra, en primer lugar, el Dr. López Vélez, que pronuncia un discurso en el que explica los pormenores de la nueva organización de la Institución Valdecilla.

A continuación lo hace el Dr. Churruca, Ex presidente de la Asociación, y por último, el Presidente actual de la misma Dr. don Emilio Pelaz.

Concluye el Acto el Rector de la Universidad de Santander, señor De Miguel, con unas bellísimas palabras de encendido elogio a la Casa de Salud de Valdecilla, haciendo alusión a sus éxitos docentes tanto en lo que se refiere al Instituto Médico de Postgraduados, como a la Escuela de Enfermeras. Se refiere después a la Asociación, a nuestra Asociación, y nos felicita por la perseverancia y entusiasmo que todos demostramos, y nos estimula a continuar adelante con nuestros proyectos. Terminó declarando inaugurado el Séptimo Congreso de la Asociación de Médicos Ex internos de la Casa de Salud Valdecilla.

A las 17 h.—Paseo por la bahía en la lancha «Puerto de Castilla». Salimos de la bahía «pisando alta mar», más allá de Cabo Mayor en un alarde de valentía y pundonor marineros... El día maravilloso, con sol, sin viento, sin una sola nube y una mar bellísima y sin olas que pudieran poner en entredicho el arrojo, equilibrio, estómago y sistema vestibular de los viajeros... Todo transcurrió maravillosamente con alegría y placer, terminando con suculenta merienda en la misma embarcación y muy bien servida por acreditada cafetería de la Ciudad. Nos acompañaron algunos Jefes de la Casa y esposas; Administrativos y otras personas que nos honraron con su presencia.



Doctores Unamuno, García Amo, Rivera y Churruga, primeros Internos de los Servicios de Oftalmología, Ginecología, Digestivo y Radiología, respectivamente.



El Dr. García-Barón con un grupo de Ex internos. Al fondo y a la izquierda el Dr. Cimadevila; también el Dr. Elósegui, Sr. Burgada y otros.

Dres. Sánchez González, Guisande, Salceda, Formigó, Caldas, Ruiz de la Cuesta, Hernández, Otero, Vara, Prieto Sierra, etc.





Grupo de excursionistas.

Dres. Hermanos Lamelas, Vázquez Mourino y Díaz González.



Día 28

A las 10 h. Sesión Clínica en recuerdo del **Dr. D. José María Aldama Truchuelo**. Fue presidida por el Dr. D. Federico Soto Yárritu, Director del Hospital Psiquiátrico Provincial San Francisco Javier, de Pamplona; Dr. D. Emilio Pelaz Martínez, Presidente de la Asociación; Dr. D. Juan Francisco Díez Manrique. Todos discípulos del Dr. Aldama Truchuelo.

Intervienen los siguientes señores:

Dr. D. Federico Soto Yárritu, Director del Hospital Psiquiátrico San Francisco Javier, de Pamplona: **«Semblanza del Dr. Aldama Truchuelo»**.

Dr. D. José María Aldama de Llano, **«La unidad psiquiátrica en el Hospital General»**. Y **«Síndrome de Korsakoof inmediato y Mielopatía tardía consecutivos a una descarga eléctrica por rayo»**.

Dr. D. Leopoldo de Castro Sánchez: **«Psicosis en un Hipotiroidismo»**.

Dr. D. Juan Francisco Díez Manrique, **«El test de simbolización subjetiva, del Dr. Aldama Truchuelo»**.

Dr. D. Alfredo Díaz González: **«Un estudio sobre la personalidad, psicodesarrollo y psicopatogenia»**.

Dr. D. José Estévez Bravo: **«Factores neurofisiológicos en la predisposición a los accidentes»**. Y **«Síndromes neurológicos y neurofisiológicos del alcoholismo»**.

Dr. D. Emilio Pelaz Martínez, Director del Hospital Psiquiátrico San José de Ciempozuelos y de la Residencia Psiquiátrica Ntra. Sra. de la Paz. Madrid: **«Comentarios a la clasificación de las perturbaciones mentales»**.

La exposición de los temas y la discusión de los mismos se prolongó hasta las 15 h.

Tuvo lugar a continuación un almuerzo de Ex internos y «ex internas» en el Club Parayas de Santander, elegante Sociedad santanderina que nos cedió gentilmente sus salones para disfrutar de sus instalaciones durante los días del Congreso.

Hemos denominado «ex internas» a las esposas de los miembros de la Asociación. Estas señoras han aceptado esta denominación, que les hemos dado con todo el cariño y respeto que por nuestra parte se merecen, enalteciendo así a nuestra Asociación. Gracias a ellas nuestros congresos tienen alegría y distinción. Otras son Ex internas por ser médicas y haber sido internas en la Casa, dando más valía a nuestra organización.

A las 18 h. Junta General Ordinaria. Presiden los doctores Pelaz, San Juan y Campano, Presidente, Tesorero y Secretario de la Asociación, respectivamente.

Se trata en ella de asuntos propios de la Asociación y se designa, mediante votación entre los asistentes, la nueva Junta Directiva. La integran: Dos Presidentes de Honor: La Excm. señora Marquesa de Pelayo, Dña. María Luisa Gómez Pelayo, Fundadora de la Asociación, y el Excmo. Sr. Marqués de Pelayo, don Eugenio Rodríguez Pascual, protector, consejero y amigo. Dos Presidentes Fundadores: Los Dres. Pita y Churrua. Presidente Electo, Dr. Pelaz Martínez. Cinco Vicepresidentes. Un Secretario, Dr. De la Puente Campano y cinco Vicepresidentes. Un Tesorero, Dr. San Juan Balbás y cinco Vicetesoreros, y cuarenta y cuatro Vocales.

La dispersión por todo el ámbito de nuestra patria de nuestros asociados motiva que estructuremos la Directiva de la forma que lo hemos hecho para el mejor logro de nuestros fines, que no son otros que estar en contacto para saber de la marcha de la Asociación y conocer los logros científicos y profesionales de todos y cada uno de sus miembros.



Entre otros, los Dres. Montesinos, Rico, Arribas y Bolinches.

Dres. Caviades, Deltoro, Lisbona, Barón Portolés, etc.





Dres. Hoyos, San Juan, Setién, Temiño, Cimadevila, Del Río, Mateo Ortega, Pelaz, etc.

Dres. Touza, Malo, Bedia, Reigadas, Prieto Sierra, etc.





Grupo de Señoras congresistas.

Grupo de Señoras congresistas.





Grupo de Señoras congresistas.

Dres. Salceda y T. González, con los Sres. Burgada y Del Río.





Aspecto parcial de la Junta General Ordinaria



Dres. Roa, Picatoste, González Valle y señoras de Picatoste, Ruiloba y González Valle.

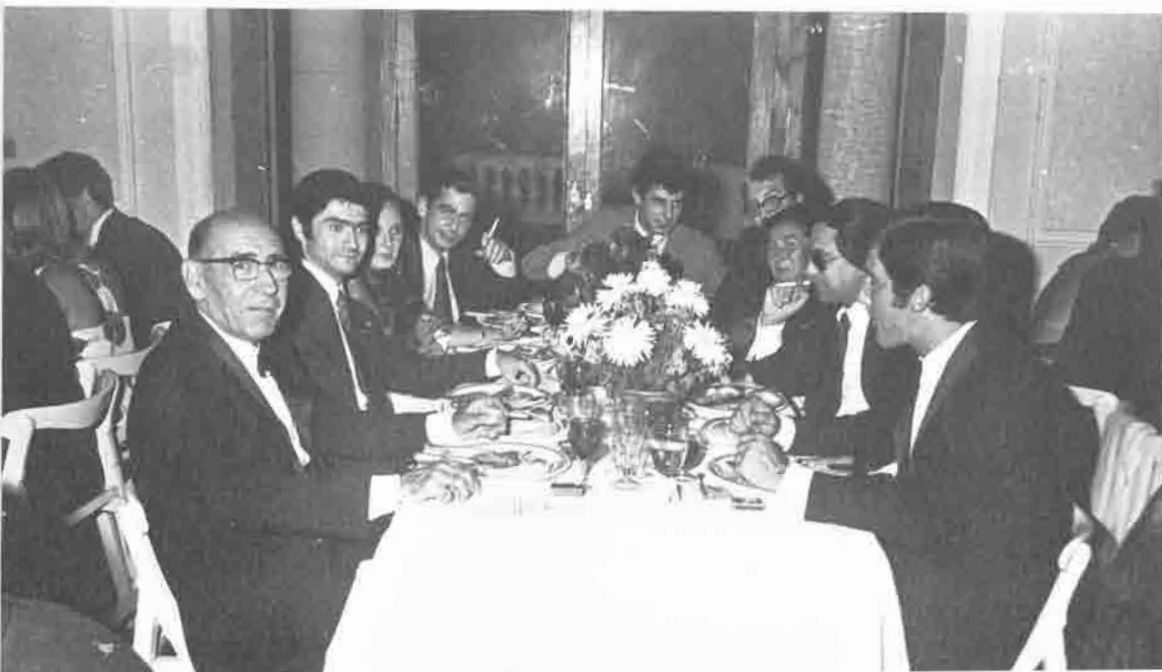
Dres. Temiño, G. Velarde, Bedía y Oliva, con sus respectivas esposas.





Dres. Pereda, Collado, Herrán, Trigueros y Cagigal.

El Dr. Cimadevila Reinoso, acompañado por su hijo y otros Ex internos, en la Cena de Gala.



Día 29.

A las 10 h. Sesión Clínica, Homenaje al **Prof. Dr. D. Guillermo Arce Alonso**.

Preside el Prof. Sánchez Villares, Catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de Valladolid, acompañado de los Dres. Pelaz Martínez, Presidente de la Asociación y Don Federico Collado Otero, Jefe de Servicio de la Clínica Infantil de la Paz, Madrid.

Intervienen los señores:

Dr. D. Federico Collado Otero, Jefe de Servicio de la Clínica Infantil de la Paz, Madrid: **«Semblanza del Profesor Dr. D. Guillermo Arce Alonso».**

Dr. D. Teófilo González Fuente: **«Listeriosis. Diagnóstico bacteriológico».**

Dr. D. F. Fernández de las Heras: **«HGH y enfermedad celíaca». Y Perforaciones digestivas neonatales».**

Dr. D. Federico Collado Otero: **«Correlación anatomoclínica de las Osteo-condrodisplasias».** Y **«Nefropatía hipercalcémica experimental».**

Dr. D. Victoriano Valverde Pinedo: **«Experiencia recogida en 2.500 partos dirigidos».**

Se prolongó la sesión hasta las 14 horas. En los coloquios intervino el Prof. Sánchez Villares y la mayoría de los asistentes.

A las 14 h. Almuerzo en los salones de la Real Sociedad de Tenis de Santander. Asistieron al mismo congresistas e invitados. Fue presidido por el Presidente del Colegio de Médicos de Santander, Dr. Sandoval; el Jefe Provincial de Sanidad, Dr. Gómez Ullate; el Dr. Mozota Sagardía, en representación del Sr. Alcalde de la ciudad; Presidente y otros miembros de la Asociación. El día fue precioso y se pudo disfrutar de las instalaciones de la elegante Sociedad, puesta incondicionalmente a la disposición de los Sres. Congresistas durante los días del Congreso. En todas nuestras anteriores reuniones el Tenis ha permitido

el acceso a sus locales a todos los congresistas, con libre uso de sus instalaciones y como colaboración desinteresada a la mayor brillantez de nuestras Asambleas. Por ello se hace acreedor de nuestra gratitud y así lo hacemos constar.

A las 18 h. Junta General Extraordinaria.—Presidida por los doctores Pelaz, Churruca, San Juan y Campano, Presidente, Presidente Fundador, Tesorero y Secretario, respectivamente.

Es la primera Junta General Extraordinaria que celebra la Asociación. En este caso era reglamentaria por tratarse de la posible nueva denominación de nuestra Agrupación si ésta quiere subsistir con la admisión de nuevos asociados. Los nuevos internos del Centro Médico ya no son los alumnos que hayan de hacer una especialidad, como hasta aquí sucedía, sino que son ahora los Residentes los que pertenecen al Servicio en el que han de especializarse. Por lo tanto los nuevos miembros de la Asociación no son Internos, sino Residentes y se propone el cambio de denominación por el de ASOCIACION DE MEDICOS EX INTERNOS Y RESIDENTES DE LA CASA DE SALUD VALDECILLA. Se trata de conservar la denominación de Casa de Salud Valdecilla, según propuesta del Dr. López Vélez y aceptada en esta Junta. Ahora sólo queda la opinión de los Residentes a los que esperamos con la mayor cordialidad y compañerismo y deseamos su inclusión. Ellos tienen la palabra.

En el momento oportuno se convocará una reunión con los Residentes que terminen sus estudios para exponer lo que hay sobre todo esto.



Presidencia de la Junta General Extraordinaria. Dres.: Churruca, Presidente Fundador; Pelaz, Presidente, y Campano, Secretario.

Vista parcial de la Sala, en la Junta General Extraordinaria.





Dres. Hermanos Marina, D. Luis y D. Marino.



Dres. Valentín Pérez,
Villegas Pereira y
Rincón Núñez.
Al fondo, el Dr.
Almela Guillén.

Día 30.

A las 10 h. Sesión Clínica en Homenaje a la memoria del **Profesor Dr. D. Julio García Sánchez-Lucas**, que fue Jefe del Servicio de Anatomía Patológica de la Casa de Salud Valdecilla y más tarde Catedrático de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Barcelona. Preside esta reunión el Dr. D. Segundo López Vélez, Director General del Centro Médico y Jefe de Departamento de Cirugía General del mismo. Le acompañan el Dr. Pelaz Martínez, Presidente de la Asociación y Dr. De la Puente Campano, Secretario de la misma.

Intervienen:

Dr. D. Segundo López Vélez, Director General del Centro Médico y Jefe de Departamento de Cirugía General del mismo, **«Semblanza del Prof. Dr. D. Julio García Sánchez-Lucas»**.

Dr. Fernández Calvo, Ex interno de Digestivo y Dr. Viñuela, Ex interno de Anatomía Patológica, ambos de León: **«Carcinoide gástrico»**.

Dr. Guijarro Verde, Ex interno del Servicio de Huesos: **«Cuadri-ceplastia femoral con biceps»**.

Dr. Valverde Pinedo, Jefe del Servicio de Tocoginecología del Sanatorio Quirúrgico San José, de Valladolid: **«Esterilidad matrimonial, estudio en 565 parejas»**.

Dr. Pelaz Martínez, Director del Sanatorio Psiquiátrico de Ciempozuelos (Madrid): **«Higiene mental de la tercera edad»**.

Dres. Fernández Pérez y González Fuente, Servicio de Bacteriología y Serología de la Ciudad Sanitaria Francisco Franco de la Seguridad Social de Barcelona: **«Diagnóstico bacteriológico de microbacterias»**.

También intervienen el Dr. D. Luis de la Sierra Cano, Jefe del Servicio de Huesos de la Casa de Salud Valdecilla, quien lee un interesante trabajo del Dr. D. Manuel Clavel Nolla, traumatólogo de Murcia, Ex interno de la Casa.

El Dr. D. Enrique Oliva Priego, Jefe del Servicio de Anatomía Patológica de la Casa, Ex interno y discípulo del Profe-

sor Sánchez-Lucas, en este mismo Servicio, hace un comentario sobre varios trabajos del primero y en los que colaboró.

A las 22 horas.—Cena de Gala en el Hotel Real, seguida de baile. Duró hasta muy entrada la madrugada.

Fue presidida por el Excmo. Sr. Gobernador Civil de la Provincia. Rectores de las Universidades de Santander y Menéndez Pelayo. Representantes de la Excma. Diputación y del Excmo. Ayuntamiento santanderinos. Excmo. Sr. Director del Centro Médico acompañado de diversos miembros del Organismo rector de dicho Centro. El Presidente de la Asociación y otros señores. Formaban parte también de esta presidencia las respectivas señoras y otras damas.

Con este acto social quedan siempre clausurados nuestros congresos, que han tenido una gran trascendencia no sólo en nuestras reuniones sino en el ámbito social santanderino. Son muchas las familias invitadas y el ambiente es maravilloso. Luego las despedidas, los adioses y las promesas de no faltar al próximo, si Dios quiere.

Y a partir de este momento todos se van de nuevo a sus hogares para reemprender la vida cotidiana y volver de nuevo al trato diario con sus enfermos.

Y hasta el próximo Congreso, Dios mediante.

Se ha caracterizado este Congreso por la asistencia al mismo de numerosos Ex internos de las primeras promociones y otras intermedias. Claro que también la juventud hizo su acto de presencia y entre ella, Internos de las últimas promociones. Los casados, todos acompañados de su esposa, y algunos, de sus hijos, y entre éstos los hay que son Ex internos también o Internos actuales y luego Residentes y también Enfermeras y Alumnas actuales de la Escuela.

Una muestra de cuanto decimos, es la presencia de los doctores Unamuno, García Amo, Rivera y Churrua, primeros Internos de los Servicios de Oftalmología, Ginecología, Digestivo y Radiología; Cimadevila, Sierra Cano, y un etc. interminable.



**Discurso inaugural
del Excmo. Sr.
D. Segundo López Vélez
Director General
del
Centro Médico Nacional
"Marqués de Valdecilla",**

Ante todo, mi más cordial bienvenida a la que ha sido, es y será siempre, vuestra Casa.

Desde el último Congreso de la Asociación de Médicos Ex internos de la Casa de Salud Valdecilla, han ido sucediéndose hechos trascendentales en la vida de la Institución, con absoluta seguridad los más importantes desde la época fundacional, ya que han obligado a tomar una serie de medidas de gobierno que han afectado la propia estructura institucional. Aunque estamos seguros de que conocéis todo lo actuado, creemos una obligación daros cuenta de todos estos cambios, para vuestro mejor conocimiento y juicio, sobre todo teniendo presente que el Instituto Médico de Postgraduados constituye una de las facetas de mayor importancia de la actividad de la Casa de Salud Valdecilla, desde su creación en el año 1929.

La Casa de Salud Valdecilla, fundada en 1929, por el Excmo. Sr. D. Ramón Pelayo de la Torriente, Marqués de Valdecilla, como todas las grandes obras que han roto moldes tradicionales, de un modo de entender una actividad humana de signo preferentemente profesional, nació con un evidente signo polémico que, por una serie de circunstancias, de todos conocidas, ha ido manteniéndose en determinadas fases de su desarrollo.

Es evidente, que en la Historia de Valdecilla, como en la de cualquier otra actividad —y más si la misma tiene la importancia de la que hoy nos

ocupa— podemos encontrar los más excelsos ejemplos de desinterés, generosidad y valor, sin que a su lado falten los inevitables sucesos y anécdotas, no sólo de debilidad, sino de auténtica deserción que indefectiblemente acompañan a todo logro de ambiciosas miras.

Creemos que no es el momento de afrontar el estudio a fondo de la Biografía Histórica de nuestra Institución, los hechos y los protagonistas están cercanos y en casos determinados, presentes y, posiblemente sería tarea muy difícil enfocar con espíritu de justicia todos los avatares por que ha pasado en estos años Valdecilla. Solamente espíritus imparciales, de personas que no hayan tomado parte como actores en la evolución de Valdecilla, podrán afrontar en el futuro tal tarea.

Realizadas estas aclaraciones, que excusan nuestro decidido propósito de evitar otras referencias anecdóticas que las indispensables para desarrollar nuestra exposición, vamos a comenzar a exponer unos conceptos previos básicos, en relación a la asistencia hospitalaria que, aunque sean conocidos de la mayor parte de los aquí presentes, y expuestos someramente, entendemos son indispensables para comprender lo que ha sido y va a ser en el futuro nuestra Institución, al mismo tiempo que aclaren las razones de nuestras medidas de gobierno.

La Ley de 21 de Julio de 1962, dictada por la Jefatura del Estado, fija la normativa general reguladora en materia de Hospitales y su artículo primero, define el concepto de las Instituciones que responden a tal denominación, describiéndolos textualmente como los Establecimientos destinados a proporcionar una asistencia médico-clínica, sin perjuicio de que pueda realizarse en ellos, además, en la medida que se estime conveniente, Medicina Preventiva y de Rehabilitación y tratamiento ambulatorio.

Los hospitales son, asimismo, Centros de Formación del personal técnico y sanitario y de Investigación Científica, siempre que reúnan las condiciones adecuadas a tales fines, que lo consientan el carácter y finalidades de la Institución y que se establezca la debida coordinación con los Centros Docentes oficiales.

Este concepto actual del Hospital, único válido por ser una definición imperativa del legislador, es el término en el momento actual, de una evolución a lo largo de los tiempos de una serie de ideas que han ido perfilando unas características cambiantes de la Institución Hospitalaria. Y, no sólo en lo que se refiere a su estructura física e incluso a su funcionalismo, sino a la propia filosofía del concepto del Hospital.

Desde el Hospital de la Edad Media, de carácter benéfico-potestativo, que cambia en el Renacimiento este signo, para pasar a legislativo y se mantiene fundamentalmente, con este carácter de servicio a la beneficen-

cia, se ha ido evolucionando hasta los tiempos actuales, en que, una serie de circunstancias de acusado sentido social, vienen a transformar sus estructuras más íntimas en relación de estrecha ligazón a los cambios sociológicos generales y al nuevo orden social que éstos plantean.

Hasta tal punto adquiere especial significado la Institución Hospitalaria, como expresión de la actividad de la propia Administración del Estado, que puede afirmarse que el nivel de una sociedad, puede valorarse, en cierto modo, a través de la consideración de sus posibilidades y medios en materia hospitalaria y, al número y adecuación de los mismos.

Si al terminar la Edad Media, el Renacimiento marcó históricamente el fortalecimiento del poder estatal, dando a la actividad hospitalaria como hemos dicho, un carácter benéfico con soporte legislativo, no es menos cierto que la revolución industrial del siglo pasado aún no finalizada, e incluso en progresión acelerada en la actualidad, con un carácter de tecnificación en crecimiento cada vez más rápido, condiciona el ritmo evolutivo de la asistencia hospitalaria, con un crecimiento verdaderamente impresionante en los últimos treinta años, hasta el punto, de poder afirmar, que pocos sectores de la actividad social han soportado cambio de concepto, estructura y funcionalismo equiparables a los de los hospitales.

El concepto de Hospital, como Centro de atención benéfica, destinado a las clases sociales más débiles, bajo el punto de vista económico, con carácter mixto asistencial y de aislamiento y, encomendado a fundaciones e instituciones de tipo benéfico-filantrópico, prácticamente ha sido pulverizado en la actualidad, para dar paso a una potente organización especialmente tecnificada, que responde en su organización interna a un sentido empresarial, con específicas características en lo social, y a una proyección extramuros que, rompiendo el aislamiento de la institución hospitalaria, la proyecta sobre la sociedad a la que sirve, contribuyendo de un modo decisivo, a su avance socio-biológico y a su perfeccionamiento. En resumen, la organización hospitalaria ha pasado a ser actividad y responsabilidad de la sociedad en su conjunto, sin que ello signifique olvidar el mérito extraordinario de la labor que colectividades y personas han venido desarrollando hasta la actualidad, pero que, necesariamente, han de dar paso a estas fórmulas comunitarias y sociales que hemos señalado y que alcanzan, en la realidad actual, sus objetivos finalistas de transformación en servicio público desde aquel ya, cada vez más lejano, cariz de institución benéfica.

No podemos entrar en este momento a analizar una serie de factores que han ido marcando, en los últimos tiempos, la política hospitalaria, como aquellos que se refieren a la especial problemática del personal hospitalario, factores económicos y aumento de la demanda de servicios, oca-

sionando tanto por la elevación del nivel de vida como por una mejor información pública, lo que obliga a los equipos hospitalarios a una renovación de esfuerzo continuado, para hacer frente a las exigencias cambiantes del servicio público. Es precisamente el aumento de la demanda de servicios el que provoca situaciones de emergencia vital con frecuencia, lo que obliga a modificar profundamente la organización departamental y de Servicios de la Institución Hospitalaria y, a una transformación de los procedimientos operativos indispensables para alcanzar el grado de eficacia necesario.

Partiendo de estas consideraciones básicas, podemos pasar una rápida visión a la problemática que se refiere a la evolución de la Casa de Salud Valdecilla.

En el año 1929, se inauguró esta Institución, fundada con carácter benéfico-docente mixto.

Es evidente que el Marqués de Valdecilla, pudo perfectamente haber realizado, simplemente, una aportación económica de amplitud suficiente para reformar y revitalizar el entonces existente Hospital Provincial de San Rafael, o en su caso, dar el suficiente apoyo a los planes ya existentes para la construcción de un nuevo hospital respondiendo a los modos y usos imperantes en nuestra nación en dicha fecha. Sin embargo, dotado el Marqués de cualidades de extraordinaria inteligencia, espíritu vanguardista con clara visión del futuro, en la que evidentemente se reflejaba su espíritu de gran organizador en el mundo empresarial, optó por crear una Institución que evidentemente, en 1929, constituía un auténtico Hospital del futuro.

Los hospitales españoles de dicha época, estaban basados en una normativa clásica de división estructural en compartimentos prácticamente estancos, con escaso espíritu de trabajo en equipo y una dedicación prácticamente exclusiva al sector benéfico, con unas características de prestación graciable, dedicada casi por completo a los indigentes y ello, en condiciones de una división clasista de la asistencia y, una insuficiencia evidente de medios que se consideraban por otra parte, bastante para el servicio de quienes recibían, prácticamente de favor, la atención de la sociedad.

El Marqués de Valdecilla concibió la Institución como una organización médica compleja de carácter progresista y, diríamos que técnicamente revolucionaria, entre cuyas características merecen señalarse las siguientes:

Estructuración de un organigrama hospitalario, basado en la creación de servicios muy especializados, en su doble faceta médica y quirúrgica.

Creación de auténtico trabajo en equipo de los diferentes Servicios.

Desarrollar las consultas externas de acuerdo con las necesidades de un gran hospital.

Simplificar el funcionamiento burocrático de interrelación entre los sectores hospitalarios.

Romper en cierta manera ya, el concepto de Servicio con traducción arquitectónica dentro del Hospital.

Estableció las bases de gestión mediante una Junta de Gobierno, realmente un consejo de Administración, que iniciaba un camino hacia una posible gestión y modo empresarial de entender el Hospital.

A toda esta organización médica, la proporcionó los soportes que, evidentemente, han venido a constituir conjuntamente la columna vertebral de la Institución: El Instituto Médico de Postgraduados y la Escuela de Enfermeras, que son en nuestra opinión unas de las aportaciones más importantes de la Institución al acervo hospitalario de la nación.

Prescindió del sistema regresivo de la simple oposición, sustituyéndole por la elección para cada puesto, de la persona que se suponía más idónea. Dignificó de un modo efectivo la asistencia del sector benéfico, equiparándole en la práctica al sector privado que desarrolló también en gran escala en la Institución, creando un Centro Asistencial en el que pudieran, por primera vez, ser atendidos todos los grupos sociales, en condiciones de paridad técnica.

Fieles a nuestro propósito de evitar referirnos en lo posible, a la historia anecdótica de la Casa de Salud Valdecilla, a lo largo de estos años, solamente diremos que después de una brillantísima época de actividad, con el tiempo fue ocasionándose un deterioro en la Institución, en virtud de una serie de factores de los que unos tuvieron, desde su iniciación, un claro signo económico, por las dificultades que en tal aspecto aquejaron a la Fundación desde la iniciación de sus actividades y, otros en relación a sus estructuras que no evolucionaron, en lo funcional y en sus métodos de gestión, con la rapidez y eficacia que las exigencias de la evolución de los hospitales demandaba, así como al inexorable deterioro de una plantilla cuyos puestos más importantes, habían sido cubiertos por un personal casi de la misma edad. Debemos señalar que, a pesar de todos estos hechos, la labor de la Casa de Salud Valdecilla, ha continuado prestándose con gran eficacia a lo largo de estos años, en gran parte seguramente, por el acierto y en virtud de aquel espíritu que marcó el impulso inicial fundacional.

La desaparición del Patronato Familiar, y su sustitución por una Junta Rectora de representatividad muy amplia, en virtud de acuerdo del Consejo de Ministros, no consiguió resolver la problemática de la Casa de Salud Valdecilla, ya que en realidad, se trató de una reforma meramente formal, que no abordó los problemas de base de la crisis de la Institución, a lo cual como es natural no era ajeno el hecho del gran desarrollo de la Segu-

ridad Social y el haber quedado prácticamente al margen de la misma la Casa de Salud Valdecilla.

La situación llegó a ser de tal gravedad, que prácticamente colapsada la Institución, fue necesario que el propio Gobierno adoptara las medidas necesarias para su transformación, incluyéndola en una Fundación Pública de Servicios, forma posible aunque poco utilizada, de la Ley de Administración Local, dotada de personalidad jurídica y, tutelada por la Diputación Provincial, que garantiza los fines fundacionales y su perfeccionamiento futuro.

En dicho momento, en el año 1969, fue cuando recibimos el encargo de re-estructurar y reorganizar la Casa de Salud Valdecilla, al asumir la Dirección de la Institución, comenzando los trabajos en el sentido de estudiar la posibilidad de alcanzar los objetivos exigidos a una organización hospitalaria actualizada, mediante la puesta en marcha de procedimientos de gestión adecuados y, procediendo en primera instancia sobre la línea de una remodelación arquitectónica.

Pronto llegamos, después de un estudio a fondo de tal situación, a la conclusión de que la misma no respondía a las metas propuestas, tropezando con extraordinarias dificultades técnicas y llevando consigo el inconveniente de mantener en gran parte una fábrica arquitectónica prácticamente desgastada y unas instalaciones al término de su rendimiento, subordinando el precario resultado que previsiblemente habría de obtenerse, a la consecución de un organismo asistencial que pudiera responder a las exigencias y directrices que se nos había marcado en nuestras tareas por el Gobierno de la Nación.

Nos sirvió de norma en aquellos momentos, la pauta de que para poder realizar una re-estructuración a fondo de la Casa de Salud Valdecilla, debíamos de guiarnos por el propio espíritu fundacional que marcó claramente el propio Marqués de Valdecilla, quien, como hemos señalado anteriormente, pudo haberse limitado a realizar unas aportaciones económicas para mejorar en cierta medida la instrumentación hospitalaria de la Provincia, camino que está demostrado fue desechado por el Fundador, quien se inclinó por la solución de crear una Institución que reuniera, no sólo las condiciones óptimas de medios y procedimientos, sino el ambicioso ensayo de nuevos procedimientos, que han continuado en vigor hasta la actualidad y, por tanto, entendíamos que el nuevo Valdecilla no podía concebirse en su traducción práctica, como un simple hospital reformado de cortas aspiraciones y raquíticas metas, sino que era necesario aportar soluciones de personalidad suficiente, para cumplir con las obligaciones del espíritu fundacional, en el grado que la historia de la Institución exigía, considerando el

profundo significado de Valdecilla y su trascendental influencia en la técnica médica nacional.

En el año 1956, Edward J. Thoms, lanzó su ideal del Hospital basado en la técnica de cuidados progresivos y graduados, concibiendo el hospital como una serie de Unidades funcionales, de intensidad graduada y divididos en Sectores que se denominaron: Unidades de Cuidados Intensivos, Unidades de Cuidados Normales y, Unidades de Cuidados Mínimos. Ello lleva consigo, como dice Bridgman, una profunda transformación del concepto de los servicios ya que los enfermos son colocados en zonas o Áreas, esencialmente fluctuantes, según las necesidades y, según el reagrupamiento de las disciplinas. Estos conceptos, hasta recientemente más desarrollados en los países anglosajones, van imponiéndose de un modo definido, incluso en naciones tan conservadoras como la propia Inglaterra, en que, hasta hace poco tiempo, se han estado remodelando antiguos hospitales y que, últimamente se ha lanzado decididamente a la construcción de nuevos bloques con grandes Sectores de Medicina Intensiva.

Previamente a establecer nuestro programa básico, se estudió a fondo la organización de los más importantes hospitales, tanto norteamericanos, —y muy especialmente en su aplicación a naciones hispanoamericanas, tan afines a nosotros en muchos aspectos— como a lo que se estaba realizando en las naciones europeas del sector occidental, de tal modo que fijáramos un Programa que nos permitiera construir un hospital actualizado, adaptando todo ello a las características de nuestra sociedad, ya que lo que podía ser aplicable a otras comunidades humanas, podía no ser aconsejable a nuestra especial idiosincrasia, teniendo presente las misiones asistenciales, —prioritarias en sentido absoluto—, docente, de investigación, rehabilitadoras y de prevención, llegando a la conclusión de construir el Nuevo Valdecilla, con unas características de dinamización que constituyeran el factor predominante de su Programa, Diseño y Proyecto.

El Nuevo Hospital de la Casa de Salud Valdecilla, manteniendo y potenciando todo lo que constituye el acervo más valioso de la Institución, especialmente su estilo y modo de aplicar los procedimientos asistenciales, con excepcional respeto a los factores humanos de los asistidos, no es simplemente una reforma arquitectónica y estructura de un cuerpo de fábrica deteriorado y en decadencia, sino que, salvaguardando los factores básicos apuntados, afronta nuevos métodos operatorios, respondiendo a las exigencias de política hospitalaria renovadora que marcó su fundador. El carácter dinámico del nuevo Valdecilla y, la solución de dividirlo en Áreas elásticas, totalmente alejadas de los antiguos conceptos de división orgánica clásica, le permitirá en el futuro adaptarse a cualquier contingencia con un espíritu

realista, sin renunciar, sino al contrario, aspirar a los más elevados logros.

Como a lo largo de estos días podrán Vds. visitar y analizar a fondo el Nuevo Bloque, evitaremos una descripción detallada del mismo, y únicamente indicaremos que los Sectores fundamentales están constituidos por:

Area de Urgencia.

Servicios Quirúrgicos.

Area de Cuidados Intensivos.

Area de Cuidados Medios y Mínimos, en forma de Sub Hospital.

Consultas Externas.

Lleva previsto también, Sector de Investigación y de Docencia.

Dejando a un lado los aspectos técnicos del proyecto, señalaremos como puntos importantes, que su Area de Cuidados Intensivos supera absolutamente el concepto de Unidades de Cuidados Intensivos, permitiendo la concentración debidamente clasificada de todas las Unidades de Vigilancia Especial, con concentración de medios materiales y personal de alta calificación en un Area determinada. El concepto de Servicio queda modificado profundamente, quedando configurado en la Consulta Externa y, pasando a constituir parte de un gran staff de trabajo homogeneizado, con una serie de puestos de coordinación de alto rango.

En fase inmediata, utilización de la apoyatura de los métodos de tratamiento de datos con ordenador, indispensable para el total funcionamiento de este dispositivo hospitalario.

Partiendo de este planteamiento, y realizado el Programa y Anteproyecto del Nuevo Bloque, se llevaron a cabo los estudios pertinentes para decidir la ubicación del Nuevo Bloque en la finca de Valdecilla, eligiéndose el actual en razón de consideraciones de circulación interior, viales de circulación de entrada en la población, teniendo el presente el proyecto de accesos a la misma, —ya en ejecución por la Sección de Obras Públicas— y, lo que desde el principio se planteó como propósito de establecer contactos con la Seguridad Social, cuya Residencia Sanitaria se encuentra muy próxima a Valdecilla. Ello llevó consigo la necesidad de sacrificar parte de los antiguos pabellones y, precisamente aquellos que públicamente parecían más representativos. Aunque esta medida indispensable tenía un cariz afectivo, consideramos que lo importante en la Institución eran los factores intrínsecos que, en modo alguno podían ligarse a una estructura física que bien hubiéramos deseado conservar.

Planteado por la Diputación Provincial y la Fundación Pública de Servicios «Marqués de Valdecilla», a la Dirección General de Sanidad, este

Anteproyecto, fue aprobado con una subvención del 50 % de su costo total, a fondo perdido y por un importe de unos 200 millones de pesetas, en base al cálculo de 400 millones del costo de la edificación, cifra que con posteriores mejoras y ampliaciones de obra, se ha elevado a casi 480 millones.

Evitaremos entrar en la exposición de las dificultosas gestiones que fueron precisas para conseguir esta elevadísima cifra y que, en gran parte tuvieron este cariz de dificultad debido a una serie de gestiones en sentido contrario, promovidas incluso desde dentro de la Institución.

Avanzado el proyecto y construcción del Nuevo Hospital, se nos planteó la necesidad de realizar la elección del futuro de todo lo actuado, bien con una línea de realización modesta, aunque digna o bien llevando nuestros proyectos a sus últimas consecuencias, para obtener las metas más alejadas de utilización de esta poderosa instrumentación. Por otra parte, al analizar las disponibilidades existentes, se planteó la necesidad y conveniencia absoluta de realizar un Acuerdo con la Seguridad Social, por entender que la misma no podía estar ausente en la utilización y participación de tal instrumentación hospitalaria y que, Valdecilla tampoco podía quedar al margen de participar también en esta gran obra nacional que es la Seguridad Social, y ello incluso en razón de un claro imperativo marcado por la Ley de Coordinación Hospitalaria, que propugna una política que tiende a la utilización máxima de los servicios sanitarios-asistenciales, a través de fórmulas de actuación conjunta.

Teniendo presentes los altos intereses de la nación, y el mejor servicio de los enfermos y asistidos, fin prioritario de la acción político-social de ambas organizaciones en su realización práctica, se estimó necesario llegar al objetivo de unificar la actuación de ambos Organismos, mediante la creación de una nueva figura de gestión médico-asistencial, en forma de un Centro Médico de categoría nacional, que aunando todos los esfuerzos de la Administración, en sus distintos sectores, pudiera constituir un modo de hacer de auténtica eficacia, llevando a cabo una política integradora que no solamente constituya un ejemplo de gestión responsable, sino que permita alcanzar una mayor eficacia en la asistencia y un máximo rango científico para todos los Centros que se deseaba integrar.

Ciertamente, estos objetivos no podían conseguirse mediante unos simples contratos de arrendamiento de camas o servicios, sino buscando una fórmula de mayor ambición política, que solamente podía responder a la aplicación de la acción concertada, ya en uso en la práctica de otras actividades al sector de la asistencia hospitalaria. Esta fórmula de acción concertada, consiste fundamentalmente en el compromiso de utilización conjunta e indiscriminada, de las Instituciones, creación de un Órgano de Ges-

tión y Gobierno único, —en función delegada de las partes—, Dirección General única y, unificación de plantillas y líneas jerárquicas, así como una progresiva simplificación de Departamentos y Servicios que han de prestar su asistencia, también indiscriminadamente a todos los sectores componentes del Centro Médico Nacional.

No podemos olvidar que la filosofía de este Centro Médico, lleva consigo alcanzar los objetivos de ser el ensayo y muestra de un servicio nacional de salud, en el que la sociedad se responsabiliza comunitariamente de la prevención, conservación y perfeccionamiento de la salud de sus componentes.

El 22 de junio del año 1972, se firmó el Acuerdo General, constituyendo el Centro Médico Nacional «Marqués de Valdecilla», nombre que se dio a esta Organización, a propuesta de la Seguridad Social, reconociendo así la labor de adelantado en la elevación de la asistencia de las clases trabajadoras, que llevó a cabo el Excmo. Sr. D. Ramón Pelayo.

El desarrollo de este Acuerdo exigió alcanzar la clasificación de la Residencia Cantabria de la Seguridad Social, como Centro Especial de la misma, de los previstos en la Ley de Bases, y la laboriosa elaboración de un Reglamento General que aunara las legislaciones de la Seguridad Social con las de la Administración Local, institucionalmente distintas, y que quizás haya sido una de las mayores dificultades para poder traducir a la práctica el mencionado Acuerdo.

Creemos que la constitución del Centro Médico Nacional, de la Residencia Cantabria de la Seguridad Social y la Casa Salud Valdecilla, constituye una medida realista que se adelanta a las medidas de gobierno que, quizá en un futuro próximo hayan de ser llevadas a la práctica para alcanzar esa coordinación, y aún fusión, de líneas de actuación de la Administración, así como una previsión razonable de poder irnos adaptando a la evolución de la cobertura social de toda la población.

Conseguidos todos estos objetivos, pudimos llevar a la práctica otras gestiones realizadas paralelamente con el Ministerio de Educación y Ciencia, ya que tan vasto plan asistencial no podía estar al margen de la Docencia Médica, lo cual respondía también a las directrices fundacionales que marcaban claramente una actividad de formación, a nivel de postgraduados y personal auxiliar.

La Docencia Médica en España, se encuentra en una profunda transformación, siguiendo las directrices marcadas en la Ley General de Educación y que, evidentemente indican una serie de medidas para transformar la enseñanza médica de acuerdo con nuevos moldes, en cuanto a conseguir unos núcleos docentes no masificados y, una poderosa instrumenta-

ción hospitalaria, sin la cual, la formación y entrenamiento clínicos son imposibles de realizar.

Sin embargo, y aún admitiendo la necesidad de alcanzar estos objetivos, de que el ya constituido Centro Médico Nacional llegara a tener una clara misión docente asignada, era preciso negociar aquellos aspectos que, en la práctica, pudieran —si no entorpecer— al menos dificultar, el propio funcionamiento de la Institución hospitalaria, o bien que representaran una abdicación de responsabilidades y cometidos que son competencia de la misma, independientemente del sector académico. Es por eso que, a propuesta del Ministerio de Educación, asumimos la función de Decano Comisario de la Nueva Facultad de Medicina de Santander, en razón fundamental de alcanzar el engranaje más perfecto posible entre la Universidad y la Institución Hospitalaria.

Después de profundos estudios, el Acuerdo General entre Universidad y Hospitales, ha sido firmado —salvaguardando las esferas de competencia respectivas—, adquiriendo carácter docente la Institución hospitalaria, pero sin merma alguna de su autoridad, competencia y atribuciones, encargándose de la docencia clínica el propio personal de nuestras Instituciones, previa la venia docente, cuya concesión es competencia de la Universidad.

Queda de este modo configurado un gran sistema asistencial y docente, que entendemos responde al planteamiento general más ambicioso posible, que asegura la continuidad futura y que permite el desarrollo ulterior de todos los sectores de la actividad hospitalaria.

Los objetivos inmediatos a cumplir, son la construcción de un Nuevo Bloque de Traumatología y Urgencia, que va a ser iniciado inmediatamente, y que completará el terminado recientemente, y además, la creación de Centros Subcomarcales de los que en este momento se han propuesto diez, en íntima unión con la Institución Hospitalaria que les prestará asistencia técnica y programas de formación médica continuada. Los anteproyectos de cinco de ellos, han sido ya tramitados a la Dirección General de Sanidad para su ejecución inmediata.

Todos Vds. conocen perfectamente la historia de la Institución, desde su fundación, y creo que habrán interpretado exactamente lo que solamente es un breve informe a este Congreso de la Asociación de Médicos Externos, que es una de las realizaciones más importantes de la Casa de Salud Valdecilla. Hemos considerado un deber darles todos estos datos para su mejor conocimiento, sin pretender enjuiciar otras épocas y etapas, en las que no puede discutirse la buena intención y espíritu de servicio de los hombres que desempeñaron los cargos de responsabilidad, luchando con difi-

cultades y a veces con penurias, para conseguir la supervivencia de la Institución.

Esto es lo actuado en estos poco más de tres años y medio de gestión y que, a nuestro modo de ver, no constituye más que unas etapas que han de continuarse en el futuro, ya que la obra que se presenta ante nosotros, es tan vasta, que no puede ser en modo alguno obra de un hombre ni de un equipo, sino de generaciones.

Quizás el desarrollar importantes sectores de Investigación, pueda ser el perfil más acusado de este futuro inmediato que presentimos en este momento y, cuando dentro de muy pocos días, empiece a elevarse el Nuevo Bloque —que prácticamente doblará el recién terminado—, una vez más, quedará claramente demostrado, que esta Institución continúa su marcha promoviendo de su mismo seno, las ideas precisas para ese porvenir que todos deseamos glorioso.

Discurso del Doctor Churruca

Ex presidente de la Asociación.

Ilustrísimos señores, señoras, amigos todos:

El que os habla comprende que necesita una obligada presentación; así lo exige su modesta personalidad. Los Ex internos de cinco promociones me conocen; los jóvenes Internos no entenderían el viejo mundo al que pertenezco; por eso les ahorro una larga historia de sacrificios ligada enteramente a la del gran Hospital de la Montaña; la Casa de Salud Valdecilla, nacida un lejano 1.º de enero del año de 1930. Soy el primer médico interno del Servicio de Radiología. Fui el 2.º Presidente de la Asociación de Médicos Ex internos y hoy Presidente Fundador, título que me otorgaron mis compañeros al cesar en mi cargo anterior. Soy como mis compañeros de internado de los que con sus propias manos montamos las primeras camas, los que recorrimos los desmontes que conducían al nuevo Hospital, los que con nuestros Jefes pusimos en marcha nuestros Servicios, los que vimos levantar los muros del mejor Hospital de Europa, los que vimos plantar al Marqués el Pino que hoy sigue perpetuando su memoria; el Marqués por antonomasia, en una tierra llena de nobleza antigua y aristocracia de siglos y fui de los que tuvimos el triste privilegio de llevar a hombros su leve cuerpo ya muerto hasta el sencillo cementerio aldeano que guarda para siempre las cenizas mortales de aquel hombre bueno y sencillo que creó su mejor obra para la Tierra Madre que le vio nacer, obra felizmente continuada por sus herederos los Marqueses de Pelayo, usando la misma generosa hidalguía que pusiera D. Ramón Pelayo de la Torriente, Marqués de Valdecilla y a quien nos estamos refiriendo.

Nace con el gran Hospital el Instituto Médico de Postgraduados y la Escuela de Enfermeras, mostrando así la vocación docente de sus fundadores.

Algo quieren decir estos números:

500 Médicos Internos de 20 promociones.

150 Tesis Doctorales.

4 Catedráticos de Universidad (Facultades de Medicina y Química).

Innumerables Directores de diversos Centros.

Jefes de Servicio, de Hospitales y Centros Especializados.

Cualificados Especialistas extendidos por España y el extranjero.

1.600 Enfermeras tituladas en 42 promociones, que ostentan con legítimo orgullo el emblema de la Escuela y constituyen una ejecutoria a la que basta decir: «Soy de Valdecilla», para entender que se dice calidad y competencia profesional y se le abran las puertas de todos aquellos lugares donde puedan ejercer su profesión.

Pero los números no son todo, ni las evocaciones lacrimosas tampoco. Deseo mostrar una clara ejecutoria que nos pertenece y nos da derechos. Nosotros representamos los cimientos invisibles de una gran Obra docente que pide continuidad, acrecentando el prestigio de nuestra Asociación en sus fines primarios y así los jóvenes Residentes del Centro Médico Nacional «Marqués de Valdecilla» serán los herederos forzosos de los viejos internos de Valdecilla en la Obra que nosotros iniciamos. Les pedimos que tengan presente nuestra labor a partir de 1930 en que comenzó a funcionar el mejor Hospital de España, la Casa de Salud Valdecilla, que ahora, al transformarse en un modernísimo Complejo Hospitalario al que ellos pertenecen, continuarán nuestra labor con mejores medios pero con el mismo cariño que nosotros pusimos en la primitiva Casa. Harán de Santander un Seminario Médico que honre a la Montaña y a la Medicina de nuestro país.

Os pedimos Sr. Director, que sobre la pesada, pero hermosa carga que soportan vuestros hombros, añadáis el compromiso de seguir acrecentando el limpio prestigio de nuestra Asociación que será también la del Centro Médico Nacional «Marqués de Valdecilla», que tan acertadamente dirigís.

Quiero agradecer la labor de la actual Junta Directiva de nuestra Asociación que ha logrado este Séptimo Congreso haciendo posible esta Reunión tradicional y que nos veamos de nuevo y nos abracemos. Gracias por lo que habéis hecho y continuad vuestra hermosa y desinteresada labor, así os lo pide este Ex interno, ya maduro, que tiene fe en el futuro de nuestra Asociación.



Presidencia del Acto Inaugural. El Dr. Churrua, Ex presidente de la Asociación, pronuncia su discurso.

Preside el Excmo. Sr. Rector Magnífico de la Universidad de Santander Dr. De Miguel, acompañado por el Presidente del Instituto Nacional de Previsión de Santander, Sr. Mazzarrasa Quijano; el Director del Centro Médico, Dr. López Vélez; Representante de la Excm. Diputación Provincial, Dr. Valle; del Excmo. Ayuntamiento, Dr. Mozota Sagardía; Jefe Provincial de Sanidad, Dr. Gómez-Ullate. Presidente del Colegio de Médicos, Dr. Sandoval; por el Consejo Provincial de Trabajadores, Sr. Uriel; Presidente de la Asociación, Dr. Pelaz, y otras Autoridades y miembros de la Junta Directiva.



Discurso del Dr. Pelaz Martínez

Presidente de la Asociación.

Excelentísimos señores, compañeros y amigos todos:

Por imperativo del cargo he de ser el portavoz de nuestra Asociación de Ex internos de la Casa de Salud Valdecilla, en cuyo nombre os doy las gracias por acompañarnos y dar realce con vuestra presencia al acto de inauguración del Congreso.

Esta reunión iba a celebrarse, según su ritmo tradicional, el pasado año, pero la Casa estaba en obras y se acordó, de acuerdo con el director postponerla para hoy.

Hemos de agradecer a los laboratorios que nos han prestado su ayuda, especialmente Abelló que siempre participó en nuestro Congreso.

La Asociación de Ex internos se siente especialmente obligada con el director del Centro Médico Valdecilla, Prof. López Vélez, no sólo por la amabilidad que ha tenido con nosotros en cuantas veces le hemos ido a visitar, sino también porque ha prestado a la Asociación un hermoso local desde donde se pudo montar la organización, y además por su participación activa como un congresista más, ocupándose de la coordinación de una de las sesiones clínicas, la del profesor Sánchez-Lucas. Otros dos Jefes del Servicio de la antigua Casa de Salud Valdecilla también murieron desde el anterior Congreso: el Profesor Arce y mi maestro Aldama. A cada uno de ellos les dedicaremos una sesión clínica. Los que fuimos sus alumnos aportamos como muestra de nuestro afecto unas comunicaciones, exponentes de lo que ellos sembraron en nosotros; junto con el amor al en-

fermo y la vocación para ayudarle lo mejor posible por medio de nuestra especialidad, y a que nuestra formación no acababa con el final del internado, sino que la dedicación clínica e informativa continuara en los años siguientes.

El complejo que nace de la situación maestro-discípulo, esa tensión de percibir el maestro su disminución ascensional frente a la velocidad inicial del discípulo, especialmente del posible sucesor, lo que llamé complejo de Saúl, tomándolo del antiguo Testamento: el comportamiento de este rey, de David su sucesor electo; no alcanzó la tensión perturbadora que suele ser frecuente, sino que este complejo como todos, se compensan con una virtud, la del amor, y estos maestros tuvieron para nosotros ese afecto que evita los resquemores, quedando solamente el buen recuerdo de su amistad y de su buen magisterio. Esta tensión maestro-discípulo en su justa medida tiene una acción vivificante de acicate para el profesor y de asimilación y estímulo de superación para el discípulo. El amor al discípulo se incrementa cuando se suma la fraternidad sanguínea. Pero sin este lazo familiar en una prospección que hice pura sobre la Higiene Mental de la tercera edad, en las entrevistas con un profesor de poca salud física y algunos baches depresivos, que vivía sólo, alejado por su alergia del pueblo donde residía el resto de su familia, le preguntaba qué satisfacciones le quedaban y se expresó así: «El gusto por mi trabajo y el buen aprecio que hagan de mis investigaciones históricas; como no tengo hijos, también la alegría de ver avanzar a mis alumnos y el éxito de sus trabajos».

Cuando se fundó esta Casa de Salud Valdecilla, fue un impacto en la medicina española. Los especialistas que aquí se han formado tienen como timbre de honor titularse Ex internos de la Casa de Salud Valdecilla. Y para Santander significó un prestigio reconocido en toda España.

La medicina se encarece y avanza más y más; la Casa envejecía y con el tesón e iniciativa del actual Director, Prof. López Vélez, se construye el Hospital, modelo de una nueva concepción de asistencia, se une en el Centro Médico Valdecilla con la Residencia Cantabria, junto con el Servicio en construcción de Traumatología, la Facultad de Medicina y la expansión de la Asistencia Psiquiátrica pone de nuevo a Santander con este resurgir asistencial otra vez a la cabeza de la Medicina Española.

Los antiguos Internos que hicimos aquí la especialidad vemos con satisfacción la riqueza de medios con que cuentan los actuales para su aprendizaje y el mayor número de ellos, número que se triplicaría si los Residentes de todo el Centro Médico se nos unen. La denominación de Residentes es análoga en significación a la de Posgraduados, Internos de la antigua Casa de Salud Valdecilla. Pero que el crecimiento en número y medios de

exploración y tratamientos no les haga perder la amistad, la mutua estimación y posterior ayuda y el trato respetuoso y cordial con el maestro, porque no todo es ciencia en nuestra profesión, hay mucho de arte y de amor al paciente, esto es la enjundia de nuestra tarea médica.

También puedo hablar yo a título personal como montañés nacido semiesquina a Puerto Chico, donde había aquel bullicio de la llegada de las barcas de pesca, la algarabía de la almotacenia y el deje arrastrado y chillón de las pescadoras. Todo aquel barrio poblado de miserables viviendas se ha convertido en zona residencial; allí por San Martín, adquirí un piso al que sólo vengo los meses de agosto. Junto a la belleza panorámica de la vista de la bahía, hay un halo afectivo del recuerdo del Puerto Chico de otros tiempos, aunados a la alegría de la infancia. Todo ha cambiado a mejor y veo con satisfacción que la ciudad permanece sin contaminar, olor a mar y a aire puro, alejadas las fábricas, sigue siendo grato pasear por la orilla de la bahía. Que persista así y que florezcan como lo están haciendo los centros médicos y las otras facultades y escuelas técnicas; cultura y medicina. Dejemos el humo de las chimeneas y los otros residuos de las fábricas diseminadas, lejos de la capital, que libre de polución nos permita ese hermoso andar a orilla del mar, para poder decir como la canción «Santander qué bello es».

Los Servicios Médicos de este Centro, la Universidad Internacional, las escuelas técnicas, ponen a esta pequeña ciudad, con la belleza de su paisaje como algo idóneo para vivir sereno y feliz.

Santander es una zona de España como reserva de cultura y belleza de la Naturaleza para vivir con sosiego y fruto.

Por exigencias de la vida, la mayoría de los Ex internos de la Casa de Salud Valdecilla tuvimos que ir a otros lugares de trabajo. A pesar de los triunfos profesionales mayores o menores, seguimos añorando aquellos años juveniles vividos en esta Casa, sin más preocupación que el estudio y la atención al enfermo, todo ello en un ambiente amistoso y en el escenario del hospital humanizado y la belleza de esta ciudad de Santander.



DR. D. JOSE MARIA ALDAMA TRUCHUELO († 14-VI-1970)



Semblanza del Dr. Aldama Truchuelo

Dr. D. Federico Soto Yárritu

Director del Hospital Psiquiátrico Provincial
San Francisco Javier, de Pamplona.

Es para mí un gran honor, y un gran compromiso, el haber sido elegido para pronunciar en este Acto unas palabras en recuerdo de nuestro maestro, el Dr. D. José María Aldama Truchuelo. Es un gran honor, porque entre tantos y tantos discípulos como Aldama tuvo a lo largo de su magisterio, cualquiera de ellos está más calificado que yo para ocupar ahora este lugar. Y es un gran compromiso por saber de antemano que todo lo que pueda decir del Dr. Aldama será una sombra muy velada de lo que fue, de lo que representó para la Psiquiatría española, para la Casa de Salud Valdecilla y para todos los que tuvimos la suerte de tenerlo como maestro. Si a esto añadimos la emoción que me embarga al sentirme portavoz de unos sentimientos que están en el ánimo de todos, tan profundos y tan difíciles de explicar, mi sobriedad natural en el decir se verá aumentada, límites que no sé si podré dominar.

Cuando el día 14 de junio de 1970 fallece al Dr. Aldama, la Psiquiatría española pierde al último de una generación de psiquiatras de la época heroica. El más genuino representante de un período en el que la Psiquiatría adquiere el carácter de Ciencia y pierde su aureola isotérica y misteriosa. Al tener conocimiento de su muerte, después de la sorpresa, no sé cual fue la impresión más fuerte, si la tristeza infinita o la incredulidad del triste mensaje recibido. Nos parecía imposible esa desaparición. Todos sus dis-

cíbulos perdimos algo nuestro y, especialmente yo, todo lo que soy. Su influencia sobre mí fue extraordinaria ¡Cuántas veces le he recordado al encontrarme en situaciones límite y tener que tomar una decisión! Es difícil comprender ahora cuánta es mi emoción al recordar a este hombre tan excepcional y que tan decisivo fue en mi vida.

Al querer hacer una semblanza de su persona, nos encontramos con una serie de dificultades que acaso no podamos salvar.

Decía Ortega, en una de sus últimas conferencias, que de un objeto estúpido como es un icosaedro se puede decir, y otro tanto del átomo, muchas cosas con pocas palabras y expresó a Heisenberg su sospecha de que la materia debe ser una realidad bastante tonta cuando tan fácilmente se ha dejado captar por los físicos. Pero una persona, añadía Ortega, es asunto mucho más complejo y rico de contenido que el átomo o el icosaedro porque es mucho más real. De aquí que hablar de Aldama como persona, de sus cualidades personales, exige muchas palabras; pero tienen que ser palabras nuevas, palabras bonitas, y yo, ante esta exigencia, pienso que tal vez fuera lo justo expresar todo lo que quisiera decir con esa singular forma de lenguaje que es el silencio. El hablar de la pena, del dolor, del amor que le teníamos, nos expone a que se nos marchiten las palabras al roce con el aire. A pesar de todas estas dificultades sí queremos decir unas palabras, que serán muy pobres, pero ajustadas a la realidad, y objetivas, sin que estén deformadas por el amor que profesábamos al maestro.

Ante todo Aldama era un hombre bueno y sabio. Condición de cualidades no muy frecuentes y no aceptadas por muchos. Así vemos cuan equivocado estaba Rousseau cuando no escatimaba frases de condenación para los sabios. Así, recuerda que en los nuevos tiempos de Grecia los mismos filósofos decían: «Desde que los sabios han comenzado a aparecer entre nosotros, las gentes de bien se han eclipsado». Y el mismo Rousseau, al comentar un momento de la Historia de Roma, dice: «Hasta entonces se habían conformado con practicar la virtud; todo se perdió cuando comenzaron a estudiarla», y generaliza por su cuenta después: «Los hombres son perversos y serían peores aún si hubieran tenido la desgracia de nacer sabios». Aldama era sabio y en ningún momento dejó de ser bueno, ni de practicar las virtudes con las que estaba adornado. Era hombre de sensibilidad fina, delicada y siempre a flor de piel.

Cuando publiqué mi primer libro «El Destino Humano como problema científico», apareció con una dedicatoria: «A mi Maestro José María Aldama Truchuelo». No le dije nada, no le pedí permiso para dedicárselo según norma en estos casos, y no pedí su autorización ya que conociéndole me

exponía a que me pidiera que se lo dedicase a otra persona. Supe que al tener conocimiento de que Soto acababa de publicar un libro sobre las teorías del Destino Humano y que se lo había dedicado, se emocionó profundamente.

La intensa emoción del Dr. Aldama fue un símbolo para mí de su sensibilidad. Esta sensibilidad era una de las cualidades más hermosas que tenía. Era también su Tendón de Aquiles. Ni el rencor, ni la envidia, ni los celos, ni la ira, ni la rabia, ni el odio existían para él. Y es que se trataba de una personalidad fuerte y sencilla. Siempre habitaba una esfera elevada del pensamiento. Sus juicios eran originales y geniales. Pero para lo que estaba especialmente dotado era para conocer a las personas, y en este terreno nunca le vimos equivocarse; era cualidad que le facilitaba enormemente el contacto con el enfermo mental y hacia de él un clínico extraordinario.

A pesar de estar especialmente bien dotado para la Psiquiatría, era un neurólogo de una fineza extraordinaria. Su formación Anatomopatológica y neuro-fisiológica fue siempre una base que le servía para enjuiciar con una lógica y rigor científico extraordinarios cualquier caso complicado, y en los que se disfrutaba viéndole paso a paso con pie firme y seguro hacia un diagnóstico exacto. Sólo el verle explorar un enfermo neurológico era una lección completa, clara e inolvidable.

Como psiquiatra, a nuestro juicio, ha sido uno de los psiquiatras españoles más completos, con más conocimiento, con una erudición extraordinaria, mejor dotado para esta disciplina y más equilibrado que hemos conocido. Su primera ponencia al Congreso Nacional de Neuro-Psiquiatría, celebrado en el año 1932, sobre las esquizofrenias reactivas, se busca hoy, ya agotado, por cuantos psiquiatras desean volver a leer a los clásicos de la Psiquiatría.

Si ver explorar a un enfermo neurológico era, como acabamos de decir, una auténtica lección de Neurología, el verle explorar a un enfermo Psiquiátrico, además de ser una lección completa de Psiquiatría, era una lección magistral de lo que es un enfermo mental, del respeto que se le debe y de lo que es un hombre humanizado ayudando a un semejante. Aldama derrochaba enseñanzas en lo que son relaciones humanas, sin duda, por su condición de psiquiatra, pero, sin duda también, por sus grandes valores personales: su delicadeza, su firmeza de espíritu, su tacto y su saber escuchar, unido al pensamiento tan claro y elevado que tenía, subyugaba a cuantos le oíamos, aprendíamos y tratábamos de imitarle. Eran tantas las cualidades sobresalientes que tenía que unos discípulos han tomado unas

y otros han cogido otras. Por mí parte supe aprovechar: todo lo que tengo de bueno, lo digo y lo he dicho siempre, a él se lo debo.

Sin embargo, Aldama era un hombre difícil. Por todo lo anteriormente expuesto no vayan a figurarse que ser interno suyo era cosa fácil. Fue uno de los jefes más difíciles, por no decir el más difícil, si uno quería cumplir, y tenía que hacerlo, con las obligaciones a que estaban sujetos los Internos del Servicio.

Por uno de nuestros compañeros de internado en la Casa se ha escrito, al hacer un sucinto recuerdo en memoria del Dr. Aldama, que «No daba nunca una opinión sin antes meditarla mucho, no improvisaba, creo que no improvisó nunca». Algo de esto es verdad y siempre daba la sensación de ser un hombre reposado, de no precipitarse, sin embargo, era de una rapidez extraordinaria. Cuando le conocí, cuando le traté, cuando fue mi maestro, era un hombre muy joven y ya era un hombre de experiencia. Y nos preguntamos: ¿Qué es ser un hombre de experiencia? Hay una expresión muy española que nos lo aclara. Un hombre de experiencia es: El que está al cabo de la calle, o sea, el que no necesita recorrer toda la calle para llegar al final. Pero no se juzgue por esto que el hombre de experiencia es un hombre precipitado, sino todo lo contrario; lo que pasa es que necesita mucho menos tiempo que los demás para llegar a la conclusión exacta, para llegar a la verdad. Por eso, el Dr. Aldama, daba la impresión de que no improvisaba, y es que sus juicios eran siempre exactos, apoyados con una lógica aplastante.

Y voy a terminar: Si quisiera ser como él, breve, sencillo, escueto, y tuviese que elegir un solo adjetivo para definirle, diría que Aldama era un hombre exquisito. Y ya sabemos, con Zubiri, que exquisito es el hombre que puede prescindir de todo, pero al que nada le es indiferente. Aldama pudo prescindir de muchas cosas, pero jamás dejó de interesarse por ellas.

Me gusta pensar en estos momentos que cuando mi maestro tuvo que dar cuenta a Dios de su vida, entre todas sus cosas, en medio de todo su «Haber»: Trabajos, consultas, publicaciones, horas de estudio, y todo aquello que constituye la vida de un ser humano, habrá dejado asomar antes que nada, por encima de todo, ese gran corazón de buena voluntad. Y, ya se sabe, Dios ha prometido su Paz, a los hombres de Buena Voluntad y ésta la poseía a raudales el Dr. Aldama Truchuelo.

He aquí un breve resumen de la actividad científica: El Dr. D. José María Aldama Truchuelo nació en Madrid en el año 1900, estudiando la carrera de Medicina en la Facultad de aquella ciudad y terminando en el año 1923.

Discípulo del Dr. Sanchís Banús en cuyo Servicio del Hospital General fue Jefe Clínico.

Discípulo asimismo del Dr. D. Pío del Río Ortega, al lado del cual trabajó en su Laboratorio de Histo-Patología.

Pensionado por la Junta de Ampliación de Estudios marchó a Viena, en donde trabajó con los profesores Wagner, Jaureg y Von Economo, realizando con este último su tesis doctoral sobre «Citoarquitectura de la corteza cerebral en el niño».

A su regreso consiguió por oposición la plaza de Director del Manicomio Provincial de Cádiz.

Desde 1930 desarrolló sus actividades profesionales como Jefe del Servicio de Neurología y Psiquiatría de la Casa de Salud Valdecilla, alternando esta labor desde 1958 con la de Director del Sanatorio Psiquiátrico de Cuento (Santander).

Entre sus publicaciones científicas cabe destacar la ponencia sobre «Síndromes esquizofrénicos no procesuales» (1932) y su aportación, después de la Guerra Civil Española, al conocimiento del latirismo.

Han sido numerosos sus discípulos en las diversas ramas de la patología del sistema nervioso, siendo sus cualidades más destacadas, aparte de las profesionales y científicas, la humildad, sencillez, amor a la labor eficiente y anónima y su espíritu liberal y humanista.

Binotal[®] 1g. comprimidos

**apertura
a una mayor
seguridad
terapéutica**

optimiza
la rápida acción
bactericida

aprovecha
toda la amplitud
terapéutica, sin riesgo
de toxicidad

facilita
la administración
de altas dosis
por vía oral

Dosificación: 1 comprimido, o más, 3 veces al día

Presentación: frasco con 12 comprimidos fraccionables y
aromatizados, P. V. P. 479,30 Ptas.



® - Marca registrada

TROFI MILINA



**activador
del rendimiento
nervioso**

FATIGA:
mental, física, sexual.
NEUROPATIAS PERIFERICAS
VASCULOPATIAS CEREBRALES

VIA INYECTABLE

**GARANTIA DE ABSORCION
CONSTANTE
ASEGURA TOTAL
EFECTIVIDAD TERAPEUTICA
ADMINISTRACION
FACIL E INDOLORA**

FORMULA Cada ampolla contiene:

Fosfatidilcolina	140 mcg. de P
Fosfatidiletanolamina	70 " " "
Fosfatidilserina	70 " " "
Fosfatidiletanolamina	4 " " "
Fosfatidiletanolamina	35 " " "
Fosfatidilserina	20 " " "
Acido Fosfatidico	8 " " "
Difosfoinositido	15 " " "
Esfingomielina	35 " " "
Cianocobalamina	1000 " " "
2-Dietilamino-2',5'-Acetoxilidida Clorhidrato	2,4 mg

POSOLOGIA Y PRESENTACION 1-2 ampollas por día, via intramuscular, ciclos de 10-20 días
Envase de 10 ampollas de 2 c.c. P.V.P. 514,75 pts.

EUROPHARMA
LABORATORIOS FARMACEUTICOS



La unidad psiquiátrica en el Hospital General

Dr. D. José María Aldama de Llano

Psiquiatra Clínico

Ultimamente son frecuentes las publicaciones relativas a las experiencias psiquiátricas en el Hospital General, comentando las ventajas de esta asistencia y dando normas sobre cómo deben ser las Unidades Psiquiátricas. Estas publicaciones siguen muchas veces las directrices de los autores americanos.

En la Encyclopedie Medico-Chirurgicale en el fascículo dedicado a los Hospitales de Europa refiriéndose a España dice: «Los hospitales psiquiátricos de las Diputaciones Provinciales cuentan con 17.405 camas, con una media de 644 por establecimiento, a las cuales se añaden 2.597 camas en los Hospitales Generales de 15 provincias, más un cierto número de camas asimiladas en el Hospital Clínico Provincial de Barcelona y en la Casa de Salud Valdecilla de Santander».

En la Casa de Salud Valdecilla funciona hace más de 40 años un Pabellón Psiquiátrico cuyas camas no están asimiladas, sino que tienen función y autonomía propias integradas en el Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital.

Creo que se debe conocer mejor a una Unidad Psiquiátrica que ha englobado prácticamente toda la psiquiatría hospitalaria de agudos de la pro-

vincia de Santander desde 1930 y que en el año 1932 fue calificada por el Consejo Nacional Psiquiátrico «como la más perfecta de las que funcionan en la República». Ya sé que desde entonces han transcurrido más de 40 años y que ha cambiado por completo la asistencia psiquiátrica, pero, aunque poco en lo material, los aires renovadores también han penetrado en la Unidad Psiquiátrica de Valdecilla.

Con la siguiente exposición no pretendo hacer una crítica de cómo debe ser un pabellón psiquiátrico pues, teniendo en cuenta que cada circunstancia es distinta no puede existir un patrón fijo. Es muy difícil valorar aisladamente una Unidad sin tener en cuenta la problemática psiquiátrica del lugar donde esté ubicada. Por otra parte es fácil sobre el papel hacer planes ideales de asistencia psiquiátrica, marcar directrices y describir las características teóricamente perfectas (tanto personal, tantos despachos, tantas camas...) que debe reunir un pabellón; no quisiera hacer tal cosa. Los comentarios que siguen pretendo que sean objetivos y son consecuencia de 18 años de trabajo en el Servicio de Neuropsiquiatría de la Casa de Salud Valdecilla.

La Unidad Psiquiátrica del Hospital General debe definirse, a mi juicio, como aquella en donde se haga precisamente una psiquiatría de hospital, estando capacitada para prestar toda clase de tratamientos psiquiátricos. Condición fundamental es que debe estar integrada dentro del Servicio de Psiquiatría (en nuestro caso hasta hoy, de Neuropsiquiatría) para que exista una estrecha coordinación bajo criterio único con las restantes dependencias del Servicio, sobre todo en el Consultorio.

De esta forma se hace una medicina de equipo dentro del mismo Servicio y a su vez el Servicio forma parte de la medicina de equipo del Hospital. En la Fundación Valdecilla (pionera de la medicina en equipo) con su característica de Instituto Médico de Postgraduados y con varios Médicos Internos en cada Servicio, se presta una asistencia especializada durante las 24 horas del día, estando capacitados para recibir enfermos en cualquier momento y atender las contingencias psiquiátricas que se presentan entre los enfermos hospitalizados en otros Servicios.

Le vendría bien a la Psiquiatría española el que todo Hospital dispusiera de un Servicio de Psiquiatría con un Jefe y un personal con la misma categoría que otros Servicios, jefes y personal, englobando al enfermo mental en la problemática general del Hospital como uno cualquiera de otra especialidad. Si el Servicio adquiere prestigio las estadísticas se encargarán de demostrar que la Psiquiatría tiene tantas posibilidades de curar enfermos como otra rama cualquiera.

Arquitectónicamente el Pabellón n.º 20 de Valdecilla (entre los que formaban la Casa el 20 corresponde a enfermos mentales), no se diferenciaba de otro cualquiera del Hospital. En la actualidad la mayoría de los antiguos pabellones han desaparecido para dejar paso al Centro Médico, pero el 20 persiste inmodificado. Consta de dos plantas, una para hombres y otra para mujeres, disfrutando de zonas verdes propias exclusivas para los enfermos ingresados.

Su capacidad es de 40 camas en la planta de varones y 35 en la de mujeres.

Se ha escrito mucho sobre la capacidad que debe tener una Unidad Psiquiátrica. En mi opinión no se deben dar normas fijas ni generalizar. La capacidad del pabellón dependerá fundamentalmente de las necesidades que tenga que cubrir, en nuestro caso el ámbito es provincial, estando estas necesidades en razón directa de la existencia o no de otros Centros Psiquiátricos en la provincia y en cualquier caso de la coordinación que exista con ellos, bien sean provinciales o extraprovinciales. El condicionar la capacidad de la Unidad Psiquiátrica al número de camas del Hospital (es norma dar entre el 10 y el 20 por ciento del total), dependerá de la dimensión psiquiátrica que aquel quiera tener, con proyección a no hacia el exterior, esto es si el pabellón psiquiátrico sirve sólo para las necesidades del Hospital, pudiendo esto ser válido en ciudades grandes como Madrid o Barcelona en donde existen 6 u 8 Hospitales Generales. En ciudades pequeñas donde sólo hay un Hospital, éste deberá tener un Servicio de Psiquiatría con el número de camas suficientes para cubrir las necesidades de este Servicio, independientemente que exista o no Hospital Psiquiátrico en la provincia.

Dinámica del Pabellón Psiquiátrico. Como he señalado la Unidad Psiquiátrica depende, en nuestro caso, del Servicio de Neuropsiquiatría. Quiero decir algunas palabras acerca del mismo.

Dado que el tema que nos ocupa es psiquiátrico, dejemos a un lado los aspectos neurológicos del Servicio y también las relaciones Neurología-Psiquiatría, haciendo constar que nuestro pabellón alberga exclusivamente enfermos psíquicos, existiendo otro para los neurológicos. Pero lo que quiero también hacer constar es que esa misma orientación neuropsiquiátrica del Servicio cubre a la asistencia de las contingencias neurológicas que se presenten y no son pocas, en la práctica diaria. Me refiero a los enfermos que ingresan con sintomatología psíquica como consecuencia de un proceso neurológico ignorado.

Hoy día es un hecho la división Neurología-Psiquiatría, porque ambas

tienen una extensión tan amplia que no es posible abarcar en un solo Servicio, pero también es un hecho que un Servicio de Psiquiatría tendrá que disponer de un neurólogo lo mismo que uno de Neurología dispondrá de un psiquiatra. En mi opinión un buen psiquiatra debe poseer una sólida base neurológica, pero se puede ser buen neurólogo sin tener grandes conocimientos de Psiquiatría.

Además del Pabellón el Servicio consta de un Consultorio en donde tres días por semana el equipo completo recibe a enfermos nuevos, controla antiguos ingresados y trata ambulatoriamente a pacientes que no necesitan hospitalización.

Englobado en la dinámica general del Hospital se encuentra el Servicio de Urgencia. Existe en todo momento uno o varios miembros del Servicio de Neuropsiquiatría para resolver cualquier incidencia psiquiátrica que se produzca, venga de fuera o de dentro del Hospital. No es despreciable el número de urgencias psiquiátricas que se producen entre los ingresados en un Hospital General, hay que resolverlas y si es necesario trasladando al paciente a la Unidad Psiquiátrica.

Misiones del Pabellón. La primera y fundamental es que funcione como Centro de Admisiones, hospitalizando a los enfermos agudos psiquiátricos a nivel provincial.

Quiere esto decir que nuestro pabellón no puede permitirse el lujo de seleccionar enfermos como habitualmente se propone en las publicaciones. Desde luego es muy cómodo el rechazar determinado tipo de enfermos y tratar solamente el brote esquizofrénico, el síndrome depresivo o el delirium tremens. Pero seleccionar los enfermos es sentar a priori evoluciones clínicas que en muchas ocasiones no se producen. ¡Cuántas sorpresas encierra la evolución de un enfermo geriátrico!, buena parte de las descompensaciones en personas ancianas son alteraciones de la afectividad que ceden en un corto período.

En vez de criterios de admisión yo diría tiempo de hospitalización. No olvidemos que una de las características de la Unidad Psiquiátrica es la de hospitalización a corto o mediano plazo, sobre todo a corto, y en este plazo estudiar y tratar a cualquier clase de enfermos. Hay que tener en cuenta que una presunta psicosis senil puede ser un hematoma subdural; asimismo es en el pabellón psiquiátrico donde se debe hacer un estudio radiológico de un presunto Pick, por otra parte ¿dónde se trata al enfermo de 80 años, ingresado, por ejemplo, en Oftalmología y operado de cataratas, que se descompensa y tiene un intento de suicidio con un cuadro de agitación?

Más que seleccionar enfermos es indispensable una estrecha relación entre los demás Centros asistenciales, sobre todo con los Geriátricos; lo malo es que estos Centros escasean y cuando los hay están llenos. Y en el caso de que un enfermo requiera un tratamiento a largo plazo, pueda ser admitido en el mismo trasladándolo desde el Pabellón Psiquiátrico. Por ello el criterio de admisión está condicionado más que a la «calidad» del enfermo, a la calidad de la asistencia psiquiátrica provincial.

En el Pabellón 20 ingresan enfermos por Orden Gubernativa (es un camino que la gente aprende cuando un caso más social que médico es rechazado una y otra vez), enfermos judiciales procedentes de la prisión, fugados de otros Sanatorios y enfermos crónicos que sufren una agudización. También ingresan, por supuesto, los brotes esquizofrénicos floridos, tan agradecidos, o no floridos, alcohólicos para hacer voluntariamente una cura de deshabitación o delirium tremens.

Como antes he señalado nuestro criterio es que el Pabellón Psiquiátrico debe estar capacitado para tratar toda clase de enfermos mentales y si el tratamiento se prolonga, trasladar al enfermo donde proceda.

En ocasiones la hospitalización se realiza de forma parcial, concretamente con los alcohólicos que asisten, cuando les corresponde, a continuar con el tratamiento de Antabús o Colme (iniciado siempre con el enfermo hospitalizado), permanecen la mañana en el Pabellón y si no existe inconveniente, vuelven a su casa. No son raras las complicaciones transitorias en esta clase de tratamientos, por lo que es criterio del Servicio, que las curas «de recuerdo» se realicen en el Pabellón donde existe personal adecuado y con experiencia en estas terapéuticas.

En agosto de 1973 los enfermos ingresados por diagnósticos, son los siguientes:

HOMBRES		MUJERES	
Alcoholismo	11	Psicosis puerperales	2
Esquizofrenia	11	Esquizofrenia	9
Parafrenia expansiva	1	Demencia senil	4
Síndrome depresivo	2	Alcoholismo	3
Oligofrenia	2	Síndrome depresivo	7
Demencia presenil	1	Oligofrenia	1
Demencia senil	1	Histeria	1
Bouffee delirante	1		

La media de hospitalización ha sido en los últimos años como sigue:

	ESTANCIAS	ENFERMOS	PROMEDIO
1962	15.330	348	44,05
1963	14.963	370	40,44
1964	15.921	383	51,56
1965	15.666	428	33,6
1966	18.258	487	37,4
1967	17.878	512	34,9
1968	—	—	—
1969	18.738	485	38,8
1970	18.763	480	39,9
1971	19.568	568	34,4
1972	18.630	608	30,6

Estancia media que estimamos aceptable y que entra dentro de las cifras que se suelen dar habitualmente para un Pabellón Psiquiátrico.

El régimen, en el sentido de puerta abierta o cerrada, es amplio. En una Unidad de agudos, con enfermos tan heterogéneos (judiciales, psicópatas) no puede o no debe existir un régimen de puerta abierta, sino de puerta abrible o cerrable, con un criterio individual no colectivo. En realidad la mayoría de los enfermos hacen régimen de puerta abierta y el número de salidas es elevado.

Con motivo de los permisos fin de semana pueden plantearse en ocasiones diferencias de criterio con el punto de vista administrativo o burocrático, ya que clínicamente no consideramos alta a un enfermo que sale a pasar dos o tres días. La estadística presentada no tiene, por supuesto, en cuenta estas salidas.

La unidad Psiquiátrica, como he señalado anteriormente, está capacitada para dispensar toda clase de tratamientos. En general los psicofármacos son el medio terapéutico más utilizado, utilizándose igualmente cuando son necesarios la insulino-terapia y el electroshock. Existe asimismo un pequeño taller de terapia ocupacional sin más pretensiones, por el momento, que lo que su nombre indica: tener ocupados a los enfermos.

No disponemos de personal especializado en psicoterapia por lo que esta terapéutica no se realiza. Y me refiero a psicoterapia-psicoterapia, pues eso de que toda labor médica tiene algo de psicoterapia está bien, pero la verdadera psicoterapia es otra cosa.

El personal del Pabellón se compone de:

- 2 psiquiatras encargados del Servicio
- 4 médicos internos haciendo la especialidad
- 1 asistente social
- 2 religiosas (una de ellas enfermera psiquiátrica)
- 15 enfermeras
- 9 cuidadores psiquiátricos

Hay que hacer constar que las consignadas como enfermeras son alumnas de enfermera, estudiando la Carrera en la Escuela de la Casa, y que las dos religiosas son enfermeras tituladas.

Existen también dos empleadas en cada piso y una auxiliar que acompaña a la enfermera durante la guardia nocturna en el piso de mujeres.

El Pabellón Psiquiátrico se conecta estrechamente con:

1.º El resto del Hospital. Los miembros del Servicio de Neuropsiquiatría atienden los problemas psiquiátricos que se presentan en los otros servicios, trasladando al Pabellón al enfermo que lo necesite y continuando en aquél el tratamiento conjuntamente con el médico de la especialidad a la que corresponde el enfermo trasladado. Mantenemos un particular contacto con el Servicio de Recuperación, sobre todo en la asistencia de los delirium tremens; somos de la opinión de que la vigilancia intensiva es un factor fundamental en el tratamiento del delirium. Como el departamento del Hospital donde los enfermos están mejor vigilados es Recuperación, trasladamos a este Servicio las psicosis agudas alcohólicas y las tratamos conjuntamente.

Quiero señalar aquí, a propósito de las relaciones Psiquiatría-resto del Hospital, que en Valdecilla no existe habitualmente problema de aceptación o no del enfermo psíquico. Desde su fundación se cuenta con la Psiquiatría, que es un Servicio más, como cualquier otro. ¡Cuántos enfermos psíquicos han sido tratados en el Hospital fuera del Pabellón Psiquiátrico! A nadie extraña el ver un enfermo del Servicio de Psiquiatría en una habitación al lado de la de un operado o un cardíaco.

2.º Mantiene las lógicas relaciones con los dos Centros a donde son trasladados los enfermos que requieren tratamiento a largo plazo. Estos Centros son: el Sanatorio de Cueto, en Santander, para mujeres y el Psiquiátrico de Palencia para hombres.

Quiero terminar diciendo que los motivos de traslado a estos Centros dependen directamente de la evolución de la enfermedad. Tradicionalmen-

te se emplean dos criterios, el permanecer más de tres meses ingresado y los reingresos seguidos y repetidos. Criterios que, como es natural, se aplican de forma muy flexible.

Somos conscientes de los muchos problemas a resolver y de las deficiencias asistenciales. Estas líneas sólo han pretendido dejar constancia de las características de un Pabellón Psiquiátrico que lleva 43 años funcionando en un Hospital General.



1.870~1.975

Después de más de 100 años de existencia, en PRIM, S. A. nos hemos permitido una pequeña satisfacción, cambiar el anagrama.

Detrás de esta marca, usted seguirá encontrando la seriedad, el servicio y la garantía de PRIM, S. A.





CAMAS ASTABURUAGA, S. A.

FABRICA DE CAMAS METALICAS
ESPECIALIDAD EN LAS DE SOMIER ARTICULADO
DE TIPO SANITARIO

OFICINAS Y TALLERES:

ZONA INDUSTRIAL DE BETOÑO - CTRA. LARRAGANA - TELS. 222997 - 220294 - APART. 112

VITORIA

Síndrome de Korsakoff inmediato y mielopatía tardía consecutivos a una descarga eléctrica por rayo

Dr. D. José María Aldama de Llano

Psiquiatra Clínico.

El 26 de agosto de 1970, J. M., de 36 años, casada, recibió una descarga eléctrica producida por un rayo, siendo trasladada al Servicio de Recuperación de la Casa de Salud Valdecilla. Presentaba un cuadro de agitación psicomotriz, alternando con períodos de somnolencia, que duró hasta el 2 de septiembre. En esta fecha la enferma ya colabora en la exploración. Desde el punto de vista neurológico no existían particularidades, siendo los pares craneales normales, así como los reflejos, la motilidad y la sensibilidad. Por el contrario psíquicamente se observó: Desorientación temporoespacial. Pérdida de memoria de evocación y fijación, llenando las lagunas amnésicas con fabulaciones. Vivencia y despersonalización. Una afectividad polarizada hacia el infantilismo, tanto en el tono de voz como en el contenido de la conversación.

Nos encontramos, en mi opinión, con un síndrome de Korsakoff que desapareció al cabo de dos semanas al término de las cuales la enferma fue dada de alta hospitalaria. Los análisis realizados y la exploración cardiovascular pedida al Servicio de Cardiología fueron normales.

Un mes después vuelve a la Consulta aquejando dolores y debilidad en miembros superiores, así como dificultad para flexionar índice derecho.

La exploración neurológica puso de manifiesto:

Un síndrome alto de cordones posteriores con anestesia vibratoria en miembros superiores e inferiores y una ataxia sensitiva en brazo derecho, con dismetría y temblor de tipo cerebeloso que se corrige con el control visual, con posible afección de astas anteriores ya que existía asimismo una atrofia de músculos de mano derecha en tabaquera anatómica.

Dificultad para flexionar índice, que fue interpretada como alteración en el territorio del mediano.

Dolores radiculares. No síntomas piramidales.

Revisada periódicamente en la Consulta fue perdiendo sintomatología y en el mes de febrero la exploración era normal.

Dado que el caso presenta una doble vertiente, psiquiátrica y neurológica, me ha parecido oportuno comunicarlo en esta sesión clínica homenaje al Dr. Aldama Truchuelo ya que cultivó ambas ramas, a mi juicio, con singular acierto.

Por otra parte, se trata de un caso muy particular pues es curioso encontrar en el mismo enfermo dos síndromes específicos del sistema nervioso, el Korsakoff y la mielopatía producida exclusivamente por la electricidad, no objetivándose lesiones cutáneas ni signos traumáticos. Diríase que la corriente eléctrica tuvo en esta enferma un tropismo especial hacia su tejido nervioso.

El síndrome de Korsakoff clásico tal como lo describió su autor, presenta por un lado una triada sintomática psíquica: amnesia, fabulación y desorientación y por otro, la polineuritis. Hoy día, por lo menos en nuestra experiencia, salvo en algún alcohólico, es raro ver el síndrome completo ya que habitualmente falta la polineuritis. Por el contrario no son raros los enfermos con la triada sintomática psíquica la cual habitualmente cede en un tiempo más o menos largo. Por eso se acepta el hablar de Korsakoff en pacientes con amnesia, fabulación y desorientación aunque no exista polineuritis.

Dejando a un lado las múltiples hipótesis formuladas para explicar la psicopatología del síndrome y los intentos de hallar una localización anatómica específica, el hecho de que el paso de una corriente eléctrica por el cerebro pueda provocarlo y de forma transitoria, parece indicar que no se lesiona determinada estructura anatómica, confirmando ésto las concepciones actuales sobre la memoria, que incluye las funciones amnésicas dentro de un amplio círculo o circuito (Papez) formado no por una sino

por varias localizaciones cerebrales, rompiendo la electricidad este circuito o interrumpiendo la actividad neuronal. Esto ocurre con el electroshock, pues aparte los trastornos habituales de la memoria, se encuentran en la literatura casos de síndrome de Korsakoff pasajeros, observados después de la terapéutica convulsiva a partir de la 3.^a ó 4.^a sesión.

Lo mismo que los trastornos psíquicos, la sintomatología neurológica consecuente a una corriente eléctrica se presenta precozmente o después de un intervalo libre. Entre las manifestaciones tardías cerebrales son habituales los síndromes parkinsonianos derivados de la afectación de los núcleos grises.

Nuestra enferma constituye una observación característica de las complicaciones medulares tardías las cuales producen cuadros más o menos sintematizados cuya evolución suele ser favorable aunque existen casos con lesiones persistentes que dejan residuo.

Las alteraciones que la electricidad origina en el tejido nervioso dependen fundamentalmente del tipo de corriente, de su intensidad y del trayecto que ha seguido. Por ello los estudios anatomopatológicos señalan lesiones más o menos difusas en los vasos, las fibras y las células. Haase describe el caso de un adulto que falleció 19 días después de una descarga eléctrica. Los hallazgos necrópicos pusieron de manifiesto una encefalomalacia del tronco cerebral interesando la formación reticular, un reblandecimiento talámico y una obliteración del tronco basilar. Es a señalar que el enfermo durante esos 19 días sólo aquejó «alguna modificación de la personalidad».

Las formas de reacción del sistema nervioso ante una agresión son tan imprevisibles y tantas las incógnitas que plantea la neurofisiología, que no existe respuesta para explicar ese silencio clínico entre descarga eléctrica y manifestaciones neurológicas, como en el caso que acabo de presentar a ustedes.

ANALGESIA INMEDIATA

PARA EL DOLOR INTENSO

NUEVO

Tilitrate

Solución

20 gotas 3-4 veces al día, mantenidas en la boca, sin diluir, el mayor tiempo posible o incorporándolas a un terrón de azúcar.

P.V.P. 197,40 ptas.

Supositorios

1 supositorio 4 veces al día.

P.V.P. 155,10 ptas.

Injectable

1 inyectable (1 ml.) 4 veces al día por vía subcutánea, intramuscular o endovenosa.

P.V.P. 128,60 ptas.

NOTA: La dosis inicial puede aumentarse hasta el doble en caso de dolores muy intensos (20-40 gotas; 1-2 supositorios; 1-2 inyectables) y según el peso del paciente.

Tilitrate

Analgésico potente

SIN RECETA DE ESTUPEFACIENTES

**devuelve el bienestar
a sus pacientes**



LABORATORIO
SUBSTANCIA

Proviron

mentalmente
alerta



físicamente
en forma

Disminución
de la capacidad
de rendimiento,
dificultad de concentración,
estados depresivos, insomnio, trastornos
de la libido o de la potencia...

La solución:
Tratamiento de sustitución con
Proviron

Presentación

Envases con 20 tabletas ranuradas, cada una con 25 mg de mesterolona. D.V.D. 283.20

Indicaciones

Con Proviron pueden tratarse con éxito todos los trastornos debidos a una insuficiencia androgénica, como declinación de la actividad física a partir de la cuarta década de la vida, trastornos de la potencia, esterilidad masculina e hipogonadismo.

Contraindicación

En presencia de un carcinoma de próstata diagnosticado clínicamente está contraindicada toda terapéutica androgénica y, por lo mismo, el tratamiento con Proviron.

Observación

En tratamientos prolongados con andrógenos, deberán realizarse periódicamente exploraciones rectales de la próstata.

Dosificación

Iniciación del tratamiento: 1 tableta 3 veces al día. Continuación del tratamiento: 1 tableta 1-2 veces al día.

Según el tipo y la severidad de las molestias o trastornos, se recomienda efectuar tratamientos cortos de 4 a 6 semanas de duración, que pueden repetirse varias veces, o bien, tratamientos ininterrumpidos que pueden prolongarse durante algunos meses. Para una información más completa sobre Proviron consultense nuestros impresos más detallados.



Schering AG
Berlin / Bergkamen
Schering España, S.A.



Psicosis en un Hipotiroidismo

Dr. D. Leopoldo de Castro Sánchez

Jefe Médico del Sector «A» del Plan Piloto de Asistencia Psiquiátrica Provincial de Orense y Ex interno del Servicio de Neurología y Psiquiatría de la Casa de Salud Valdecilla.

Comunicación al Programa de Sesiones Clínicas de la Ponencia en Homenaje al Dr. D. José M.^o Aldama Truchuelo, en el VII Congreso de Médicos Ex internos de la Casa de Salud Valdecilla.

Deseo contribuir con esta modesta aportación a las Sesiones Clínicas de este VII Congreso de Médicos Ex internos de Valdecilla, en sincero y sentido homenaje a la memoria del Dr. D. José María Aldama Truchuelo, por el entusiasta agradecimiento que se debe a los MAESTROS, cuyo saber, al menos de un modo parcial, es ya continuidad y mismidad activa en sus discípulos.

En el caso del Dr. Aldama Truchuelo, la ponderada prudencia se unió como rica dote de magnitud personal una sólida concepción organodinámica de la Neuropsiquiatría.

Gracias a los que hasta ahora han sido mis tres maestros de la Especialidad Neuropsiquiátrica: Villacián Rebollo, Aldama Truchuelo y Cabaleiro Goás, vengo pacientemente perfilando un concepto teorico-práctico eficaz que denomino «PSIQUIATRIA BIOPICO SOCIO CULTURAL» y que puede, só-

lo didácticamente, ser desglosado en un tetragrama de indivisibles aspectos:

A) BIOLÓGICOS (neuropatológicos, somáticos, orgánicos, hereditarios, físicos, químicos, alérgico-inmunitarios, endocrinos, morfológicos, fisiológicos...).

B) PSÍQUICOS (funcionales, cronofenómicos, vivenciales, íntimos, evolutivos, dinámicos, comportamentales, afectivos, conativos, cognitivos...).

C) SOCIALES (laborales, económicos, situacionales, familiares, comunitarios, políticos, religiosos, conyugales, grupales...).

D) CULTURALES (ideológicos, diacrónicos, históricos, mentalizantes, geográficos, doctrinales, tipificantes, costumbristas...).

A mi entender, sólo mediante una dialéctica común, urdida coordinadamente entre estos cuatro ángulos de enfoque, es posible actualizar el encuentro con el enfermo, y de forma muy concreta y singular con el llamado enfermo neuropsiquiátrico.

Sirva este preámbulo abreviado para abordar el caso particular de una persona, erigido en aleccionadora enseñanza profesional médico-neuropsiquiátrica. Voy a designar a esta persona, siguiendo las directrices del Equipo Médico-Asistencial del Sanatorio Psiquiátrico de Toén: «El Caso MALOPRO», el cual constituye un soberbio ejemplo de PSICOSIS EN UN HIPOTIROIDIO.

Antes que nadie, fue otro excepcional Maestro valdecillense, el Dr. García Barón, quien defendió que no se puede hablar de «úlceras gástricas» sino de «ulcerosos gástricos», aunque, parafraseando este genial postulado, acaso pueda decirse que hay enfermedades, psicosis y úlceras en los enfermos, y sólo en éstos, no en los libros, ni en abstracto.

MALOPRO ingresa en el Sanatorio Psiquiátrico de Toén (Orense), Centro del Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, el día 19 de enero de 1972. Todo el equipo sanatorial se encontraba por aquellas fechas reajustando sus actividades al Plan de Psiquiatría Sectorizada, que, bajo el Patronato del PANAP, y de la OMS, se habría de poner en funcionamiento un mes después, el 19 de febrero de 1972.

El cuadro clínico del paciente fue considerado en principio, con el diagnóstico provisional de urgencia de Síndrome de Agitación mixta ansioso-depresiva, atípico.

Se trataba de un varón de 33 años, soltero, peón de albañil de oficio, natural de un pueblo orensano que se correspondería posteriormente con el área geodemográfica concebida como Sector «A», e hijo ilegítimo y único, del que no constaban antecedentes heredogenéticos significativos. El embarazo y parto maternos, así como el desarrollo psicomotor infantil, fueron valorados como normales. Al lado de su madre y de unos tíos, en ambiente de cariñosos labradores modestos, transcurrió la niñez y la juventud del enfermo, sin antecedentes de morbosidad que merezcan especial mención anamnética.

Desde los 6 hasta los 18 años de edad, sus familiares observaron en él ciertos rasgos premórbidos personales: retraimiento, apatía, poca decisión y acobardamiento. Creía que molestaba a los demás y quedaba relegado en los juegos con otros niños y jóvenes.

Ya a los 7 años de edad pastoreaba el ganado por los montes y era aún púber cuando comenzó a trabajar la tierra, de modo que para no abandonar del todo los estudios primarios, hubo de seguir acudiendo a la escuela por las noches, consiguiendo así una elemental enseñanza de lectura, escritura y cuatro reglas matemáticas, sin que pudiera hablarse propiamente de deficiencia mental.

En busca de horizontes más desahogados, en 1957, a los 18 años de edad, emigra a Venezuela, reclamado por otro de sus tíos maternos, y durante cinco años trabaja eficientemente como cobrador y revisor de autobuses y como empleado en un surtidor de gasolina, logrando reunir algunos ahorros, y sin dar la más mínima muestra de anormalidad en su conducta, ni sufrir accidentes o enfermedades de reconocible importancia.

Hacia mediados de 1962, contando 23 años de edad, y después de un confuso episodio morboso de malestar general y fiebre, parecía víctima de un miedo inexplicable y se encerraba en su habitación bajo llave, abandonando el trabajo y sin que demostrara dar importancia a las consecuencias de su extravagante actitud. Es ingresado en una Clínica Psiquiátrica de Caracas y dos meses más tarde vuelve a España, para ser inmediatamente internado en otro Sanatorio Psiquiátrico, de donde, según palabras de la madre: «salió peor de lo que entró». Durante esta segunda hospitalización tuvo que ser atendido médicamente de urgencia por padecer un síncope circulatorio con pérdida de conciencia, comprobándosele una anemia.

Una vez recuperado de este primer acceso que se prolongó durante cinco meses, resuelta la epicrisis lentamente, trabajó tres años en una empresa de construcción, de la que fue expulsado por razones ignoradas, muy probablemente en relación con injustificados absentismos laborales, desatencos, y una sintomatología insidiosa con clinofilia, indiferencia hacia el

entorno, aislamiento, tristeza, crisis ansiosas, abatimiento, insomnio, acedia, anorexia, abulia, soliloquias, fugas del hogar, inclinación pirófila, desinterés y agresividad oral y fáctica contra su propia familia, a la que amenazaba con cuchillos y valiéndose de una hoguera que prendía con el propósito amedrantador de quemar viva a su madre.

Los médicos que le habían visto en un largo periplo, desde 1962, le consideraron como un oligofrénico en el que se injertaba una psicosis esquizofreniforme y que además padecía una oscura anemia que interesaba al tejido cerebral.

Cuando fue ingresado en el Sanatorio de Toén, lo más llamativo venía dado por una extremada hostilidad negativista, agitación crítica de tipo depresivo-ansioso, incoherencia deliroide con ideas autorreferenciales de perjuicio y desvalimiento y agresividad de palabra y obra contra personas y objetos. De modo provisional, fue tratado parenteralmente con Levomepromazina.

Tres días después del ingreso, presentó inesperadamente un síndrome subcomatoso agudo, con hipotensión arterial de 8,5 Torr. de máxima, y signos de posible acidosis, por lo que fue trasladado rápidamente al Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial de Orense, donde permaneció un mes entero. Al ser dado de alta y reingresado en el Sanatorio de Toén, a causa esta vez de una reacción de excitación ideomotora, fue tomado a cargo del Equipo Médico-Asistencial del Sector «A», cuya puesta en marcha me había encomendado la Dirección del Centro muy recientemente, por aquellas fechas de febrero de 1972.

Desde un primer momento le consideré ante todo como un enfermo evidentemente organo-somático, con cortejo psicómico secundario. En el Hospital Provincial, de donde procedía, había sido diagnosticado como paciente de una anemia aplástica de dudoso origen que respondía aceptablemente al tratamiento oxiferroso.

Los síntomas más acusados, aparte de la actitud rechazante de todo intento de diálogo y respuestas monosilábicas, destacando sobre un fondo atimórmico y disfórico, eran, a mi entender, de estirpe corporal: facies abotargada de «luna llena», aspecto edematoso, palidez amarillenta, asimetrías rostrales, hipomimia pastosa, mala distribución del vello, afonía, tendencia al sopor, excesiva sensibilidad al frío, distermia cutánea, piel seca y áspera y halitosis ácida.

No contento con el diagnóstico sindrómico de anemia aplástica, el Equipo Médico-Asistencial del Sector «A», emprendió una intensa búsqueda etiopatogenética en diversos frentes. Mediante un interrogatorio más profundo fue posible descubrir un valioso antecedente de melenas que hi-



cieron necesaria una transfusión hacia 1965. Impresionaba muy peculiarmente la hipovitalidad, bradifrenia y pobre reactividad del sujeto. El pulso nos reveló una notable bradicardia paradójica de 45 pulsaciones por minuto, en contraste con la anemia, y los tonos cardíacos aparecieron apagados y poco diferenciados a la auscultación torácica.

El aspecto fisiogonomímico, la bradicardia paradoxal y una hiporreflexia tendinoperiostica aquileo-rotuliana característica, con una fase de contracción rápida y una segunda fase de recuperación y relajación muy lenta, nos pusieron en la pista, a mí y a los Drs. Rodríguez Gracia y García de la Villa, de una posible HIPOTIREOSIS, por lo que decidimos consultar la opinión de un acreditado Médico Internista, el Dr. F. Diz-Lois, quien nos sugirió una serie de pruebas complementarias y una orientación ya decisiva.

Se planteaban esencialmente problemas diagnóstico-diferenciales entre el Hipotiroidismo con infiltración mixedematosa visceral, diversas nefropatías y hepatopatías y las más variadas causalidades de anémias. Por razones que no han de traerse a colación, resultaba imposible solicitar los análisis cualicuantitativos de yodo protéico, creatina y creatinina en plasma, así como tampoco nos era factible acudir a una gammagrafía tiroidea.

Mientras esperábamos los informes del Laboratorio, el enfermo recayó en un nuevo estado comatiforme, con somnolencia profunda, hipotensión arterial de 9/6'5 Torr., palidez cadavérica, sudoración fría y gran postración hipodinámica.

La palpación de la glándula antero cervical no mostraba nada valorable, pero en el suelo de la boca pude observar signos cicatriciales postinflamatorios de una más que posible angina de Ludwig que unos diez años atrás bien pudiera haberse complicado con una estrumitis sublingual y la consiguiente regresión retráctil parcial adenofárica.

Tuvimos que esperar algún tiempo hasta obtener el consentimiento y la responsabilización de la familia para poder seguir el tratamiento endocrinológico posthospitalariamente.

Los datos de Análisis Clínicos, sin ser concluyentes, reafirmaron las sospechas diagnósticas:

Hematías (3.840.000/mm³), Hemoglobina (76 por 100), Valor globular (1), Leucocitos (6.400/mm³), Fórmula leucocitaria (0-6-46-0-0-1-44-3), Colesterina (248 mg./100 c.c.), Glucemia (65 mg./100 c.c.), Uremia (62 mg./100 c.c.), Bilirrubinemia directa (0'5 mg./100 c.c.), Bilirrubinemia indirecta (0'25 mg./100 c.c.). Pruebas hepáticas de Wuhrmann-Wunderly-Hanger-Takata-Gross-Mac Lagan-Kunkel, negativas e inapreciables signos en orina y líquido cefalorraquídeo.

El mielograma por punción esternal señalaba escasa celularidad con buena diferenciación morfológica, indicativas de hipoplasia medular ósea.

El Metabolismo basal de (-28) era uno de los elementos diagnósticos más firmes, junto con la curiosa paradoja que ya había llamado poderosamente nuestra atención, consistente en la coexistencia incomprensible de anemia y bradisfigmia.

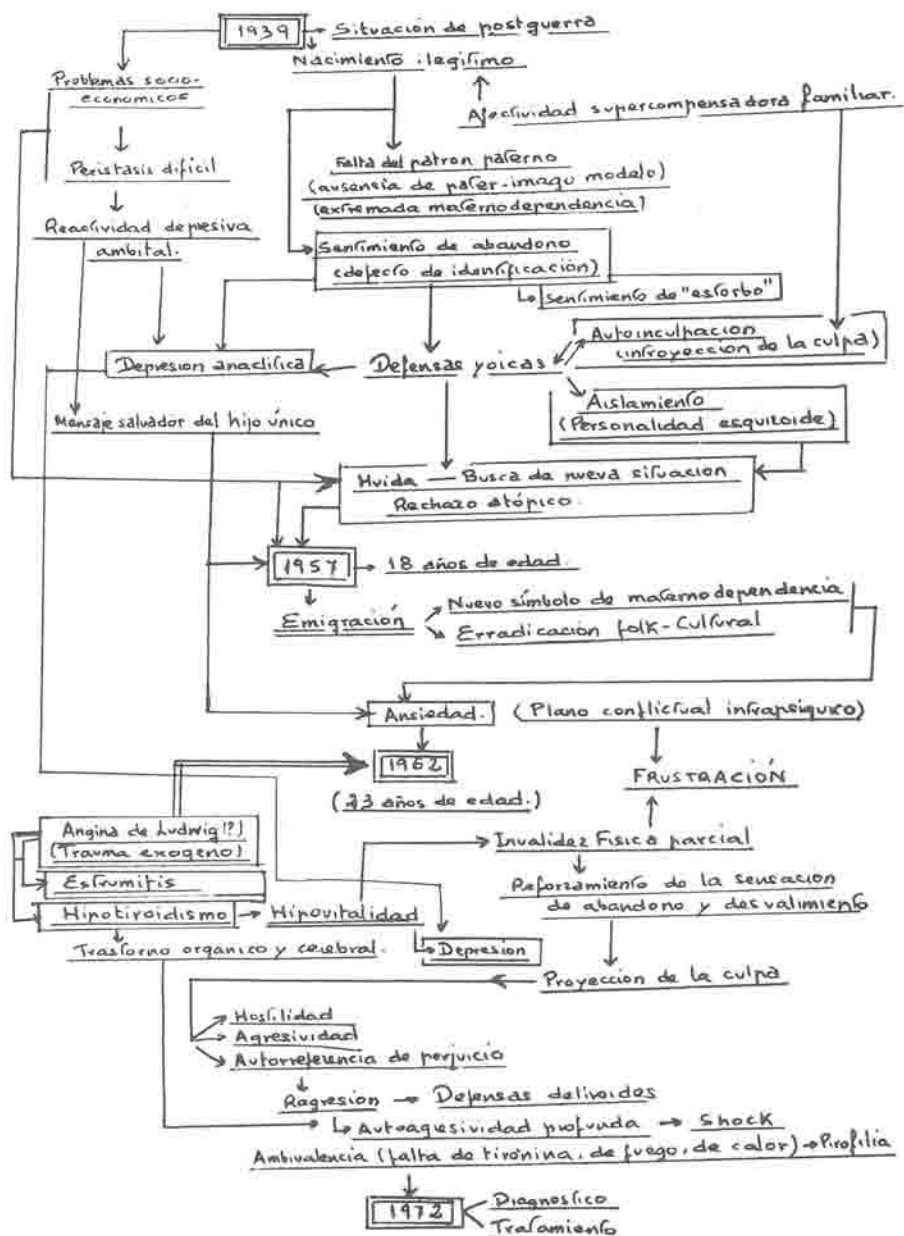
La exploración radiológica de tórax y el electrocardiograma tan sólo apuntaban una desviación del eje cardíaco y un ritmo asinusal con patrones de bajo voltaje.

Obtenida la aprobación familiar, se instauró por fin una terapia basada en la TRIYODOTIRONINA, controlando pulso radial, reflejos profundos y estado general. A los quince días ya se apreciaba una franca mejoría, mejor color de piel y mucosa, normotermia, desaparición de criestesis, y conciencia cada día más clara y despejada, hasta el extremo de poder concederle el Alta Hospitalaria, condicionada por revisiones periódicas ambulatorias, el 17 de mayo de 1972, tres meses después de su ingreso. Desde entonces y hasta el mes de agosto de 1973, se han realizado ocho reconocimientos de postcura y el enfermo continúa en buen estado psíquico y corporal, siendo su evolución enormemente satisfactoria, ya que desapareció, no sólo toda la sintomatología que le había hecho pasar por oligoesquizo-frénico, sino también las manifestaciones ocultas de una endocrinopatía que ponía constantemente su vida en peligro.

No he querido entrar en farragosas disquisiciones de carácter académico y sí, en cambio, fijar el interés del valor clínico de los fenómenos del plano somático que jamás debieran olvidarse en los ambientes psiquiátrico-hospitalarios, puesto que antes que ninguna otra cosa, se ha estipulado inteligentemente que para llegar a ser Psiquiatra, se requiere primeramente ser Médico y nunca ignorar la biopatología en su nivel obligatoriamente primigenio. Muchos Maestros, como el Dr. Aldama Truchuelo, insistieron e insisten en tal sentido y nunca insistirán suficientemente, frente a los ilusorios optimismos radicalizados por otras posturas de escuelas psicodinámicas, sociológicas y transculturalistas unilaterales y miopes.

CASO "MALOPRO" (Hº C# 823)

Interpretación Biopsicosociocultural



Hipotiroidismo primario del adulto

→ { Hixedema
Caquexia (paradoja)
Paquidermia

Inyecciones
Degeneraciones } Tiroideas
Accidentales } (+ -)

Etiopatogenia
(estrumpativa)
Tiroditis(?)

Posibles trastornos cerebrales y psíquicos

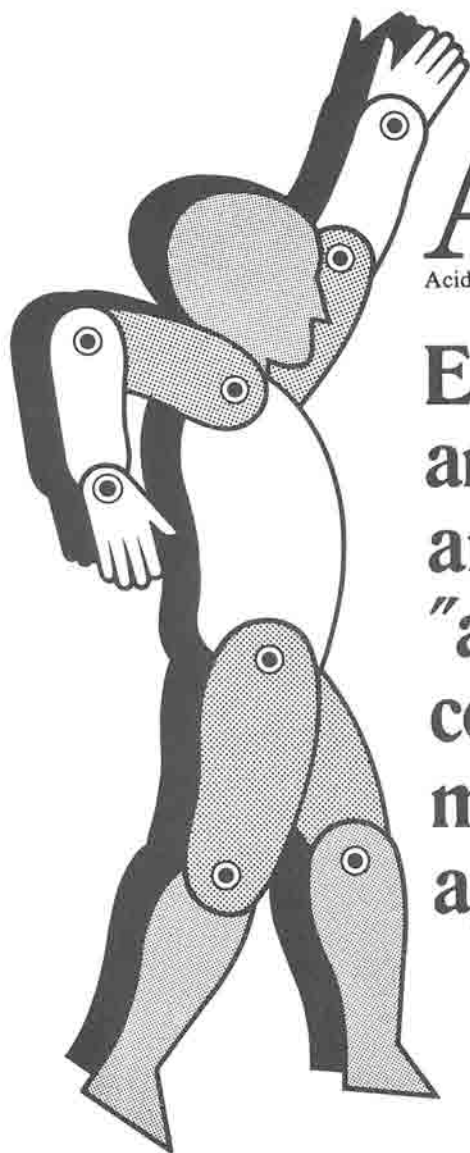
Apraxia X
Bradilemia X
Criestasia X
Hipomnesia X
Psicofrenia X
Somnolencia X
Asperio estúpido y bondadoso X
Torpeza X
Bradifrenia X
Hipomimia X
Monosilabio X
Abulia X
Indiferencia X
Desinterés X
Pereza X
Depresión X
Irritabilidad esporádica X
Bradireflexia tendinosa X
Cefaleas
Depresión neurovegetativa X
Tosquedad saucorial X
Pobreza lingüística X
Pobreza de fantasía
Lentitud ideocinética X
Descontento X
Desconfianza X
Ideas delirantes X
Estados amenciales finales
Dificultad motriz
Taciturnidad X
Obnubilación
Debilitamiento intelectual
Alteraciones del carácter X
Embotamiento afectivo
Lentificación electroencefalográfica

37/35

351

Exploración

Glandulas hipofisaria y tiroidea. Scintigramas. Radiofotografía cervical. Tórax posterior. Lipidemia. Colesterolemia. Iodo radiactivo. Electrocardiograma. Electroencefalograma. Aspecto facial y corporal. Metabolismo basal. Palpación y auscultación visceral. Termorregulación. Hemograma. Mielograma. Tensión arterial y esfigmograma. Reflejos tendinoperiosteales. Glucemia. Uremia... etc.



ACTOL[®]

Acido niflúmico

**El nuevo agente
antiinflamatorio-
analgésico
"antirreumático"
con el campo
más amplio de
aplicación clínica.**

DOSIFICACION Y ADMINISTRACION

1 cápsula tres veces por día, junto o inmediatamente después de las comidas.

Presentación

Frascos con 30 cápsulas, cada una de las cuales contiene 250 mg. (P.V.P. 323,70 ptas.)



CHEMISCHE FABRIK VON HEYDEN MUNCHEN (ALEMANIA)

En España: Carlos E. A. Muller, S. A. (C.E.A.M.S.A.) - Apartado, 488 - Barcelona

Dixibón[®]

WANDER

**Restablece el
equilibrio
psicosomático**



Principales indicaciones

- trastornos psicofuncionales
- estados neuróticos leves, neurosis
- trastornos menores de comportamiento
- úlcera gastroduodenal
- psicopatología geriátrica
- migrañas, vértigos
- trastornos de la conducta en la infancia y la adolescencia

Presentación

- | | |
|----------|-------------------|
| Cápsulas | frasco con 30 |
| Solución | frasco con 200 ml |

S.A.E. WANDER
Apartado 2586 - Barcelona



El Test de simbolización subjetiva del Dr. Aldama Truchuelo

D. Juan Francisco Díez Manrique

Psiquiatra.

El test de simbolización subjetiva (T. S. S.) es un elemento de trabajo en psicodiagnóstico, basado en la capacidad individual y colectiva de la simbolización.

Se iniciaron los trabajos experimentales sobre el mismo en 1960 y su creador es el Dr. Aldama Truchuelo († 14 de junio de 1970).

MATERIAL:

El test consta de cinco elementos o «fantomas» (Fig. 1). Estos cinco «fantomas» son unos tacos de madera de forma prismática rectangular, cuyas medidas son: 10 cm. de altura, 4 de anchura y 2 de fondo. En su parte superior tienen una escotadura oval, frontal, en la que va enclavada una perla; dicha perla cambia de lugar en los distintos fantomas.

Los tacos son coloreados y son presentados siempre en el mismo orden: (I), (II), (III), (IV) y (V).

En los tacos existen unos signos que en tres de ellos (I, II, III) tiene una distribución simétrica. Muchos de estos signos pertenecen a los denominados «fondos cósmicos», es decir, son signos que simbolizan elementos o fuerzas naturales (sol, tierra, cielo, aire, etc.). Valga como ejemplo la

greca que aparece en la parte superior del fantoma II; dicha greca es una representación universal de la tierra.

La rueda que aparece en el fantoma I es un signo universal de fecundidad y de transformación cíclica.

En el fantoma V existen, en la parte izquierda de los signos, líneas que indican superación, elevación de lo irracional a lo racional. En los fantasmas I y III hallamos signos de inversión, contraposición o ambivalencia (X).

En el fantoma II existen signos que pueden hacer referencia a la luna con todo su significado simbólico (maternidad, muerte, fecundidad, cambio). También pueden ser considerados como concavidades receptoras o como convexidades rechazantes. Esto mismo sería válido para el fantoma III.

En general, los signos orientados hacia la izquierda hacen referencia a lo inconsciente, lo irracional, lo oculto, lo pasado y lo contrario sucede con los orientados hacia la derecha.

La horizontalidad representa un predominio del intelecto racionalista y la pasividad; la verticalidad representa el irracionalismo, la espiritualidad y también la actividad y el dinamismo.

Los símbolos «no están elegidos de forma que recuerden nada fácilmente asociable, de manera inmediata».

En la escotadura oval frontal, como ya dijimos, existe una perla «que puede semejar un ojo» y que tienen como fin (escotadura y perla) ayudar al sujeto a «humanizar los distintos símbolos».

MODO DE EMPLEO:

1.º «Se colocan en el orden antedicho los cinco fantasmas. El seguir siempre un orden fijo, aunque no es absolutamente necesario, evita la confusión en la anotación de los resultados».

2.º «Se exponen ante el sujeto, con buena iluminación directa sobre los fantasmas y sin explicación previa de ningún tipo se le pregunta: «¿Cuál de estos monigotes es el padre?». «¿Cuál es la madre?».

«Una vez elegidos los dos primeros, se retiran y se le pregunta, de los que quedan, quién sería hijo e hija».

«En días sucesivos se repiten las preguntas sobre los siguientes valores:

Bueno — Malo

Guapo — Feo

Rico — Pobre

Fuerte — Débil

«Esta escala de valores puede ser ampliada».

«La elección entre los dos polos es completada así con una jerarquización en escala entre los cinco fantasmas. Esto se consigue al ir retirando los elegidos y pedirle al sujeto que formule nuevos valores sobre los tres que quedan».

3.^o «Si se desea hacer la prueba en una sola sesión es preciso ocultar los fantasmas y desviar la atención sobre los mismos, mediante una corta conversación entre prueba y prueba».



FUNDAMENTOS TEORICOS:

«El test de simbolización subjetiva es un test de proyección. Hay una sugerencia antropomórfica que precisa una intuición morfológica sin ninguna reminiscencia personal de recuerdo o relación».

«Los símbolos dibujados en el cuerpo de cada elemento son datos que tienen un significado primitivo en cuanto a la evolución de la Humanidad».

«El sujeto ha de acomodar su ordenación de los elementos, de acuerdo con unos valores que se le sugieren en cada prueba. No puede apoyarse en nada objetivo para ordenar dentro de cada serie de valores propuestos, los elementos que tiene delante. Al no poder interpretar los símbolos, éstos, le tienen que resonar de una manera subconsciente».

«Los factores que de una manera más o menos consciente determinan la valoración son:

- 1.º El antropomorfismo.
- 2.º La alusión a la mirada.
- 3.º Los dibujos.
- 4.º El color.
- 5.º Posiblemente, el orden de colocación».

«El sujeto enfrentado ante esta prueba es obligado a un primer movimiento psíquico de personalización sobre cada uno de los fantasmas. Esta concesión de humanidad es impuesta por la pregunta del experimentador y subjetivamente se facilita por la escotadura oval, que puede sugerir la cara».

«El test es proyectivo, pero no deja libertad entera al sujeto, sino que su espontaneidad es encauzada por los factores forma y color».

«A la simbolización sexual se le ha dado una ordenación familiar (padre-madre, hijo-hija) para no evocar en el sujeto otro tipo de vivencias, que rocen recuerdos más o menos reprimidos».

«Los valores elegidos tienen sentido universal, interviniendo en ellas muy poco el medio cultural. Sobre estos valores universales, se le da libertad para elegir entre los dos polos extremos, sin que intervengan un juicio lógico en cuanto a la decisión, por lo lejano a un posible raciocinio de los símbolos de cada fantasma. Se obliga además a una afirmación en la valoración de cada grupo de preguntas, al irse eliminando los fantasmas elegidos».

«La proyección en el T. S. S. es mucho más subjetiva que en el Szondi puesto que no hay halo de recuerdos fisonómicos inconscientes. Es un test, más de pensamiento e intuición, que instintivo y que no participa en tanto la afectividad como en el Szondi. En la personalización que hace el sujeto, de cada taco, ha de poner una subjetivización más profunda que cuando se le presentan seres humanos».

PUESTA EN MARCHA DEL TEST:

Se hizo un grupo muy amplio de presentaciones y se ordenaron los datos con unos valores numéricos, dando el valor cinco al primer fantoma elegido en cada escala y el valor uno al fantoma que quedaba sin elegir.

No poseemos la valoración estadística de los datos obtenidos, pero parece ser que los resultados no eran plenamente significativos.

CRITICA:

La primera objeción crítica de la prueba fue hecha por el propio Dr. Aldama Truchuelo. En sus notas sobre la puesta en marcha del test ya se dio cuenta de que las variables que se usaban en el mismo eran muchas y sería difícil individualizar los resultados para cada una de ellas. Una de las cosas que se proponía aclarar era si «lo que determina la jerarquización es el lugar que ocupa la perla en la escotadura oval, el color o los símbolos en sí».

La segunda objeción crítica es que los valores-tipo empleados pueden tener unas diferencias interpretativas muy amplias en relación con los medios socio-culturales.

Enfrentados con estas objeciones y con el T. S. S. hemos creído oportuno intentar una aplicación del mismo simplificándolo, con el fin de evitar que se mezclen variables.

Como ya hemos dicho existen tres factores bien delimitados que podrían inducir al sujeto en sus elecciones:

- 1.º El color.
- 2.º La colocación de la perla.
- 3.º Los símbolos en sí.

Hemos eliminado el color de nuestras investigaciones por considerar que dicho factor ha sido motivo de estudios (Lüscher, entre otros) que han determinado sobradamente sus posibilidades diagnóstico-psicológicas.

Situados ante los otros dos factores, nos hemos inclinado por el simbólico por considerarlo la esencia del primitivo test y por parecernos un factor mucho más sugestivo para su estudio.

El símbolo puede ser abordado desde distintos ángulos (psicoanalítico, interpretativo formal, analógico, etc.). Cualquiera de estos enfoques tienen

en común el situar al símbolo, como tal entidad, entre los objetos y las ideas.

El símbolo «como arte de pensar con imágenes» fue una actividad que el primitivo ejercía constantemente y que ha perdido progresivamente fuerza, como tal actividad consciente. Debemos admitir, sin embargo, que su uso es tan amplio y universal, que forzosamente ha de remover en el sujeto un mundo de contenidos más o menos inconscientes.

Existen símbolos, con significados análogos, repetidos en diversas culturas y separados por espacios y tiempos abismales. Ello podría empujarnos a pensar que existe una universalidad simbólica, pensamiento fácilmente enlazable con el inconsciente colectivo de Jung.

Todos los autores admiten y la práctica así lo confirma, la existencia de unos símbolos universales. El símbolo universal se correspondería con el arquetipo jungiano, o al menos, con las figuras capaces de traducir a formas estos arquetipos.

Nos parece artificial la clasificación que Erich Fromm hace de los símbolos en: convencionales, accidentales y universales. No encontramos justificación para el segundo grupo y entre el primero y el tercero las fronteras no están bien delimitadas en la mayoría de los casos. Es muy difícil, a veces, en los símbolos considerados universales, encontrar la relación intrínseca entre «símbolo y objeto o idea que representa».

En los símbolos, a pesar de su universalidad, existen componentes formales o referenciales que hacen que sus interpretaciones puedan ser varias y en algunos casos opuestas. Precisamente en esta riqueza de posibilidades interpretativas, creemos que radica el mayor valor del test. Efectivamente, cabe suponer que las elecciones de uno u otro símbolo sean distintas según lo sea la constitución psicológica o psicopatológica de un sujeto cualquiera y, en general, según las distintas posiciones personales ante la existencia.

Basándonos en las anteriores consideraciones teóricas, construimos unas cartas que conservaban íntegramente los símbolos, pero sólo los símbolos, de los primitivos fantasmas. Conservamos también la escotadura que al trasladarla a una superficie plana ha quedado reducida a un óvalo. Por supuesto, ha sido eliminado el color y los símbolos han sido inscritos en cartulinas blancas (Fig. 2).

El empleo de cartas en vez de los tacos, tiene como finalidad su mayor manejabilidad y el poder obtener datos de forma colectiva, pues la eliminación del volumen nos permite la proyección de las cartas o la elaboración de diapositivas. Esto último tiene gran interés futuro, pues puede per-

mitirnos obtener gran número de datos, requisito básico para una elaboración estadística correcta.

Nuestro primer intento ha sido ver si existe, en sujetos normales, una diferencia significativa en las elecciones. Hemos reducido nuestra investigación al primer par (padre-madre) por parecernos el más universal y el de mayores resonancias simbólicas.

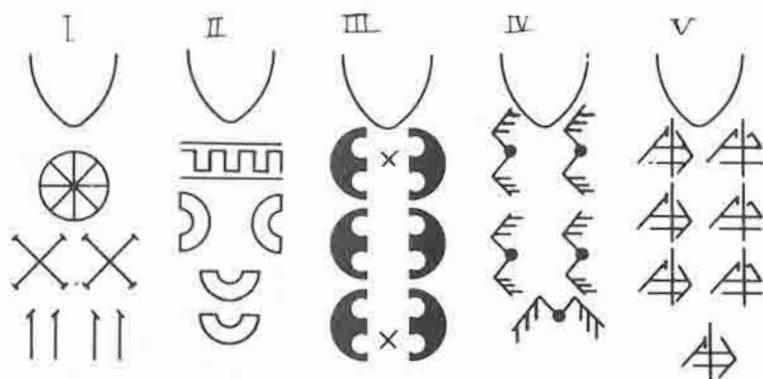


Fig. 2

Hemos elaborado nuestro colectivo, efectuando la toma de datos sobre una muestra heterogénea, formada en su cuarta parte por alumnas de la Escuela de A. T. S. de la Casa de Salud Valdecilla que aceptaron colaborar en este trabajo. Las tres cuartas partes restantes, de la muestra, están formadas por una población muy varia en cuanto a edades, profesiones, etc. Estas tres cuartas partes fueron obtenidas por alumnos de la Asignatura de Psicología Médica de la Facultad de Medicina de Santander y fueron obtenidas entre sus familiares, amistades y compañeros de la propia Facultad. En total, el colectivo consta de 325 datos. Aunque el número es pequeño para una elaboración estadística muy estructurada, es suficiente para obtener un índice que nos permita ulteriores investigaciones.

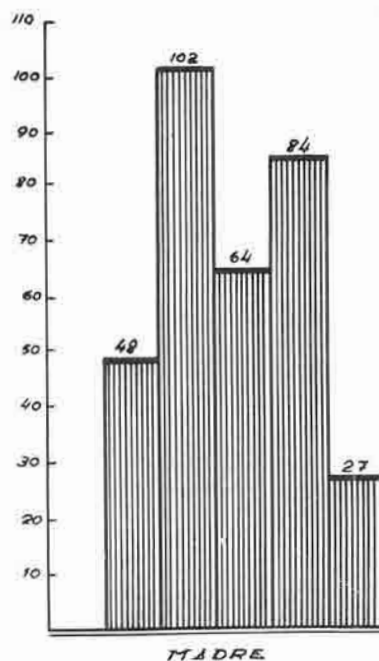
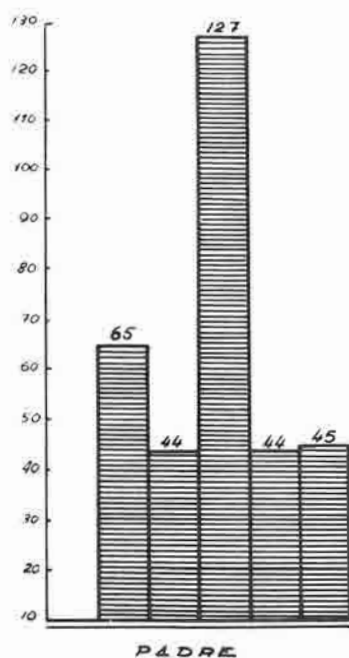
En la Escuela de A. T. S. la prueba se hizo de forma colectiva, mediante proyección de diapositiva. El resto de los datos se obtuvieron de forma individual, alternando el orden de las cartas para evitar la influencia que dicho orden pudiera tener en la elección. Se ha comprobado que las diferencias en este sentido no son significativas.

Efectuado el recuento de datos entre las 325 inquisitorias, la frecuencia de elección de cada carta han sido las siguientes:

Carta I	elegida como padre	65 veces
Carta II	" " "	44 "
Carta III	" " "	127 "
Carta IV	" " "	44 "
Carta V	" " "	45 "

Carta I	elegida como madre	48 veces
Carta II	" " "	102 "
Carta III	" " "	64 "
Carta IV	" " "	84 "
Carta V	" " "	27 "

Los histogramas de estos datos son los siguientes:



En una distribución normal la media para cada carta sería 65. Es decir, en las 325 cada carta tendría un quinto de posibilidades de ser elegida.

La desviación típica:

$$(\sigma) = \sqrt{n \cdot p \cdot q} = \sqrt{325 \cdot \frac{1}{5} \cdot \frac{4}{5}} = \sqrt{52} = 7,2$$

En los datos referidos al padre, la carta II es elegida 127 veces; su diferencia o desviación de la media es:

$$127 - 65 = 62.$$

Comparada esta desviación con la desviación típica resulta ser 8,6 veces ésta. Es decir, la desviación de la carta III es 8,6 veces la standard.

$$\frac{62}{7,2} = 8,6.$$

Dicha diferencia nos obliga a pensar que en la elección de la carta III como padre tienen que jugar factores de tipo muy significativos y que las diferencias no son debidas al azar.

La carta II es elegida como madre 102 veces; su desviación de la media es:

$$102 - 65 = 37.$$

Esta desviación resulta ser 5,1 veces superior a la desviación standard, como en el caso anterior dicha diferencia es altamente significativa.

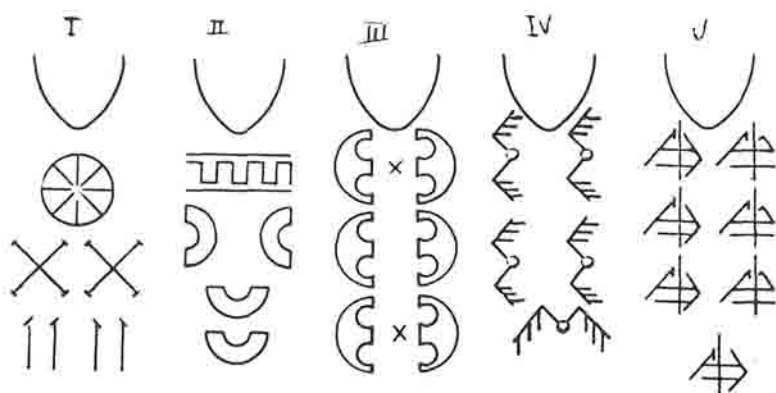


Fig. 3

Así las cosas, creemos estar sobre la pista de un material que puede tener un valor psicodiagnóstico.

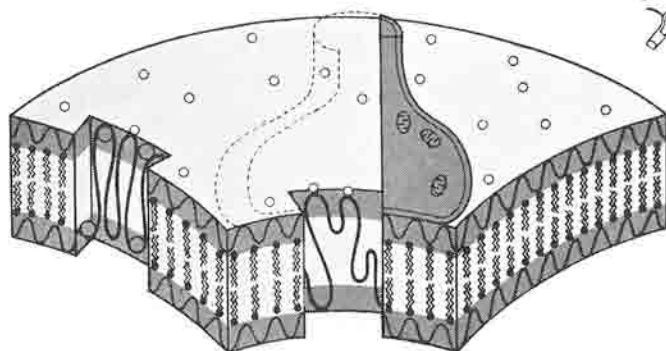
En la carta III se puede comprobar una diferencia significativa con el resto en cuanto a su «construcción». Efectivamente, al estar rellenos en negro los símbolos, dicha carta, creemos que destaca del resto. Es por esto que hemos decidido «vaciar» estos símbolos en la forma que pueden ver en la figura 3.

Nos proponemos investigar en el futuro, si en las condiciones antedichas las diferencias siguen siendo significativas. Si así fuera, el paso siguiente sería (y así lo tenía previsto el Dr. Aldama Truchuelo):

- 1.º Una aplicación a un colectivo alto (superior a 1.000) de personas «normales».
- 2.º Diferencias de los resultados, con los obtenidos en esquizofrénicos.
- 3.º Diferencias con las enfermedades de la senilidad.
- 4.º Diferencias con la epilepsia.

HYDERGINA®

influye favorablemente sobre
la insuficiencia vascular cerebral



Recientes investigaciones experimentales de carácter electroencefalográfico, bioquímico y farmacológico han esclarecido el mecanismo íntimo de acción de HYDERGINA®, confirmando que, por su actividad

- reguladora del metabolismo de la neurona,
- vasodilatadora cerebral, y
- sedante de los centros neurovegetativos

corrige la sintomatología psicoorgánica del paciente geriátrico con esclerosis cerebral.

INDICACIONES:

Trastornos circulatorios cerebrales crónicos, prevención del ictus y corrección de sus secuelas, traumatismos craneocerebrales.

COMPOSICION Y PRESENTACION:

Asociación a partes iguales de los metanosulfonatos de dihidroergocornina, dihidroergocristina y dihidroergocriptina.

Cápsulas (1 cápsula contiene 1,5 mg de Hydergina) = frasco con 24 (P.V.P. I.I. = 341,- Ptas.)

Solución-gotas (20 gotas contienen 1 mg de Hydergina) = frascos con 15 y 50 cm³ (P.V.P. I.I. = 106,70 y 315,- Ptas.)

Ampollas de 1 cm³ (1 ampolla contiene 0,3 mg de Hydergina) = caja con 6 (P.V.P. I.I. = 57,50 Ptas.)

POSOLOGIA:

1 cápsula ó 30 gotas, 3 veces al día.

1-3 ampollas diarias por vía i.m. o s.c.



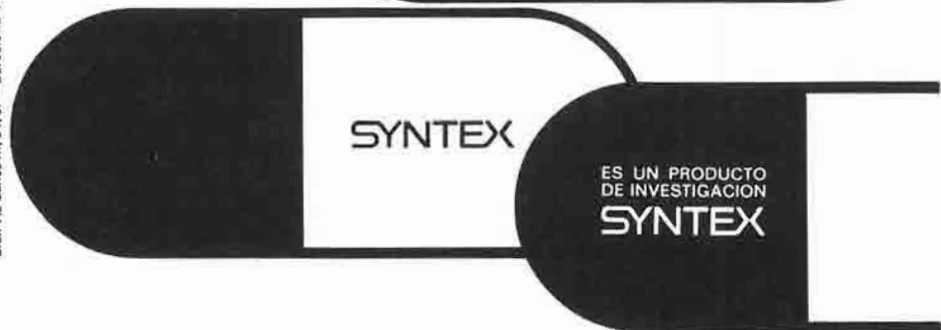
naprosyn®

antiinflamatorio y analgésico

2-3 cápsulas al día

Eficaz en horas

Tolerado durante años





Un estudio sobre la personalidad, psicodesarrollo y psicopatogenia

Dr. D. Alfredo Díaz González

Ex interno del Servicio de Neuro-Psiquiatría
(C. de S. Valdecilla)
Jefe del Servicio: Dr. ALDAMA TRUCHUELO

Vamos a referir, un poco esquemáticamente, ya que no tenemos ahora mucho tiempo y además va a ser objeto de atención más profunda y experimental en el futuro, algunas ideas respecto a la estructura de la Personalidad y a la dinámica patogenética en relación con dicha estructura y el psicodesarrollo.

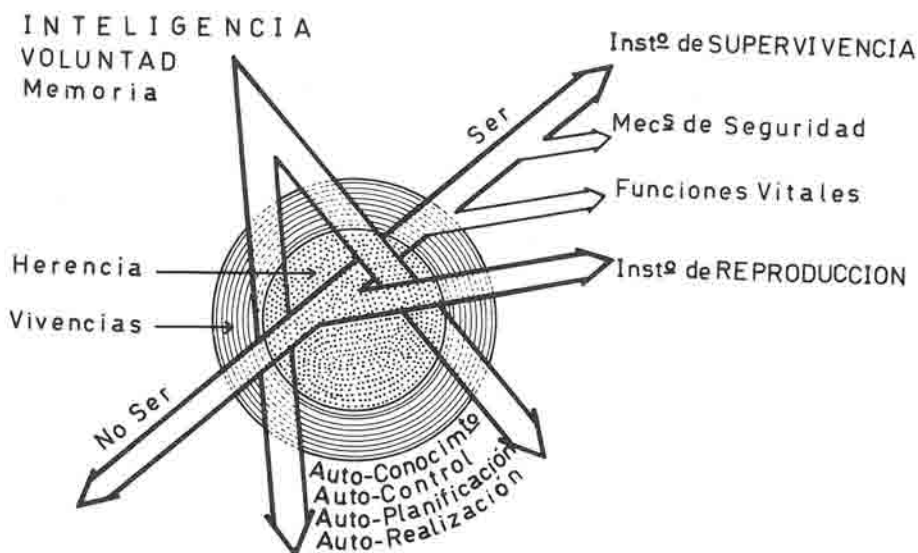
En estos momentos sentimos doblemente la ausencia de nuestro querido y admirado maestro el Dr. Aldama. Por un lado nos falta esa figura humana, amable siempre, afectiva y llena de bondad, que era, y de algún modo seguirá siendo, modelo de todo el que haya tenido la suerte de conocerle. Por otro, porque nos sería de gran utilidad su sabiduría y sagacidad crítica, en esta hora de dedicar atención a los problemas de la mente humana, que él tan bien conocía.

Como pueden observar, he venido provisto de mi martillo de reflejos, que tiene la particularidad de haber sido diseñado y patentado por el Dr. Aldama, para simbolizar que, a pesar de la creciente separación entre

la Psiquiatría y la Neurología y de la predominante dinámica psicológica que parece inspirar mis reflexiones, no podemos nunca alejarnos del Sistema Nervioso y aun del resto del organismo humano. No se puede concebir más que un quehacer médico antropológico, en cualquier Especialidad clínica que se ocupe del enfermar y curar del hombre.

Y pasamos a ver el **esquema n.º 1**, donde hemos representado nuestro modo de entender la formación y estructura de la PERSONALIDAD.

Entendemos que hay dos tendencias opuestas cosmológicas y por lo tanto también en la naturaleza humana; una es hacia la naturaleza viva o **el Ser** y otra hacia la naturaleza muerta o **el No Ser**. No podemos ni siquiera imaginar cuándo o cómo apareció la vida en el Cosmos. Intuimos que ha debido ser un proceso casi infinitamente largo, en nuestra concepción del tiempo, e igualmente difícil, de concatenación de circunstancias, transformaciones de la materia, etc., hasta que surgió un ser con conciencia de ser, de existir, de tener eso que llamamos VIDA. Quién sabe los millones de años que habrá costado; cuántos seres habrán sentido la vida sólo un instante. El medio debía ser tremendamente hostil y la supervi-



1. Esquema de la PERSONALIDAD

vencia casi un milagro. Pero la vida debía de ser tan atractiva, que todos los seres vivos han luchado denodadamente por la adaptación al medio para su **supervivencia**; y a pesar de las enormes dificultades, han desarrollado tales estrategias o cualidades que les permitieron obtener éxitos insospechados, aun en las circunstancias más difíciles.

Podemos pensar que, en principio, todo ser vivo trataría de conservar su vida eternamente; y es posible que lo llegaría a conseguir; pero se entiende que si un ser viviese eternamente, acabaría incorporando toda la materia a su materia viva, con lo que terminaría a su vez con sus fuentes de vida. Era pues necesario que los seres vivos muriesen, que volviesen a ser materia inerte para alimentar a otros seres vivos. El problema se resolvió por medio de la **reproducción**, ¡qué sabiduría universal!, con lo que un ser transmite su vida a otros seres y después él muere. Quedaba así equilibrada la naturaleza a costa de un mal menor como es la muerte de cada individuo para permitir la vida de la especie, la vida perenne y el equilibrio cosmológico de la materia.

Estas reflexiones nos conducen a pensar que en todo ser vivo, han de existir **dos INSTINTOS** con una tal categoría; y nos atreveríamos a decir que solamente estos dos El **INSTINTO DE SUPERVIVENCIA** y el **INSTINTO DE REPRODUCCION**. En un sentido opuesto se halla, como pueden ver en el esquema, la tendencia a la NADA VITAL, a la naturaleza muerta, pasiva.

Formando parte del instinto de supervivencia, hemos puesto representadas por esas otras dos flechas, los **mecanismos de SEGURIDAD** que los individuos desarrollan para su mejor adaptación y defensa; y las **funciones VITALES**, en un orden fisiológico.

Quizás debemos explicar un poco mejor todo lo que pueden comprender estos «mecanismos» y «funciones».

Dentro de **los primeros**, incluimos cuantos procedimientos han desarrollado los seres vivos para su seguridad y defensa, tanto en el orden somático, fisiológico y psíquico; en sentido individual o colectivo; inherentes a los individuos o al ambiente.

Aquí tendrán cabida los, para mí mal denominados: instinto de poder, instinto de agresividad, de huida, etc. Tales «instintos, no serían más que meros mecanismos desarrollados y puestos al servicio del Instinto de Supervivencia, que es el auténtico INSTINTO, el cual absorbe todos los medios posibles para la seguridad y defensa. En este mismo sentido se pueden entender otros mecanismos, como son por ejemplo el desarrollo de

las garras, de los dientes, de las alas, del olfato, del oído, de los colores, de aptitudes, de carrera, etc. Muchos de ellos tienen la doble finalidad de adaptación al medio y defensiva; o incluso triple: adaptación, defensiva y fisiológica. Son infinidad de mecanismos los que han venido desarrollando y empleando los seres vivos para su supervivencia; algunos tan maravillosos que parecen increíbles.

Quizás es interesante observar que muchos de estos mecanismos son bastante inespecíficos o generalizados. Seguramente han sido los más primitivos, como son el hacerse el muerto (esporulación, paralización, desmayos); la tempestad de movimientos (agitación, agresividad; la huida, etcétera). Otros son más específicos y desarrollados principalmente por determinada especie o género. Son precisamente estos mecanismos los que ha condicionado quizá la diferenciación de tales especies, géneros, familias, etc.

Por **«funciones vitales»**, entendemos principalmente las necesidades fisiológicas y su satisfacción. Son la respiración, la alimentación, las excrecciones... en relación principalmente con los órganos internos; también desarrollados para el servicio de la subsistencia y supervivencia. Tampoco aquí queremos hablar de instintos de alimentación, pues en tal caso se debería decir también instinto de respiración, de defecación, etc. Todos forman parte del Instinto de Supervivencia.

Sobre el **«Instinto de Reproducción»**, poco tenemos que aclarar. Solamente dos observaciones: Preferimos esta denominación que llamarle instinto sexual, ya que hay muchas formas en la naturaleza de reproducción no sexuales; por otro lado, también forma parte, en cierto modo, del Instinto de Supervivencia, por lo que le hemos derivado así precisamente en nuestro esquema.

Podríamos resumir un poco lo expuesto hasta ahora diciendo que se trata de defender LA VIDA (universal), como algo superior a los mismos seres vivos individuales, pero los cuales, a su vez, son absolutamente necesarios. De esta forma, la misma vida se sacrifica al servicio de LA VIDA.

«Tenemos que conservar y desarrollar la vida, para poder transmitir la vida y luego entregar la vida para permitir la continuidad de LA VIDA».

Es como un juego de palabras, pero así debe ser y hemos de participar en el juego.

Esto nos hace reflexionar de pasada sobre los grandes símbolos y mitos de la Historia en lo que se refiere a los seres que dan su vida para salvar la de los demás. Con ellos muertos, parece que de algún modo conseguimos evadirnos los demás a tal fin.

Siguiendo con nuestro esquema, pueden observar que hemos puesto esas dos flechas, de arriba abajo, sobre las anteriores. Con ellas representamos las grandes fuerzas desarrolladas fundamentalmente por el hombre, que son la INTELIGENCIA y la VOLUNTAD. También hemos puesto aquí la Memoria, aunque creemos que tiene menos importancia y es menos específica. No se puede sin embargo desdeñar su papel, preponderante, en el hombre.

Estas potencias, pueden ser consideradas como los mecanismos de Seguridad y Defensa, que la especie humana ha desarrollado más específicamente, constituyendo por lo tanto sus características diferenciales más importantes.

Merced a estas potencias, el hombre ha podido liberarse parcialmente del automatismo y determinismo biológico que parece regular la conducta de los demás seres vivos. Esto es; el hombre ha podido constituirse en un ser LIBRE, aunque sólo en cierta medida, ya que de algún modo se halla condicionado a esa VIDA universal, de la que no es más que un eslabón y también ha de plegarse a sus leyes.

Con la utilización pues, de esas extraordinarias facultades, que hemos dicho pueden ser consideradas como específicas de la especie humana, el hombre adquiere eso que se denomina **PERSONALIDAD**, la cual nosotros hemos resumido en estas cuatro posibilidades o estadios:

Auto — Conocimiento
Auto — Control
Auto — Planificación
Auto — Realización

La utilización de la inteligencia (fundamentalmente para el conocimiento y la planificación) y de la voluntad (en relación principal con el control y la realización), según la cualidad, grado y acción de las mismas, condiciona las características individuales y da forma y contenido a la **personalidad** de cada sujeto.

Conocerse, controlarse, planificarse, realizarse, y por supuesto, conocer, controlar, planificar y realizar, en general; son las funciones de la inteligencia, voluntad y memoria, que, al ser desarrolladas en tan alto grado por la especie humana, permiten al hombre tener esa libertad y autonomía que ningún otro ser vivo ha conseguido.

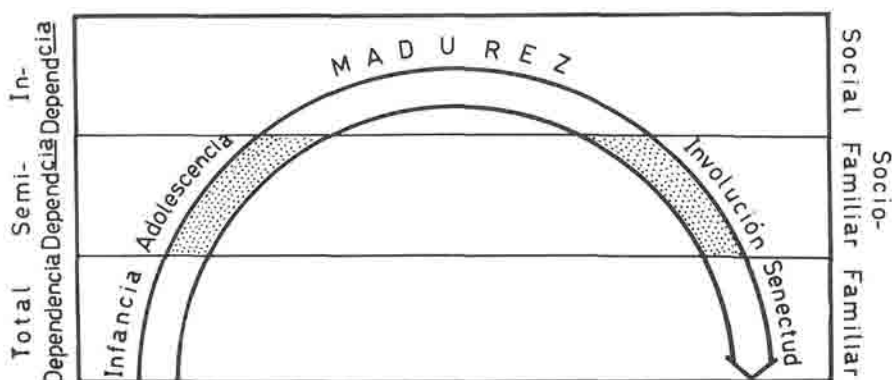
La personalidad, entendida en sentido individual, es la resultante del empleo por cada persona de sus potencias superiores, según sus propias posibilidades.

Estas potencias, tienen capacidad de influir, en mayor o menor grado, no sólo sobre las tendencias irracionales a que antes hemos hecho mención, sino también sobre la esfera que representa la dotación genética (herencias) y, naturalmente, sobre la otra esfera, que representa el medio ambiente (vivencias).

Esto quiere decir, que «la personalidad» de una persona, es, en gran medida, lo que ésta quiera que sea. Al menos, la potencialidad de hacerse una personalidad, mejor o peor, está en sus manos. (No se nos escapan todos los condicionamientos que se puedan dar al respecto y que no es válido más que como idea directriz).

Naturalmente, una tal concepción de la personalidad, tiene las mejores perspectivas dentro del campo de la Psiquiatría; y es fundamental para entender la acción de la Psicoterapia, que ha de ayudar al individuo a conseguir una personalidad «sana». Y entendemos que la salud mental está en el logro precisamente de esas funciones por cada individuo, a lo cual hemos de contribuir especialmente los psiquiatras.

Pasamos ahora a observar el **esquema N.º 2**, donde hemos representado algunos aspectos inherentes al desarrollo del hombre individualmente. Como se puede apreciar, se mantienen las cinco etapas clásicas en el desarrollo y su denominación: Infancia, Adolescencia, Madurez, Involución y Senectud. No obstante en este cuadro hemos tenido en cuenta otras dos cosas que son: el grado o tipo de dependencia y el estadio social.



2. Esquema del PSICODESARROLLO

Podemos así fácilmente observar que en la Infancia y en la Senectud hay un grado de total dependencia y en ellas el desarrollo se halla en un estadio familiar.

En la Adolescencia e Involución, el individuo se encuentra en un grado de semi-dependencia y en un estadio socio-familiar.

En la Madurez el sujeto tiene o debe tener, un grado de independencia total, dentro de un estadio social libre.

Si el esquema, creemos que puede ser en estos sentidos algo demostrativo, de alguna utilidad y sobre todo claro, hay otro aspecto en el mismo que nos interesa fundamentalmente destacar, aunque ustedes ya lo habrán observado. Se trata de poder apreciar cómo hay dos etapas en nuestra evolución que son la Adolescencia y la Involución, las cuales van a estar en unas circunstancias especialmente difíciles. Nosotros las llamamos «**etapas de transición**». En efecto son periodos de transición entre la dependencia y la independencia e igualmente entre la familia y la sociedad. Son fases pues, de fuerzas opuestas, de ambivalencias, de separación, de competición, etc.

Van a ser los mejor dotados y preparados, generalmente, quienes atravesarán estas etapas y pasarán a la siguiente en unas buenas condiciones de adaptación. Por el contrario, aquellos individuos más o menos tarados en algún aspecto psico-físico, sea por la causa que fuere, estarán en grandes dificultades de superar con normalidad estas fases.

Independientemente de la capacidad psico-física individual, las dificultades pueden surgir por factores negativos que sobre los sujetos puedan influir los individuos que se hallan en las fases previa y posterior. Es evidente que una familia que sujete excesivamente al joven en su seno y que por otra parte rechace al viejo; o bien, una sociedad que no admita más que a los superdotados pueden ejercer influencias perniciosas para que muchos no puedan superar adecuadamente estas fases.

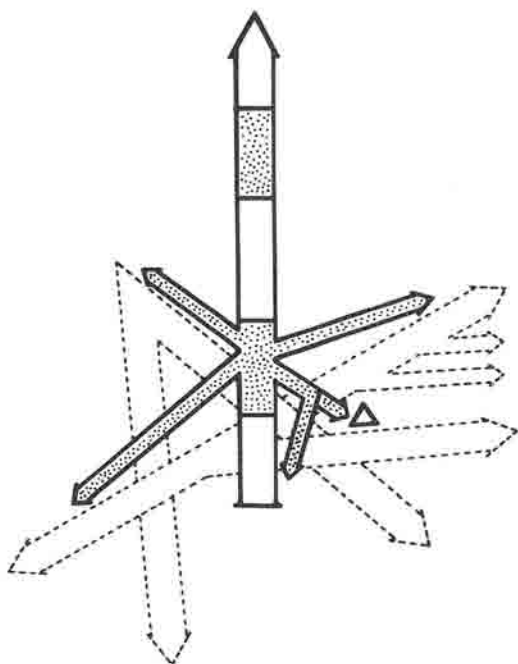
De ello se derivaría, y creemos que así es en la realidad, que en estas dos fases del desarrollo de los individuos se produzcan un elevado número de trastornos psíquicos y psico-somáticos, superior a los que se den en las otras etapas, más estable.

Esto habría de tener implicaciones, naturalmente, en las ciencias de la educación, en las ciencias sociológicas, políticas, etc. La salud mental va a depender en grado elevado de la mejor comprensión del hombre en su desarrollo psico-físico antropológico, desde todos los estamentos.

Por último vamos a referirnos al **esquema N.º 3**, en el que queremos representar los principales mecanismos psico-patogénicos, siguiendo más o menos el orden discursivo desarrollado anteriormente.

Como pueden ver, en efecto, el esquema refunde los dos anteriores y se añaden esas otras líneas curvas, cuyo significado vamos a explicarles.

Decimos que pretende ser un esquema psicopatogénico y por eso lo hemos referido a esa segunda etapa del desarrollo, que es la adolescen-



3. Esquema de PSICOPATOGENIA

cia, puesto que anteriormente ya hemos dicho que es una de las que tiene más carga psico-patógena. Ello, por supuesto, no quiere decir que no se pueda trasladar, con las modificaciones oportunas, a cualquiera otra etapa. Pero dado el carácter fundamentalmente esquemático y sencillo, que queremos dar a nuestra exposición, pensando sobre todo en que la Reunión no es sólo de psiquiatras, hemos preferido dejarlo así, que complicarlo, teniendo en cuenta las circunstancias de cada etapa y su psicopatología específica. Digamos que esto se entienda a título más bien de ejemplo.

Para situarnos, hemos de volver a los dos esquemas anteriores. Ahora vamos a recordar lo que hemos dicho a propósito de la adolescencia; sobre todo su incertidumbre, ambivalencia, dificultades. El joven, aún en los mejores casos, va a vivenciar todo eso y tratará de algún modo de evadirse o seguir el camino que le pueda resultar más fácil. Naturalmente siempre hay excepciones o personas excepcionales que seguirán el camino recto hacia la etapa siguiente, venciendo todas las dificultades, sin pretender evadirse. La mayoría, van a utilizar los mecanismos que aquí representamos, los cuales serán responsables de promover una conducta psicopatológica latente o evidente.

Tenemos en primer lugar esa tendencia de la derecha que apunta hacia abajo, hacia la etapa infantil. Es uno de los mecanismos más fáciles puesto que es seguir el camino de regreso o permanecer en el estadio anterior. Se pretende continuar siendo dependiente y estar protegido y seguro en el medio familiar. Una característica importante de la psicología de estos individuos es el predominio de la fantasía y el mal contacto con la realidad. En esta línea, se dan principalmente casi todos los Síndromes de Neurosis y también de algunas Psicosis de mediana regresión. El individuo se siente tan débil, quizás ya desde su más tierna infancia, que puede no llegar a enfrentarse nunca a la vida de un modo realista y mantenerse con los mecanismos proyectivos, mágicos, fantásticos, imaginativos, de grandes ambivalencias, de identificaciones, proyecciones, mitos, etc.

En otros casos, es la dificultad que se presenta, quizás real, la que de algún modo obliga al adolescente a replegarse. Son los estudios, los exámenes, las competiciones, las selecciones, etc., que, indudablemente, amenazan con dejar a muchos en la estacada. Ello puede ser vivenciado como una posibilidad de derrota, como una herida que puede conducir al aniquilamiento o destrucción del individuo. Si pensamos en el inconsciente ancestral y colectivo, se puede suponer que cualquier competición del hombre primitivo debía de ser generalmente a vida o muerte; aún hoy sigue siendo así en las guerras. De ahí que hayamos podido heredar ese temor a morir derrotados, el cual se halla en lo más profundo de nuestro inconsciente colectivo-ancestral. (Quizás sea éste uno de los mecanismos que se hallan en la base de las Neurosis Hipocondríacas. Ante una dificultad existencial angustiante, con posibilidad de derrota, aparecen las somatizaciones; de tal modo que el paciente que ha presentado una crisis de angustia con proyección digestiva, respiratoria, circulatoria, cerebro-espinal, etcétera, le va a quedar un gran temor a morir por efecto de lo que vivencia como una lesión interna. Es algo semejante a lo que le ocurre al indi-

viduo que ha recibido una herida física real. Puede que tras ser herido vea alejarse a su agresor, o que ni siquiera le haya visto en ningún momento; pero es evidente que se quedará con un miedo a morir a causa de la herida recibida, que pasa a constituir un peligro en sí misma).

La bifurcación que hemos puesto en esta línea, quiere representar otro tipo de refugio, en una especie de medio familiar distinto y que hemos denominado la familia de Dios. La familia divina es, en efecto, la familia de todos, la gran familia, la familia eterna. Creemos que son muchos los jóvenes, que han tenido en algún momento, una insistente vivencia de vocación religiosa. Parece un desplazamiento sublimado, de esa tendencia a estar protegido en el seno de la familia. Realmente es como vivir en una situación triplemente familiar: La familia real que se conserva; la familia de la Comunidad, con sus símbolos de padre, madre, hermanos...; y la familia divina.

(Pocos días después de pensar en esta situación, nos sorprendió, viendo la película «Las tentaciones de Benedito», que éste comentaba para sí, al contemplar a los frailes alborozados, que realmente no sabía si se tornaban como niños por ser frailes o bien si se hacían frailes para seguir siendo niños).

Me apresuro a decir que esto no se puede tomar en sentido riguroso, ni mucho menos. Puede que exista algo de verdad, pero eso no quita para que el «religioso» pueda llegar a adquirir una auténtica madurez, con su propia identidad, responsabilidad, etc. Basta con pensar en la personalidad y labor de los párrocos, profesores, investigadores, enfermeras, misioneros, etc. Hoy día se puede decir que tienen prácticamente las mismas posibilidades de realizarse que otros individuos no religiosos. En cuanto a la función Vital, hemos de considerar su importante papel sociológico, de atención a las relaciones, al equilibrio y ordenación del medio, etc.

Aquí hemos de mencionar, aunque sólo sea de pasada, otras «Instituciones», como la patria, el ejército, los partidos, las sectas, etc. También cómo encontrarse integrado en una especie de familia, con el padre (jefe), la madre (la tierra, la idea) y los hermanos (compañeros).

En ese otro vector de la izquierda, que tiende hacia abajo, hacia la nada, representamos un tipo de mecanismos, utilizados también con frecuencia y que comprenden por ejemplo el negativismo, la oposición, la vagancia, la apatía, el apragmatismo, la pasividad, la impotencia (y en cierto modo la homosexualidad), la anorexia mental, el excepticismo, la despersonalización, la catatonía... el SUICIDIO (como una simple idea, como una

intención o una consumación]. En definitiva, se trata de seguir esa tendencia hacia la nada, hacia el no ser; una evasión a las tareas de la existencia; al esfuerzo, al sacrificio.

Creemos que también son pocos los jóvenes que no han sentido la atracción de este camino, o que lo han emprendido por alguno de sus múltiples ramales (1).

En el lado derecho, hacia arriba, hemos representado otro tipo de mecanismo, también muy frecuente y que por tanto pueden tener una amplísima gama de manifestaciones. Se trata de seguir simplemente los impulsos de vida, pero aquí entendemos cuando ello se hace de una manera anárquica, descontrolada; sin la acción de la inteligencia y de la voluntad. Con cierta frecuencia, se dan en esta línea casos extremadamente anómalos, en que se observa a las personas comportarse mucho peor que los animales (y esto no presupone que los animales se comporten mal). Pero se comprende que cuando el hombre no ejerce sus facultades superiores, defensivas, reguladoras... quedará desprotegido y a merced de unos impulsos irracionales que no tendrán otra forma de ser ya controlados. Habrán de ser otros individuos que, en el ejercicio de aquellas facultades, puedan ejercer un control indirecto de los que no las ejerzan, (padres, policías, jueces, etc.).

A título de ejemplos, podemos colocar en esta línea, los avariciosos de poder, de dinero, de fama; los agresivos, los exhibicionistas en todos sus aspectos, los donjuanes, los alcohólicos y otros drogadictos, los bulímicos, los agitadores, los perversos sexuales y de otros tipos, los que se fugan de su hogar, etc.

Como pueden ver, estamos incidiendo fundamentalmente sobre el gran área de las Psicopatías; aunque por supuesto, pueden darse cuadros paranoicos, histéricos, obsesivos...

Finalmente, tenemos el sector de la izquierda y arriba, con el que representamos los mecanismos defensivos más superiores, aunque nos referimos a su aspecto patógeno, como son las racionalizaciones, la sobrevaloración de las cualidades espirituales, los delirios paranoicos, hebefrénicos, parafrénicos, etc.

Como es lógico, en este esquema no tienen representación las oligofrenias, demencias, epilepsias, afecciones psico-endocrinas primarias, o

(1) Es el camino de muchas psicosis y, en grado de afectación menor, de muchos síndromes neuróticos.

cualquier otra de etiopatogenia orgánica. No obstante hemos de considerar, al menos fenomenológicamente y de algún modo de su patogenia, el papel jugado por la privación de inteligencia y voluntad como funciones ya expuestas.

Tampoco pretendemos, por otra parte, con la exposición de este esquema psicopatogenético, indicar que entendemos las Neurosis, Psicosis y Psicopatías como de origen puramente psicógeno. Por el contrario, nuestra idea es que la herencia juega un importante papel, hasta el punto que creemos que toda vivencia experimentada por un Individuo deja una huella impresa que de algún modo queda prendida en su constitución y más tarde se podrá transmitir genéticamente.

También somos partidarios de las etiopatogenias enzimo-metabólicas, que a su vez tienen relación con los fenómenos psicógenos. No podríamos sino, explicarnos la acción de los medicamentos psicotropos, cuyo resultado y necesidad son evidentes.

En resumen, que es la integración, combinación, superposición, etc., de todos estos factores: psíquicos, sociológicos, físico-químicos, genéticos... lo que constituye la trama etiopatogenética de los trastornos mentales, sin que se pueda adoptar casi nunca una concepción unilateral. Por ello, nuestro esquema no debe entenderse sino como un abordaje parcial de este complejo problema del enfermar humano.

Vamos ahora a transcribir algunos ejemplos, tomados de nuestra consulta, donde se podrán observar muchos de los mecanismos anteriormente apuntados. Veamos:

—«Estoy bastante mal, me caigo por la calle, o mejor dicho, tengo mareos. De momento dejé de estudiar; me siento cansadísima; no me encuentro».

—«El lunes me dieron los temblores. De niña tuve dos o tres desmayos al despertarme, decía: ¿qué me va a pasar?».

—«De pequeño no comía nada; las comidas eran un drama. En el colegio continuó el drama. De repente, empecé a comer mucho y de prisa, a gran velocidad».

—«Deseo pasar la vida así, como dormido, sin enfrentarme a nada. Es un deseo grandísimo de estar así siempre. Ahora creo que toda mi enfermedad es este deseo imperioso de no enfrentarme a nada ni a nadie; este deseo de «estar» solamente, como un animal».

—«Cuando tengo que estudiar, hasta que no me masturbo no puedo empezar».

—«Me voy a la cama muy temprano siempre para estar protegido en ella».

—«Sigo rechazando el hacer esfuerzos; es como si el no hacer nada y meterme en mí mismo supusiera el mayor gozo en este momento. Sólo deseo llevar una vida contemplativa o vegetativa».

—«Cuando no estoy protegido, tengo que salir de este estado y tomar posiciones; entonces huyo. Tengo falta de voluntad; una gran dificultad de superar el deseo de no hacer nada».

—«Tuve una época de fervor religioso; me sentía entonces mejor, estudié más».

—«Comprendo que la curación exige una cooperación personal, pero es difícil, después de haber vivido en una situación determinada toda la vida, salir de ella».

—«Pienso que mi inteligencia sigue reprimida todavía».

—«Estando con la gente estoy como irracional, a excepción de las sesiones con Vd. Pienso que buscaré el refugio en el suicidio, que es el único camino. ¿Qué espero de la vida? Sólo me detiene ese ansia de «estar», de «estar» a toda costa».

—«Si fuera dirigido y sin responsabilidad, creo que aún podría hacer algo. Si me faltase la ayuda de mi familia, iría a un manicomio diciendo que estaba enfermo y si no me admitían, sería capaz de matar a alguien para que me metiesen allí. Tal es mi estado de miedo al mundo y deseo de protección».

—«Pensaba suicidarme en la dehesa donde nací, porque fue el único sitio donde fui algo feliz. Otras veces me entran deseos de coger un rifle o ametralladora y matar a todo el mundo»...

—«Estoy en un estado casi constante de ensoñación».

—«Ante las dificultades reacciono con pánico, con tendencia a la ceguera, a la huida o la destrucción».

—«Voy por la calle como mareado, me parece que me voy a caer; es como si estuviese borracho. Me tiro en la cama y me imagino que estoy muriendo, que estoy acabando. No me concentro en nada, y estos síntomas son casi permanentes».

—«Me dan muchas tentaciones de tirarme al agua cuando paseo por el muelle».

—«Hago ensayos como si estuviese moribundo y a veces dudo si es verdad o no».

—«Yo lo que busco instintivamente es la protección. Otro pensamiento que he tenido es el de eliminar a mi familia para crecer yo; pero es

una injusticia. Mi padre es como si hubiese actuado sólo con sed de dominio, como un irracional. Si yo afrontase la vida, tendría que ser también irracionalmente, y no quiero».

—«Cuando me daba este mal, iba a casa corriendo y con que mi madre me consolase un poco ya me pasaba. Ahora pienso aún como antes. Si le pasase algo a ella, no sé qué sería de mí: o sano sólo o acabaría loco o me suicidaría».

—«A veces me dan ganas de suicidarme; otras veces estoy como queriendo perder el conocimiento o como si me quisiera dar un ataque de esos de epilepsia».

—«En casa doy voces y soy agresivo. Sin embargo siempre tengo miedo a pelearme, incluso con los que tenían menos edad que yo, y ahora todavía lo tengo».

—«Me gustaba acostarme con mi madre porque me veía más protegido».

—«Siento en el cuerpo como un deseo de pegar, de dar patadas, como si tuviera que desahogar algo. Fui para casa como mareado, pero con ganas de golpear. Ahora estoy pensando en suicidarme para quitar todo esto de encima. Al mismo tiempo, pienso en ir a casa y meterme en la cama y quedar allí protegido».

—«Tengo miedo a terminar homosexual, pero antes me pego un tiro. Pienso que me voy afeminando poco a poco».

—«Nunca tuve interés por nada y estoy como si tuviera 10 o 15 años, pudiendo depender de mis padres, como cuando era pequeño».

—«No quiero que en mi casa me digan nada del trabajo. Cuando me entra este mal me parece que me duermo, que me mareo. Cuando estoy mejor, me doy cuenta de las cosas y pienso que tengo que hacer algo por mí, me pongo malo».

—«A los trece años, tenía una tos irritativa que me hacía salir de clase. Desde que estoy así sin comer, desapareció la tos. Ahora es como si viviese sólo para la comida; es como la meta del día, el conseguir comer. Sin embargo tengo un miedo horroroso a perder el control, a comer sin control de ninguna clase».

—«Cuando ya he decidido no comer nada, es como si me quitara un peso de encima, como si me liberase, como si dominase».

—«Yo me solía desmayar de pequeña. Tres meses antes de dejar de comer, me daban vértigos y mareos; un día casi me desmayo en el colegio».

—«Necesitaba que mi madre durmiese conmigo; sobre todo cuando iba a tener un examen, para estar más segura».

NUEVO

Modelo 2

AUTOPROCES-X-90

VALCA

**La más moderna
MAQUINA AUTOMATICA
para tratamientos rápidos
90" y 3 1/2 minutos
de películas
radiográficas médicas**

AUTOPROCES-X-90

incorpora todos los adelantos técnicos:

- Elevada capacidad de producción.
- Fácil manejo.
- Funcionamiento económico.
- Precio muy ventajoso.
- Tanques, rodillos y engranajes de acero inoxidable.

SERVICIO DE ASISTENCIA TECNICA GARANTIZADO



Fabricado en España por: **S. E. DE PRODUCTOS FOTOGRAFICOS VALCA, S. A.**

BETADINE

ANTISEPTICO
CHAMPU
LAVADO QUIRURGICO
GARGARISMOS
VAGINAL

Laboratorios Farmacéutico ROVI S. A.



Factores neurofisiológicos en la predisposición a los accidentes

Dr. Estévez Bravo
Dr. García Fernández
Dr. López Suárez

Como ya se ha dicho y hemos repetido en varias ocasiones, es de observación frecuente el hecho de que un grupo relativamente reducido de personas soportan la mayoría de los accidentes. También es cierto que este grupo de pluriaccidentados presenta cierta variabilidad y no es constante en cuanto a los individuos que los constituyen (Schulzinger).

La importancia que los accidentes pueden tener en el futuro, a juzgar por el momento actual y las tendencias evolutivas que se vislumbran, obligan a intensificar las investigaciones en este sentido con vistas a la prevención. Hasta ahora los estudios de ergonomía no han logrado atenuar notablemente la enorme cifra de traumatismos por accidente, y sólo con medidas restrictivas de carácter y aplicación general (reducción indiscriminada de velocidad, ritmos más lentos de producción, etc.), se pretende atenuar el riesgo, con resultados eficaces tal vez.

Nuestros trabajos sobre el tema, desde una perspectiva neurológica y psicofisiológica, fueron iniciados hace cinco años y comunicados a la VIII Asamblea de la Comisión de Seguridad en la Industria (Madrid, 1968) y que últimamente hemos reemprendido. Entonces estudiamos las personas más accidentadas extraídas de una colectividad fabril de más de 13.000 productores con más de 5.000 accidentes y, valiéndonos de ordenadores electrónicos, se seleccionaron los individuos que habían tenido 7 ó más accidentes con un total de 110 casos y 700 accidentes analizados.

Obtuvimos una correlación, ya observada por distintos autores entre la enfermedad y el accidente en cada obrero (en nuestro caso de 0,20 menor que en otros trabajos ya publicados), cuya interpretación no es del caso por alejarse de nuestro estudio, aunque tenga puntos importantes de contacto. La influencia de los déficits sensoriales (visuales, auditivos, etc.) y las alteraciones disrítmicas del E. E. G. son de destacar.

Nuestro interés ahora está en recalcar, de pasada, los factores de la fórmula que obtuvimos en la ecuación de regresión (Cuadro 1).

Constituyó una sorpresa que el ordenador nos seleccionara de entre cerca de un centenar de datos, estos tres precisamente: Un factor de trabajo, un factor de personalidad y uno neurofisiológico (psicorreactivo o psicomotriz) (Cuadro 2). El hecho de la elección realmente significa que la correlación con el criterio elegido (Índice de accidentabilidad) es la más alta y aumenta a medida que se van introduciendo cada uno de ellos variables en la correlación múltiple. Lo que quiere decir que son factores independientes entre sí, lo cual es útil y por tanto la correlación entre ellos es escasa. Como a partir del tercer factor (porcentaje de riesgo por ambiente de trabajo) la correlación no aumenta notablemente, se han elegido estos tres primeros factores para la ecuación de regresión y con ellos poder pronosticar en un caso dado, obteniendo de él estos tres datos. Un porcentaje de la accidentabilidad real de ese operario. Independientemente de que alguna de las predicciones se han cumplido parece, por las últimas publicaciones, un camino de investigación utilizable y fecundo.

Parece, por nuestros datos, que el riesgo por el trabajo en sí influye menos que el riesgo por ambiente y es lógico (quemaduras en ambiente de calor, cuerpos extraños en conjuntiva, en pulvígeno y caídas en suelo resbaladizo, etc., son buenos ejemplos). El factor extraversión, sobre el cual volveremos después, nos resulta curioso. Pero lo que nos sorprendió poderosamente es el factor velocidad de reacción que influye positivamente en la accidentabilidad (más accidentes los más rápidos). Revisada la bibliografía encontramos un estudio de Drake al respecto. En él afirma que la predisposición al accidente puede estar ligada a un desajuste entre la percepción y la reacción motriz. Así parece lógico que las personas con lenta y defectuosa elaboración perceptiva y reacción motora rápida (mecanismos reflejos) puedan tener más accidentes y sobre todo más graves.

Ultimamente, después de la publicación de nuestro trabajo, FAVERGE, en su libro sobre accidentabilidad recoge opiniones y trabajos de diversos autores y en resumen afirma que la velocidad de reacción o no influye o influye positivamente en la accidentabilidad.

ACCIDENTABILIDAD

$$I = 19,58 - 0,365 X_6 + 0,268 X_3 + 0,158 X_{10}$$

$I = Y =$ I. P. A. = Índice ponderado de accidentabilidad

X_6 = Tiempo de reacción.

X_3 = % riesgo por ambiente.

X_{10} = Puntuación por extroversión.

Cuadro 1

CORRELACION MULTIPLE-11 VARIABLES-INTRODUCIENDO SUCESIVAMENTE LA DE MAS PESO

Y	X	R	X PD tiempo de reacción S. V.	% riesgo por ambiente.	PD Extroversión introv. en CEP.	PD actitud mecánica.	PD Inteligencia (Otis).	PD Control neuroticismo CEP.	PD Paranoidismo sumisión en CEP	PD ritmo de trabajo lento.	% riesgos del trabajo	PD ritmo de trabajo rápido	Coeficiente de correlación «R»
INDICE PONDERADO DE ACCIDENTABILIDAD IPA-X ₁ -Y	Y	X6											0,34258
	Y	X6	X3										0,38555
	Y	X6	X3	X10									0,41725
	Y	X6	X3	X10	X5								0,41874
	Y	X6	X3	X10	X5	X4							0,42847
	Y	X6	X3	X10	X5	X4	X9						0,42026
	Y	X6	X3	X10	X5	X4	X9	X11					0,41453
	Y	X6	X3	X10	X5	X4	X9	X11	XE				0,40243
	Y	X6	X3	X10	X5	X4	X9	X11	XE	X2			0,38933
	Y	X6	X3	X10	X5	X4	X9	X11	XE	X2	X8		0,37495

Cuadro 2

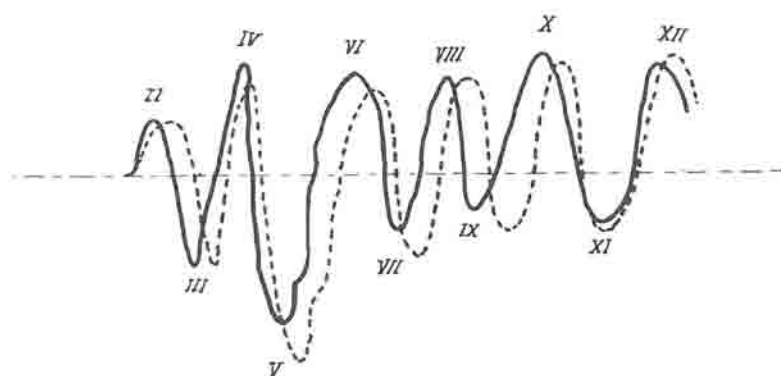
En este momento nuestro interés estriba en hacer un análisis neuro-fisiológico más profundo del tiempo que va desde la percepción visual hasta la reacción motriz y hemos tenido la suerte de disponer de un equipo de potenciales evocados cerebrales. Consiste el nuestro fundamentalmente de un estimulador (visual, auditivo, somestésico y táctil) cuyo estímulo genera en el cerebro un potencial que se recoge y por pases sucesivos por un ordenador electrónico se hace perceptible claramente y se detecta en nuestro caso se registra incluso directamente en un electroencefalógrafo que lleva acoplado con unas gráficas características. Usamos en nuestro trabajo el estímulo visual y obtenemos el P. E. V. M. (potencial evocado visual medio) que estamos estandarizando en nuestro medio en sujetos normales. Para estudiar la forma, amplitud, e identificación de las ondas nos hemos valido preferentemente de los estudios de Gastaut que recoge su propia experiencia y de otras escuelas en el Simposium de Marsella. Nos interesa especialmente el tiempo de latencia de las distintas ondas.

Aunque hemos hecho estudios en normales y el grupo general de pluriaccidentados y está en estudio lo que queremos hacer notar ahora son algunas observaciones en un grupo que hemos estudiado últimamente para esta reunión-homenaje y en el que hemos observado un alto porcentaje de accidentabilidad, me refiero al alcohólico comparado con el abstemio. Así obtuvimos la media de un grupo reducido de sujetos normales (gráfica 2) antes de la ingestión de alcohol (línea continua) y después de la ingestión de 100 c.c. de whisky. A simple vista ya observamos tres datos. 1.º Un aumento del tiempo de latencia de las distintas ondas después de la ingestión del alcohol. 2.º Una mayor amplitud de las ondas positivas. Teijeira en el equipo recientemente instalado en la Escuela de Medicina de Navarra, ha llamado la atención sobre la existencia, bajo los efectos del alcohol, de una onda amplia positiva en la primera mitad del potencial. 3.º El potencial parece más recortado, regular y armónico, después del alcohol. (Tabla gráfica n.º 2).

En los alcohólicos se dan también estos hechos antes y después de la ingestión de alcohol, sin lograr ver con relación a los normales, más datos que en éstos. Lo que sí llama la atención es la menor amplitud de las ondas comparativamente con el sujeto normal. (Gráfico 3). (Tabla gráfica 3).

En este terreno nuestras investigaciones siguen en marcha y aparte de aumentar el n.º de observaciones pretendemos hacer estudio estadístico de los datos y análisis mediante ordenador de otros parámetros (hasta ahora latencia y amplitud) y hallar el V. C. N. (Variación de contingente negativo) íntimamente ligado a factores de personalidad.

SUJETOS NORMALES



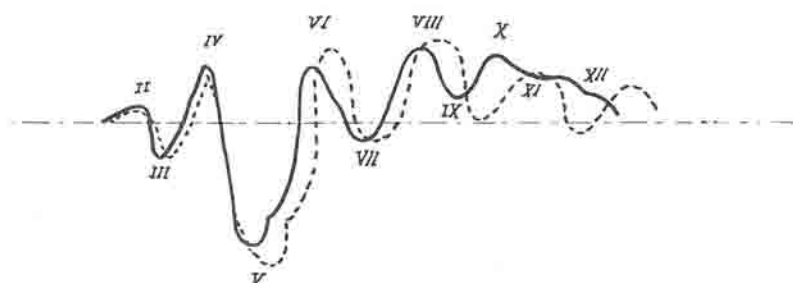
— Antes de ingerir alcohol
 - - - Después de ingerir alcohol

P. E. V.: Gráfica 2

ONDAS	LATENCIAS en m/s.		AMPLITUD en m.m.	
	Antes de ingerir alcohol	Después de ingerir alcohol	Antes de ingerir alcohol	Después de ingerir alcohol
I	8.0	0.0	1.0	0.0
II	0.0	40.0	—3.0	—3.0
III	48.0	72.0	5.0	5.0
IV	96.0	99.0	—6.0	—5.0
V	128.0	144.0	8.0	12.0
VI	192.0	208.0	—5.5	—4.5
VII	224.0	240.0	2.5	4.5
VIII	272.0	288.0	—5.5	—5.5
IX	288.0	320.0	2.0	3.0
X	352.0	368.0	—6.5	—6.0
XI	400.0	400.0	2.5	3.0
XII	400.0	464.0	—6.0	—6.5

P. E. V. = Valores correspondientes a Gráfica 2

PACIENTES ALCOHOLICOS



— Antes de ingerir alcohol
 - - - - - Después de ingerir alcohol

P. E. V.: Gráfica 3

ONDAS	LATENCIAS en m/s.		AMPLITUD en m.m.	
	Antes de ingerir alcohol	Después de ingerir alcohol	Antes de ingerir alcohol	Después de ingerir alcohol
II	36.8	32.0	— 0.7	— 0.5
III	48.8	56.0	2.0	2.0
IV	88.0	88.0	— 3.0	— 2.2
V	128.0	147.2	6.5	7.7
VI	176.0	192.0	— 3.0	— 4.0
VII	224.0	232.0	1.0	1.0
VIII	272.0	288.0	— 4.0	— 4.3
IX	304.0	320.0	1.5	2.0
X	336.0	376.0	— 3.5	— 2.5
XI	384.0	408.0	— 2.5	6.5
XII	416.0	448.0	— 3.5	— 2.0

P. E. V. = Valores correspondientes a Gráfica 3

subnitrato de bismuto

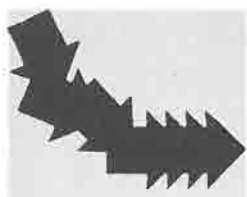
altamente micronizado

en dosis máximas



tapizante de la
mucosa gastroduodenal.

diclorhidrato de metoclopramida



regulador de la motilidad
del tubo digestivo

agel[®] bismuto

protector de la mucosa gastroduodenal y normalizador del
funcionalismo digestivo

trisilicato magnésico

adsorbente y antiácido
de acción prolongada



dimetilpolisiloxano

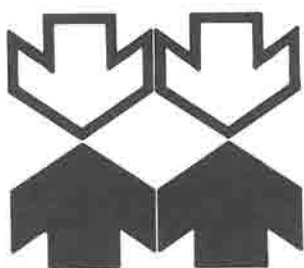
reductor del meteorismo

Frasco con 220 cm³ P.V.P. 233,70 ptas.

Estuche con 30 comprimidos P.V.P. 330,30 ptas.

**TERAPEUTICA DE LA HIPERTENSION
Y SUS CONSECUENCIAS
ESCLEROTICAS VASCULARES**

rulún



NUEVO

**actúa
sobre la máxima y la mínima
dosis diaria única
(1 a 2 grageas)**

Tubos con 30 grageas entéricas y escalonadas

P.V.P. 378,20 ptas.



Síndromes neurológicos y neurofisiológicos del alcoholismo

Dr. D. J. Estévez Bravo
Dr. D. R. Martínez Fernández

Generalmente los hechos corrientes de nuestro medio ambiente son considerados tan «naturales», que no suelen ser objeto de un planteamiento científico y los interrogantes que provocan son anulados por la enorme fuerza del común sentir y de la familiaridad. El acicate que supone para el médico la investigación etiológica, tampoco es tan fuerte cuando se acepta una explicación aparentemente válida. Estas dos peculiaridades se dan en el caso del alcoholismo.

Otro hecho que contribuye también a la poca atracción médica en general por el problema, es que pesa excesivamente sobre el alcohólico y el alcoholismo un enjuiciamiento ético. No es un hecho raro en la historia de la medicina, pero en este momento la antiterapéutica e intensamente frustrante consideración de «vicio» no puede ser admitida desde los famosos estudios de JELLINECK (The Disease Concept of alcoholism): La opinión médica actual, los Alcohólicos Anónimos, y los rehabilitados en general están logrando modificar la opinión de la colectividad al respecto. Y sucede que, como toda enfermedad, es un acontecimiento, o forma de vivir personal y como tal las dimensiones sociales, psicológicas y morales, generan interacciones múltiples que en el caso del alcoholismo, cargado en su génesis y en sus repercusiones de factores socioculturales, tal vez son más llamativas.

La magnitud del problema y los resultados terapéuticos, serán poderosos condicionantes para un mayor interés por este tema.

Constituye el alcoholismo el cuarto problema de salud en EE. UU. (HAYMAN) no sólo por su alta morbilidad, por las limitaciones y secuelas que produce, por la elevada tasa de mortalidad sino por las circunstancias que favorece o estimula, como son la accidentabilidad, el suicidio, la delincuencia, etc. Los autores franceses (Faurobert, Lereboullet, etc.) han analizado el gasto global hospitalario por alcoholismo y sus consecuencias y han observado que importa un 30 % del gasto total (mayor precio de la jornada media de hospital, más dificultad de curación de las lesiones, mayor duración de la hospitalización, etc.) mientras que en frecuencia constituye el 11,3 % de ingresados. Los estudios sobre repercusión en la productividad (Le Go, Godard, etc.) son muy llamativos. Esto no significa solamente que en estos países el alcoholismo es frecuente, sino también que los estudios epidemiológicos son más fiables.

Dos países distintos, EE. UU. y Francia, dos pautas de beber también distintas. Ambos han sostenido una larga lucha con distinto enfoque (recuérdese Ley Seca americana y campañas de prevención francesas en la industria y el mercado y en este momento el enorme presupuesto americano en colaboración con las Empresas para esta lucha).

Hay algunos datos en nuestro medio significativos: mortalidad frecuente por cirrosis, del 32 al 40 % de los ingresos en hospitales psiquiátricos y algunos datos recogidos en nuestro medio industrial (de 400 casos censados entre 15.000 trabajadores, obtenemos unas cifras de mortalidad 25 casos —8 por suicidio— en los últimos años, 40 bajas en total. Los accidentes en los alcohólicos importaron en el año 1971 un gasto de 2.004.520 ptas. y el absentismo por enfermedad de los alcohólicos en los últimos años, 107.163.000 ptas. (Pamplona, mayo 1973).

Nuestra comunicación constituye parte de un estudio más amplio que abarca otros aspectos en relación con la influencia del alcohol sobre organismo y especialmente sobre su funcionalismo que a su vez influye considerablemente en el rendimiento personal.

Con este fin hemos censado unos 400 casos de enfermos alcohólicos, de todos los cuales tenemos datos sobre rendimiento, bajas por enfermedad, etc. Doscientos casos han sido estudiados más minuciosamente en nuestro Servicio y de los cuales hemos recogido más de un centenar de datos numéricos, la mayoría de ellos directos y en otros casos han sido resultados obtenidos por ponderación o calificación. Estos datos han sido introducidos en distintos programas de ordenadores y los resultados constituyeron la ponencia a la Asamblea Anual de la Comisión de Seguridad en

la Industria (Pamplona, mayo 1973) y en el estudio preliminar para el Seminario de Alcoholismo de la Dirección General de Sanidad en Bilbao, julio del 71. Aquella aparecerá publicada en breve y a ella haremos referencia alguna vez en esta exposición.

Ahora pretendemos analizar algunos aspectos que no fueron expuestos allí y siguiendo un criterio más estrictamente médico que de neurofisiología laboral. Centrados en el enfermo y los síntomas neurológicos que exhibe prescindiremos, en lo posible, de la repercusión en la actividad que realiza, aunque sí mantendremos el criterio funcional que nos preocupa.

Por ello los cuadros neurológicos clásicamente descritos, que aparecen en las publicaciones sobre el alcoholismo, sólo las consideramos muy someramente haciendo una actualización especialmente en el diagnóstico diferencial y centraremos la atención en la mayor o menor intensidad de los síntomas, su evolución, repercusión, génesis, etc., en el alcoholismo crónico como tal enfermedad.

Porque a pesar de la variabilidad de cada caso, los esfuerzos de JELLINECK en la descripción de las fases evolutivas del alcoholismo en general constituye todavía un esquema válido.

Basándonos en el análisis de los síntomas de los primeros casos, se validó un cuestionario de alteraciones neurológicas que se cubrió en cada uno, considerando síntomas y signos y su grado de intensidad, (Tabla I). De cada aspecto de la sistemática general neurológica, se han recogido las alteraciones más significativas en el caso del alcohol.

Simultáneamente se recogían también síntomas generales, aspecto físico, síntomas psíquicos, digestivos, hepáticos, etc., sin perjuicio de que la vista de los hallazgos objetivos en estos campos fueran estudiados en el servicio correspondiente, disponiendo, por ejemplo, de biopsia hepática, observación endoscópica y laparoscópica en varios casos.

Dadas las oscilaciones ocasionales en la sintomatología dependiendo fundamentalmente de las curas de desintoxicación, los tratamientos a que se someten los enfermos, la alimentación o las circunstancias ambientales, es importante una valoración en el momento, pero con vistas a una posible evolución y teniendo en cuenta también aspectos retrospectivos.

De todos los signos neurológicos destacan por su frecuencia los siguientes: (Gráfica II) el temblor, alteraciones del equilibrio y dolor en trayecto nervioso, etc. que realmente constituyen un resumen de tres funciones esenciales: la coordinación, el equilibrio y la efectividad motora periférica, alterada ésta en las polineuritis. Así pues el síntoma más frecuente es el temblor (Gráfica III) de extremidades presente en el 77,9 % de los casos, precoz en cuanto a su aparición, llega frecuentemente a ser llama-

tivo, pero pocas veces en grado tan intenso (grado 5) propio de otros problemas neurológicos. Es un temblor de actividad, más burdo que el hipertiroideo, menos rítmico que el parkinsoniano, más constante que el emocional y menos irregular que el cerebeloso. A veces dificulta considerablemente la actividad y el lenguaje. Tiene un claro signo diferencial y es que se calma con la ingestión de alcohol y esto hace que debamos considerarlo como formando parte del síndrome de abstinencia, teniendo en cuenta también su frecuente aparición matutina. El esfuerzo que el enfermo hace para eludir este temblor en su relación social y ante el médico y las racionalizaciones a que recurre para justificarlo, muchas veces sin ser interrogado, son, a nuestro juicio, ya, síntomas constantes de la actitud alcohólica. La impregnación difusa del SN y su acción sobre los ajustes motores cerebelosos, influye o determinan este síntoma.

Otro aspecto destacado por su frecuencia en el alcohólico es la alteración del equilibrio. (Gráfica IV). Nos hemos valido para tener un índice de esta función (en pocos centros se dispone de estatoquinesímetro) de la prueba de Romberg y algunas modificaciones de ella. Hablamos de Romberg sensibilizado cuando realizamos la prueba teniendo el enfermo los pies alineados (como para «medir pies») lo cual ya presta cierta dificultad para el sujeto normal, manteniendo los ojos cerrados, y en el alcohólico es en alto porcentaje de casos intensamente positiva. Hablamos de grado 2 cuando, realizando la clásica prueba de Romberg, existe oscilación y, grado 3 cuando además se logra mantener la estática. En el grado 4 y 5 la prueba es positiva con los ojos abiertos o incluso con los pies separados respectivamente. Los grados de desequilibrio, prescindiendo de la ebriedad aguda o cuadros muy definidos de afectación cerebelosa (tenemos ingresado un caso de potenciación del alcohol con piramidón) no suele ser tan marcado como en otros cuadros neurológicos por ejemplo, poliesclerosis, alteraciones vestibulares, etc. Aunque el Romberg clásico no es específico de alteraciones cerebelosas, pues éstas influyen poco por el cierre de los ojos. Esta prueba la consideramos de valor en el alcohólico con estas modificaciones.

Respecto al síntoma: dolor en trayecto nervioso y su frecuencia en las distintas intensidades, tiene tendencia aparentemente a ajustarse a la curva normal, es decir, sería poco frecuente en los estadios iniciales, sería más frecuente un grado moderado de afectación y los grados muy intensos sólo se darían en algunos casos (Gráficas II y V).

Una distribución semejante al dolor adopta el síntoma (subjetivo) más frecuente (56,7 %) que son los hormigueos y parestesias. Tanto éste como

el anterior (signo exploratorio) apuntan en el sentido de las polineuritis frecuentes en estos enfermos (Gráfica V).

Respecto al resto de los síntomas y signos encontrados basta con observar las gráficas siguientes.

Así en sensibilidad y motilidad (Ver gráfica VI), en la prueba clásica de función global (salto de punteras), es frecuente encontrar un ligero grado de afectación y aunque existen grados muy intensos no suelen ser tan frecuentes como en otros procesos de destrucción o afectación de la motoneurona del asta anterior. Sin embargo es muy frecuente un grado medio de afectación por lesión directa del nervio tal vez a través de un mecanismo de carencia vitamínica. Lo mismo sucede en la alteración de la flexión dorsal del pie tan típica de las polineuritis y que condiciona el clásico estepaje de estos enfermos.

La hipostesia sigue en nuestros casos un ritmo ligeramente diferente, pues es infrecuente en estadios más precoces en los que a veces existe hiperalgesia y se manifiesta la hipostesia más tardíamente. Esta suele afectar preferentemente al borde externo del pie y en los casos más acentuados en forma de «bota o calcetín»; distribución periférica no segmentaria medular.

Algo semejante a lo que ocurre con la sensibilidad sucede con los reflejos (Gráfica VII) que aparecen exaltados en un gran porcentaje de casos al principio para luego presentarse disminuidos o hipoactivos una vez establecido el síndrome polineurítico. Entonces el trofismo ya se altera también de forma moderada y es poco frecuente encontrar grados tan acentuados de atrofia u otras formas distróficas como en lesiones medulares del asta anterior.

Las alteraciones del tono requieren un comentario especial ya que no es raro encontrar hipertonia en los primeros momentos que puede confundir con actitudes de contradicciones de antagonistas propias de su falta de coordinación y desorganización motora. Lógicamente en los casos avanzados y especialmente cuando el síndrome periférico progresa la hipotonía es la regla.

Se han recogido otros síntomas subjetivos (Gráfica VIII) y entre ellos figuran las pérdidas de conciencia. Actualmente se considera al alcohol como un activante de las crisis convulsivas, siendo además desaconsejado en el tratamiento por potenciación de su acción con los barbitúricos. Se discute en este momento si el alcohol por sí sólo puede generar crisis o alteraciones focales epilégenas o más bien influye en terreno predispuesto. Es frecuente, por otra parte encontrar alteraciones electroencefalográficas difusas, tipo irritativo, con predominio de ritmos rápidos, todo ello no ex-

cesivamente llamativo a excepción de los estados comatosos en los que puede detectarse, aparte de las ondas lentas propias de esta situación, las ondas trifásicas típicas del coma hepático, asociación no rara; o bien en los cuadros de atrofia cerebral donde pueden aparecer ya elementos lentos muy manifiestos.

Otras veces estas pérdidas de conciencia pueden ser más transitorias y menos intensas y obedecer a alteraciones vasomotoras frecuentes en el alcohólico.

No son infrecuentes, como vemos en la gráfica, las crisis vertiginosas, lo cual no es extraño conociendo la sensibilidad a los tóxicos del nervio vestibular y así como a las disminuciones de un aporte vitamínico adecuado en complejo B. (Ver cuadro IX).

Mención especial merecen las alteraciones visuales que están representadas en el cuadro X, allí vemos que de 384 casos analizados se han detectado 50 casos de afectación visual por alcoholismo. De ellos se han recuperado totalmente 18 casos, parcialmente 3 y sin recuperar 29.

Aunque no forma parte de nuestro estudio creemos interesante realizar unas puntualizaciones y actualización a los cuadros clásicamente descritos.

El alcohol de forma aguda produce una anoxia transitoria de la célula nerviosa. En la ebriedad parece ser que hay una selectividad especial por el vermis cerebeloso, lo que explicaría la ataxia. Las células de Purkinje son especialmente afectadas por el alcohol. Los circuitos emocionales aparecen excitados al producirse una anestesia o inhibición de los centros corticales. Es decir, se cree que lo que se produce es una liberación de centros subcorticales al disminuir el control y la inhibición de la corteza cerebral.

Junto a estos hechos típicos de la forma aguda, en los cuadros crónicos las alteraciones parecen más que por acción directa del alcohol por las carencias vitamínicas que lleva consigo especialmente en el complejo B, bien por aumento de consumo, pero sobre todo por interferencia en la absorción (hipoalimentación por inapetencia, gastritis atróficas) o en el metabolismo (hepatopatía, encefalopatía porto-cava, alteraciones electrolíticas).

Típica representación de estos cuadros con la encefalopatía de Gayet-Wernicke o poliencefalitis superior hemorrágica aguda con alteraciones del tronco cerebral (parexias oculomotoras, cambios tónicos, ataxia y alteraciones neurovegetativas, etc., como más singificativos) y es debida a una carencia de tiamina. También son cuadros carenciales el Korsakoff con sus alteraciones polineuríticas y amnésticas y sus lesiones selectivas en

los corpúsculos mamilares. O el síndrome de Marchiafava-Bignami con lesiones importantes de desmielinización de cuerpo calloso tendencias oposicionistas y ataxia como triada fundamental o la esclerosis cortical laminar de Morel. En todos se admite una teoría carencial.

En la médula también la esclerosis combinada posterolateral por afectación de los cordones posteriores y los fascículos piramidales obedecen a una etiología también carencial.

Los cambios electrolíticos parece la alteración fundamental en el clásico delirium tremens cuyo pronóstico ha mejorado últimamente gracias a la Distaneurina.

Finalmente sólo quiero añadir dos palabras acerca de tres hechos frecuentes. 1.º la asociación del hematoma subdural crónico con el etilismo, situación a investigar en todo cuadro de obnubilación de conciencia o síntomas neurológicos menores o alteraciones focales EEG. 2.º La frecuencia de las hemorragias subaracnideas en el alcoholismo agudo con rigidez de nuca que pueden ocasionar errores diagnósticos. Y en 3er. lugar la importancia que para el postraumatizado de cráneo tiene la ingestión de bebidas alcohólicas, pues aumenta el síndrome post-conmocional.

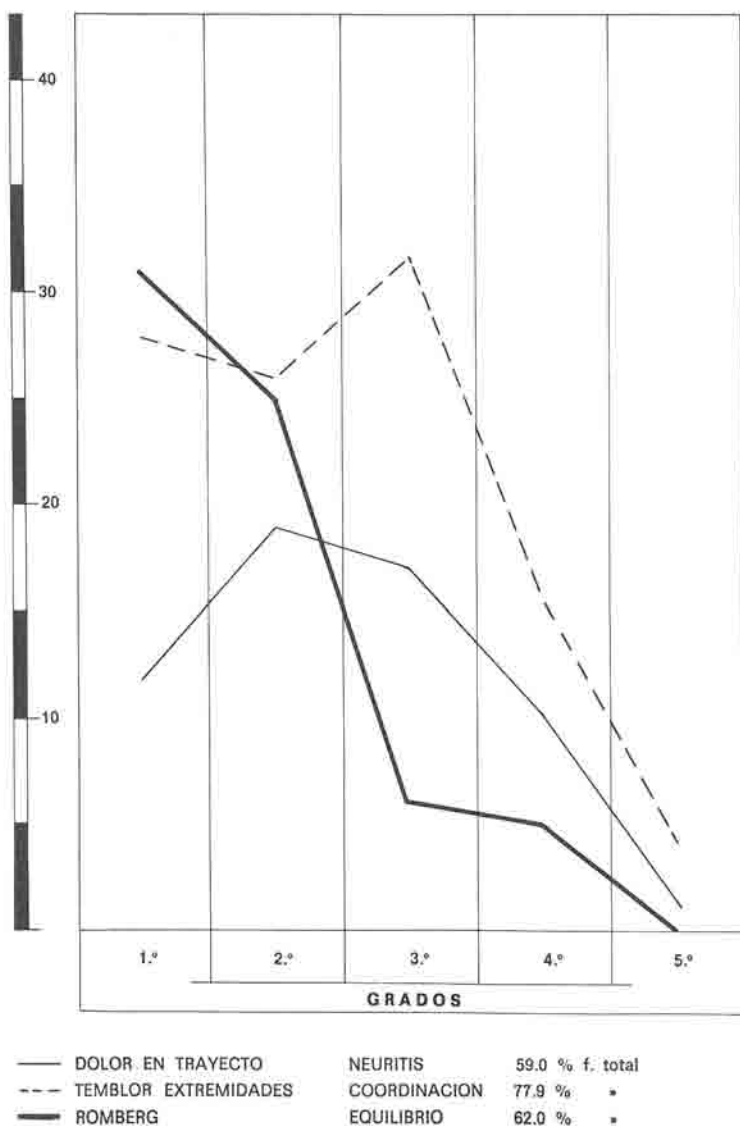
SEMIOLOGIA NEUROLOGICA DEL ALCOHOLICO

TABLA DE PORCENTAJES SEGUN GRADO DE INTENSIDAD Y/O FRECUENCIA

SINTOMAS Y SIGNOS	Normales	Anormales	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Grado 4	Grado 5
Pérdida de conciencia	69,3	30,7	5,9	11,3	5,2	2,6	5,2
Mareos	61,9	38,1	2,7	18,3	10,2	4,7	2,0
Vértigos	61,9	38,1	10,5	13,3	9,1	2,8	2,1
Hormigueos	43,3	56,7	5,0	17,8	20,9	7,6	5,0
Calambres	56,2	43,6	4,9	16,8	14,0	6,3	1,4
Dolores musculares	54,4	45,6	8,1	20,4	11,5	4,7	0,6
Motilidad							
Salto punteras	83,7	16,2	8,1	3,4	2,3	2,4	0,0
Elevar pies	80,9	19,0	5,9	7,1	2,3	3,5	0,0
Sensibilidad							
Hipostesia	80,5	19,4	4,1	8,3	4,1	2,7	0,0
Dolor trayecto	41,0	59,0	12,0	19,0	17,0	10,0	1,0
Reflejos							
Exaltados	67,5	32,4	14,8	12,1	5,4	0,0	0,0
Disminuidos	84,9	15,0	5,6	5,6	0,0	1,8	1,8
Tono							
Hipertonía	83,3	16,6	5,0	3,3	5,0	3,3	0,0
Hipotonía	87,9	12,0	1,7	6,8	3,4	0,0	0,0
Trofismo	80,0	20,0	6,6	9,3	2,6	1,3	0,0
Temblores							
Bucal	64,2	35,7	13,7	11,0	7,3	2,7	0,9
Lingual	55,4	44,5	22,7	13,6	4,5	2,7	0,9
de Extremidades	22,0	77,9	20,5	19,1	23,5	11,7	2,9
Equilibrio (Romberg)	37,9	62,0	28,7	23,1	5,5	4,6	0,0
Desorganización Psicomotora	80,3	19,6	4,5	10,6	3,0	1,5	0,0

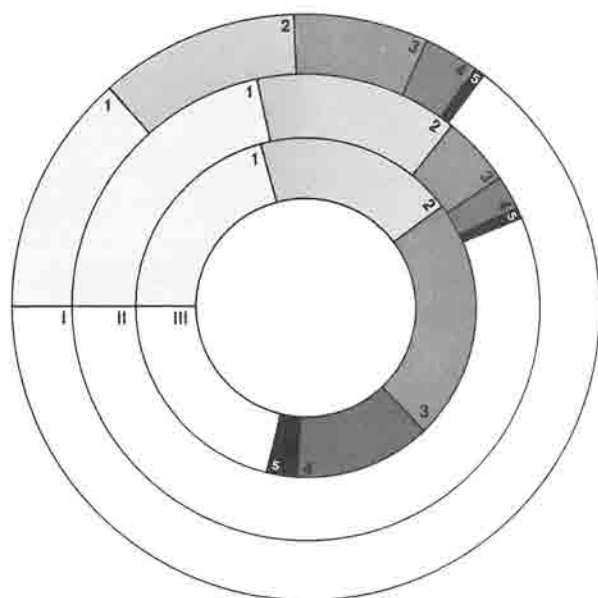
Tabla I

DISTRIBUCION POR GRADOS DE LOS SIGNOS NEUROLOGICOS MAS FRECUENTES

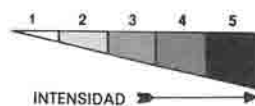


Gráfica II

TEMBLOR PORCENTAJES Y GRADOS

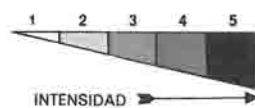
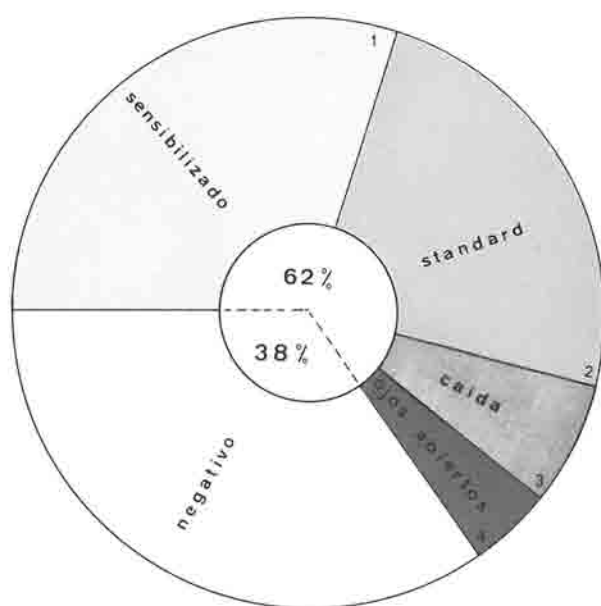


- I. — TEMBLOR BUCAL
- II. — * LINGUAL
- III. — * DE EXTREMIIDADES



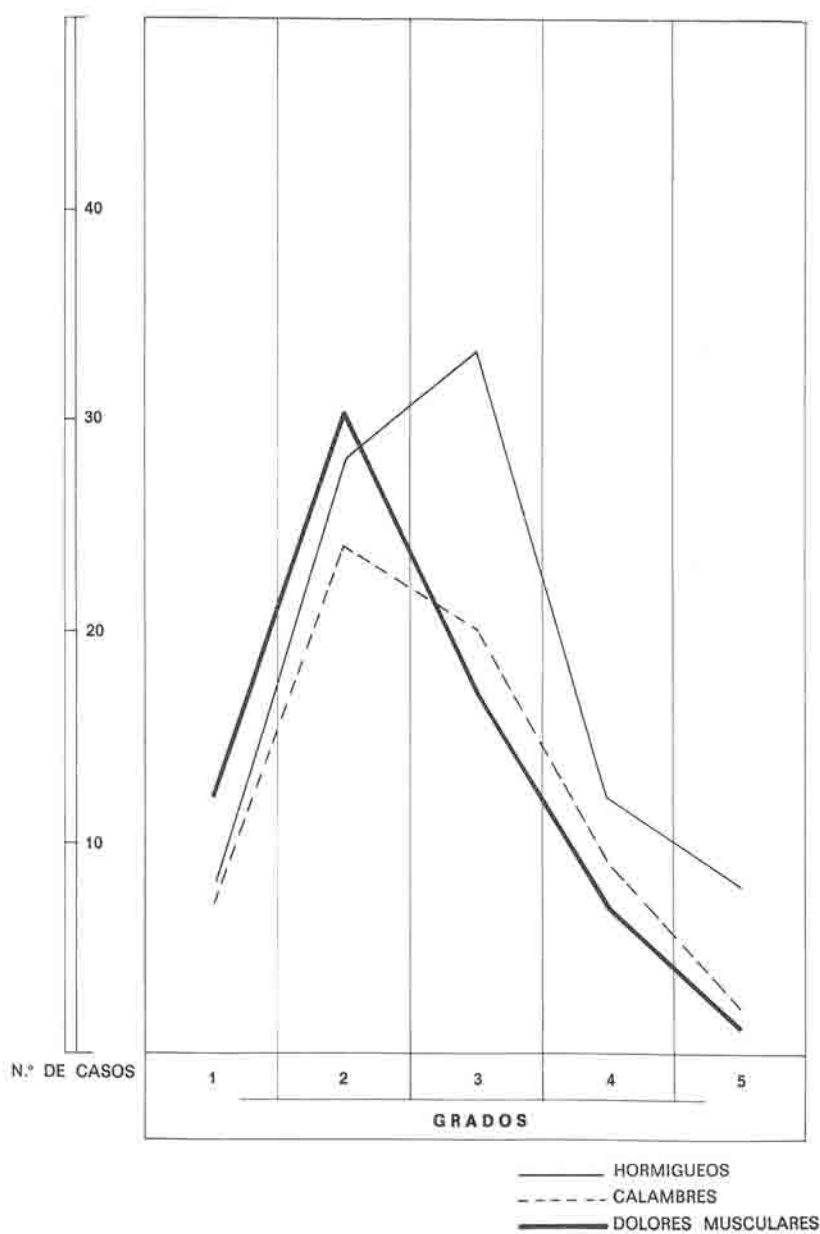
Gráfica III

EQUILIBRIO
«PRUEBA DE ROMBERG»



Gráfica IV

DISTRIBUCION POR GRADOS DE LOS SINTOMAS NEUROLOGICOS

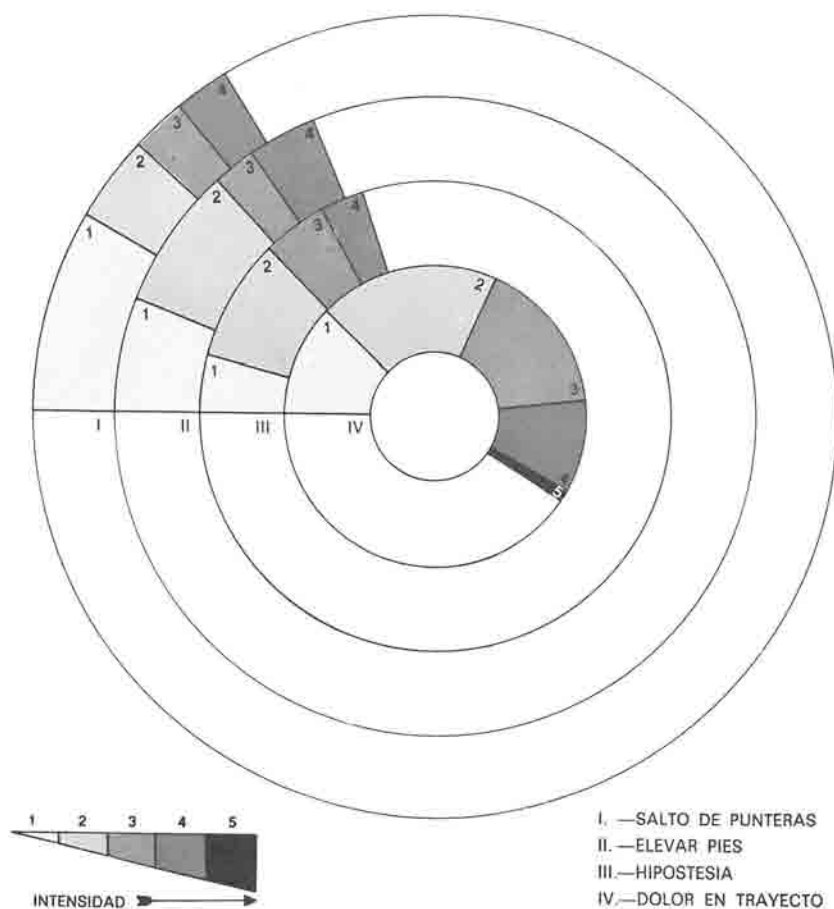


Gráfica V

HALLAZGOS EN

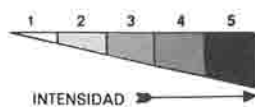
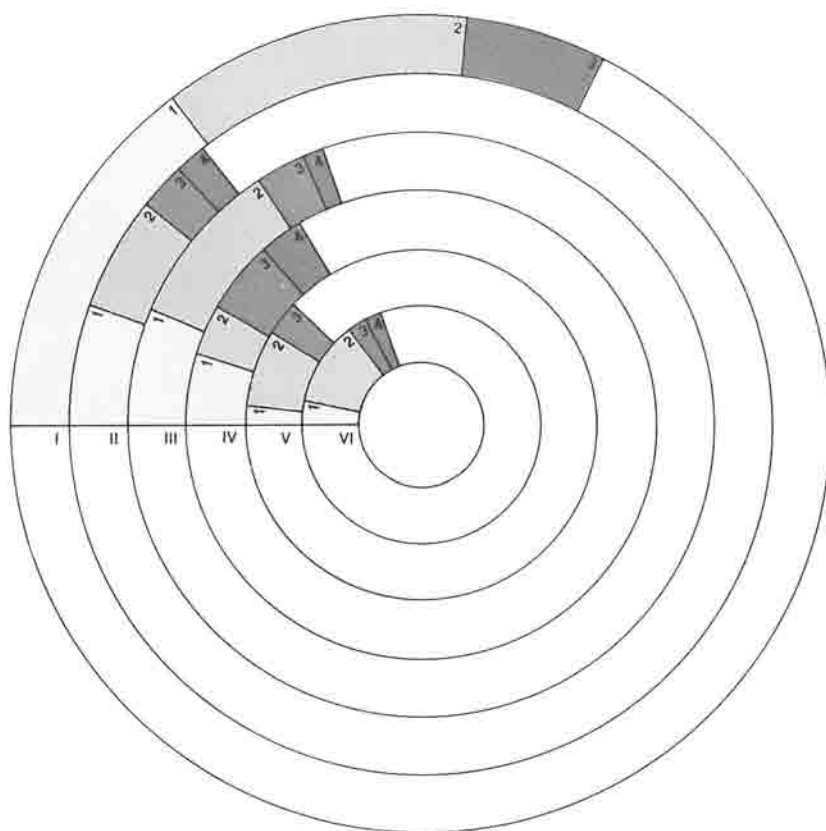
SENSIBILIDAD Y MOTILIDAD

(PORCENTAJES Y GRADOS DE AFECTACION)



Gráfica VI

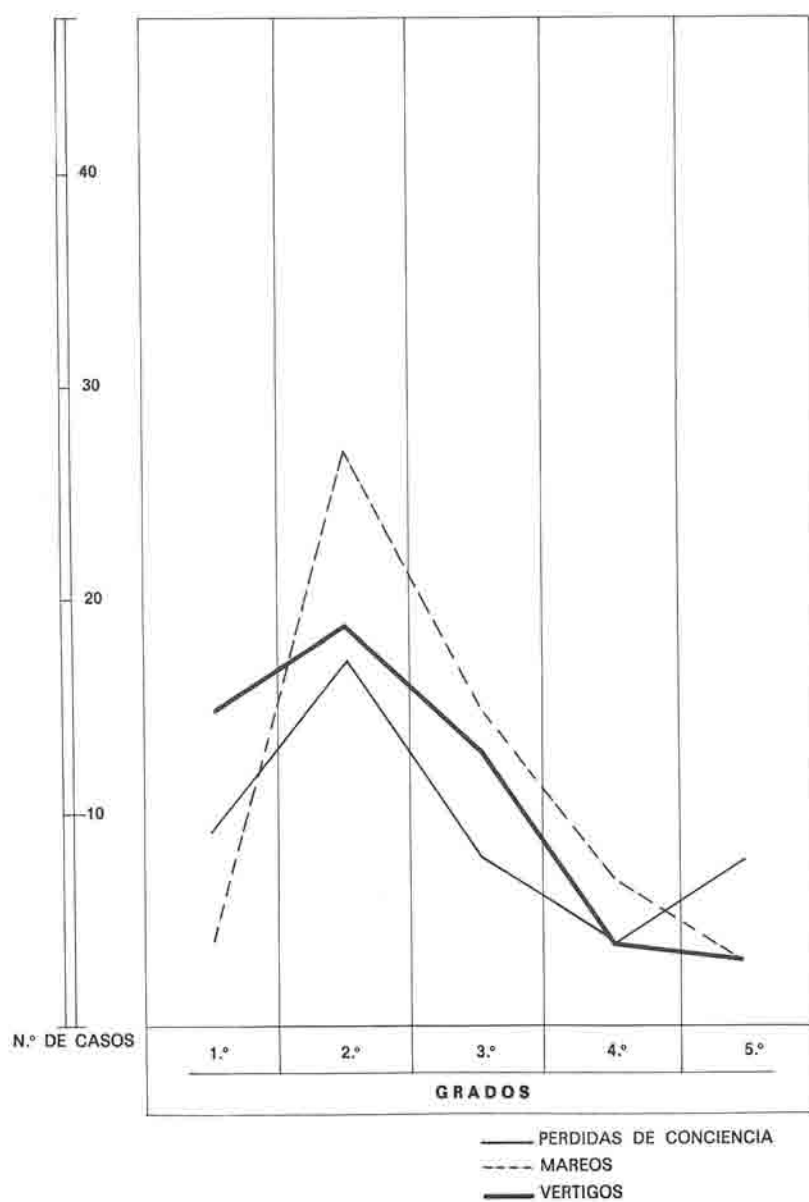
REFLEJOS
TONO MUSCULAR
TROFISMO



- I. REFLEJOS EXALTADOS
- II. REFLEJOS DISMINUIDOS
- III. TROFISMO ALTERADO
- IV. HIPERTONIA
- V. HIPOTONIA
- VI. DISTONIA (DESORGANIZACION MOTRIZ)

Gráfica VII

DISTRIBUCION POR GRADOS DE LOS SINTOMAS NEUROLOGICOS



Gráfica VIII

TABLA DE SEMIOLOGIA

**VALORES PONDERADOS DE INTENSIDAD $\times$ FRECUENCIA (en %) DE
SIGNOS Y SINTOMAS**

SIGNOS Y SINTOMAS	GRADOS					INDICE
	1	2	3	4	5	
Pérdida de conciencia	5,9	22,6	15,6	10,4	26,0	80,5
Mareos	2,7	36,6	30,6	18,8	10,0	98,7
Vértigos	10,5	26,6	27,3	11,2	10,5	86,1
Hormigueos	5,0	35,6	62,7	30,4	25,0	158,7
Calambres	4,9	33,6	42,0	25,2	7,0	112,7
Dolores musculares	8,1	40,8	34,5	18,8	3,0	105,2
Temblor bucal	13,7	22,0	21,9	10,8	5,0	73,4
Temblor lingual	22,7	27,2	13,5	10,8	5,0	79,2
Temblor extremidades	20,5	38,2	70,5	46,8	20,0	196,0
Romberg	28,7	46,2	16,5	18,4	0,0	108,8
Salto punteras	8,1	6,8	6,9	9,6	0,0	31,4
Elevar pies	5,9	14,2	6,9	14,0	0,0	41,0
Exaltados	14,8	24,2	16,2	0,0	0,0	55,2
Disminuidos	5,6	11,2	0,0	7,2	1,8	25,8
Trofismo	6,6	18,6	7,8	5,2	0,0	38,2
Hipostesia	4,1	17,6	12,3	16,8	0,0	50,8
Dolor trayecto	12,0	38,0	51,0	40,0	5,0	146,0
Hipertonía	5,0	6,6	15,0	13,2	0,0	39,8
Hipotonía	1,7	13,6	10,2	0,0	0,0	25,5
Dismetría (Desorganización motriz)	4,5	21,2	9,0	6,0	0,0	40,7

Tabla IX

ALCOHOL Y DEFICIT VISUAL

N.º de casos analizados oftalmológicamente	384
A) SIN PERDIDA DE VISION	233
1) Sin necesidad de corrección (Emetropes)	158
2) Con corrección	57
a) Miopía	6
b) Presbicia	39
c) Hipermetropía	3
d) Astigmatismo	8
e) Anisometrías	1
3) Pérdidas de visión recuperadas	18
Lesiones residuales en	5
B) DEFICIT VISUAL ACTUAL	145
1) Por Alcoholismo y recuperados parcialmente	3
2) Alcohólicos sin recuperar	29
3) Por otras causas	113
a) Presbicias	63
b) Miopías	19
e) Traumas	8
f) Ambliopes	8
g) Leucomas	3
C) PRODUCTORES CON PERDIDA DE VISION Y SIN EN- JUICIAR POR FALTA DE DATOS	6

Tabla X

Genticina

Es un antibiótico bactericida de amplio espectro, que únicamente se fija a los **ribosomas bacterianos** bloqueándolos, ocasionando así la destrucción bacteriana por falta de síntesis proteica.

INDICACIONES

En las infecciones producidas por
ESTAFILOCOCOS
KLEBSIELLAS
PROTEUS
PSUDOMONAS AERUGINOSAS

PRESENTACIONES

GENTICINA 15 mg. (uso lactantes)
GENTICINA 30 mg. (uso pediátrico)
GENTICINA 120 mg. (adultos)
GENTICINA 5 x 120 mg. (adultos)
GENTICINA 240 mg. (adultos)



ANTIBIOTICOS, S. A.



Sus Manos y Genticina



Celestone Injectable

(acetato de hidrocortisona de 250 mg/10 ml)

**en situaciones
críticas que exigen
corticoterapia
intravenosa
intensiva**

EFFECTO RAPIDO

- solución de fosfato disódico altamente soluble que se absorbe rápidamente

ACCION POTENTE

- Celestone es el corticosteroide de administración general más activo

NO AFECTA EL BALANCE ELECTROLITICO

- induce excreción de sodio, más bien que retención del mismo

A solicitud, se suministrará información prescriptiva completa.

FACILIDAD Y FLEXIBILIDAD DE ADMINISTRACION

- se presenta lista para uso inmediato (sin necesidad de reconstitución con agua, como sucede con las formas en polvo)
- para administración por vías intramuscular, subcutánea o intralésional, además de intravenosa



ESSEX (ESPAÑA) S. A.

AFILIADA A

SCHERING CORPORATION, U.S.A.

* MARCA REGISTRADA



Comentarios a la clasificación de las perturbaciones mentales

Dr. D. Emilio Pelaz Martínez

Director del Hospital Psiquiátrico San José,
de Ciempozuelos, y de la Residencia Psiquiá-
trica Ntra. Sra. de la Paz. Madrid.

La mayoría de los clínicos psiquiatras manejan su propia clasificación y los que dirigimos Hospitales psiquiátricos hemos de llenar la ficha de clasificación vigente en España para enviar a la Dirección de Sanidad y P. A. N. A. P. Esta norma ha ido perdiendo vigencia y actualmente creo que no se cumple en muchos casos. Pero aún sigue actual entre nosotros la clasificación oficial española que en esencia es la misma de Kraepelin y para fines estadísticos con ella nos hemos valido, si bien hay que reconocer que ni los psiquiatras daban mucho aprecio a esta clasificación ni la administración lo exigía con mucho rigor. Cuando alguien ha querido hacer una estadística o la epidemiología de determinada enfermedad debía valerse de sus propios medios y de la colaboración entre compañeros.

El mundo se va uniformando y existe una organización supranacional asesorada de una pléyade de expertos. La O. M. S. que aspira a englobar a todas las asociaciones médicas y entre ellas a las psiquiátricas para fijar unos criterios válidos para todos y uniformar el lenguaje tan escurridizo cual es el psiquiátrico, tanto por la falta de tipificación de la personalidad humana que es la protagonista del drama de la enfermedad, como por la

multitud y variabilidad de los círculos que la envuelven, la modelan y en ocasiones la llevan al trastorno psíquico. Dentro de este inevitable confusiónismo se pueden poner hitos que delimiten los casos típicos de neurosis, psicopatías, oligofrenias, demencias y psicosis sabiendo la imposibilidad de deslindar todos los casos marginales, sirviendo las designaciones nucleares como centros de círculos diagnósticos aunque haya intercesiones; los detalles sintomáticos, genéticos y de curso se encargan de aclararlo en lo posible. Pero siempre quedará un capítulo de casos oscuros.

El peso de la tradición y del trabajo hecho por muchos centros psiquiátricos nos inclina a mantener nuestra actual clasificación. No podemos ir contra la corriente de un común mundial entendimiento y no vamos a ser los psiquiatras que defendemos el «sosiego», los promotores de galimatías y desacuerdos. Manteniendo una clasificación nacional es necesario que cada etiqueta vaya precedida de unos dígitos que hagan fácil la traducción a la clasificación internacional. Si la catalogación que decida la O. M. S. puede ser de fácil uso, no hay inconveniente en doblegarse a ella por la oposición de «puntillos nacionalistas».

Después del planteamiento del problema de una nosotaxia de los trastornos mentales y de todas las críticas que han sufrido inevitablemente los intentos realizados, se me ocurren tres tipos de comentarios:

Primero: Pretendiendo dar un colorido u opinión españolista para aunarla a las de otras nacionalidades y que los expertos de la O. M. S. substancien lo que hay de común y de fácil entendimiento, yo propondría la clasificación de Mira, sencilla y abierta a todas las innovaciones y enriquecimientos del progreso psiquiátrico, incluso al auge que tiene hoy la sociogénesis y todo el ámbito de la psiquiatría social.

Por imperativo de la especialización y el gran contingente de casos que acuden al médico, abogamos por un apartado para la paidopsiquiatría.

Otro deseable apartado sería para el síndrome depresivo que aflora como principal componente en algunas psicosis, neurosis, psicósomáticas y en constituciones disarmónicas o psicopatías, además de los tintes depresivos que imprime la metereología, el ritmo estacional y el diurno que no llegan al cuadro patológico pero que piden ayuda y sobre todo si partimos de la radical definición de que enfermo es el que precisa o pide asistencia médica. Este apartado de la depresión de ánimo no tiene más fundamento que su profusión clínica y evitar la dispersión con que figura en la clasificación. Ya sabemos que la depresión, un matiz de la tristeza, es un radical de la constitución humana. Pero igual le ocurre a la angustia y tiene adscritos una gran profusión de manifestaciones clínicas con su etique-

ta propia en la actual ordenación de la O. M. S. Por similitud después del diagnóstico de síndrome depresivo seguiría lo que supiéramos de la posible etiopatogenia y demás círculos que incidan en la personalidad para singularizar el caso clínico sin olvidar, claro es, la genética, tan importante en biología y un poco relegada en las corrientes psiquiátricas más difundidas hoy.

La clasificación de Mira consta de cinco capítulos:

- a) Oligofrenias
- b) Demencias
- c) Psicopatías (desarmonías de la personalidad)
- d) Neurosis
- e) Psicosis (transformaciones morbosas, pérdida de la libertad)

La crítica a la vigente ordenación internacional es fácil para el que tenga pensada otra, y que le es costoso adaptarse a un orden distinto de pensamiento. Toda catalogación que hagamos será imperfecta desde su nacimiento y el desajuste a la realidad clínica será cada vez mayor porque la misma clínica va cambiando a ojos vistas; aparte de que los elementos no tipificados, como son las alteraciones psíquicas, son más difíciles de deslindar. En la clasificación que discutimos de la O. M. S. hay **repeticiones, omisiones y dispersiones**.

1.º En las **omisiones**, a pesar de la hipertrofia de los diagnósticos de los trastornos neuróticos, encontramos que frente a la anorexia mental no trae su oponente, la polifagia, ya sea neurótica ya de causa somática.

En el capítulo de las psicosis alcohólicas, echamos de menos el estado crepuscular y las lagunas amnésicas alcohólicas que aunque son muy frecuentes en la historia de todo alcohólico crónico, también las encontramos en alguna observación directa, en el corte transversal del curso de un etilismo agudo, dando dificultades diagnósticas si no se conocen antecedentes del sujeto.

2.º Las **repeticiones**, no son un fallo de la nosotaxia sino más bien una repetición del hecho clínico, como el suicidio, que viene en distintos apartados. Igual podríamos citar de otros datos.

3.º En las **dispersiones** nos serviría como ejemplo el mismo cuadro depresivo que ya hemos comentado para pedir una agrupación que evitara este mal, si así puede llamarse, y poder buscar con facilidad el cuadro clínico depresivo en el índice clasificatorio.

En el próximo octubre tendremos el XII Congreso Nacional de la Aso-

ciación de Neuropsiquiatría en Valladolid. En esta ocasión habrá oportunidad de discutir un tema de gran interés cual es la confección de las historias clínicas computables.

Del diagnóstico escueto que se hace en los manicomios y basado en la psicopatología, curso y herencia se pasó a otro más clásico, menos rígido, dando importancia a factores que antes no alcanzaban tanto relieve. Se llegó a un resumen de los datos de antecedentes, ecología de la exploración y curso. Este resumen de la historia clínica da una visión más completa, pero precisa más de una cuartilla. Con el avance tecnológico este resumen de la historia puede llevarse a los documentos base, que lee directamente el computador.

Historias preparadas para la computación rigen ya en varios servicios médicos y aún psiquiátricos. Esta ficha una vez acostumbrado se lee con rapidez y tiene la ventaja que puede archivararse tras grabarla el aparato que además de registro nos puede suministrar toda clase de datos en un momento, tanto de epidemiología como de correlaciones. Cuanto más historias dispongamos más fiables serán los resultados porque el mayor número atenúa la dispersión.

Con esta oportunidad de manejar muchos casos tenemos en España la gran ocasión de la Seguridad Social que si hoy acoge al 80 % de la población es previsible a corto plazo que nos englobe a todos. Sobre esto hay además la mayor concurrencia de los asegurados, a veces por nimiedades, pero si van estos que están sanos, no se van a quedar sin observación médica los verdaderos enfermos.

Sobre el Seguro de Enfermedad y la asistencia psiquiátrica no queda más que un pequeño eslabón inicial, la cobertura domiciliaria y en general social por el equipo psiquiátrico, especialmente con sus eficaces ayudantes psicólogo y de asistentes sociales y el eslabón terminal del internamiento. La gran masa de asistencia ambulatoria la tiene el S. O. E. Sin embargo, en aspectos científicos no ha marchado bien. Primero con un mal de origen donde la actitud del médico resentido ante la socialización de su profesión liberal, se enfrentaba con la amargura del cliente, «no paciente», que es una actitud de revancha por lo que llamaba cargas sociales; sólo quería desquitarse de los descuentos que leía en su nómina. Estas dos aptitudes estaban enfrentadas y sólo separadas por una triste mesa y la presencia de una enfermera ocupada en rellenar recetas y más recetas. Y estos tres personajes agobiados por la cola de los que esperaban para entrar. El médico, aunque remunerado, no se sentía gratificado en su trabajo y a ello tendía la misma historia clínica cuyo formato aún hoy día en uso, reproduzco.

HISTORIA

648-2/2

Consulta de _____

Enfermo: _____

Antecedentes familiares: _____

Antecedentes personales: _____

Enfermedad actual: _____

ANVERSO

Facsímil a tamaño natural del impreso para la historia psiquiátrica.

Ante un papel en estas condiciones, un papel donde no cabe ni la caligrafía de un miope, el médico se desalentaba, reducía aún más sus historias y más con la desilusión del triste final que iban a recibir sus múltiples horas de escribir, «la destrucción por el fuego». Ante este impacto, en mis modestas posibilidades recurrí a los libros grandes de cuatrocientos folios donde cada paciente tiene una o todas las que precise y que por estar encuadernado recientemente no hay posibilidad de extravío, aparte del fichero nominal y contraseña en su cartilla que abrevia buscar la historia. Esto me ha servido para repasar mis propios diagnósticos y ver como yo he ido cambiando en algunas concepciones pero también como ha cambiado la expresividad de las mismas enfermedades y la diferencia de la frecuencia de los diagnósticos al correr de los años, como ha sucedido en la erradicación de la parálisis general, etc.

En las residencias del S. O. E. hay una gran riqueza de medios con unas magníficas historias clínicas sobre todo en formato y profusión de datos. Se espera en corto plazo la jerarquización de los servicios ambulatorios. Pero es que los quince a cuarenta clientes que acuden a cada consultorio agobiaban cualquier equipo toda la mañana y en la actual asistencia ambulatoria un solo médico despacha la consulta en poco más de una hora. El enfermo va colaborando con mejor voluntad en el Seguro, pero el médico se ve con un consultorio destartado, sin ayuda y con unos modelos de historias que quitan las ganas de escribir en ellas. En lugar de pasos de gigante, para un país pobre como el nuestro, se le puede paliar con pocos gastos:

Primero: Actualización del consultorio a la medida que ha subido el nivel de vida.

Segundo: Suministro de historias clínicas que inciten al clínico y demás impresos con su carpeta correspondiente y sistema de ficheros.

Tercero: El funcionamiento de un archivo central por especialidades si no se quiere hacer del conjunto de todas ellas.

Cuarto: En el personal auxiliar del médico debe existir la colaboración de las asistentes sociales que verifiquen lo referido por el paciente o su familia y faciliten datos de la convivencia del hogar, de los amigos y del círculo laboral aparte de otros de gran influencia en algunas personas como el religioso, deportivo, político, etc.

Quinto: La existencia de una secretaria que mecanografie la historia y los informes complementarios a la par que el manejo del fichero.

Sexto: La adscripción de un médico psiquiatra que pudiera rellenar los documentos base con las historias del día de los especialistas. Ya que cada uno tiene su personalidad diferente y el psiquiatra que ha de cumplimentar las fichas, al poco tiempo asimilaría el lenguaje de cada psiquiatra pudiendo acudir a ellos cuando alguna expresión fuera de interpretación dudosa.

Séptimo: El especialista con un buen impreso de historia clínica y con el pudor que despierta el saber que va a ser interpretada por un compañero, le llevaría a trabajar con más entusiasmo, sacudiéndole de la apatía que se ha acumulado con los años, por no sentirse estimado en el reconocimiento de su aportación al acervo nacional.

Octavo: El archivo general requiere la uniformidad de las historias y la computación de éstas debe ser a breve plazo dada la urgencia con que nos ha pedido la O. M. S. a los psiquiatras españoles, nuestra opinión.

El paso a un modelo de documento base para llevar a la computadora debe nacer de nuestro Congreso Nacional, pero yo puedo adelantar mi criterio.

En el sistema cifrado o bien en el modelo por casillero, el primer dígito o la primera columna de las casillas traduce el síndrome si la clasificación se hace en este sentido, la etiología sería al segundo dígito o columna, también se pueden invertir los términos.

En tercer lugar viene el curso como acceso, episodio, fase, brote, larga duración, desarrollo y deterioro irreversible.

Cuarto lugar: La intensidad: leve, media, grave.

Quinto: Comienzo congénito, infantil, juvenil, maduro e involutivo.

Sexto: Presencia física: deforme, sufrimiento físico, desagradable, media y atractiva.

Séptimo: Tara que se desconoce, no hay, tara homóloga y heteróloga.

Octavo: Hijo de familia, independizado, casado, viudo y jubilado.

Noveno: Clase social: jornalero, modesta, media y alta.

Décimo: Residencia: campesino, villa, suburbio, ciudad grande.

En el documento básico se puede ampliar al número de hojas porque el número de círculos que envuelven y modelan la personalidad es grande.

De los convocados en Málaga para este tema que estamos comentando, el Dr. Monserrat, que había hecho un estudio exhaustivo de la actual catalogación en la O. M. S., destacó que la traducción por cifrado de la nacional a la internacional requería la tipificación de cada dígito; pues si la cuarta cifra representa la etiología en la oligofrenia en otros apartados esta cuarta cifra se reserva para subespecies.

Todos estuvimos de acuerdo en la necesidad de un glosario previo, modificando el existente en Estados Unidos e Inglaterra y pasar a una ordenación cifrada de validez internacional y computable.

Hay dificultades en los síndromes puente como es la interpretación sensitiva de autorreferencia que se puede dar en la esquizofrenia, depresión, reacciones, desarrollo, neurosis y psicopatías y que habrá que colocar en el capítulo correspondiente fundándose en los datos de herencia intensidad, curso y etiología. Las entidades nucleares con su círculo de cuadros clínicos que se difuminan al alejarse del centro y que interfieren con otros, se habían resuelto con el diagnóstico polidimensional que aclara el caso concreto; pero persiste la dificultad de ponerle un rubro del catálogo.

La sociogénesis como manantial de los trastornos psíquicos no es suficiente para el clínico que se ocupa de la fragilidad del Yo frente a su ambiente y de la necesidad de aliviarle, fortalecerle, para que pueda adaptarse o superar la influencia traumatizante.

El pronóstico y la terapéutica en su mayoría inespecífica, no dependen por entero de la etiología ni de las manifestaciones clínicas, pero estas dificultades no pueden ser causa de renuncia sino de estímulo al médico y a los investigadores.

Existen otros parámetros para la individualización de la alteración psíquica como son por ejemplo, los cuadros de estado de la conciencia y sus contenidos en la concepción de la psicosis única revivificada por Llopis, pero es más dificultoso de llevar a un encasillamiento.

Los síndromes adaptativos pueden ser modélicos de la evaluación de la fragilidad del Yo y de sus trastornos psíquicos, además que nos puede prestar una gran ayuda la experimentación y psicología animal.

RESUMEN

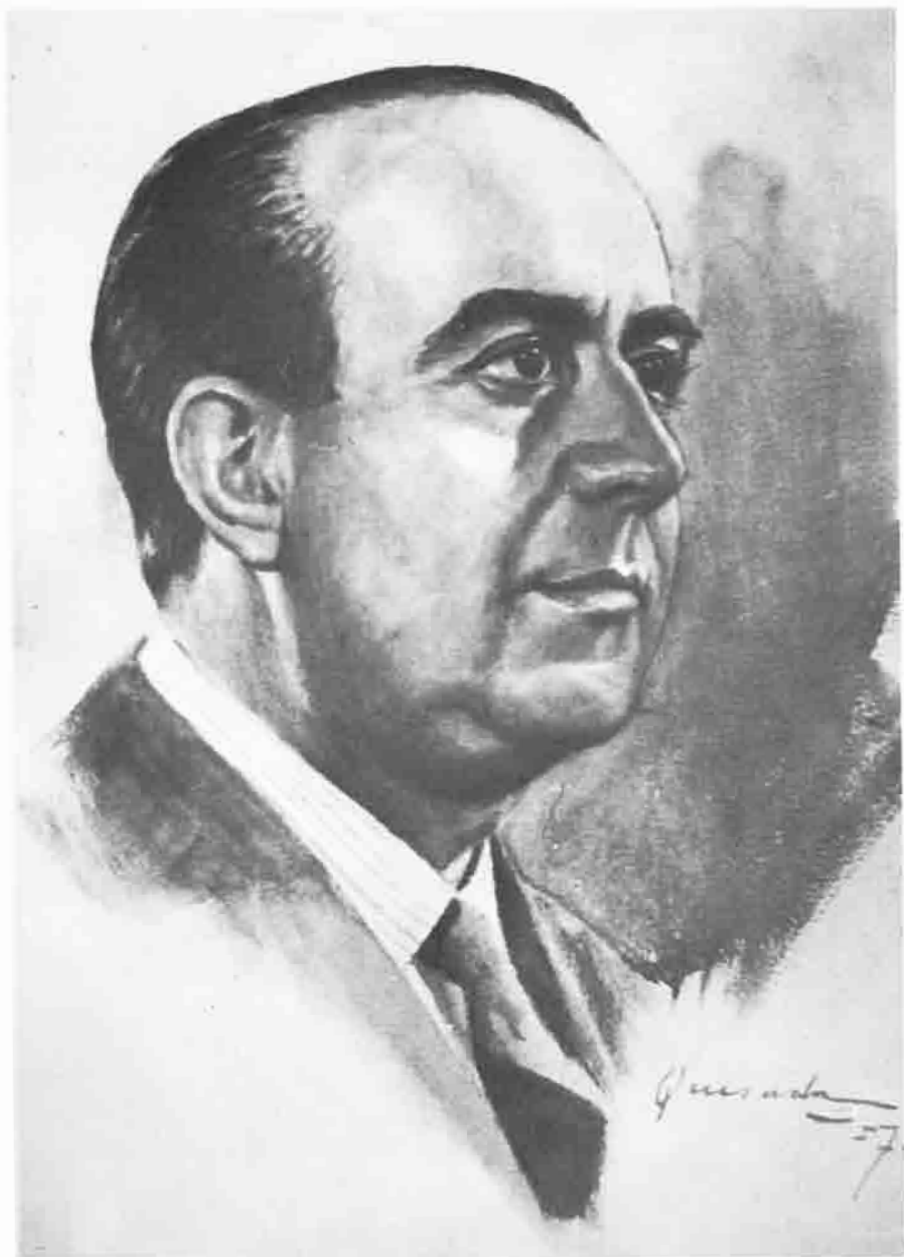
Estamos convencidos que la clasificación que se haga es transitoria en parte por la variabilidad de los cuadros clínicos, la intervención de los tratamientos, las modificaciones sociales, políticas y religiosas. Es un hecho la evolución acelerada de la propia biología. Esta realidad se ha constatado en que los niños nacen con los ojos abiertos y despiertos y se ha llevado en algunos países a reducir la edad de votación porque madura más precozmente la juventud. Pero también es más propicia la disarmonía y el apagamiento de los instintos. Hay una prolongación de la vida activa e incluso de la fertilidad de la mujer en la que se ha adelantado la menarquia y se ha retrasado la menopausia. Hay un cambio general de la personalidad: más diferenciada, más libre, más formalizada en el sentido de Zubiri.

Del pensamiento grupal e indiferenciado se va pasando a grandes pasos al individual diferenciado con más posibilidades abiertas de expresión y actuación. La formalización del pensar de más riesgo de quiebra al debilitarse las estructuras primarias y en la actualidad también por el vaciamiento de los altos valores religiosos, patrióticos, políticos, filosóficos y del impulso competitivo. Todo ello nos presenta un panorama en crisis del ser humano y con ello un cambio de sus manifestaciones, psíquicas, normales y patológicas, aunque los substratos genéticos y bioquímicos sigan persistiendo.

Son iguales las reacciones elementales como el coma, onirismo, pérdida de la conciencia de la realidad y alejamiento de la experiencia patológica del centro del Yo a la periferia.

Ante la importancia de la biografía del paciente desaparece el valor de los diagnósticos, pero sí son éstos útiles para entendernos entre todos.

En la problemática de la clasificación hay que destacar que la personalidad es única e individual y lo mismo su enfermo.



PROFESOR DR. D. GUILLERMO ARCE ALONSO († 21-I-1970)



Semblanza del Profesor Dr. D. Guillermo Arce Alonso

Dr. D. Federico Collado Otero

Jefe de Servicio. Clínica de La Paz, Madrid.
Prof. Asociado de Pediatría. Facultad Autónoma de Medicina.

Con la perspectiva que nos dan treinta años de conocimiento y admiración, bien podemos decir hoy, que GUILLERMO ARCE ALONSO fue un elegido de los dioses.

Elegido porque, como él quería, pasó prácticamente toda su existencia en la tierra que tanto amaba y que le vio nacer y morir.

Elegido porque fue el primero entre primeros de una ilustre familia que ha dado nombres beneméritos a la Montaña.

Elegido porque, como también él deseaba, sus restos reposan en el aroma, el calor y el recuerdo de su querido Santander.

Elegido en fin, porque su memoria se ha perpetuado y perpetuará a través de los tiempos, ya que vive siempre en el recuerdo de los que le conocieron, y en el ejemplo para los que no le conocieron y ahora nos oyen hablar de él.

Es pues, normal que un hombre así estuviese dotado de los atributos de los elegidos. Era una de las mentes más poderosas y clarividentes que he conocido, con gran capacidad de análisis y síntesis razonada, con brillante capacidad de expresión para transmitir sus conocimiento y una per-

manente inquietud para buscar y abrir nuevos caminos. Trabajador al máximo con una entrega total a su labor asistencial, a su misión docente, al estudio y a la investigación. Era un **Maestro** nato. No el «magister dixit», sino el maestro que hace. El lo hacía todo, desde explorar y poner un tratamiento, al mismo tiempo que preguntando a sus alumnos sobre el enfermo edificaba lecciones inolvidables, compaginando así su misión asistencial y docente.

Creó una escuela a su imagen y semejanza, si bien estimulaba y fomentaba las personales características de sus discípulos. Escuela de carácter fundamentalmente clínico-asistencial, como lo exigían las características socio-económicas y científicas de la época que le tocó vivir entre las décadas del 30 y del 50. **Guillermo Arce**, con los medios de que disponía, fue uno de los pioneros de la docencia e investigación clínicas en nuestro país, como tendremos ocasión de demostrar.

Pero sobre todo era **Guillermo Arce**, el arquetipo del hombre bueno, esencialmente bueno, honesto y justo, un verdadero amigo, cualidades que siempre trató de inculcar a sus discípulos.

Hace 15 años, cuando le dedicamos nuestra monografía sobre «La terapéutica hidrosalina dirigida», decíamos textualmente en la dedicatoria: «Nacimos a la pediatría al calor de un gran maestro, de un hombre nacido para enseñar, que ha dedicado toda su vida y todas sus energías a la enseñanza y cuyas cualidades humanas son tan admirables como las del maestro».

Y aunque en los tiempos que vivimos para algunos no tengan sentido las palabras que vamos a pronunciar, he de decir que era además el prototipo de un gran patriota, dotado de todas las virtudes tradicionales del código de la caballería y el honor.

Resultó pues normal que un hombre dotado de tales atributos alcanzase las más altas cotas, como puede verse por los datos que vamos a dar a continuación, datos que a la par de ser rigurosamente históricos, hacen la historia de la Pediatría Española, historia de la que **Guillermo Arce** fue artífice máximo.

Formó una escuela de Pediatría, que aún después de su desaparición tiene vigencia, ocupando un primer plano en nuestra Pediatría. Forman parte de ella profesores universitarios, jefes de servicio y profesionales aventajados distribuidos por todo el país. No podemos enumerarlos a todos, y pedimos disculpas por las omisiones, pero no podemos sustraernos a dar algunos nombres: Sánchez Villares, Profesor de Pediatría de la Facultad de Medicina de Valladolid, donde continúa brillantemente su escuela; Vázquez y Collado, Jefes de Servicio y Profesores Asociados de

Pediatría en La Paz y en la Universidad Autónoma de Madrid; Jefes de Servicio en Residencias de la Seguridad Social: Álvarez, en Gijón; López Collado, en Santander; Bergés, en Salamanca; de las Heras, en Valladolid; Pérez, en Córdoba; Jefes de Servicio en Instituciones provinciales o Nacionales: Hernández, en Bilbao; Linares, en Madrid; Vigil, en Oviedo; Arce, en Santander; Gangoiti, en Bilbao. Puericultores del Estado, aparte la mayoría de los anteriores: Solís, en Oviedo; Sayagües, en Zamora, Vergara, en El Ferrol; Morante, en Vigo, hasta un total de más de veinte.

Por fortuna para Santander, una gran parte de su escuela dedicó sus actividades profesionales a los niños de esta provincia, tal como Ortiz de la Torre, Calzada, Parra, De la Casa, Pereda, Montes, entre otros, pero especialmente queremos destacar a Antonio Gómez Ortiz, que ha sido siempre el principal motor espiritual de la continuidad de la Escuela.

Arce escribió siete libros y monografías, de los que algunos como «La Patología del Recién Nacido», ha servido de texto en Universidades de Hispanoamérica. Además publicó 38 trabajos científicos y de investigación clínica. Para valorar estos datos y toda su obra es preciso recordar que por las circunstancias de la guerra y de su enfermedad, todo fue hecho en menos de quince años.

Ponente oficial, secretario general, vicepresidente y presidente de honor en congresos nacionales a los que presentó treinta y cinco trabajos. Conferenciante requerido en todo el país y en los países extranjeros, a los que dada la situación española era posible acudir en aquella época, como Portugal, Alemania y Suiza. Distinguido por nombramientos de la Sanidad Nacional, Colegio de Médicos, Asociaciones de Pediatría nacionales e internacionales, y sobre todo y sin duda para **Arce** el más querido, de Hijo Ilustre de Santander, junto con la Medalla de Oro de la Provincia.

Sus títulos y cargos profesionales y académicos exigirían una larga lista, por ello sólo queremos destacar el de Catedrático de Pediatría de Salamanca y especialmente el de Jefe de los Servicios de Pediatría y Puericultura en el Jardín de la Infancia, Casa de Salud Valdecilla y Jefatura Provincial de Sanidad de Santander, que sin duda alguna él apreciaba más que cualquier otra distinción universitaria o extrauniversitaria.

Pero si **Guillermo Arce Alonso** alcanzó las más altas cotas, a los más diversos niveles profesionales, académicos, universitarios, científicos y humanos, también alcanzó las más altas cotas en la sublimación del dolor en su larga y penosa enfermedad y muerte, que soportó con espíritu ejemplar del que muchos de sus alumnos fuimos testigos de excepción. Su vida y muerte fue un ejemplo para todos. Estamos seguros que finalmente alcanzó también la última altura y fue recogido en el seno de los elegidos.

En su recuerdo fundamentalmente, pero también en el recuerdo de Ramón Calzada y en recuerdo de todos los miembros de la Escuela de **Guillermo Arce** que nos han abandonado, dedicamos esta sesión de trabajo, porque estamos seguros de que ésto será lo que más agrade a nuestro Maestro.

Prof. Dr. D. Ernesto Sánchez Villares. Cate-
drático de Pediatría de la Facultad de Me-
dicina de Valladolid, que presidió la Sesión
Clínica dedicada al Dr. Arce Alonso y diri-
gió e intervino en el interesantísimo coloquio
habido al final.



Aspecto de la Sala en el Acto-Homenaje al Dr. Arce Alonso.



BIO - HISTOGEN

FACTOR ESTIMULANTE DEL APETITO Y DEL CRECIMIENTO

- Acción tridireccional: A nivel de hipotálamo.
- Mejora la absorción y utilización de los alimentos.
- Potente acción tónica general.
- Sin los efectos secundarios de los anabolizantes.
- Contiene: Orotato de ciproheptadina,
DL-Carnitina ClH, L-aspartato de L-Osnitina,
L-aspartato de L-lisina, Vitamina B₆ y B₁₂,
D-pantotenato cálcico, Sorbitol, et.

PRESENTACION: Frasco con 150 c.c. de solución

INDUSTRIAL FARMACEUTICA CANTABRIA, S.A.

Carretera de Cazoña - Adarzo, s/n.

SANTANDER



*a partir
del nacimiento*

Nestlé
nan

Alimento en polvo
para lactantes

De composición científicamente
establecida para asemejarse a
la leche materna

Enriquecido con vitaminas
y hierro

NESTLÉ

Pensar en Bebé, es pensar en NESTLÉ



Dr. Arce.

Hirschprung agangliónico total

Dr. D. José Luis Arce
Dr. D. Félix Sandoval
Dr. D. Vicente Madrigal

Servicio de Pediatría de la Casa de Salud
Valdecilla.
Jefe: Dr. Arce.

La Enfermedad de Hirschprung, es un trastorno del desarrollo de un segmento más o menos extenso y distal, o bien de todo el colon, que puede incluir total o parcialmente el íleon e incluso el yeyuno, al parecer genéticamente determinado, que se caracteriza por una aplasia de las células ganglionares de los plexos intramurales de Meisner y Auerbach de la submucosa y muscular, permaneciendo normal o hiperplástica la inervación parasimpática de la mucosa. El segmento agangliónico del colon representa para el contenido intestinal, una estenosis funcional, dando origen de forma secundaria, a la dilatación del segmento proximal del intestino, debido a la lucha del mismo para vencer la estenosis funcional.

El haber visto recientemente un niño afecto de un Hirschprung agangliónico total del colon que incluía una parte del íleon, y haber sido tratado con buen resultado, es lo que nos mueve a hacer unas consideraciones sobre el mismo.

OBSERVACION

Niño de 45 días de edad, séptimo de siete hijos, natural de Madrid. En los antecedentes familiares existe un hermano de la madre, también

séptimo hijo, con una hernia congénita del hiato esofágico, que operado, vive sano. Pesa al nacer 3,400 kg.

Tarda en expulsar meconio, haciéndolo al colocarle una sonda rectal a las 48 horas del nacimiento. El pecho le coge con dificultad a las 50 horas. A los 11 días deposición escasa, de mal olor y vómitos; deshidratado es ingresado en una clínica, siendo dado de alta a los 3 días, en buenas condiciones. Este episodio se repite, con ingreso y alta en la misma clínica. A los 33 días de vida, no hace deposición durante 72 horas, y los 3 días siguientes hace una deposición diaria, escasa, de mal olor, notándole por primera vez el abdomen prominente. Cinco días antes de ser visto en nuestro Servicio, pasa 3 días sin que haga deposición, por lo que se le administra un Micralax, que produce una deposición abundante, de mal olor y de color marrón terroso. Como el niño tiene fiebre y llora, le practican una paracentesis en ambos oídos.

Al ingresar en nuestro Servicio, nos encontramos con un niño con el abdomen globuloso, timpanizado, pero depresible, y algo deshidratado. Rechaza el alimento, y vomita. El peso es de 4,000 kg. (fig. 1).

Se practican radiografías simples de abdomen, frontal y dos laterales, en las que se aprecia gran meteorismo y algún pequeño nivel. Se realiza a continuación un enema de bario, que al principio penetra con dificultad (fig. 2), mostrándonos una imagen de colon de tamaño normal, y de grosor ligeramente estrecho, sobre todo en colon ascendente y trasverso (fig. 3). Evacuado el bario se realiza otra radiografía. Se practica otra radiografía 30 horas más tarde en la que se aprecia una importante retención de contraste (fig. 4).

Se coloca un goteo, administrándose bepanthene. Se coloca una sonda rectal. Resuelto el cuadro obstructivo, es dado de alta con vigilancia a los 2 días.

Veinte días más tarde ingresa de nuevo en el Servicio presentando un nuevo cuadro obstructivo. Ante ello, es intervenido —Dr. Sandoval— con el diagnóstico de oclusión intestinal baja, sospechosa de aganglionismo total del colon.

En el acto quirúrgico se encuentra un intestino delgado muy dilatado, congestivo, rojo, que a unos 15-20 cm. de la válvula ileocecal se estrecha en forma de embudo, siendo la zona estrecha de un color nacarado mate. El colon aparece de un tamaño normal. Progresivas compresiones logran hacer pasar el contenido del íleo dilatado a ciego, pero con gran dificultad con lo que es demostrada la permeabilidad del íleo terminal. Se realiza una ileostomía en cañón de fusil, sobre la última asa dilatada, y se toma una muestra de colon ascendente para examen histológico, cuyo informe es:



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

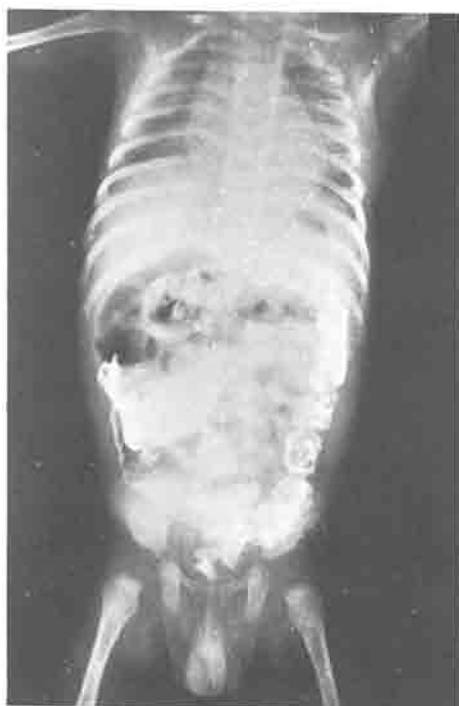


Fig. 4

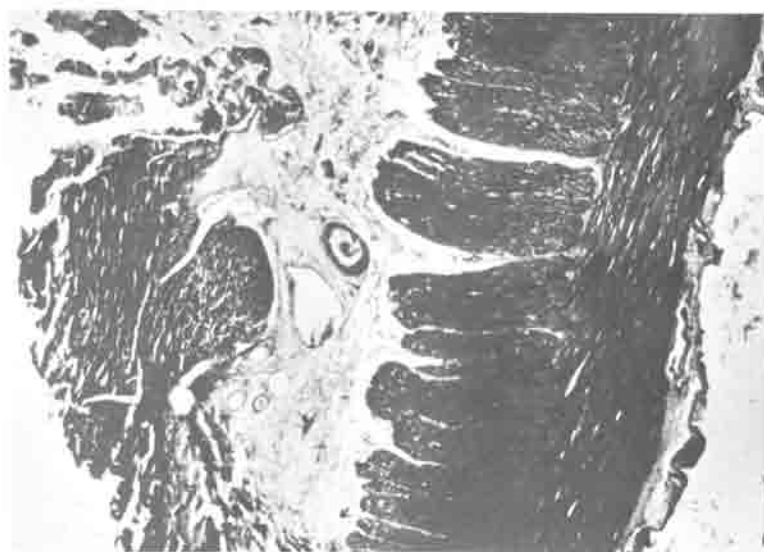


Fig. 5

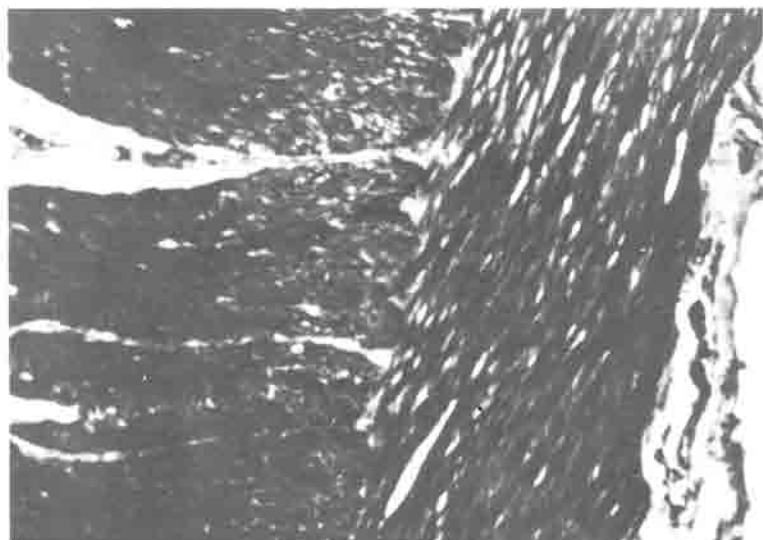


Fig. 6



Fig. 7

«segmento de colon, cuya mucosa no muestra alteraciones. Tras múltiples secciones practicadas no se evidencian células ganglionares del plexo mioentérico. En un punto situado en un extremo de la pieza, se observa un filete nervioso amielínico (Dr. Val Bernal) (figs. 5, 6 y 7).

El postoperatorio fue tumultuoso por la gran cantidad de líquidos retenidos por la ileostomía, lo que nos obliga a mantener constantemente la perfusión parenteral, para mantener el equilibrio electrolítico. A los 22 días es de nuevo intervenido, debido a un absceso de pared, que es drenado. A los 40 días es dado de alta en buen estado general, con perfecta tolerancia de la alimentación oral, y de la ileostomía. A los 5 meses, se le practica un descenso de íleo (Dr. Monereo), según la técnica de Lester Martín. En la actualidad el niño está bien, con un desarrollo estatural ponderal normal.

DISCUSION Y COMENTARIOS

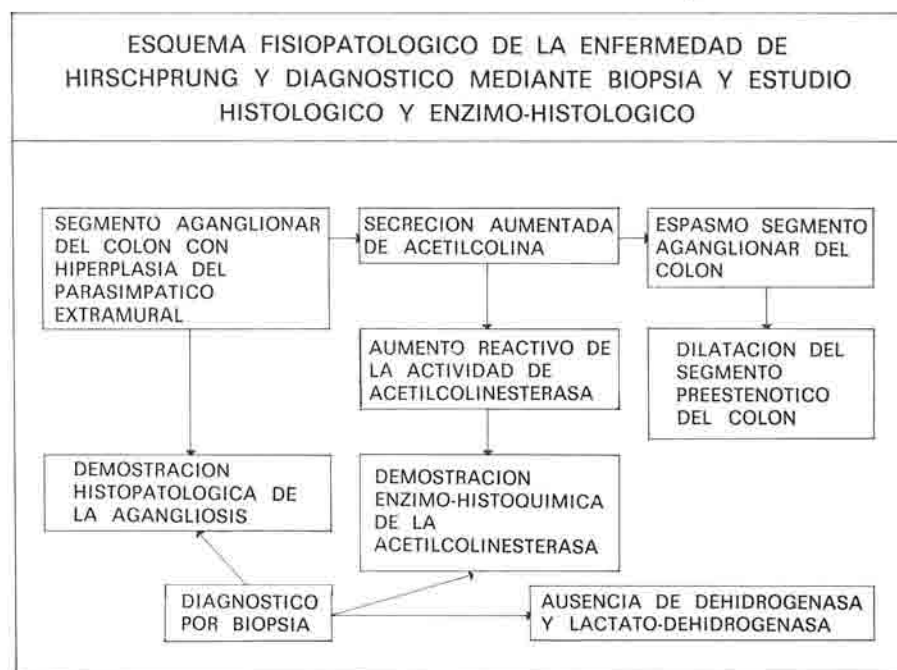
La enfermedad de Hirschprung se manifiesta clínicamente como una retrófilatación secundaria del colon, parcial o total, que puede incluir parte del íleon y del yeyuno en los casos extremos, resultado de la lucha del intestino sano contra un obstáculo de tipo funcional —estenosis funcional— constituido por la ausencia de peristaltismo del intestino distal. Esta ausencia de peristaltismo es consecuencia de la anomalía congénita de la inervación autónoma del intestino, que se traduce histológicamente por ausencia de células ganglionares de los plexos submucosos de Meisner y mioentéricos de Auerbach, con numerosos troncos amielínicos. Estos hechos es lo que movió a Laurence a denominar a la enfermedad de Hirschprung, como «una distonía aganglionar».

Los acontecimientos fisiopatológicos, de reciente adquisición, que se originan como consecuencia de la malformación descrita, van a tener una gran importancia en el diagnóstico precoz de la enfermedad. Por esto vamos a hacer un esquemático recuerdo de los mismos.

El aganglionismo de los plexos de Meisner y Auerbach, da lugar a una hiperplasia del parasimpático de la mucosa, hiperplasia que trae consigo un aumento de la secreción de acetilcolina, y un consecutivo espasmo del segmento aganglionar, siendo este espasmo, más que la falta de células ganglionares, el culpable de la dilatación del segmento prestenótico. El incremento de acetilcolina, da lugar a la aparición de cifras altas de acetilcolinesterasa intestinal. En el intestino normal no existe acetilcolinesterasa detectable, pero sí, dehidrogenasa y lactato-dehidrogenasa,

ausentes en los segmentos agangliónicos del colon. Vemos claramente que con la investigación enzimo-histológica de estos tres productos, acetilcolinesterasa, dehidrogenasa y lactato-dehidrogenasa, es posible llegar a consecuencias diagnósticas claras (cuadro 1).

En muchos Hirschprungs, pueden existir células ganglionares, pero éstas son escasas y a pesar de su escasez, pueden ser total o parcialmente suficientes, siendo necesario para su demostración investigar dehidrogenasa, lactato-dehidrogenasa y acetilcolinesterasa. Estos hipoganglionismos, que pueden no ser zonas de transición, sino definitivas, es lo que ha dado lugar al concepto de «células ganglionares vitales», que son aquellas en las que la actividad de dehidrogenasa y lactato-dehidrogenasa es la normal del intestino, o algo disminuida, pero existente, y en la que no es posible demostrar actividad de acetilcolinesterasa o ésta es muy escasa.



Cuadro 1

En los niños afectados de un Hirschprung agangliónico total, existe por lo común, un retraso en la expulsión de meconio de 48, 72 o más horas. Una vez expulsado el meconio, por sí sólo o con ayuda de sondas y/o enemas, comienza el niño a hacer deposición, pero no a un ritmo normal, sino de forma más espaciada. Son deposiciones de retención, no duras, de

un olor fétido, escasas y de un color blanco-terroso. El intervalo entre las deposiciones va haciéndose más largo a medida que pasan los días; el abdomen aumenta de volumen, se timpaniza y se presentan cuadros de oclusión intestinal que por lo general se resuelven con tratamiento médico, hecho que puede mover más a confusión. El niño está inquieto, agitado, llora, rechaza el alimento o come poca cantidad, vomita en algunas de las tomas y la curva de peso se estaciona, con tendencia al descenso, mientras el estado general se deteriora progresivamente.

En la exploración radiológica tres hechos sorprenden y tienen un gran interés diagnóstico:

- Una vez colocada la sonda rectal, al tratar de introducir el enema, existe una gran dificultad, teniendo que aumentar de forma notoria la presión para lograrlo.
- Superada esta dificultad y practicadas las radiografías encontramos una imagen normal o más reducida del colon.
- Después de eliminado el enema, mediante lavado, existe retención del contraste a las 24 horas, en ciego y resto del colon.

En el cuadro 2, exponemos los datos que deben hacer sospechar un Hirschprung agangliónico total.

DIAGNOSTICO DE PRESUNCION DEL HIRSCHPRUNG AGANGLIONICO TOTAL

- 1.^o RETRASO EN LA EXPULSION DE MECONIO
- 2.^o CUADROS OCLUSIVOS DE CORTA DURACION Y REPETIDOS
- 3.^o EN LOS INTERVALOS, DEPOSICIONES NO DURAS, DE MAL OLOR, COLOR TIPICO Y ESCASAS, CON ALGUNOS DESPEÑOS DIARREICOS
- 4.^o ABULTAMIENTO MAS O MENOS INTENSO DEL ABDOMEN
- 5.^o DIFICULTAD A LA INTRODUCCION DEL ENEMA, CON IMAGEN RADIOGRAFICA DE COLON NORMAL O CON APARICION DE MICROCOLON
- 6.^o DESPUES DE ELIMINADO EL ENEMA, MEDIANTE LAVADO, RETENCION DEL CONTRASTE EN CIEGO Y RESTO DEL COLON MAS DE 24 HORAS
- 7.^o PRUEBA MANOMETRICA CON EL CATETER DE BALON QUE MARCA UN TONO MUY AUMENTADO

Cuadro 2

La confirmación diagnóstica se hará por la demostración del aganglionismo, y por la investigación enzimo-histoquímica de dehidrogenasa, lactato-dehidrogenasa y acetilcolinesterasa en la mucosa obtenida mediante biopsia rectal, para lo que puede ser utilizada la sonda de Dobbins, por aspiración a unos centímetros del ano, y en el acto quirúrgico, mediante biopsia de la submucosa y muscular con demostración del aganglionismo (cuadro 3).

**DIAGNOSTICO DE PRESUNCION DEL HIRSCHPRUNGS
AGANGLIONICO TOTAL**

DEMOSTRACION DE AGANGLIONISMO POR VIA RECTAL

- 1.º Biopsia sub-mucosa y muscular con demostración de aganglionismo
- 2.º Biopsia de la mucosa e investigación enzimo-histoquímica de dehidrogenasa, lactato-dehidrogenasa y acetilcolinesterasa

**LAPARATOMIA E INVESTIGACION DE LOS DOS APARATOS ANTERIORES EN LAS
ZONAS DE PERSUASION SANA Y AGANGLIONICA**

Cuadro 3

RESUMEN

Definida la enfermedad de Hirschprung, se presenta la historia clínica de un niño afecto de un Hirschprung agangliónico total. Se hacen unos comentarios sobre la fisiopatología, encaminados a la confirmación diagnóstica, y sobre la clínica con el fin de llegar a una presunción diagnóstica, y a su confirmación.

B I B L I O G R A F I A

1. Robert Pages.—«Les formes coliques totales et subtotales de la Maladie de Hirschprung». Librairie Maloine. Paris 1963.
2. «Symposium sur les resultats du traitement de la Maladie de Hirschprung». Ann. Chir. inf. Tome 11, n.º 1-2. 1970.
3. J. Laserre. L. Saint Superez. R. Setac.—Diagnostic de la Maladie de Hirschprung aganglionique totale. Arch. Franç. de Ped. 1970, 27, 870.
4. D. Pellerin, et col.—«Un nouveau cas de Maladie de Hirschprung etendue. Nouvelle technique chirurgicale: ileocoloplastie». Arch. Franç. de Ped., 1971, 28, 223.
5. R. Moser. A. Widmer. W. Meier Ruge.—«Diagnóstico enzimático-histoquímico de la enfermedad de Hirschprung». Rev. Méd. Suiza. 3. n.º 32 (1971), 922-928.
6. W. CH. Hecker.—«Gastroenterologia quirúrgica pediátrica». M. M. W. 11-1971, 947-964.
7. D. Pellerin.-P. Arhan.—«Place de l'exploration fonctionnelle du rectum dans le diagnostic des megacolons de l'enfant». Journées Parisiennes de Pedistrl. 1972.
8. H. Verder. K. S. Johansen. K. Engbaek.—«Anal tonometry a diagnostic help-in Hirschprungs disease». Acta. Ped. Scand. 62: 59-65, 1973.

EN PATOLOGIA BRONCO PULMONAR

ALETOR

SERIE COMPLEMENTADA PARA LA TERAPIA RESPIRATORIA

CUANDO LA CON-
TELACION sintomá-
tica domina al cuadro

○ ALETOR
Solución

Mucolítico fluidifi-
cante de las secre-
ciones

○ ALETOR
COMPOSITUM
Solución

Mucolítico broncodi-
latador antitusígeno

CUADRO

○ TOS

○ DISNEA

○ Estados alérgicos

● ○ Expectoración

● Inflamación infección ● Ampicilina trihidrato

PRINCIPIO ACTIVO

○ Teofilin acetato de
codeína

○ Piridofilina

○ Teofilin propan
sulfonato de papaverina

● ○ Brozime

ALETOR actúa cuando, donde y como
es preciso actuar

CUANDO EXISTE
un substrato
bacteriano

● ALETOR AMPICILINA
60 y 120
Suspensión

● ALETOR AMPICILINA
Cápsulas 12 y 24
Antibiótico mucoli-
tico

● ALETOR AMPICILINA
FORTE 60
Suspensión
Antibiótico mucoli-
tico de acción enér-
gica

INDUSTRIAL FARMACEUTICA CANTABRIA, S. A.

Carretera de Cazoña - Adarzo, s/n.

SANTANDER



RaSaVé

Nuevo fármaco: antiviral.

Presentación: Núcleos grasos de ingestión oral. Caja con 84 núcleos. Supositorios. Caja con 12.

Composición: 1-2 difenil α - β dicetona y su superóxido, en vehículo graso.

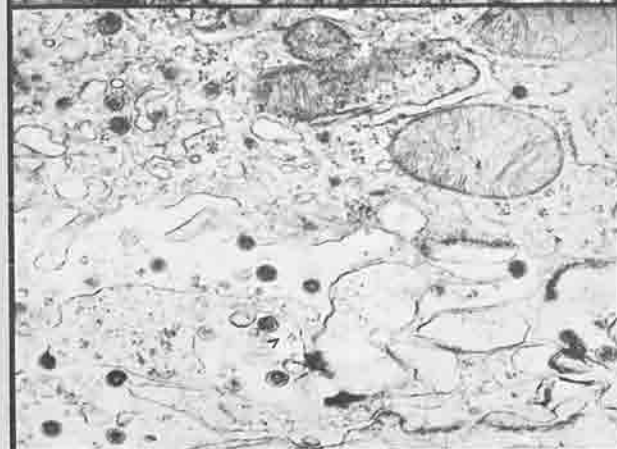
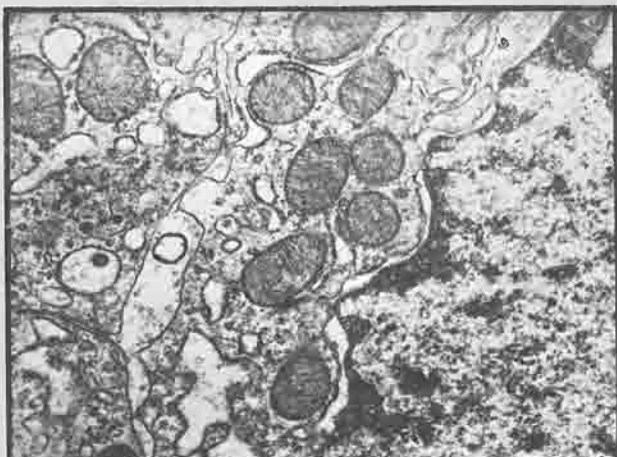
Mecanismo de acción:

Por ser aceptor de electrones, destruye las crestas mitocondriales de las células parasitadas por virus, inhibiendo la replicación vírica y produciendo necrobiosis focal selectiva.

Tolerancia: Máxima tolerancia sin contraindicaciones ni efectos secundarios.

Dosificación: Según el proceso a tratar.

Indicaciones: Todas las enfermedades producidas por virus.



Se ha podido comprobar a 17.000 aumentos que el RA-SAVE actúa sobre las crestas mitocondriales de las células parasitadas por virus, con lo cual se interrumpen los fenómenos de oxidación o transferencia electrónica, y la célula se necrosa.

Al alterarse los sistemas enzimáticos a nivel de las mitocondrias y degenerar las células parasitadas, se interrumpe la replicación vírica. En la foto se ven partículas B en fase estacionaria y pocas partículas víricas A o inmaduras.

Listeriosis.

Diagnóstico bacteriológico

Dr. D. Ernesto Crespo Domínguez
Dr. D. Teófilo González Fuente

Servicio de Bacteriología y Serología de la
Ciudad Sanitaria Francisco Franco de la Se-
guridad Social de Barcelona. Jefe de Depar-
tamento: Dr. D. Luis Arcalís Arce.

La Listeriosis es un cuadro clínico conocido en Clínica Veterinaria desde 1924, en que Murray y colaboradores aislaron y describieron el germen en una epidemia de conejos y cobayas.

Aunque en clínica médica fueron descritos casos aislados que podían identificarse como Listeriosis, no podemos hablar con propiedad de esta enfermedad hasta 1951 y 1954, en que Reiss, Potel y colaboradores presentan varios casos de la llamada «granulomatosis infantiséptica», y en la que ya hablan de probable transmisión por vía endouterina.

Pero cuando esta Zoonosis adquiere verdadera entidad clínica, es cuando Seeliger, en 1961, revisa la literatura, y su propio material clínico; desde entonces han sido citados numerosos casos, siendo una de las causas a tener en cuenta en los cuadros sépticos mortales neonatales, e incluso, como veremos más adelante, se citan casos en adultos, bajos de defensas por diversas causas.

MATERIAL Y METODOS

En la Ciudad Sanitaria Francisco Franco, desde el año 1966 hasta mayo de 1973 (durante 7 años) se han diagnosticado 106 casos de Listeriosis, 5 de adultos y 101 de Listeriosis neonatal en la Clínica Infantil.

De estos 106 casos, tenemos recogidas 91 cepas de *Listeria* aisladas de los siguientes productos, (cuadro 1), y a las que hemos realizado un estudio sero-bacteriológico, motivo de esta comunicación.

	L. C. R.	Hemocultivos	Contenido gástrico	Meconio	Frotis faríngeo	Frotis nasal	Frotis conjuntival	Frotis vaginal	Frotis umbilical	Exudado ótico	Cultivo necropsias
ADULTOS	4	1	—	—	—	—	—	4	—	—	—
NIÑOS	39	39	24	35	14	10	9	—	5	1	10
NUMERO DE ENFERMOS: 91											

Cuadro n.º 1

ESTUDIO SERO-BACTERIOLOGICO

1.º) **Examen microscópico:** Coco-bacilos Gram positivos, con disposición de los gérmenes paralelos, pero no en empalizada, letras chinas o en maza como el resto de las *Corynebacterias*. Son móviles, con 4 flagelos de distribución peritrica; esta propiedad de la movilidad, tiene valor Taxonómico, pues son muy móviles a 22º y pierden dicha movilidad a 37º.

2.º) **Caracteres culturales:** Crecen bien en agar-sangre corazón-cerebro, dando colonias gris-claras, betahemolíticas, pequeñas con un olor especial (¿café con leche?).

Resisten las bajas temperaturas, siendo una técnica de enriquecimiento para el aislamiento de *Listeria*, su crecimiento a 4 grados.

Resiste la hipersalinidad, creciendo bien en agar-Chapmann (cloruro sódico al 7,5 %) y más difícilmente en agar-cloruro sódico al 10 %.

Crece bien en agar-sangre telurito, dando unas colonias más pequeñas y ennegrecidas que el estafilococo.

Se han indicado el agar Mac Bride (fenil-etanol) como selectivo para aislamiento de *Listeria*; en nuestras manos no nos ha dado mejor resultado que cualquier agar enriquecido (agar-sangre, corazón-cerebro, por ejemplo).

3.º) Caracteres bioquímicos:

Aparte de las características de beta hemolisis y movilidad en agar blando ya descritas, hemos realizado las siguientes pruebas bioquímicas:

- Indol, que es negativo
- Rojo de metilo, positivo
- Voges-Proskaver, variable
- Citrato, negativo
- Sulfídrico, no producen
- Ureasa, negativa
- Nitrato-reductasa, negativa
- Gelatina, no licuan
- Catalasa, positiva
- Citrocromo-oxidasa, negativa
- Fermenta los azúcares siguientes:
 - Glucosa
 - Maltosa
 - Salicina
 - Esculina
 - Levulosa
 - Glicerina
 - Manitol
 - Rafinosa (1)
- No fermenta los azúcares siguientes:
 - Inulina
 - Sacarosa
 - Sorbitol
 - Galactosa
 - Xilosa

Actualmente estamos investigando una más extensa batería de pruebas bioquímicas.

(1) La fermentación de este azúcar la tenemos en revisión, ya que las citas bibliográficas consultadas afirman que no lo fermentan, y en nuestro caso todas las cepas la fermentan.

4.º) Caracteres antigénicos:

En todas las cepas, y como prueba diagnóstica, hemos realizado el serotipado frente sueros específicos (Difco), siendo todas las cepas de tipo 4, excepto 2 procedentes de adultos y 2 de niños, que corresponden al serotipo 1.

También hemos realizado el diagnóstico serológico indirecto con suero del enfermo (o de la madre) frente a antígeno H y O de los tipos 1, 4a y 4b según la técnica de Widal. Consideramos una seroaglutinación sospechosa, cuando el título es superior al 1/40, o bien si el título aumenta en un período de 15 días, 4 veces el valor inicial. De todas maneras, este medio diagnóstico lo tenemos en estudio y revisión.

Actualmente estamos estudiando el diagnóstico por inmunofluorescencia tanto directa como indirecta, cuyos resultados, juntos con otros datos, pensamos presentarlo en el IV Congreso Nacional de Microbiología de Granada.

5.º) **Caracteres de sensibilidad antibiótica.**—Hemos estudiado la sensibilidad «in vitro» frente a diversos antibióticos, según técnica disco-placa con conversión de halos en mm., en C.M.I., y siguiendo las recomendaciones de la OMS.

Los antibióticos estudiados y los resultados, son los siguientes:

Penicilina:	C.M.I. = —	
Cloxacilina:	C.M.I. = —	
Eritromicina:	C.M.I. = 0,25	mcg./ml.
Lincomicina:	C.M.I. = 2 á 4	mcg./ml.
Ampicilina:	C.M.I. = 0,12	mcg./ml.
Cefalosporinas:	C.M.I. = 0,25	mcg./ml.
Estreptomina:	C.M.I. = 0,25 á 1	mcg./ml.
Cloranfenicol:	C.M.I. = 2	mcg./ml.
Novobiocina:	C.M.I. = 0,25	mcg./ml.
Kanamicina:	C.M.I. = 0,12 á 0,25	mcg./ml.
Tetraciclina:	C.M.I. = 0,12 á 0,5	mcg./ml.
Gentamicina:	C.M.I. = 0,12 á 0,25	mcg./ml.
Rifampicina:	C.M.I. = 0,12	mcg./ml.
Colistina:	C.M.I. = —	
Carbenicilina:	C.M.I. = 0,5	mcg./ml.
Aminosidina:	C.M.I. = 0,5 á 1	mcg./ml.
Fosfomicina:	C.M.I. = infinito	mcg./ml.
Trimetoprim:	C.M.I. = —	

A todos los antibióticos es muy sensible, salvo a la Colistina que es variable, y a la Fosfomicina, al cual, todas las cepas son resistentes.

Nosotros como diagnóstico rápido damos valor a las siguientes pruebas serobacteriológicas:

- Coco bacilo gram positivo
- Colonias gris claras
- Olor a café con leche
- Betahemolisis
- Móvil, con las características ya explicadas sobre la temperatura
- Catalasa positiva
- Fermentación de la esculina
- Serotipado.

REVISION CLINICA.—De los 5 casos de adultos, 3 eran L.C.R. ambulatorios no controlados, 1 L.C.R. de una enferma con neoplasia y el caso de hemocultivo positivo, era un enfermo de regulación humoral (diálisis).

Por deferencia del Dr. Ballabriga, Director de la Clínica Infantil de la Ciudad Sanitaria Francisco Franco, y de los doctores Gallart y Almar, que llevan el Servicio de Neonatología, hemos revisado las 101 historias clínicas de los casos de Listeriosis, habiendo sacado los siguientes datos clínicos:

En cuanto al **sexo**; no hay diferencia: 52 hembras y 49 varones.

Antecedentes maternos.—Aunque no en todos los casos se han podido coger datos, de los que hemos conseguido, tenemos los siguientes:

Sintomatología ligeramente sospechosa:

- 2 con cardiopatía
- 2 con metrorragia
- 4 con infección urinaria unos días antes del parto.
- 1 con no movimiento fetal desde 5 días antes.
- 1 con 3 abortos.

Sintomatología sospechosa:

- Con síndrome febril no explicado, en los 2 últimos meses de embarazo

— Con flujo abundante y maloliente (leucorrea) en los 2 últimos meses	27
— Fiebre no explicada, 24 horas antes del parto	16

Sintomatología sospechosa clara:

— Serología a <i>Listeria</i> superior a 1/40	25
— Aislamiento de <i>Listeria</i> en F. vaginal	8

Signos clínicos en neonato listerioso:

— Apgar inferior a 6	33
— Apgar superior a 6	41
— Apgar no recogido	27
— Con Sepsis	55
— » distress respiratorio	68
— » gran hipotonía	39
— » cuadro meníngeo	34
— » lesiones cutáneas	26
— » gran anoxia	49
— » bradicardia marcada	7
— » cuadros ictericos	37

Resolución:

Fallecimientos: 60, de los cuales 5 ingresaron cadáveres.

Curaciones: 41, de los cuales, 1 de ellos, después de ser dado como curado de Listeriosis, fallece de Sepsis (¿*E. Coli*?) con aislamiento de *E. Coli* 0119 B4 del coprocultivo.

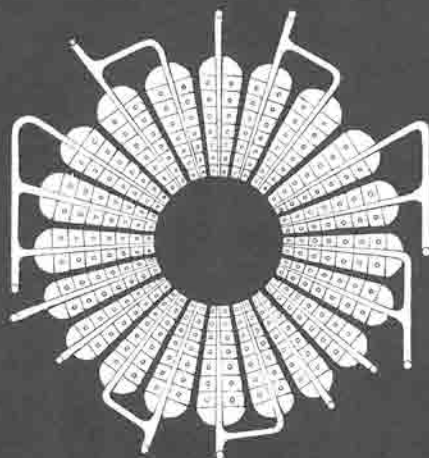
Datos anatomo patológicos: Salvo en 3 casos que no se realizó necropsia, todos los demás casos presentaban los típicos granulomas listeriosos.

Tratamiento: Aparte las medidas generales, los antibióticos más empleados son las asociaciones de Ampicilina y Gentamicina, o bien la de Ampicilina y Kanamicina.

Alteraciones de la función bioquímica
hepática

Ripasón Forte

restablece la integridad metabólica
celular, normalizando los sistemas
enzimáticos (mitocondrias, micro-
somas, núcleos celulares)



**Lesiones hepáticas crónicas de cualquier etiología y
gravedad**

POSOLÓGIA: 1-2 amp. de 2 c.c. al día, por vía intramuscular profunda o intravenosa (sin necesidad de diluir)

PRESENTACIÓN: Cajas de 5 y 12 amp. de 2 c.c.

Robapharm

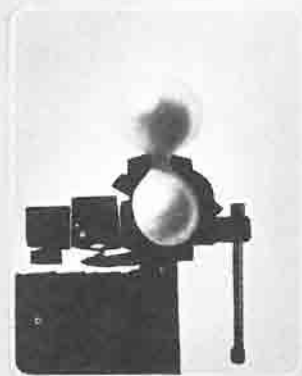
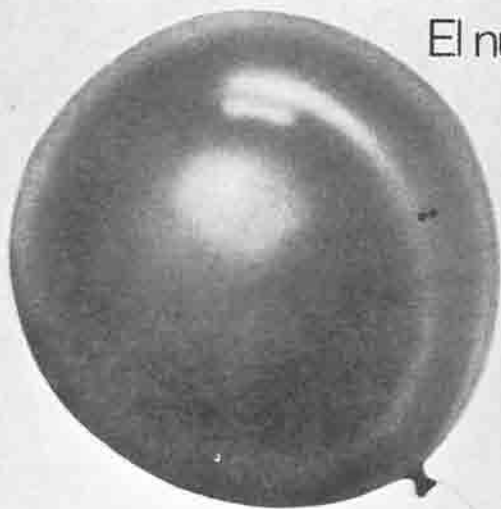
PHARM
ROBAPHARM

neoride

El nuevo sulpiride



HOSBON



libera del lastre
de las
somatizaciones

Envase con 30 cápsulas

P.V.P. 294,20 Ptas.

HGH y enfermedad celíaca

Dr. Fernández de las Heras
Dr. Martín Bermejo
Dr. Jiménez Mena
Dr. Muro
Dr. Zurro

Residencia Sanitaria «Onésimo Redondo», Ser-
vicio de Pediatría (Director: Dr. F. Fernández
de las Heras). Valladolid

El retraso en el crecimiento en peso y talla o fracaso en el medro constituye uno de los síntomas más constantes de la enfermedad celíaca en la infancia.

El estudio somatométrico de nuestros pacientes ha mostrado que en más del 60 % de los casos el retraso del crecimiento en talla es superior al retraso en peso, y a veces superior en el momento de aparición de los síntomas o «comienzo de la enfermedad», de modo que valorándolo respectivamente pudiera servirnos de síntoma guía o «de aviso».

En este trabajo comentamos los resultados obtenidos en la liberación de hormona de crecimiento (HGH) en enfermos celíacos, especialmente antes del tratamiento o cuando éste no ha sido rigurosamente seguido.

METODO: Se han estudiado 17 niños, 11 pacientes y 6 controles. Han servido de control 6 niños con retraso en el crecimiento entre el percentil 3 y 10, en los que la biopsia mostraba una mucosa yeyunal normal. El diagnóstico de enfermedad celíaca ha sido establecido con arreglo a los

criterios anamnésticos, clínicos, biológicos, histológicos y terapéuticos habituales. En relación con los criterios señalados por la Sociedad Europea de Gastroenterología Pediátrica hemos de decir que en 9 casos no habían transcurrido 2 años de tratamiento y en los 2 restantes la biopsia tomada entre 2 y 3 años después del diagnóstico y tratamiento, seguía mostrando imágenes de atrofia subtotal.

La tabla 1 muestra los datos de nuestros pacientes en el momento del diagnóstico, la última columna se refiere a la fecha en que hacemos este estudio.

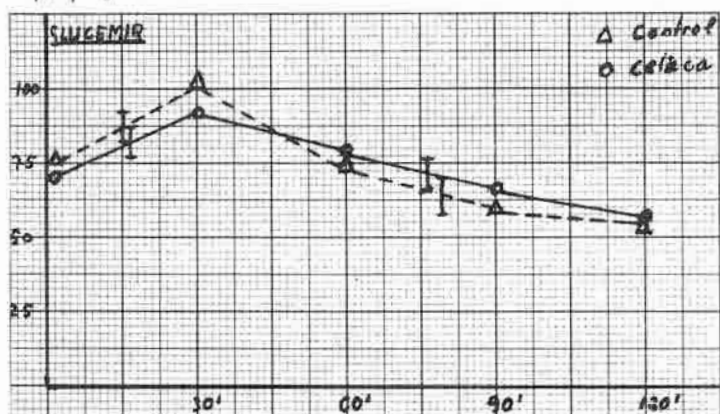
Obs.	Edad.	Peso	Talla	E. ósea	Comienzo	T. trat.
1	3a.5m.	— 3 %	— 3 %	↓	10m.	2 a.
2	10m.	3 %	3 %	N	6m.	—
3	3a.5m.	— 3 %	— 3 %	↓	11m.	—
4	19m.	3 %	3 %	↓	10m.	—
5	24m.	3 %	— 3 %	↓	11m.	3 m.
6	7a.2m.	— 3 %	— 3 %	↓	12m.	3 a.
7	14m.	10 %	10 %	N	11m.	—
8	6a.6m.	3 %	— 3 %	↓	14m.	18m.
9	12m.	10 %	3 %	↓	9m.	—
10	15m.	3 %	3 %	N	11m.	—
11	18m.	— 3 %	— 3 %	↓	7m.	2 m.

Tabla 1

Hemos realizado en todos ellos, sobrecarga oral de glucosa (un grm./kg. de peso), previo ayuno de 12 horas, con determinación de los niveles plasmáticos de glucosa (glucosa-oxidasa), insulina (Cea-Ire-Sorin) y HGH (Cea-Ire-Sorin) a los 0-15-30-45-60-90 y 120 minutos.

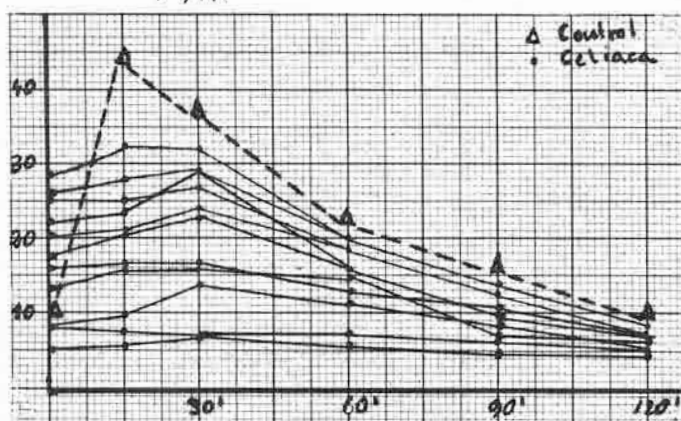
RESULTADOS: Con la prueba de sobrecarga oral de glucosa hemos obtenido los resultados que quedan expresados en las gráficas 1 y 2. Los niveles plasmáticos de glucosa se elevan en pacientes y controles, y si bien la media es algo menor en los enfermos celíacos, la diferencia no es significativa.

1g/kg glucosa oral



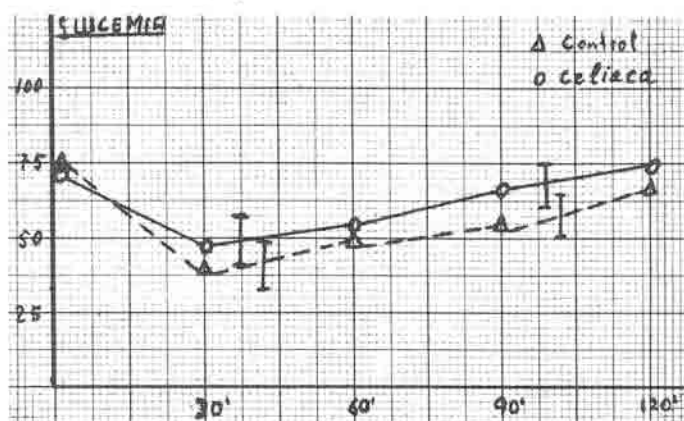
Gráfica 1.—Niveles plasmáticos de glucosa tras la sobrecarga oral.

Insulinemia $\mu\text{u/ml}$



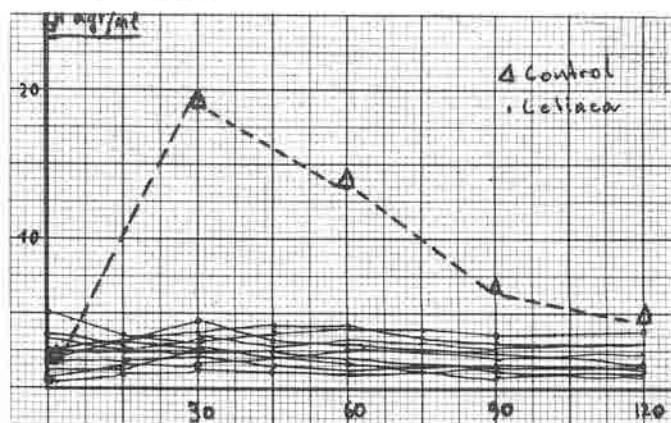
Gráfica 2.—Niveles plasmáticos de insulina (en $\mu\text{u/ml}$.) tras la sobrecarga oral de glucosa.

Insulina i.v. 1 u/kg



Gráfica 3.—Niveles plasmáticos de glucosa tras la administración i.v. de insulina (1 u/kg.).

Insulina i.v. 1 u/kg



Gráfica 4.—Niveles plasmáticos de HGH (en ngr/ml.) tras la administración i.v. de insulina.

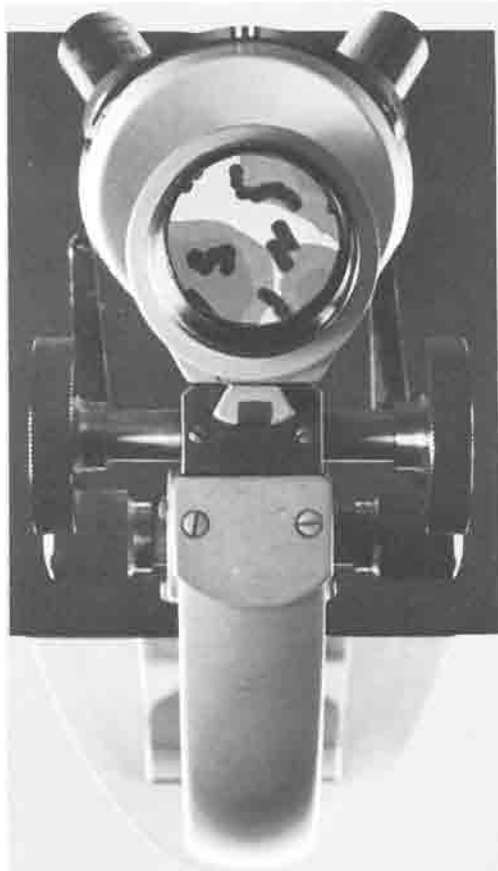
Las cifras de insulina plasmática son algo menos elevadas en los celíacos pero con amplias variaciones de unos a otros; con frecuencia la elevación es tardía. Estas variaciones no tienen significación estadística.

Las variaciones en la concentración plasmática de HGH son muy escasas tras la sobrecarga con glucosa, tanto en pacientes como en controles.

Con la prueba de insulina intravenosa hemos obtenido los resultados que se recogen en las gráficas 3 y 4. Las variaciones en la glucemia son algo más intensas en los controles con muy escasas diferencias. No así la concentración de HGH plasmática. Como muestra la gráfica 4 los niveles plasmáticos de HGH tras el estímulo hipoglucemiante de la insulina son muy bajos en el enfermo celíaco. En este sentido la respuesta de los pacientes es notablemente uniforme y el hecho sí tiene significación estadística ($P < 0,01$).

Resultados similares a los nuestros han sido obtenidos por DAY, EVANS y WHARTON (1973) tras la administración endovenosa de Tolbutamida, la cual al parecer también estimula las dos fases de liberación y síntesis de insulina. Si la acción de la Tolbutamida endovenosa es independiente del intestino, como parece lógico presumir; no se explica la baja respuesta insulínica, salvo pensar en un efecto específico del gluten sobre las células beta o una acción inespecífica de la mucosa del intestino delgado sobre el páncreas ya directamente, ya a través del enteroglucagon o la secretina.

Por lo que respecta a la escasa liberación de HGH los trabajos son todavía escasos. Estimulando su liberación con Bovril otros a.a. encuentran una liberación normal e incluso aumentada, lo que quizá hay que poner en relación con el nivel plasmático de aminoácidos aumentados en el enfermo celíaco tras la sobrecarga oral. De otra parte sabemos que la HGH incrementa la síntesis de insulina, como lo demuestra la aumentada respuesta insulínica a la glucosa en acromegálicos o pacientes tratados con HGH. En este sentido otros estudios con sobrecarga de arginina pueden ser interesantes. En el momento actual pensamos que este déficit en la liberación de HGH puede participar en el retraso del crecimiento de estos pacientes.



HUBBER

AMPLIA SU ESPECTRO DE ACCION ANTIBIOTICA

HUBERLEXINA SIMPLE, Suspensión oral, 60 c.c.
(conteniendo 25 mg de cefalexina base por
c.c. - P.V.P. 245,— ptas.)

HUBERLEXINA FORTE, Suspensión oral, 60 c.c.
(conteniendo 50 mg de cefalexina base por
c.c. - P.V.P. 442,20 ptas.)

HUBERLEXINA, Cápsulas, 12 y 24 cap. por caja
(conteniendo 250 mg de cefalexina base por
cápsula. P.V.P. 438,70 y 830,80 ptas.)

HUBERLEXINA

CEFALEXINA



LABORATORIOS HUBBER, S. A.

Berlín, 38-48

BARCELONA-15

ANTIINFLAMATORIO (no hormonal) DE ELECCION



SINERBE

30 grageas

P. V. P. 130,40 ptas.

Pomada

P. V. P. 73,90 ptas.

Benzidamina

α -Quimotripsina

Tripsina

+ Vitamina A y D₃

SINERBE CICLINA

suspensión

120 c. c.

P. V. P. 176,70 ptas.

24 grageas

P. V. P. 177,70 ptas.

Benzidamina

α -Quimotripsina

Tripsina

Tetraciclina

Cloranfenicol

+ Vitamina B₁

OTO SINERBE

gotas

P. V. P. 43,10 ptas.

Benzidamina

Tetraciclina

Neomicina

Sulfanilamida



LABORATORIOS DEL DOCTOR ARISTEGUI. - BILBAO

Perforaciones digestivas neonatales

Dr. Fernández de las Heras
Dr. Martín Bermejo
Dr. Jiménez Mena
Dr. Muro

Residencia Sanitaria «Onésimo Redondo». Ser-
vicio de Pediatría (Director: Dr. F. Fernández
de las Heras). Valladolid

Las perforaciones digestivas, constituyen una eventualidad poco frecuente en el período neonatal (1, 3, 4, 5, 7, 9) y aunque conocidas de antiguo (Siebold, 1825) siguen presentando en la actualidad severo pronóstico.

La reciente observación en nuestro Servicio de dos casos de perforación gástrica y uno duodenal, y la desfavorable evolución de los mismos, nos ha movido a su publicación, tratando de contribuir a la difusión de su conocimiento del que derivará un diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico oportuno, única posibilidad de sobrevivencia de estos pacientes.

Caso I; S. B. varón, primer hijo, procedente de embarazo y parto normal con anoxia inmediata intensa, necesitado de reanimación mediante intubación endotraqueal y respiración asistida. Comienza los primeros movimientos respiratorios espontáneos a la media hora de vida. Hipotomía generalizada, reflejos arcaicos ausentes, respiración superficial y entrecortada con frecuentes crisis de apnea. Peso, 2.800 grs. Fallece a las 12 horas.

Necropsia: Al abrir peritoneo encontramos delante del estómago un gran coágulo de sangre y algunas burbujas gaseosas. El estómago está

distendido, la pared es delgada y friable, desgarrándose al cogerlo con las pinzas para ver la cara posterior. En esta cara y en el tercio medio, próxima a la curvatura mayor presenta una perforación redondeada de 2 mm. de diámetro. El estómago contiene en su interior abundante cantidad de sangre y después del lavado se aprecian algunos puntos hemorrágicos.

Estudio microscópico: Perforación de todas las capas del estómago. En los bordes fibras musculares, dislaceradas, contraídas. Edema de la submucosa. No hay infiltración celular.

Caso II.—P. C., hembra, primer hijo. Embarazo normal; parto de nalgas con sufrimiento fetal previo. No inicia respiración espontánea, necesitando intubación traqueal y respiración asistida durante 20 minutos. Hipotonía, reflejos arcaicos ausentes, abundantes estertores en ambos campos pulmonares. Peso 2.600 grs. Fallece a las 12 h. después de 8 crisis de apnea y cianosis. Momentos antes de la muerte distensión epigástrica.

Necropsia: Al abrir peritoneo sale abundante gas a tensión apreciándose un coágulo de sangre en la cara anterior del estómago e intestino subyacente. En la curvatura mayor del estómago, a nivel del tercio medio se aprecia una perforación redonda de 3 mm. y rodeada de una zona circular de coloración cianótica. Una zona de coloración similar se encuentra a 3 cms. en dirección al cardias sin apreciarse perforación (fig. 1).

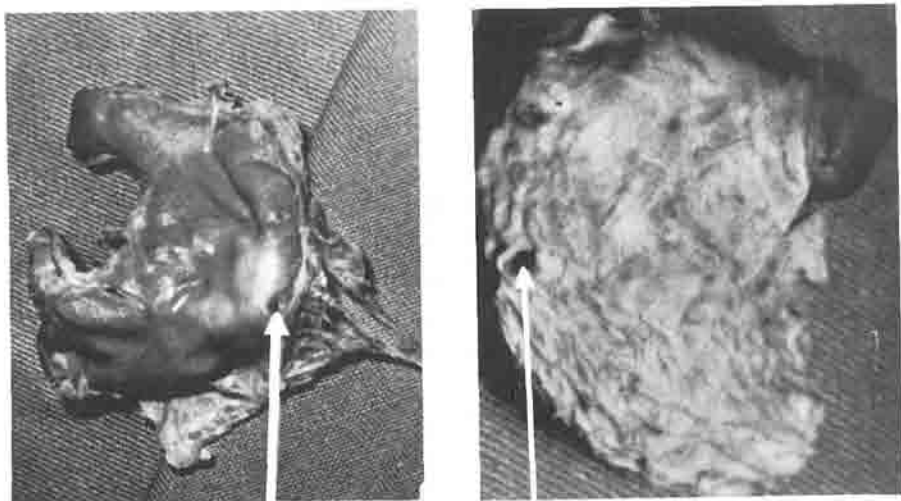


Fig. 1.—Caso n.º 2: a) La flecha gruesa señala la perforación, la delgada la zona cianótica y deprimida (Ver texto); b) La misma pieza con el estómago evertido.

Estudio microscópico: Ligeró infiltrado hemático de la región que rodea la perforación. No aspecto inflamatorio. Normalidad de la capa muscular.

Caso III.—G. T. P., hembra, 4.º hijo precedido de 3 abortos. Madre añosa. Embarazo que cursa con hipertensión y además desde el 5.º mes siendo tratada con hipotensores y régimen hiposalino. Parto normal. Anoxia neonatal inmediata. Peso 1,950 grs. A las 48 h. de vida, decaimiento, hipotonía, flacidez, escasa apetencia para las tomas, cara de sufrimiento. Horas después distensión abdominal, iniciando distres respiratorio rápidamente progresivo.

Radiografía de abdomen en posición vertical; neumoperitoneo y niveles (fig. 2).



Fig. 2.—Caso n.º 3: Neumoperitoneo y niveles.

A las 56 h. laparotomía, aspirándose 150 c.c. de líquido amarillento en cavidad peritoneal, apreciándose perforación puntiforme en primera porción de duodeno que es saturada en un plano. Antibiograma de exudado peritoneal se aísla *E. Coli*.

Post-operatorio: Aspiración gástrica, reposición hidroelectrolítica y carbenicilina, fallece a los 2 días. No se practica autopsia.

COMENTARIOS

Es de señalar en todos nuestros casos la coincidencia de bajo peso al nacimiento, anoxia neonatal grave con intentos de recuperación, perforación única y alta, y sintomatología clínica digestiva poco aparente, salvo en el caso n.º 3.

Las perforaciones digestivas pueden ser únicas o múltiples, ya sea en lugares próximos o distantes. Su localización más frecuente es en el estómago (65 % de los casos) con preferencia en la curvatura mayor (70 %), repartiéndose el resto en proporciones similares de curvatura menor, polo superior, región antro-pilórica y caras anterior y posterior. Le siguen en orden de frecuencia la región ileo-cecal, duodeno y colon. Su tamaño es variable, en general más amplia a nivel de la gran curvatura y duodeno y casi siempre pequeña y puntiforme a nivel de la región antro-pilórica (4).

La sintomatología derivada de la perforación suele comenzar tras un intervalo libre al 2.º ó 3.º día de la vida, poniéndose de manifiesto los más frecuentes de manera solapada: afectación del estado general, rechazo de las tomas, modificación del comportamiento, etc. No es frecuente en sus comienzos la sintomatología oclusiva típica. Los vómitos son inconstantes pudiendo ser biliosos, fecaloideos y en ocasiones hematinicos. La distensión abdominal es el signo más llamativo apareciendo de manera brusca o solapada, iniciándose o incrementándose rápidamente si ya existía la dificultad respiratoria, como consecuencia de la compresión diafragmática por el aire y líquido libre en la cavidad peritoneal y el shock. El abdomen, aunque distendido, es usualmente blando. Si el líquido existente en peritoneo se infecta —más frecuente en las perforaciones bajas— aparece edema y enrojecimiento de la pared abdominal, pero ello es inconstante y siempre tardío. En ocasiones se asocia sintomatología neurológica, hipotonía, convulsiones, apnea, etc., y con frecuencia en tales casos estos hechos preceden a la distensión abdominal.

La sospecha clínica se confirma por la radiografía simple de abdomen en posición vertical (postero-anterior y lateral) que pone en evidencia el

aire y líquido existente en la cavidad peritoneal. La ausencia de signos radiológicos no permite descartar el diagnóstico, siendo prudente repetir la exploración horas después.

En ocasiones la perforación no entraña ninguna sintomatología digestiva, siendo en tales casos un hallazgo necrópsico. Caso 1.

Son más frecuentes en prematuros y en aquellos recién nacidos que sufren anoxia neonatal. (1, 2, 3, 8).

La etiología es múltiple y en parte debido a esta multiplicidad aún permanecen oscuros los mecanismos etiopatogénicos. Las causas invocadas son muy numerosas, pudiéndose agrupar en: **a) Causas mecánicas** (atresia, estenosis, íleo meconial, malrotación y vólvulo, invaginación, intervenciones iatrógenas), **b) Anatómicas** (ausencia congénita de la lámina muscular, enfermedad de Hirschprung, divertículos, mucosa gástrica ectópica, úlcera gástrica), **c) Vaculares** (oclusión mesentérica, anastomosis arteriovenosa en el intestino, isquemia vascular en el intestino por Shock, venoespasmo, éxtasis circulatorio por poliglobulia y deshidratación), **d) Infecciosas** (enteritis, colitis) (3).

En relación con la patogenia, varios mecanismos se han señalado que pueden conducir a la perforación, según cada caso o autor.

Merecen citarse las ideas de Gouyon y col. (4) quienes recogen 25 observaciones personales de perforaciones digestivas en prematuros, insistiendo sobre la existencia de «ulceraciones perforantes» asociadas a la perforación, encontrándolas con elevada frecuencia tanto en los casos de localización gástrica como duodeno-intestinal, reivindicando la tesis de «una enfermedad ulcerosa neonatal», atribuyendo papel en la génesis de la misma a la hiper-acidez gástrica neonatal, a la hipersecreción córtico-adrenal en el cuadro de un Síndrome de adaptación de Seyle (¡aunque no actuarían en este sentido los corticoides y ACTH Terapéuticos!) o la existencia de un fenómeno de Reilly por irritación del sistema nervioso vegetativo o central, facilitado todo ello por la fragilidad capilar aumentada, propia del prematuro. Consideran sin embargo que es poco probable que estos factores etiopatogénicos intervengan en las perforaciones íleo-colicas. No encuentran en su estadística elevada proporción de casos que hubieran sufrido anoxia neonatal. En nuestro caso 2, existía una «ulceración perforante» asociada a la perforación y úlceras similares encontramos frecuentemente en las necropsias de recién nacidos anóxicos, ya sean prematuros o con peso normal.

En el año 1943 Herbut (6) encuentra en el lugar de la perforación gástrica aplasia de la capa muscular. Desde entonces más de 30 casos similares han sido publicados (1, 2, 9) en los que el corte histológico de la

zona circundante a la perforación existía ausencia o hipoplasia de la capa muscular. Shaw y col. (10) no aceptan esta posible agenesia, demostrando experimentalmente en perros recién nacidos al someter el estómago a una hiperdistensión con aire y provocar rupturas del mismo, lesiones anatómopatológicas similares a las descritas por los anteriores autores, considerando que la contracción de las fibras musculares produce una falsa impresión de ausencia del músculo en determinadas zonas. Esto mismo confirma en un prematuro que acaba de fallecer y en un adulto con rotura traumática del estómago al caerle un objeto de gran peso.

Parece muy verosímil que un gran número de perforaciones gastrointestinales tienen como causa común la isquemia, ya sea ésta local (obstrucción intestinal, vólvulo, etc.); regional (oclusión mesentérica, espasmo venoso por cateterización de la vena umbilical) o general (anoxia grave, Shock) provocando un mecanismo de defensa irrigatoria, protegiendo al cerebro y corazón a expensas de la circulación mesentérica, renal y periférica (8). Trabajos experimentales como el de Touloukian así lo confirman y es de señalar que regiones que experimentalmente no sufren isquemia tampoco son clínicamente lugares de asiento de la perforación, tales el esófago y el recto. Cuando la hipoxia es suficientemente intensa o persistente tiene lugar una isquemia selectiva de la circulación intestinal, si esta situación se prolonga dará lugar a hemorragia local, debido por una parte al aumento de la fragilidad y permeabilidad capilar y de otra, si estos pacientes son sometidos a reanimación, a la congestión vascular que ésta llevará consigo; la isquemia y la hemorragia condicionarán la necrosis focal de la mucosa y la consiguiente perforación con invasión bacteriana o no.

La evolución natural de la perforación es hacia la peritonitis, sepsis y muerte por lo que el tratamiento quirúrgico es obligado.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—AMADEO, J. H.; ASHMORE, H. W. y APONTE, G. E.: Neonatal gastric perforation caused by congenital defects of the gastric musculature. *Surgery*, 47: 1010, 1960.
- 2.—CARDESA, J. J.; ROMANOS, A.; PERA MADRAZO, C.; DURAN DE VARGAS, L.; LUENGO PEREZ, J. M. y GONZALEZ HACHERO, J.: Perforación espontánea de estómago en recién nacido. *Rev. Esp. Pediat.*, 27: 317, 1971.
- 3.—DUYCK, E. M.; DE BETHUNE, G.; VAN MAELE, E. y MERTENS, A.: Nécrose hémorragique de la muqueuse intestinale chez le nouveau-né (A propos d'une observation). *Arch. Franc. Pédi.*, 28: 545, 1971.
- 4.—DE GUYON, F.; SARRUT, S.; ALISON, F. y ROSSIER, A.: Les perforations spontanées du tube digestif dans la période néonatale. *Ana. Pédiat.*, 40: 650, 1964.
- 5.—GONZALEZ-CRUSSI, F.; STAPITHANONDA, P. y SUBASH RAMCHAND: Spontaneous gastric rupture in infants and children. *Digest. Dis.*, 15: 463, 1970.
- 6.—HERBURT, P. A.: Congenital defect of the musculature of the stomach with rupture in a newborn infant. *Archs. Path.*, 36: 91, 1943.
- 7.—LIVADITIS, A. y OKMIAN, L.: Gastric perforation in the neonate. *Acta. Paediat.*, 52: 595, 1963.
- 8.—LLOYD, J. R.: The etiology of gastrointestinal perforations in the newborn. *J. Pediat. Surg.*, 4: 77, 1969.
- 9.—MOLZ, G.: Magenperforation beim Neugeborenen. *Helv. Paed. Acta*, 21: 94, 1966.
- 10.—SHAW, A.; BLANC, W. A.; SANTULLI, T. V. y KAISER, G.: Spontaneous rupture of stomach in the newborn: A clinical and experimental study. *Surgery*, 58: 561, 1965.
- 11.—TOULOUKIAN, R. J.; POSCH, J. N. y SPENCER, R.: The pathogenesis of ischemia gastroenterocolitis of the neonate: Selective gut mucosal ischemia in asphyxiated neonatal piglets. *J. Pediat. Surg.*, 7: 194, 1972.



TOXEPASI "50"

URIDIN-DIFOSFOGLUCOSA (UDPG), IBYS

50 miligramos de UDPG por ampolla, la dosis diaria que las experiencias clínicas nacionales y extranjeras han demostrado que es la de mayor efecto terapéutico.

- *Menor duración del tratamiento*
- *Mejor respuesta terapéutica*
- *Mayor comodidad para el paciente*

PRESENTACION

Envases de 5 ampollas de 50 mg. de actividad enzimática de UDPG liofilizado y 5 ampollas de disolvente. (571,45 Ptas.)



Instituto IBYS

INDICACIONES

Tratamiento de los procesos patológicos del hígado por medio de un *producto fisiológico* de acción farmacológica perfectamente conocida y comprobada en la clínica.

Como tratamiento base en:
Hepatitis agudas de origen tóxico, viral o bacteriano.

Hepatitis crónicas.

Estados precirróticos.

Insuficiencias hepáticas de etiología diversa.

Trastornos hepáticos que precisan una acción antitóxica y destoxicante.

Como coadyuvante en:
Cirrosis hepática.
Esteatosis hepática.

Como profiláctico en:
Prevención de las manifestaciones hepatotóxicas (alimentarias y medicamentosas)

Procesos necrotóxicos:

Quemaduras.

Intervenciones quirúrgicas.

Transfusiones sanguíneas, etc.

Anestesia, shock séptico, convalecencia de procesos infecciosos.

[®]Fiborán

antiarrítmico
de amplio campo de acción

en el tratamiento de

- extrasístoles y taquicardias ventriculares o supraventriculares
- extrasístoles auriculares y fibrilaciones auriculares agudas

mayor eficacia, mantenida
con una sola toma diaria

mayor eficacia, con igual dosis
tanto por vía oral como parenteral

mayor eficacia, junto a una
excelente tolerancia biológica y
cardiovascular



A. Christiaens, S. A. Bruselas
Distribuidor: Zyma Ibérica
Marco Aurelio, 3. Barcelona

Cápsulas de 50 mg.
Env. con 30 y 60. 311,10 y 586,40 ptas.
Ampollas de 200 mg. (20ml.)
Env. con 1. 66,90 ptas.



Nefropatía hipercalcémica experimental

Dr. D. F. Collado Otero

Jefe de Servicio, Clínica Infantil La Paz
Prof. Asociado de Pediatría, Facultad Autónoma
de Medicina

INTRODUCCION

Cuando el Dr. Campano me invitó a dar una conferencia en la Sesión de recuerdo a mi Maestro el Prof. Guillermo Arce, no dudé un momento en elegir este tema.

En primer término por ser una materia muy querida sobre la que he trabajado durante varios años, tanto desde el punto de vista clínico como experimental. Nuestra experiencia al respecto es muy directa.

La segunda razón por la que hemos elegido este tema, es la enorme importancia y gravedad que entraña el problema de la intoxicación con Vit. D.

El problema se inició a partir de 1943 cuando Harnapp, introdujo en la práctica pediátrica las dosis de choque o masivas de 15 mgs. (600.000 Un.). Se ha ido agravando progresivamente cuando las madres por cuenta propia, muchos médicos generales e incluso algunos pediatras, han caído en la práctica abusiva de administrar mensualmente una dosis de choque durante muchos meses, de tal modo que ha llegado a ser conocida como «la vitamina del mes».

Con cierta frecuencia vemos niños a los que se han administrado muchos millones de unidades de Vit. D. con un síndrome hipercalcémico gra-

ve, que se manifiesta por: a) Síndrome de intoxicación química. b) Alteraciones óseas. c) Calcificaciones metastásicas a nivel de diversos órganos y tejidos y sobre todo alteraciones renales que son las que van a condicionar el pronóstico al conducir hacia la nefrocalcinosis e insuficiencia renal.

La hipótesis de nuestro trabajo, trata de establecer la localización inicial de las lesiones renales y su evolución, así como la relación entre la lesión renal y el contenido o reserva cálcica del esqueleto.

MATERIAL Y METODOS

Tratando de reproducir experimentalmente lo más exactamente posible las mismas condiciones que se dan en la Clínica, hemos elegido perros en crecimiento de 2 a 3 meses de edad y con un peso que oscila entre 5 y 6 kilos.

Han sido utilizados 12 perros divididos en 6 lotes de 2. Cuatro perros más han servido de testigos. Las dosis utilizadas han variado entre 2,5 y 18 millones de u. administradas por vía intramuscular.

La biopsia renal, alternando ambos riñones, se realizaba cada 10 días. Al final de la experiencia, a los 45 días, se sacrificaba al perro y se hacía un estudio histopatológico completo.

La biopsia ósea se practicaba sobre 2 grs. de hueso obtenido de las garras en los que se analizaba su contenido en Ca. Por supuesto simultáneamente se determinaban calcemia, calciuria, fosforemia, fosfaturia, fosfatasas, radiología e histopatología del esqueleto.

RESULTADOS

1.—**Situación renal.** Como decíamos antes uno de nuestros objetivos ha sido estudiar dónde se localizaba la lesión renal inicial y su evolución ulterior. Para ello se han analizado 70 biopsias renales y los resultados obtenidos pueden resumirse en lo siguiente:

a).—Las lesiones iniciales se caracterizan por una gran vacuolización de las células túbulo proximales.

b).—En el centro un nódulo calcificado que hace prominencia en la luz del túbulo rechazando los núcleos de las células tubulares que acaban por destruirse y descamarse en dicha luz.

c).—En un grado más avanzado, una mayor destrucción celular con calcificación de las membranas basales, dando una típica imagen en «roseta».

d).—Calcificaciones múltiples, destrucción y descamación celular y hematíes en la luz de los túbulos.

e).—Finalmente en grados extremos, se aprecian calcificaciones masivas, tubulares, y túbulo-intersticiales, atrofia de algunos túbulos y fibrosis intersticial. Los glomérulos son los últimos en afectarse pero ya pueden verse calcificaciones en algunos.

En resumen, la nefropatía hipercalcémica experimental, evoluciona en las siguientes etapas: 1.—Degeneración vacuolar. 2.—Calcificación y necrosis de las células tubulares. 3.—Nefropatía túbulo-intersticial y en último extremo afectación glomerular.

2.—**Contenido cálcico del hueso.** La extirpación de las garras de los perros se hacía en las mismas fechas que practicábamos la biopsia renal, es decir al comienzo de la experiencia, cada 10 días y cuando aquélla terminaba con la necropsia de los perros a los 45 días.

El contenido cálcico del hueso, consta de las siguientes partes: a) Fase inicial basal. b) Aumento del contenido cálcico óseo en relación con la «absorción» por el hueso de la hipercalcemia inducida por la vitamina D inyectada. c) Una tercera etapa en que la acción osteolítica determinada por las dosis crecientes de vitamina, hace que el contenido cálcico en el hueso disminuya.

Paralelamente a esta situación cuantitativa del contenido cálcico del hueso, evoluciona el aspecto histopatológico de éste.

a) Antes de comenzar la experimentación las trabéculas óseas tienen arquitectura columnar normal, prácticamente paralelas, encuadradas por una gran cantidad de osteoblastos.

b) Más adelante, acusada la experimentación, la arquitectura columnar desaparece, siendo sustituida por una estructuración anárquica de las trabéculas, menor calcificación y prácticamente desaparición de los osteoblastos.

No vamos a entrar ahora en detalle en la evolución de la calcemia, calciuria, fosfatasa alcalina, etc., pero sí a señalar que la fosfatasa alcalina, sigue una evolución paralela a la histopatología ósea y que la imagen ra-

diológica pasa de una situación de densificación normal, a una hiperdensificación y finalmente junto con la hiperdensificación metafisaria se aprecia osteolisis diafisaria.

COMENTARIOS

Hemos visto las etapas en que evoluciona la alteración renal, con un cuadro histopatológico secuencialmente definido. La causa de la alteración renal, parece estar en relación con la situación de hipercalcemia-hipercalciuria, pero no puede excluirse la acción tóxica directa de la Vit. D, sobre ciertas estructuras celulares como ha podido ser demostrado en las mitocondrias.

El cuadro histopatológico renal, explica perfectamente la sintomatología de los niños afectados de intoxicación por Vit. D, con sus síntomas iniciales de polidipsia, poliuria, incapacidad de concentración y finalmente severa insuficiencia renal.

Una correlación pronóstica, anatomoclínica, hace pensar que cuando la alteración queda detenida en la degeneración vacuolar inicial (que se alcanza con 2 a 3 millones de un.) el proceso es reversible y el pronóstico relativamente bueno, pero cuando se llega a la tercera etapa (con más de 10 millones) la situación parece irreversible y el pronóstico sombrío.

Relación entre la alteración renal y la situación cálcica del hueso.

a) Al comienzo de la experiencia, la nefrocalcinosis no aparece o es mínima, existiendo sólo la degeneración vacuolar. Parece como si la hipercalcemia la «absorbiese» prácticamente el hueso, por lo que el riñón es muy poco afectado. Este hecho lo hemos constatado aún en los casos en que habiéndose administrado grandes dosis de Vit. D, el contenido cálcico del hueso no había llegado a su máximo. Esta situación la expresamos gráficamente diciendo que «el hueso protege al riñón».

b) Cuando la intoxicación continúa y el contenido cálcico del hueso llega a la saturación, la hipercalcemia va a determinar una progresión de la nefrocalcinosis.

c) En la intoxicación intensa y prolongada en la cual se pone de manifiesto la acción osteolítica de la Vit. D, la nefrocalcinosis llega a sus grados más extremos. Esta etapa la hemos traducido con la expresión de que «el hueso perjudica al riñón». En un estadio final es evidente que la alteración glomerular y la insuficiencia renal grave, conducen a una hipo-

calcemia con hiperparatiroidismo secundario que acentúa aún más las lesiones renales.

Para terminar, resumiremos, la evolución de la calcemia, calciuria, contenido cálcico del hueso, densificación ósea, fosfatasa alcalina, histología ósea y alteración renal, en las tres etapas en que se desarrolla la intoxicación.

1.—En una primera etapa la calcemia adopta una imagen en sierra o en «picos» de montaña, probablemente por la relación entre el momento de la inyección de Vit. D y la ulterior capacidad ósea para «absorber» esta hipercalcemia. La calciuria también adopta una imagen intermitente o en sierra. El contenido cálcico del hueso va en aumento al mismo tiempo que la condensación ósea radiológica y la fosfatasa alcalina. Las alteraciones renales son aún ligeras.

2.—En una segunda etapa la calcemia y la calciuria, se mantienen constantemente altas, en meseta. El contenido cálcico del hueso, va progresivamente en aumento hasta un grado de saturación. La hiperdensificación radiológica, sobre todo metafisaria también aumenta, pero comienza a observarse ya una cierta osteolisis diafisaria inicial. La histopatología varía aún poco, pero se inicia la aparición de algunos osteoclastos. La nefrocalcinosis es importante.

3.—Finalmente la calcemia, calciuria y el contenido cálcico del hueso van disminuyendo. Radiológicamente se alterna la osteoesclerosis metafisaria con importante osteolisis diafisaria. La fosfatasa alcalina disminuye, van desapareciendo los osteoblastos, aumenta la osteoclastia y se produce una desestructuración trabecular. La nefrocalcinosis es severa y se acompaña de una grave insuficiencia renal.

Parece pues evidente que el grado e intensidad de la lesión renal, depende por supuesto de las dosis utilizadas y del tiempo de administración, pero también de la reserva cálcica del esqueleto y de la movilización que ésta sufre.

RESUMEN

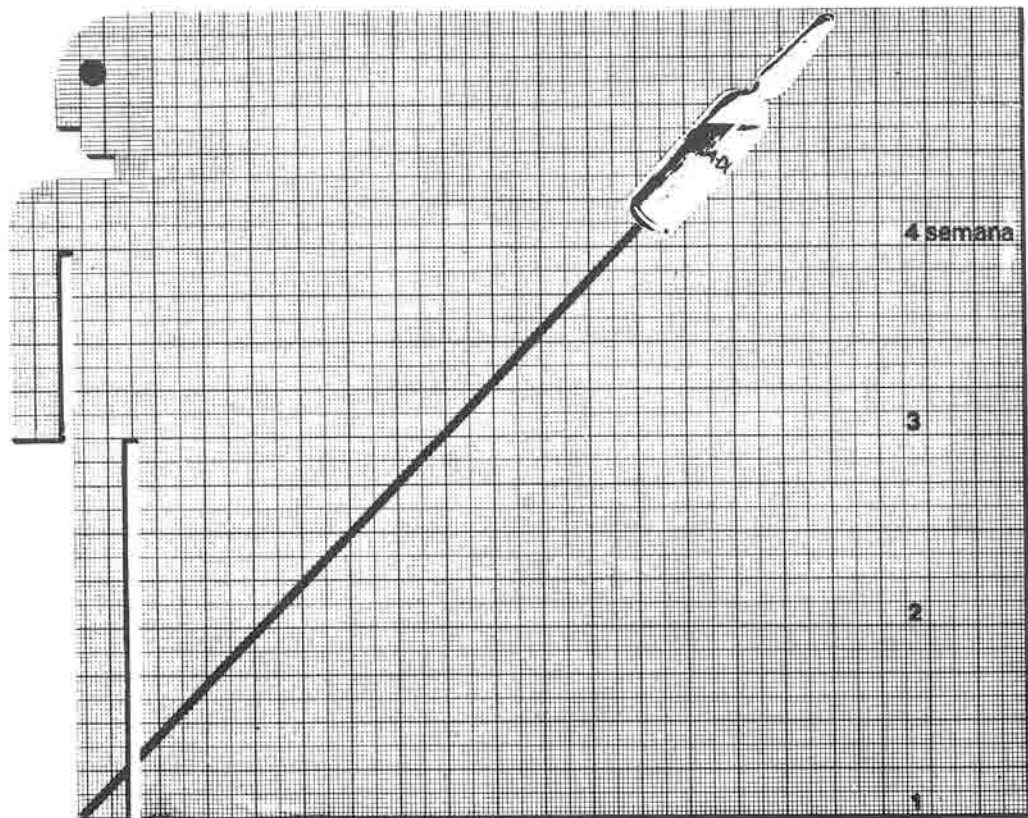
Se analizan los resultados de la intoxicación experimental en doce perros especialmente en lo que atañe a las relaciones entre la lesión renal y la reserva cálcica del esqueleto.

DECA-DURABOLIN[®] 50

Decanoato de nandrolona en solución oleosa.

Compensa el déficit proteico
donde fracasan otras terapias anabólicas.

Anabólico no alquílico de acción ultra prolongada 4 semanas



*** También DECA-DURABOLIN 25 mg.**

Presentación: 1 ampolla 1 c. c. 25 mg. P. V. P. 206'20 Ptas.
1 ampolla 1 c. c. 50 mg. P. V. P. 303'90 Ptas.

ORGANON ESPAÑOLA, S. A. - Apartado 43
San Baudilio de Llobregat - Barcelona



SABE MAS DE ANABOLICOS

grisona®

antiinflamatorio
antirreumático



COMPOSICION

Cada cápsula contiene:
200 mg de prenazona.

Cada supositorio contiene:
400 mg de prenazona.

PRESENTACION

Frasco con 30 cápsulas. P.V.P. 199,20 Imp. incl.
Caja con 15 supositorios. P.V.P. 177,— Imp. incl.

LABORATORIOS
LC CUSÍ S.A.
Madrid (España)



Experiencia recogida en 2.500 partos dirigidos

Dr. Valverde Pinedo

Jefe del Servicio de Tocoginecología del Sa-
natorio Quirúrgico San José, Valladolid

INTRODUCCION

A finales de la década de los cincuenta apareció el concepto de parto sin dolor y parto psicoprofiláctico. Coincidió esto con nuestra estancia en Londres y en Estados Unidos. La euforia despertada por los procedimientos y concepto de Read por un lado, y de la escuela Rusa por otro, hizo que no hubiera obstetra de la época que no se sintiera tentado de aprender y poner en práctica aquellos procedimientos de los que concretamente y a lo largo de estos años se ha sacado una conclusión importante: la transcendencia que el factor psíquico desempeña en la futura madre. Estábamos acostumbrados a recibir en nuestros consultorios y en los servicios hospitalarios a nuestras pacientes de un modo más o menos rutinario y nuestra labor se limitaba las más de las veces a una serie de escasos consejos en relación con el parto que se avecinaba y nada hacíamos por alejar la tensión y el temor que la mujer experimentaba. Por esos mismos años tuvimos en Norteamérica la oportunidad de adquirir conocimientos en la dirección del parto con goteo de occitocina, y como durante nuestro internado en esta Casa de Salud Valdecilla, unos años antes, habíamos conseguido cierta experiencia en la anestesia obstétrica de aquí que nuestro proceder haya estado dirigido en estas tres direcciones, pero siempre con

el mismo criterio: el de aliviar en todo lo posible el sufrimiento materno y llegar a un parto feliz con el mínimo de dolor y tiempo, velando por la seguridad materno fetal que para nosotros constituye una sola unidad.

Empezamos simplemente con la preparación psicoprofiláctica ya que el goteo intravenoso con pituitrina fue más difícil de introducir. La mentalidad de la mujer española no admite fácilmente innovaciones y dejarse poner cosa alguna, máxime en vena, para dirigir su parto, le parecía inadmisable. Esto que hoy es lo habitual, hay que vivirlo en su comienzo. ¡Qué difícil convencer a una de estas mujeres, de surgir algún problema, éste no dependía de aquello que habíamos inyectado en su aparato circulatorio. Perseverando en nuestro quehacer pudimos añadir a la preparación psicoprofiláctica el parto dirigido con goteo y lo que en este sentido llevamos dicho podríamos repetir en cuanto a la anestesia se refiere.

METODO DE TRABAJO

La dirección del parto comienza de manera fundamental con la atención periódica del embarazo; éste es un factor fundamental a considerar. No se pueden obtener los resultados deseados de no haber preparado y vigilado paulatinamente a la gestante a lo largo de sus nueve meses de embarazo. Cuanto antes acuda a la consulta tanto mejor. En una provincia como la nuestra se conocen en seguida los procedimientos de cada uno y es por ello que un noventa por ciento de nuestras pacientes acuden a nuestro consultorio alrededor de sus dos meses de gestación. A partir de entonces éste es nuestro proceder.

PRIMERA CONSULTA: Historia clínica. Sistemático de sangre, en el que no falta nunca la serología de lúes y Rh, y sistemático de orina. Exploración general con vistas sobre todo a posibles alteraciones pélvicas o de columna vertebral. Exploración clínica de corazón (se descubren muchas lesiones cardíacas desconocidas hasta entonces) y tensión arterial. Peso de la gestante y hábitos de la misma (lucha contra el tabaquismo y otras intoxicaciones).

CONSULTAS SUCESIVAS: Fijándonos sobre todo en alteraciones ponderales, tensión arterial, crecimiento paulatino del útero y sistemático de orina.

Estas consultas han de ser periódicas, cada mes, los dos últimos meses cada quince días y la última unos días antes de la fecha probable del

parto. Concedemos una importancia extraordinaria al aumento de peso a lo largo de la gestación procurando por todos los medios que no se sobrepasen los 12 kgs. y al régimen declorurado en el último mes del embarazo fuera cual fuese la tensión arterial de la gestante y existan o no edemas maleolares aparentes en la mujer. En un trabajo como éste es imposible desmenuzar el porqué de cada una de estas aseveraciones, que además todos Vdes. conocen perfectamente.

PREPARACION PSICOPROFILACTICA: De capital importancia en la embarazada. No somos extremistas en nuestras apreciaciones. El pensar que vamos a obtener partos absolutamente indoloros con este procedimiento y a estas alturas sería absurdo. El parto evidentemente duele, pero de encontrarnos con mujeres preparadas o con aquellas otras que desconocen cuanto se relaciona con su gestación, la diferencia en la evolución de su parto varía tanto como la noche del día. No somos partidarios de que nuestras pacientes conozcan de modo exhaustivo cuanto se relaciona con la anatomía de su aparato genital ni de la fisiopatología de su gestación como predicán otros autores. A partir del 4-5 mes, antes de que el abdomen aumente demasiado, les enseñamos unos ligeros ejercicios de gimnasia preparatoria según métodos de Read y ejercicios de respiración y relajación, pero, insisto haciendo hincapié en esto último y no haciéndoles mártires de innumerables ejercicios gimnásticos. Es mucho más importante el granjearnos su total confianza, asegurar que serán atendidas personalmente por nosotros y desde el mismo comienzo de su parto. Quien piense, como hace unos años, que hoy puede ser atendido un parto con éxito, con la sólo presencia de la comadrona hasta que el feto llegue a un cuarto plano, debe dedicarse a otra cosa. Nunca me cansaré de repetir que el mejor sedante y la mayor tranquilidad de mis ya miles pacientes aparece cuando me presento en la sala de partos, aún en aquellas gestantes mejor preparadas.

DIRECCION PROPIA DEL PARTO: Cuando empezamos a trabajar con la clientela privada por el año 57, lo frecuente, mejor dicho lo habitual era la asistencia domiciliaria del parto. Desde un comienzo nos negamos a ello. Asistimos siempre en clínicas; éste fue nuestro primer paso y nuestra primera victoria. Aleccionamos a nuestras pacientes sobre el final del embarazo y comienzos del parto creando en ellas el concepto de «parto inminente, pero no parto» es decir, ese período que discurre, desde el comienzo de las primeras molestias hasta que la contracción uterina empieza a tener verdadera eficacia en la dilatación cérvix. Partiendo de las

ideas de Hofstein y Petrequin-Karpati-Israel y sobre todo de la escuela de Estrasburgo (Lartigaud) y de la facilidad con la que las enfermas toxémicas con regímenes declorurados y las cardiópatas en las mismas condiciones, daban a luz insistimos en la conveniencia nunca bien ponderada del régimen declorurado en las 3-4 últimas semanas de gestación. Con ello conseguimos sistemáticamente que el cérvix uterino madure plenamente, aparece un cuello muy blando que permite, la inmensa mayoría de las veces, el paso de dos dedos al tacto vaginal sobre todo si se trata de múltiples.

La fase de parto comienza realmente hacia las 32-33 semanas pero cuando se hace ostensible y de manera clara es en la semana que precede al parto. Dentro de ésta, y en las últimas 48 horas la mujer empieza a notar, sobre todo si es primípara, contracciones más o menos apreciables y molestas que no llegan sin embargo a producir dilatación alguna del cérvix. Cuando ésta se inicia y empiezan contracciones regulares cada 8-10 minutos de intervalo con 15-20 segundos de duración es cuando podemos decir que ha comenzado realmente el parto y «Es entonces y nunca antes» cuando debemos tomar una postura activa.

PERIODO DE DILATACION: Repetimos como fundamental, que a partir de este momento es precisa de manera inexcusable nuestra presencia física. Hasta este momento la paciente ha podido permanecer en su domicilio pero desde ahora debe ingresar en la clínica y directamente en la sala de partos, previo rasurado y preparación de intestino con enema.

Así las cosas, comenzamos un goteo intravenoso con occitocina, muy lento al principio, no más de 8 gotas por minuto de la dilución de 10 U.I. de Sintocinón por litro de suero glucosado. A los pocos minutos y después de adquirida cierta experiencia (nuestro primer goteo data del año 1957) vemos cómo las contracciones se hacen más intensas y dolorosas a aquí juega un papel primordial la habilidad y experiencia del obstetra. Todos los autores hablan de un cierto número de gotas por minuto, con lo que no podemos estar de acuerdo. Lo importante es el efecto conseguido y nunca la cantidad de occitocina empleada; para conseguir los mismos efectos unas mujeres necesitarán doble cantidad que otras y a la inversa. Lo realmente importante es que las contracciones sean regulares de un minuto de duración con intervalos entre una y otra de tres minutos. La paciente, a la que se ha preparado psíquicamente tolera esta dinámica uterina en excelentes condiciones con los ejercicios de relajación y respiración oportunos. Durante esta primera parte de la dilatación empleamos por sistema un espasmolítico-analgésico que ha variado a lo largo de

estos años y que comenzando por dolantina, pasó al erantín (d-propoxifen) y en la actualidad al keptan-metamizol. Los resultados prácticamente son los mismos con cualquiera de ellos.

En cuanto a la bolsa de las aguas no hemos tomado una postura definida. Si la dinámica uterina es normal y progresa el parto a satisfacción no la rompemos estemporáneamente; ahora bien, cuando la dinámica languidece y la bolsa permanece íntegra, la rompemos nosotros con lo que la mayoría de las veces las contracciones uterinas vuelven a adquirir su ritmo y efecto.

Cuando la dilatación uterina alcanza los 4-5 cms. recurrimos a la anestesia. A este respecto hemos seguido dos procedimientos: A — **Barbitúricos a dosis refractas** (Pentotal sódico). Con el inconveniente de que con frecuencia las contracciones se hacen menos intensas y la dinámica uterina se debilita e incluso llega a detenerse. Los fetos nacen con frecuencia un poco dormidos y necesitan del reanimador. Los cuatro casos de pacientes histerectomizadas por hemorragia atónica eran pacientes anestesiadas con pentotal.

B — **Epontol** (éster propílico del ácido 3-metoxi-4 (N-Ndietilcarbamoil-metoxi) fenilacético) (Propanidida) le empleamos desde hace unos cinco años y somos verdaderos entusiastas del mismo. Bien administrado influye muy poco sobre la dinámica uterina. Hay que adquirir la experiencia suficiente para que a dosis refractas y continuadas la paciente no acuse el más mínimo dolor pero colabore con nosotros en el momento que llega el período expulsivo. Es curioso observar cómo la mujer empuja voluntariamente y en cambio, a pesar de quejarse en ocasiones, no recuerda haber experimentado el más mínimo dolor. Aumentamos la dosis de epon-tol en caso de utilizar la ventosa obstétrica. La dosis total varía de 0,5 gramos a 4-5 gramos.

En cuanto a nuestra postura en relación al cérvix hemos de decir: Nunca forzamos manualmente la dilatación del mismo pero dado el carácter de madurez, de reblandecimiento, que conseguimos aprovechamos algunas contracciones para durante las mismas, recorrer su circunferencia y ayudar en lo posible a la dilatación existente, repetimos una vez más, sin forzar lo más mínimo el orificio cervical cuya maniobra acabaría en más de una ocasión en desgarros desagradables y peligrosos. Cuando lo que queda del cérvix es un reborde pegado a la cabeza fetal «descalzamos» la cabeza lo que no implica el más mínimo riesgo si sabe hacerse.

PERIODO EXPULSIVO: Suele ser muy rápido. La parturienta colabora con nosotros y además ayudamos con Kristeller suaves y no tenemos in-

conveniente en liberalizar un poco el empleo de la ventosa obstétrica con cabezas entre 3º-4º plano terminando el parto con la salida fetal previa episiotomía sistemática en primiparas.

Por descontado, todo cuanto se refiere a la anestesia, está dirigido por nosotros, pero siempre en manos de un anestesta-reanimador. No debe intentarse jamás una anestesia obstétrica sin un especialista en este sentido, pues aunque en muy escasas ocasiones aparecen problemas, cuando éstos se presentan (vómitos, espasmos laríngeos, recuperación del recién nacido, etc.) su presencia es imprescindible e inexcusable.

El alumbramiento siempre está dirigido medicamentosamente. En cuanto ha salido la cabeza fetal inyectamos en vena 10 U. I. de Sintoeinon. Extraemos la placenta por maniobra de Crede, si ella sola no se ha desprendido. Methergin intravenoso y sutura de episiotomía en uso sólo plano, pero siempre con ayudante de campo para coaptar bordes perfectamente, condición ésta imprescindible para una buena cicatrización de la misma.

En líneas generales, cuanto llevamos dicho es nuestro procedimiento rutinario. Vamos a analizar en cifras, con algunos breves comentarios, la experiencia recogida en más de 2.500 partos dirigidos.

RESULTADOS

Número de partos	2.300
Nalgas	70
Gemelos	26
Prematuros	52
Ventosas	466
Anestesia	670
Trillizos	2
Forceps	20
Cesáreas	66
Incomp. Rh	116
Exanguinos	22
Protec. anti Rh	60

Estas cifras se refieren a pacientes preparadas por nosotros; más adelante comentaremos otros casos.

Cesáreas (desglose)

Dificultades dilatación	14	Miomectomía previa	2
Placenta previa	11	Atresia cervical	2
Desprendim. precoz placenta	4	Diabetes	3
Sufrimiento fetal	8	Prolapso cordón	2
Estrechez pelviana	5	Feto gigante	1
Fetos muertos anteriores	4	Situación transversa	1
Problemas Rh.	6	Inminencia rotura uterina	1
Casos de esterilidad	2	Total	2,86 % = 66

Mortalidad materna (por parada cardíaca atribuida a la Dolantina) **1**

Mortalidad fetal

Antepartum	5	Malformados	7
1 — Lúes		4 — Anencéfalos	
2 — Hipertensión materna		1 — Hepatomegalia gigante	
3-4-5 — Anasarca Rh.		2 — Desconocidas	
6 — Desconocido		(No comprobada)	
Abrupto placentae	2	Defecto asistencial	1
1 — Cefálica		Prematuros	8
2 — Nalgas		Exanguinizados	2
Presentación nalgas	4,3 % = 3	Total	1,3 % = 30
Prolapso cordón	2	Sin prematuros	0,9 %
		Depurada	0,03 %

Minusvalías fetales compatibles con la vida **0,3 % = 7**

1—Retraso mental	2
2—Sordomudez	1
3—Mongolismo	3
4—Labio leporino y fisura	1

COMENTARIO

Las cifras, que son rigurosamente ciertas hablan por sí solas. Con nuestro método de trabajo conseguimos unas cifras bajísimas de mortalidad fetal y un mínimo de intervencionismo quirúrgico.

Comparemos estos resultados.

Partos	Mortalidad fetal	Cesáreas	Ventosas	Forceps
2.300	Sin depurar 1,3 % Depurada 0,03 %	66 2,86 %	466 20 %	20 0,86 %

Minusvalías fetales (subnormalidad) 0,3 % = 7

Hemos revisado buen número de bibliografía al efecto y ninguna estadística recoge nuestros resultados generales; por otra parte seguimos en la actualidad a todas nuestras pacientes y hasta el momento sólo tenemos noticia de 7 minusvalías fetales (0,3 %), aunque claro está, algún otro caso puede pasarnos desapercibido.

En lo único que abrimos un poco la mano es en la aplicación de la ventosa obstétrica con un 20 % de aplicaciones pero sin riesgo alguno para los fetos, como demostramos con nuestras cifras de mortalidad y de posibles secuelas posteriores. Además actuando así estamos seguros que hemos salvado fetos que de otra forma hubieran fallecido.

Lo que fundamentalmente ha sido el motivo de elegir esta comunicación es algo que no se suele encontrar en los libros: El tiempo de duración de los partos. Clásicamente se daba por bueno que un parto de primípara venía a durar entre 18 y 24 horas y el de la múltipara entre 8 a 12 horas. Pues bien, una de las primeras conquistas de la preparación psico-profiláctica de la mujer gestante ha sido el considerable acortamiento en la duración del parto. Al estar preparada, la falta del complejo tensión-temor, la relajación, los ejercicios respiratorios, etc., hacen que estas pacientes terminen su parto en una cuarta parte de tiempo de la mujer no preparada. En nuestra casuística en que hemos empleado exclusivamente este proceder la duración del parto no ha sobrepasado nunca las 5 horas en las primíparas con una media de 3,30 horas ni las 2 horas en las múltiparas con una media de una hora 30 minutos.

Con ser esto una gran ventaja, nuestros mejores resultados han sido

con la combinación de los tres procedimientos: preparación psíquica-goteo-anestesia.

Los resultados son impublicables porque realmente parecen increíbles. Yo les aseguro que hace ya unos cuantos años que no sabemos lo que es permanecer en la sala de partos con nuestras parturientas más de una hora, recalcando una vez más que permanecemos a su lado desde que la dilatación se inicia. Esto en cuanto se refiere a las primíparas. En las multíparas en menos de 30 minutos hemos solucionado el problema. Es cierto que de vez en cuando, pero muy de tarde en tarde tropezamos con algún caso que no entra en estas características, pero les aseguro que se pueden contar con los dedos de ambas manos.

¿Cuál es el motivo del acortamiento de estos partos? Para nosotros todo radica en los siguientes puntos: 1—Preparación durante el embarazo recalcando la importancia del aumento ponderal (no más de 12 kgs.). 2—Dieta declorurada durante el último mes para obtener un cérvix lo más blando posible. 3—Presencia física del tocólogo desde el comienzo del parto. 4—Dirección del mismo cuando el parto está realmente instaurado. Un gran error es intentar dirigir un parto a las primeras molestias de la gestante si el parto no ha comenzado aún. 5—Combinación adecuada del goteo occitocina y anestesia.

En la actualidad estamos añadiendo a nuestro proceder habitual la Sofronización. Son pocos los casos con que contamos hoy, pero a juzgar por los resultados obtenidos puede que sea un método a tener en cuenta en el futuro. Podemos asegurar ya que la dosis total de anestésico a emplear es mucho menor.

Hace cinco años nos hicimos cargo (por poco tiempo) de un Servicio de tocología que en teoría había de estar bien preparado. La organización del mismo excluía la presencia física del obstetra en los partos excepto en las Distocias ya declaradas. Los resultados no eran buenos; se llegaba a una mortalidad fetal no inferior al 8 % con una sensible morbi-mortalidad materna. Partos de más de un día de evolución eran muy frecuentes. No existía vigilancia periódica precoz de la gestante y cuando éstas acudían al consultorio en su séptimo mes de gestación lo hacían en tal número que no podían ser preparadas en condiciones. Bastó la organización de un estudio hematológico correcto y determinaciones ineludibles en la embarazada (Rh entre ellas) así como la implantación de un servicio de guardia rotatorio para que los resultados aún sin ser óptimos mejoraran sensiblemente.

Estas razones entre otras nos indujeron a revisar nuestro archivo privado, comparar resultados y exponerlos ante Vdes. con las siguientes

CONCLUSIONES

- 1.—Gran importancia de la vigilancia periódica de la gestación y vigilancia del peso de la gestante.
- 2.—Transcendencia del régimen declorurado las 3-4 semanas finales del embarazo, aún sin existir edemas aparentes.
- 3.—Presencia física del obstetra desde el comienzo del parto.
- 4.—Liberalización de la ventosa obstétrica.
- 5.—Acortamiento decisivo y sorprendente del parto.
- 6.—Importancia de la anestesia con especialistas-reanimadores.
- 7.—**Fundamental:** Se trata de dirigir un parto que ha comenzado, no de forzar un parto que no se inició.



PROFESOR DR. D. JULIO GARCIA SANCHEZ - LUCAS



Semblanza del Prof. Dr. D. Julio García Sánchez-Lucas

Dr. D. Segundo López Vélez

Director General del Centro Médico Nacional
Marqués de Valdecilla.

SESION NECROLOGICA EN MEMORIA DEL PROFESOR DR. D. JULIO GARCIA SANCHEZ-LUCAS, Ex jefe del Servicio de Anatomía Patológica y Hematología de la Casa Salud Valdecilla, y Catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

Tenemos el honor de encargarnos, por indicación de la Asociación de Médicos Ex internos de la Casa de Salud Valdecilla, de esta Sesión Necrológica, en memoria y recuerdo de esta gran figura de la Medicina Española.

Aunque es habitual que estos encargos sean realizados por antiguos Internos de los Jefes de Servicio fallecidos, hemos recabado para nosotros este doloroso honor, por la relación afectiva que nos unió al Profesor Sánchez-Lucas a lo largo de su vida y, sobre todo considerando que pertenecemos a aquel núcleo de estudiantes de Medicina a los que él dedicó tantos desvelos y, a los que formó no sólo técnicamente, sino humanamente, desde nuestros primeros pasos en el difícil camino de la profesión médica.

Estamos seguros de que al recibir este encargo, perderá la exposición rigor y altura, ya que nuestro único título es, como decimos, el de ser dis-

cíbulos de la primera hora y el que le debemos la base fundamental, sobre la que hemos desarrollado nuestra actuación médica.

El historial científico del Profesor Sánchez-Lucas, es sobradamente conocido por todos los presentes, para precisar de una descripción exhaustiva del mismo, sin embargo, creemos conveniente —aunque sea sucintamente— señalar alguna de las etapas más importantes de su vida profesional y pública, que nos servirán como guía para analizar su fecunda obra al servicio de la Medicina y de la Universidad Española.

El Profesor Sánchez-Lucas, nació en el año 1901, en León, aunque prácticamente desde su infancia residió en Madrid, donde cursó los estudios de Medicina. Inició su formación como Histólogo y Anatomopatólogo, ya durante sus estudios académicos, bajo la dirección del Profesor del Río Hortega, con quien siempre mantuvo entrañables relaciones.

Terminados sus estudios de Licenciatura, fue enviado por la Junta de Aplicación de Estudios, a Alemania, trabajando en los Institutos dirigidos por Lubarsch, Benda y Jaffe. Mantiene una estrecha relación con el Profesor Aschof, una de las figuras cumbres de la Anatomía Patológica, siendo nombrado en 1929, Jefe del Servicio de Anatomía Patológica y Hematología, de la Casa de Salud Valdecilla.

Hasta 1942, en que pasa a ocupar la Cátedra de Histología y Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina de Barcelona, desarrolla una extraordinaria labor en la Casa de Salud Valdecilla, siendo uno de sus componentes más brillantes y calificados, contribuyendo con su claro juicio y espíritu crítico, a establecer los cimientos de la futura grandeza de la Institución. Durante estos años, puede considerársele como uno de los pioneros de la moderna Anatomía Patológica de la Nación y, muy especialmente de la nueva configuración que en el funcionamiento hospitalario asume esta Especialidad. Sus colecciones histológicas, y los procedimientos de clasificación de sus archivos, constituyen un testimonio de su actividad incansable, siendo posiblemente su Departamento, uno de los primeros que en España alcanzó un número más elevado de autopsias, cuando aún las mismas, eran poco menos que consecuencias obligadas en actos judiciales.

Para quienes hemos tenido la fortuna de presenciar durante años su actividad en el Departamento de Anatomía Patológica de Valdecilla, será difícil el borrar de nuestro recuerdo sus magistrales sesiones de demostración en las Salas de Autopsia, que realizaba con extraordinario rigor técnico, seguido de una magistral exposición en la que un caudaloso río de conocimientos perfectamente encadenados en lo fisiopatológico, patomorfológico y clínico, le permitían aclarar diagnósticos, desvelar dudas, y

sentar criterios. Creemos que todos y cada uno de los Servicios de la Casa de Salud Valdecilla, fueron influidos, de un modo decisivo, por su magisterio y autoridad.

Durante este tiempo, publica numerosos trabajos de investigación en materia de Anatomía Patológica, sobre endocarditis, arterioesclerosis y procesos aórticos, así como sobre la entonces naciente, patología de los infiltrados redondos de pulmón, nódulos serofibrinosos del bazo y, profundas aportaciones sobre las lipoidos, la enfermedad de Takajasu y tumores disontogenéticos. Simultáneamente a estas actividades señaladas, lleva a cabo la traducción del alemán de importantes tratados médicos y, fundamentalmente el tratado de Anatomía Patológica de Aschof, obra monumental que tradujo a un castellano perfecto, hasta el punto de dar impresión de versión original y no traducida.

Si es importantísimo y fundamental todos los aspectos reseñados, entendemos que del mismo rango al menos, es la actividad docente que desarrolló en estos años en la Casa de Salud Valdecilla, donde creó una organización de enseñanza médica de espíritu auténticamente innovador y que, en cierto modo, constituía un ensayo de Facultad de Medicina, con avanzados métodos que reflejaban su fuerte personalidad; en ella vertió una especial dedicación y, sobre todo, tradujo un profundo sentido vocacional dirigido a la enseñanza.

Las bases y metas de la transformación de la Docencia Médica actual, podían atisbarse en su metódica; enseñanza integrada, grupos reducidos de alumnos por profesor y, programas tutoriales, ya que este número reducido de alumnos libres, que voluntariamente le eligieron por maestro, respondía a sus planteamientos con un entusiasmo y dedicación solamente atribuibles a sus excepcionales dotes de maestro, tutor y amigo, que éso y guía, era para todos nosotros el Profesor Sánchez-Lucas.

En el antiguo pabellón 21 de la Casa de Salud Valdecilla, el Profesor Sánchez-Lucas, aún no Catedrático numerario de la Universidad, lo era ya por derecho propio y reconocimiento moral de sus alumnos, y allí impartía sus enseñanzas, con rito y sentido de auténtico sacerdocio. En el año 1939, en fecha para nosotros inolvidable, tuvimos nuestra primera entrevista con él, y ya desde entonces se estableció nuestra relación de discípulos, que duró a lo largo de los años, hasta la fecha de su inesperado y doloroso fallecimiento. En nuestras conversaciones de años posteriores con el Profesor Sánchez-Lucas, nos repetía siempre que, a pesar de los altos cargos que desempeñó posteriormente en la Universidad Española, recordaba su época de Valdecilla, en lo que se refería a la docencia de nuestro grupo de estudiantes, como una etapa fundamental en su vida, ya

que la misma representaba su realización vocacional, llevada a los últimos extremos con generosidad y desinterés absoluto.

Aquel grupo reducido, hizo mutuamente su elección de relación, ya que él nos eligió entre todos los numerosos optantes y nosotros igualmente, le elegimos como maestro indiscutible, creyendo que muy pocas veces ha existido entre maestro y alumnos, una compenetración de tal fuerza. La actuación del Profesor Sánchez-Lucas, no se reducía como todos ustedes saben, a impartir unas enseñanzas fríamente, sino a formar y moldear nuestras mentes, enseñándonos a pensar en médico, siguiendo la fuerza de su tremendo espíritu lógico, enseñándonos a ser realistas en la interpretación de datos y conocimientos, que luego íbamos a contrastar con la realidad de los hallazgos en la mesa de autopsias, en que personalmente, nos iba mostrando el, para nosotros, maravilloso mundo de una ciencia en la que iniciábamos los primeros pasos personales. Y, ésto, con ser una enorme tarea, no era suficiente para el Profesor Sánchez-Lucas, que ejercía una auténtica tutoría sobre todos nosotros, orientándonos y guiándonos en materia de estudios y, ayudándonos en la formación de nuestra personalidad, con tacto, prudencia y firmeza. Ni uno sólo de sus alumnos, ha dejado de acusar a lo largo de su vida este estilo inconfundible que él nos infundió. Y ello, no sólo en materia médica, sino en lo humano y, hasta en lo social. De personalidad afectuosa y abierta, su temperamento extrovertido iba unido a una gran energía y autoridad. Autoridad indiscutible e indiscutida porque no venía impuesta por una situación jerárquica o de poder designado, sino por la libre aceptación de los que le rodeábamos, al reconocerle como guía y jefe indiscutible. Estas condiciones de maestro y guía, no son adquiridas a lo largo del tiempo, ni son heredadas ni pueden ser representativas de una delegación, sino constitutivas de un carisma, que solamente determinado número de hombres posee. Ello le permitía exigirnos un régimen de trabajo de una extraordinaria dureza, obteniendo el máximo de nuestras posibilidades y, sabiendo despertar un espíritu de deportiva rivalidad en los estudios, que llegó a demostrarnos que podíamos alcanzar metas incluso para nosotros insospechadas. Nos enseñó a sacrificarnos, porque él nos dio ejemplo de sacrificio, y de él aprendimos que cualquier meta, por difícil que pueda parecer a primera vista, puede alcanzarse, aunque haya que arrojarse una y mil veces sobre los obstáculos que se presentan en el camino.

Esta gran labor del Profesor Sánchez-Lucas, se vio afectada —como ocurre siempre en toda obra humana en nuestra nación— por celos e incomprensiones y, a su marcha a Barcelona se extinguió, porque evidentemente su fundamento estaba constituido por su recia personalidad.

Quizás, si este importantísimo ensayo se hubiera aprovechado adecuadamente y hubieran colaborado al mismo, personas con suficiente valor y visión, la Facultad de Medicina de Santander, hubiera sido una realidad hace muchos años, y por eso, al hacernos cargo del Decanato y de la nueva puesta en marcha de nuestra Facultad, hemos sentido que recogíamos en nuestras manos, aquella antorcha viva y ardiente llama, que el Profesor Sánchez-Lucas levantó en alto y cuyo rescoldo todavía brillaba en el fondo de nuestros corazones y al avivarla y como decimos empuñarla, sentimos como si fuera su mano la que nos la entregaba como una herencia sagrada de su labor.

Después de ganar las oposiciones de Catedrático de Anatomía Patológica, el Profesor Sánchez-Lucas, marcha a la Universidad de Barcelona, donde desempeña la Cátedra correspondiente y desarrolla una brillantísima labor en su Departamento, formando numerosas promociones médicas y gran número de especialistas y profesores, que hoy figuran en hospitales y universidades. Continúa con sus publicaciones, simultaneando este trabajo con otras actividades docentes, especialmente de gobierno, ya que desempeña el cargo de Vicedecano de la Facultad de Medicina, desde el año 1943 a 1954, y el de Decano de la misma Facultad, desde 1957 a 1968, es decir, prácticamente once años. Su gestión al Decanato, refleja sus dotes de organización y sus facultades de mando, siendo uno de los hombres más importantes del claustro universitario de la Universidad de Barcelona. En esta etapa, el Profesor Sánchez-Lucas, tuvo que afrontar graves y difíciles problemas de orden académico y de régimen interno de la Facultad, llevando adelante su tarea con el mayor éxito, combinando la energía con una extraordinaria capacidad de relación humana con los alumnos.

Durante todos estos años, el Prof. Sánchez-Lucas, mantuvo estrechos lazos con la provincia de Santander, a la que amaba con gran intensidad. Figura indispensable en los Cursos de la Universidad Internacional «Menéndez Pelayo», siguió impartiéndonos su docencia en los mismos, con lecciones auténticamente magistrales, ejemplo de profundos conocimientos, rigor y claridad de exposición, que demostraban que el paso de los años no disminuía en absoluto sus prodigiosas facultades de docencia.

Sus vinculaciones familiares con la provincia de Santander no eran suficientes a nuestro juicio, para explicar su presencia, muchas veces con evidente quebranto de sus intereses o comodidad personal, en estos cursos y, en nuestra población. Estamos seguros y tenemos prueba fehaciente de ello, que el Prof. Sánchez-Lucas, volvía a Santander en los veranos, por dos causas fundamentales: Su amor, mantenido permanentemente a lo largo de los años, a la Casa de Salud Valdecilla, y el contacto personal

con los que fuimos y somos sus discípulos. Todos los que residíamos en Santander, e incluso los ausentes, nos reuníamos a su alrededor anualmente, para demostrar que los lazos creados en nuestros años juveniles continuaban con la misma fuerza que en aquellos días de esperanzada iniciación, y que todos continuábamos considerándole nuestro guía y nuestro maestro, al margen del paso del tiempo y de la distancia. Y no pasó un año en que prácticamente todos, por un motivo o por otro, no pasáramos por aquella entrañable habitación de su casa en que otra vez recibíamos sus consejos y orientaciones, con un abrazo tan grande como su corazón, ese corazón que se rompió al final, hecho generosidad de una vida.

Hoy, delante del viejo y del nuevo Valdecilla, que ya no pudo ver, pero que presintió en nuestras conversaciones, cuando le exponíamos nuestras ansias de futuro, delante de todos vosotros compañeros, discípulos y amigos, recordemos al gran hombre que pasó por esta Institución y por la Universidad Española, dejándonos ejemplo de vida, que nos dio sin pedir nada a cambio, las más puras esencias de su inteligencia, de su afecto y de su amistad y que, estamos seguros, está presente entre nosotros, porque en esta gran obra que vamos culminando, está gran parte de lo que aprendimos a su lado, y las Instituciones son una forma de inmortalidad de los hombres, por eso, como les digo, estoy seguro de que en este momento el Prof. Sánchez-Lucas, vive y está entre nosotros, porque esta obra amasada con el esfuerzo de tantos, le corresponde en gran parte a él que lanzó en nuestros corazones la semilla que hoy empieza a ser fruto granado. Que Dios le tenga en paz y, a nosotros nos haga dignos de su memoria.



Aspecto de la Sala en el Acto-Homenaje al Dr. Arce Alonso.



Doctores: D. Francisco Fernández Calvo, Vicepresidente de la Asociación; D. Enrique Oliva, Jefe del Servicio de Hematología y Anatomía Patológica, y D. Luis de la Sierra Cano, Jefe del Servicio de Huesos, que intervinieron en la sesión-homenaje al Prof. Dr. García Sánchez-Lucas. El Dr. Sierra Cano presentó un trabajo del Dr. Clavel Nolla.

ANDESCUBRIMIENTO DE LA
TRIMETOPRIM
INVESTIGACION WELLCOME

**EN LAS
INFECCIONES
URINARIAS**

Septrin*
TRIMETOPRIM + sulfametoxazol

Pielonefritis • Pielitis • Cistitis aguda y crónica • Uretritis

DOSIFICACION

Adultos: 2 comprimidos 2 veces al día

Niños: De 2.5 c.c. a 10 c.c. 2 veces al día, según edad.

De 2 a 4 comprimidos Pediátricos, 2 veces al día, según edad.

PRESENTACION Y P. V. P.

Septrin Comprimidos: Envase de 20 y 100, 238 y 910 pts.

Septrin Pediátrico Suspensión: Envase de 100 c.c. 156 pts.

Septrin Pediátrico Comprimidos: Envases de 20 y 100, 75 y 275 pts.

COMPLETA INFORMACION A PETICION



BURROUGHS WELLCOME & CO (THE WELLCOME FOUNDATION LTD.) LONDRES

Gayoso Wellcome, S. A.

ALCALA DE HENARES (Madrid)

* Marca de Fábrica

1274



**cuando es necesario
un tratamiento
con ampicilina**

PENIMASTER

(AMPICILINA LIADE)

**porque sus varias
formas de presentación
se adaptan a cualquier
situación clínica**

CAPSULAS

de **250 mg.**/cáp.

de **500 mg.**/cáp.

Frascos de 16 cápsulas

Envases clínicos de 500 cápsulas

INYECTABLE

de **250 mg.**/vial

de **500 mg.**/vial

de **1 gr.**/vial

Frasco vial y ampolla disolvente

Envases clínicos de 100 viales

Esterilidad matrimonial, estudio en 565 parejas

Dr. Valverde Pinedo

Jefe del Servicio de Tocoginecología del Sanatorio Quirúrgico San José. Valladolid
--

El año 1951 la Asociación Americana para el estudio de la Esterilidad señaló cuáles eran las exploraciones mínimas exigidas («minimal procedures») en el examen y estudio de una pareja estéril. Son las siguientes:

A/Historia y examen clínico general.

B/Estudio del semen del varón.

C/Estudio de la función ovárica y test de ovulación.

D/Estudio de la permeabilidad y funcionalismo tubárico.

E/Estudio de la emigración espermática y del moco cervical (test postcoitun y cristalización del moco).

Siguiendo esta rutina hemos estudiado a 565 parejas estériles en nuestra consulta privada a lo largo de estos años.

1.º Historia y examen clínico general: Debe referirse a la pareja estéril. Con cierta frecuencia la enferma toma la decisión de «ponerse en tratamiento» sin contar con su marido. La aconsejamos la colaboración del esposo. Este simple hecho hace que un buen tanto por ciento de estas mujeres no vuelvan por el consultorio. Otro factor importante a considerar es la edad. Nunca (excepto un caso que nos lo exigió) comenzamos un estudio de esterilidad cuando la mujer ha llegado a los 40 años. De gran

importancia es el trabajo de los esposos (pintores, rayos X, etc.). Antecedentes venéreos. Dificultades de cualquier tipo en el coito.

Pasamos después a la inspección general de la mujer (constitución, obesidad, malformación, etc.) y a continuación a la exploración ginecológica, primero con espéculum (aspecto de vagina, cérvix, exudados, moco cervical, etc.) y estado del útero y anejos por tacto combinado (hipoplasia, malformaciones, tumores, procesos inflamatorios). Sistemático de sangre y orina.

2.º Semen del varón: Recogida de semen con cuatro días de abstención de vida matrimonial como mínimo. Aconsejamos para la recogida el coito interrumpido previo depósito de unas gotas en vagina de la esposa. Estudiamos la cantidad remitida, el aspecto, viscosidad, pH, y sobre todo la fórmula espermática con recuento del número de espermios, % de motilidad, formas normales y anormales, progresión espermática. Aconsejamos el remitir el semen a ser posible antes de las 2 horas de su recogida. Damos por fértiles aquellos eyaculados que contienen un mínimo de 40 millones de espermios por c.c., una motilidad de un 60-70 % a las dos horas, una clara progresión rectilínea en campo microscópico y unas anomalías morfológicas que no sobrepasen el 20-30 % del número total de espermios. Aparte del estudio in vivo utilizamos la tinción con cosina nigrosina para calcular supervivencia espermática dada la propiedad de no aceptación de la cosina por la cabeza de los espermios vivos.

3.º Estudio de la función ovárica: A/Microlegado: Los primeros años de nuestra dedicación a estos problemas lo realizábamos en el momento de comenzar la regla con el ánimo de no provocar inconscientemente un aborto y siguiendo la experiencia y consejo de nuestro maestro en cuanto se refiere a esterilidad matrimonial, R. A. Abarbanel. Estos últimos años nos limitamos a realizarlo a partir del 25 día del ciclo (advirtiendo de la fecha de recogida de mucosa al anatomopatólogo) y lo hacemos de manera ambulatoria. Hacemos siempre cuatro pasadas de microlegra como mínimo (caras y bordes).

B/Temperatura basal: Recomendamos la toma de temperatura con termómetro clínico normal intrabucal durante 5' y a la misma hora de la mañana, en ayunas. Indicamos anoten en la gráfica que proporcionamos cualquier incidente que pudiera modificar la temperatura y aconsejamos la confección de las curvas durante varios meses. Valoramos en su justo punto no sólo el descenso ovulatorio y la elevación subsiguiente sino la al-

tura y duración de la meseta premenstrual para hacernos una idea de la duración e intensidad de la fase de secreción.

C/Moco cervical: Hacemos varias tomas, por lo menos tres, preovulatoria ovulatoria y postovulatoria para interpretar la cristalización sobre todo en lo que se refiere a intensidad, duración y desaparición de la misma. Aparte de la cristalización estudiamos filancia, cantidad, aspecto, etc.

D/Pregnandiol: No lo determinamos más que en ocasiones especiales así como el resto de las dosificaciones hormonales.

4.º Estudio tubárico: En cuanto a este factor hay dos maneras de estudiarlo. Bien por medio de las insuflaciones quimográficas, bien por histerosalpingografía.

Insuflaciones quimográficas: Personalmente tenemos muchísima más experiencia en insuflaciones que en histerosalpingografía. Pasan de 2.000 las insuflaciones realizadas. La razón pudiera buscarse en nuestra iniciación en el estudio de la esterilidad matrimonial. Abarbanel, ya citado, era partidario de este proceder y exponía sus razones: Su inocuidad (son rarísimas las reactivaciones inflamatorias), la facilidad de su repetición de manera reiterada y el propósito de conseguir la apertura de obstrucciones. Por otro lado estaba convencido, en su vasta experiencia, de que la histerosalpingografía, aun realizada en las más óptimas condiciones por parte de la paciente y de los medios de contraste empleados, originaba con frecuencia que trompas permeables podrían ser obstruidas como consecuencia del uso de estos métodos de contraste.

Por otro lado, con la insuflación quimográfica conseguimos conocer, al menos en parte, el funcionalismo de estas trompas, los espasmos tubáricos, sus movimientos peristálticos (hoy puestos en tela de juicio por muchos autores) (Stabile, Rubin, Hortman, Bonnet, etc.).

Es importante el insistir en la repetición iterativa de las insuflaciones. Nosotros en los casos de obstrucciones tubáricas realizamos al menos 12 antes de dar por fracasado el intento de apertura, pero en muchas ocasiones hemos insistido con un número mucho mayor antes de abandonar el procedimiento y este esfuerzo se ha visto coronado por el éxito.

Utilizamos para su realización en un principio el quimoinsuflador de Vilar que alternamos ahora con el modelo de Rubin-Graphax. El dolor de hombro que aparece en los casos positivos pasa rápidamente acostando de costado a la paciente.

Histerosalpingografía: Recurrimos a ella en pocas ocasiones aunque reconocemos todo su valor. Las típicas imágenes de tuberculosis (forma arrosariada, en sierra, en anzuelo), el descubrimiento de fijaciones tubáricas por adherencias, el reconocimiento de algunos quistes ováricos, etc., no compensa a nuestro juicio los accidentes que de vez en cuando se presentan: Roturas tubáricas, reactivación de lesiones, cuadros de peritonismo, etc. Sólo somos partidarios de esta técnica ante la sospecha de malformaciones uterinas y antes de la cirugía que pudiese plantearse en casos de esterilidad. A este propósito hemos de advertir que nunca hemos realizado tipo alguno de cirugía en pacientes estériles al plantear con honestidad los escasos resultados que se obtienen. Los pocos casos en que hemos intentado una cirugía reparadora de la permeabilidad tubárica han sido en aquellos que hemos llegado al quirófano por otros motivos (miomectomía, quiste de ovario, endometriosis). Los resultados a posteriori han sido tan malos que quizá seamos nosotros los que en más de una ocasión hayamos hecho renunciar a esta técnica a más de una mujer.

Cuando recurrimos a la histerosalpingografía, por descontado empleamos medios opacos hidrosolubles y realizamos varias placas con prueba de Cotte como final. Repitamos para terminar este apartado, que toda la profusión con que utilizamos la insuflación, somos remisos en la histerosalpingografía.

Migración espermática: Reconocemos que somos pocos en su estudio, máxime que ha sido la escuela española de Botella quien ha contribuido más a su estudio (test de Botella-Casares y Gómez Ruiz).

Nos limitamos a estudiar la penetración espermática in vivo (test de Huhner) dando por bueno a aquella prueba en que aparecen 5-10 espermios móviles por campo de microscopio a gran aumento y por malo o mediocre cuando aparecen menos de cinco espermatozoides. Aconsejamos la realización en el momento de la ovulación y después de las 6 horas y antes de las 12 de realizado el coito.

Test de Kurzrook y Miller o estudio un vitro. Recogemos moco cervical en calculado momento de la ovulación y ponemos en contacto con él una gota de semen. Para observar la penetración o no de los espermatozoides a través del moco cervical o su detención por el mismo.

RESULTADOS OBTENIDOS

Parejas que acudieron a la consulta	565
Desaparecieron después de la 1. ^a consulta	95 = 16,8 %
Número de parejas que obtuvieron 1 o más hijos	103 = 18,2 %
Niños nacidos vivos de estas parejas	134
Niños nacidos muertos	1
Abortos	9
Extrauterinos	7
Número total de embarazos obtenidos	152
Fecundidad depurada (565-95) = 470 parejas	22 %
Número de hijos vivos (depurada)	28 %

OBSTRUCCIONES TUBARICAS

	139				
Número de parejas que concibieron	30 = 22,3 %				
Número de hijos en cierres tubáricos	40 = 38,7 %				
Extrauterinos	4 = 3,8 %				
Abortos	2 = 1,9 %				
Tuberculosis genital comprobada ANA-PATOLOG.	48 = 10 %				
Alteraciones seminales	<table> <tr> <td>Oligoastenospermia</td><td>58</td></tr> <tr> <td>Azoospermia</td><td>45</td></tr> </table>	Oligoastenospermia	58	Azoospermia	45
Oligoastenospermia	58				
Azoospermia	45				
	103 = 18,2 %				
Hijos de alteraciones seminales	26 = 25,3 %				
Ciclos Anovulatorios	39				
Hijos obtenidos	11 = 27,9 %				
Abortos	5 = 13 %				
Fase secreción deficiente	32				
Hijos obtenidos	18 = 56,2 %				
Abortos	2 = 6,25 %				

TOTAL POR FALTA O DEFICIT DE CUERPO LUTEO

	71
Hijos obtenidos	29 = 40,8 %
Abortos	7 = 10 %

CAUSAS IMPARENTES

11 (2 hijos)
(inmunológico)

OTRAS CAUSAS E HIJOS OBTENIDOS

	N.º	HIJOS
Dilatación cérvix	3	3
Apendicectomía	1	1
Quiste hidatídico hígado	1	2
Causa psíquica (infarto marido)	1	1
Microlegrado y Rubin	3	4
Tricomonas	1	1
Después de simple exploración	2	2
Retro operada	2	3
Miomectomías		8
Obesidad corregida	1	2
Himen íntegro (consejos)	2	6
Coagulación cérvix	2	3
Regulación coito	1	1

TRATAMIENTOS EMPLEADOS

Para no hacer excesivamente largo este trabajo vamos a limitarnos a unos simples esquemas de los tratamientos empleados según los distintos apartados.

Obstrucciones tubáricas: Insuflaciones repetidas con CO₂ a presiones de 200 mm. de mercurio en la fase preovulatoria 3-4 por mes (9 minutos de duración). Si aparecen espasmos recurrimos a espasmolíticos rectales 1/2 hora antes. Durante más de un año en los casos que fracasamos con el CO₂ recurrimos a hidrotubaciones con distintas sustancias (antibióticos, corticoides, y sobre todo enzimas proteolíticas (quimotrase). A pesar de los resultados citados por otros autores no nos acompañó la suerte. En nuestra estadística no logramos ni un 5 % de aperturas en contra de autores que señalan prácticamente el 100 %.

Tuberculosis genital: Tratamiento con 120 grs. de estreptomycin como preconiza Nogales e hidracidas durante un año. Legrado uterino de comprobación de curación en un 100 %.

En cuanto a los resultados del tratamiento de esterilidad, en este sentido pasamos por tres épocas. En la primera, después de la curación, comprobábamos permeabilidad tubárica. Resultado: cierre bilateral en más del 90 %. Rigidez tubárica en el resto. En una segunda época insistimos en

tratamientos adecuados y sólo obtuvimos en un caso un aborto de 5 meses en que el feto nació con vida y un extrauterino en la misma enferma al año y medio siguiente y en otra paciente otro extrauterino.

Actualmente nos limitamos a tratar la tuberculosis sin comprobación siquiera de permeabilidad tubárica subsiguiente.

Alteraciones seminales: Los maridos nos rechazan casi por sistema la biopsia testicular y la simple exploración por el andrólogo (hemos conseguido entre todos nuestros casos (103) sólo tres biopsias testiculares.

En cuanto a medicación recurrimos a aminoácidos sobre todo arginina, clomifeno y hormona testicular y sus derivados por periodos mínimos de tres meses. Con hormona gonadotropa nuestra experiencia es escasa y no es aún el momento de sacar conclusiones. Será motivo de otro trabajo.

Ciclos Anovulatorios: La primera premisa a sentar es que no son de fácil solución en contra de lo que pudiera creerse. Muy pocas veces hemos conseguido éxitos a corto plazo y creemos sinceramente que cuando esto ha sido así quizás haya influido más el microlegrado previo que la medicación empleada. Existe algún mecanismo por el que al regenerar la mucosa en los siguientes ciclos aparece ya una fase de secreción marcada.

Es curioso que hemos obtenido los mejores resultados con ciclos artificiales mantenidos durante 4-6 meses (foliculina 20 mgs. + 250-500 mgs. de progesterona por ciclo) quizás por el efecto de rebote pensando que la hipófisis al ser frenada durante una serie de meses puede almacenar una gran cantidad de gonadotropinas que quedan liberadas al cesar el tratamiento. Otra norma seguida ha sido la combinación de clomifeno y gestágenos por vía oral [Clomifeno 5-20 compr. en 1.^a fase del ciclo + progestina 120 mm. por ciclo o bien Clomifen + Duphaston].

Los resultados con Clomifeno (MRL-41) sólo o con Ciclofenil (200-400 mm.) por ciclo solamente, no nos dan resultados optimistas.

En varias ocasiones hemos recurrido a dosis excitantes de Hipófisis según técnica de Kaplan. Para el poco número recogido no tenemos mala experiencia.

Hormonas Gonadotropas humanas: Desde hace 4 años venimos empleando, no con la frecuencia que desearíamos, la hormona Hipofisaria obtenida de la orina de mujeres menopáusicas. Quizá los peligros que se citan de su empleo a pesar del control y la vigilancia sistemática (hemorragias de cuerpo lútero, embarazos múltiples) y el precio de su comercialización retraen a las enfermas de su uso. De todas formas nuestra experiencia (no

muy numerosa, repetimos, y que será objeto de otro trabajo) aún combinando estos preparados con hormonas gonadotrópicas coriónicas no es tan halagüeña como citan otros autores.

En resumen, para nosotros el tratamiento de elección hoy por hoy es la administración de ciclos artificiales con foliculina y progesterona.

Citamos finalmente una serie de casos para que Vdes. puedan apreciar que los problemas de esterilidad matrimonial que en muchas ocasiones nos traen de cabeza, en otros se consiguen corregir simplemente con la erradicación de una tricomoniasis, una electrocoagulación de cérvix, etc. Esto no significa otra cosa que nunca debemos dejar pasar detalles en los estudios más complejos de las parejas estériles que podrían haberse solucionado en la primera sesión exploratoria.



**Fábrica de Productos
Químicos y Farmacéuticos**

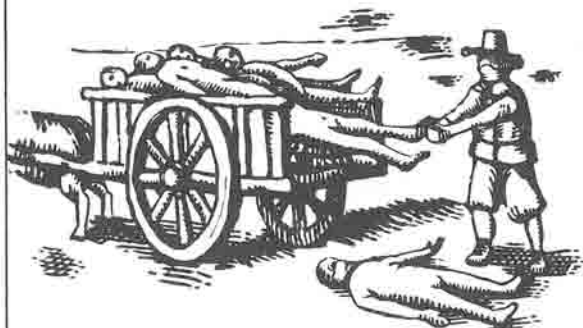
ABELLÓ, S. A.

Julián Camarillo, 8

MADRID - 27

CARDIOPATIA ISQUEMICA

La mayor de las plagas



"Sólo en Europa, el total anual de muertes sobrepasa la cifra del 1.000.000. Esta cifra ya es superior al record de mortalidad que estableció en su día LA GRAN PLAGA".

Neo - Atromid 500

facilidad de dosificación

2 cápsulas por la mañana
2 cápsulas por la noche

Presentación:
Envases de 50 cápsulas.
P.V. P.: 369,30 ptas.

 ICI-Farma

ICI-Farma, S. A.
Apartado 17
Porriño (Pontevedra)

Higiene mental de la tercera edad

Dr. D. Emilio Pelaz Martínez

Director del Sanatorio Psiquiátrico de Ciempozuelos. Madrid.
--

Cuando me hice cargo de este capítulo pensaba situar la tercera edad en el espacio de los 50 a los 70 años. En una reunión con dos de mis colaboradores, más jóvenes que yo, tomamos el acuerdo, conforme con el sentir de los pueblos desarrollados, de rebajar en cinco años y poner esta etapa de madurez entre las cifras de 45 a 65 años.

Queda aquí dividida la vida en los peldaños infantiles, que llegan a la pubertad; juventud, hasta que se independizan por el trabajo y el matrimonio, dejan de ser hijos de familia, fundan la propia y entran en la etapa adulta que suele ser hacia los 25 años; en el campesino español es a la vuelta del servicio militar, los 23 años.

El adulto está en pleno desarrollo laboral y social aún a pesar de que tiene menos facultades que el joven y renuncia a los afanes de superar sus marcas deportivas por la merma de su potencial y menos tiempo libre, y hay disminución de la memoria y de la fijación y velocidad de aprendizaje; pero más experiencia y prudencia y «sabiduría de la vida».

No vamos a entrar sobre si el mayor rendimiento en general pertenece a la juventud frente al adulto y maduro, tanto en el deporte como en el trabajo, «ímpetu» idealista, político y religioso, en la capacidad de amar y de crear amistades. La vida es un tamiz que permite la prosperidad de unos pocos quedando la gran masa juvenil frustrada de sus ambiciones.

Hoy se busca la eficiencia y por ello es comprensible la preferencia de las empresas por la gente joven. El gasto de preparación que hagan con ellos, aparte de que el aprendizaje es más breve, durará más años; el capital invertido en su preparación es una mejor inversión.

Ciñámonos a nuestro tema, dejando al adulto triunfante, conformado o fracasado, para entrar en la tercera edad sin olvidar que no hace el sujeto al pasar el umbral de esta etapa vital, sino que es el fruto de todas las anteriores que le han fortalecido o arruinado su personalidad psíquica y somática.

Es comprensible que la divisoria del paso de una etapa a otra no pueda ser una línea del cumpleaños, como es tajante esta fecha en muchas jubilaciones al otro extremo de la edad madura; una fulminante entrada en el período añoso de la cuarta edad, trauma que se evita con la jubilación progresiva.

La infancia y juventud corresponden al crecimiento bullicioso primaveral; el verano es la sensatez del adulto; el otoño es la época de la madurez o tercera edad y el invierno corresponde a la última etapa.

En los aspectos somáticos y psíquicos no existe un riguroso paralelismo: Hay enclenques de cuerpo con un espíritu fuerte y a la inversa corpulentos de cuerpo con endebles de ánimo; si bien lo más frecuente es cierta correspondencia compendiada en la frase «mente sana con cuerpo sano».

En la edad madura se van acumulando los achaques físicos y sinsabores que se iniciaron desde el nacimiento, socavando la naturaleza humana.

Las alteraciones somáticas serán tratadas por el Dr. Alvarez Ude y las modificaciones del perfil psicológico por P. Ríos.

La higiene mental de la tercera edad que es mi quehacer de hoy, se ha de apoyar en lo somático y en lo psicológico.

En lo somático es evidente para todos el cambio que la menopausia, muchas veces tormentosa, marca en la mujer con una crisis hormonal y repercusión psíquica concomitante. Análogamente está la andropausia del varón: En ella aparece un malestar indefinible, una preocupación por el soma y la apariencia física, pérdida de la paciencia con irritabilidad, cansancio de la vida, dificultad de concentración. Los pequeños olvidos pueden convertirse en un problema obsesivo dando demasiada importancia al leve fallo de la memoria en el que antes no paraba mientes; perturbación del sueño y disminución del apetito sexual. Y sobre todo un aburrimiento de la vida y de la alegría del trabajo. La caída de los ideales, especialmente religiosos, complementan la clásica acedia. Se percibe la declinación de la agilidad física, mental y la fatigabilidad.

En la tercera edad hay una virilización de la mujer y feminización del hombre, borrándose las aristas para acercarse al «unisexo». Viene una liberación de las tendencias reprimidas según Yung: en la mujer el animus (lo masculino) se acrecienta sobre el ánima y lo masculino en el hombre sucede a la inversa.

Es obvio que todos los sufrimientos, sobrecargas, amarguras, frustraciones y satisfacciones han de modelar el perfil psicológico planificado, «programado» desde nacimiento, pero sensible en su trayectoria a todos los avatares de la vida, tanto somáticos, psicógenos, psicóticos y psicopáticos; lo mismo que los políticos, laborales y sociólogos en general.

Debía escribir mi capítulo para mis lectores, esto es, para los pocos que leen psiquiatría clínica e higiene mental. Pero quisiera poner «garra» si puedo, a fin de interesar a los que no tienen empeño en leer y se enteran de la vida por lo que ven y oyen y más por lo que a ellos les sucede. Aquí mi único mérito estriba en que me es muy penoso escribir y me priva de otras satisfacciones como es la de guiar y conversar con mis pacientes, meditar, charlar con los amigos, escuchar o leer a los que saben... No es materia mía los cambios fisiológicos y psicológicos que se producen en el avanzar por la vida. Es de todos sabido que el movimiento pierde fuerza y velocidad, aunque el rendimiento tiende a conservarse por la mejor integración y economía de actividades despilfarradoras; la rutina, el oficio, hacen que la tarea aunque menos veloz sea más cuidadosa. En el trabajo manual es más destacable la disminución de la fuerza física, pero la experiencia se ha enriquecido y puede ser valioso para los otros más jóvenes, especialmente si sus dotes intelectuales les permiten pasar a puestos especiales donde rinden en sus valores positivos. Hay que aprovechar estas energías que enriquecidas por la práctica pueden ser de gran utilidad no exigiéndoles ni esfuerzos ni jornadas por encima de su resistencia. Han de tener más pausas reparadoras e incluso menor jornada para que su trabajo no resulte desmerecedor.

En las profesiones que llamamos liberales, como se regulan a sí mismos el horario y las pausas, los trabajos no desmerecen de los logrados en la juventud y edad adulta, sino al contrario, pueden ser más perfectos, más prudentes, más expertos.

Las tareas que requieren invención, creación artística... aunque disminuye la velocidad y riqueza asociativa, hay la mesura de la sedimentación que aportó la vida transcurrida, ha perdido la hojarasca, hay una mayor dedicación al trabajo vocacional, liberados de las otras distracciones de los más jóvenes y despreocupados de los demás: todas las potencias pueden concentrarse en la labor a realizar. Tenemos casos insignes que lo

corroboran a edades mayores, el verdadero triunfo suele ser en las obras de esta tercera etapa.

Los maduros que llegan sanos son útiles y figuran a la cabeza de los escalafones por sus propios méritos, mejor conocimiento del oficio y en la técnica del manejo de los hombres; ha aumentado la prudencia y la sabiduría de la vida, la claridad de concepto con el don de consejo que es justamente aquí donde alcanza su culminación: Así vemos los ejemplos en los políticos, militares, etc.

En algunas tareas donde se emplean los peones por días, ajustando el jornal en la mañana tal como ocurre en muelles, mercados y en algunas tareas del campo, se reúnen los trabajadores en lo que se llama punto de contratación y cada capataz va admitiendo los más aptos: Quedan los más viejos postergados, frustrados, propiciándoles esta amargura a la evasión alcohólica, en un ambiente como este de los lugares de contratación abarrotados de tabernas, dando el riesgo del aumento del alcoholismo por el desaliento de la vida. Esto requiere una terapéutica social de atenuar en ellos el desempleo con alguna ayuda económica.

Siendo una época crítica, la tercera edad está expuesta a los estímulos y agresiones de la vida junto con otros propios más acusados en esta fase vital.

De principio podemos sentir que la tercera edad no es una época feliz ni desgraciada por sí misma. Depende de cómo la modelemos nosotros, dejando a un lado lo inevitable, lo que solemos llamar genéricamente «Fuerza mayor» del enfermar, envejecer y morir aparte de los traumas psicológicos sufridos a lo largo de la existencia.

Es ridículo intentar un remedio de la bulliciosa alegría juvenil. Hay otros goces menos «burbujeantes» que los de edades más tempranas pero también hay fuentes de satisfacción: No hay saltos de alegría pero sí el goce de la contemplación, de la meditación, del sosiego y de la comprensión y dedicación al prójimo.

Con el pasar de los años se han ido perdiendo amigos por alejamiento, desengaños y muertes. La soledad para una minoría con vocación de ermitaño es un descanso y solamente sirve de reposo al normal, cuando está uno fatigado para reponer las fuerzas: La soledad puede ser síntoma patológico muy frecuente en algunas psicosis, sólo la busca el que quiere dedicarse a la meditación, a la vida interior. Lo normal, lo sano y gozoso es vivir con y para los demás. Hay que huir de la soledad y de la inactividad.

Es preciso ordenarse en el trabajo aunque esto exija limitaciones cuya decisión pueda traumatizar en un principio, pero es remedio para evitar

la fatiga. Hay que intensificar el trato con los semejantes a pesar de la pereza inicial que se aferra a desvalorizar esta fuente de alegría y también porque con los años maduros es más difícil la creación de nuevas amistades íntimas, no simples conocidos. Los simples conocidos cumplen también una función en reuniones y tertulias que tienen una acción terapéutica relajadora y una función informativa amena. La creación de nuevas amistades requiere en esta edad un mayor esfuerzo y mayor tiempo para obtenerlas y conservarlas. Volviendo al trato con conocidos las actividades laborales, clubs y reuniones de esparcimiento, tertulias, etc., cuya asistencia no nos crea obligaciones porque siempre que se acude se encuentran con algún conocido con quien pasar el rato. Viene a ser un sustituto de la amistad intensa que cubre en extensión lo que pierde en profundidad. Es una medida de salud psíquica no perder los contactos humanos armoniosos y para ello hay que saber ceder, para no verse desplazados.

LA FAMILIA:

En la madurez hay por ley natural un aumento del estado viudo y un pequeño número de segundos matrimonios que suelen resultar afortunados a pesar de la problemática de acoplamiento, pues resortes como el ardor sexual han perdido fuerza. La actitud de los hijos frente al nuevo ocupante del vacío dejado por el progenitor fallecido es comprensible, un cierto rechazo, porque los hijos piensan más en ellos mismos que en los padres y además los hijos no tienen, comprensiblemente, el menor o ningún amor al recién llegado. En muchas culturas y regiones de España hay la costumbre de casarse con la cuñada o cuñado, lo cual ya disminuye la resistencia de los hijos de admitirlo. El hecho es que creemos recomendable el segundo matrimonio porque los hijos si no se han marchado de casa están a punto de hacerlo y es mejor el propio hogar consolidado, apuntalado por el nuevo matrimonio, que vivir como de prestado en casa de uno de los descendientes; si esto fuera imprescindible por no casarse, según la sabiduría popular es preferible irse a casa de una hija que de un hijo.

La fuente mayor de goce y sufrimiento extrapersonal en la tercera edad la dan los hijos en primer término, después el trabajo y los amigos.

Los padres pusieron sus ilusiones, sus esperanzas de logros no conseguidos en sus hijos. Pero no sólo estas aspiraciones que pudiéramos calificar de egoístas, sino también su amor, del que no pueden renunciar. No es como otras especies de animales en que la cría al llegar a adulta

se emancipa por sí misma o es rechazada por la madre y al cabo del tiempo no hay relación más íntima que la que pudiera haber con otro miembro del rebaño o ese otro desconocido de la misma especie.

El amor agobiante de los padres, considerándolos como hijos pequeños dependientes, queriéndoles gobernar sin atender a los deseos de los que ya son adultos, «cosificándolos» puede provocar el rechazo porque estiman en alto grado su libertad e independencia.

Según el comportamiento de los hijos los padres se ven compensados, esto es fuente de felicidad o defraudados (un manantial de amargura). Pero no sólo del comportamiento de los hijos, sino también de la suerte que corran en la vida (matrimonio, trabajo, salud, etc.).

En los hijos ya no hay temor a la patria potestad, sólo queda respeto y amor si las cosas marchan bien; también puede haber resentimiento del trato sufrido cuando niños y jóvenes, resentimiento por hechos reales o hipervalorados, para una justificación a sus propios defectos y fracasos.

En gran parte se recoge lo que se sembró.

A la actual tercera edad le ha tocado la peor parte, pues cuando eran jóvenes mandaban los viejos y ahora que son maduros se ven desplazados por el empuje de los jóvenes.

A pesar de todo, no hay que perder el contacto con las generaciones que nos van a suceder. Los jóvenes y adultos se creen los autores aunque sólo sean los actores del actual cambio social que se está fraguando. Y para no sentirnos los de la tercera edad, meros espectadores apesadumbrados por no poder imponer nuestras ideas, no debemos quedar de inútiles, inactivos, no renunciar a nuestra norma, siempre perfeccionable y que pueda servir de referencia para los jóvenes que están incubando una nueva sociedad.

PROBLEMA SEXUAL:

Desde la edad pletórica de la fase juvenil hay un lento declinar variable según la constitución y la salud.

Lo más llamativo de la entrada en la tercera edad, cual es, la menopausia en la mujer, no la priva a ésta del goce del orgasmo sexual, habida cuenta de que hay un alto porcentaje, casi un 30 % de mujeres frías o que sólo tuvieron una corta fase de placer en el coito, aboliéndose este goce muchas veces con el nacimiento del primer hijo. Siguen las relaciones sexuales más por la creencia que el marido las necesita para su placer y necesidad.

La actividad testicular decrece lentamente desde el tercer decenio de la vida, pero el hombre lo compensa con más medios y técnica de conquistador y experiencia, a veces engañosa por ser él el conquistado: «Victorias» que se deben la mayoría de las veces a su puesto social, laboral y dinero. Las presuntas conquistas les prestan una satisfacción por lo bien que se le dan las chicas: Es la edad de las tonterías, como en la cuarta edad es la de las «chocheces» sexuales.

La novedad de la pareja y la carne joven es un gran estímulo sexual, hace de espuela al instinto adormecido por la rutina de lo manido. Este pasajero avivamiento lo perciben como un seguir estando en forma y un tema de presumir con los amigos.

No siempre las cosas ruedan como quisieran ellos y ante la angustia de la nueva situación y temor al fracaso puede sobrevenir una impotencia que le deprime e incluso le da el sentimiento de vida acabada, si habían cifrado en lo sexual el principal objeto de su vida. La avaricia del goce sexual junto con la debilidad biológica lleva a la búsqueda de recursos estimulantes tanto medicamentosos como prácticas que pudiéramos llamar anómalas y aun perversiones. Se hace necesaria la ayuda del médico psiquiatra.

En ambos sexos este paso a la adaptación de su realidad biológica puede ser un componente psicogenético de la depresión climatérica e involutiva. Hay que vivir con arreglo a la propia edad biológica y profundizar en las fuentes de goce que da el amor a esta etapa vital: Menos copulación pero más ternura y compañía.

VIDA MATRIMONIAL:

El cónyuge se ha convertido en el confidente, en el mejor compañero que participa sufriendo o gozando todas las incidencias de su pareja. A veces tanta compenetración y compañía resulta agobiante; entonces sirven de revulsivo, de terapéutica, unas cortas vacaciones matrimoniales para volver a echar de menos la familia y la misma rutina de la vida casera.

La madurez comienza cuando el hogar tiende a quedarse vacío, presta la emancipación de los hijos, la pareja vuelve a encontrarse sola o por lo menos libre de responsabilidades legales de lo que hagan los hijos, pero no del amor que les siguen teniendo. Se puede sentar que la madurez comienza en verdad, al quedarse solos y nacer los nietos.

En el caso de viudez, el hombre si no se casa de nuevo, nota mucho más el vacío y la soledad. En cambio la viuda del personaje de buena po-

sición y de éxito, que vivía como una sombra a su lado, logra de pronto una importancia propia, se rejuvenece al alcanzar todo el poder, sobre todo el económico.

El marido tiene su tiempo lleno con su trabajo y con él alivia su soledad. La mujer sigue con su vida de siempre gobernando la casa y tiene los recursos de las organizaciones benéficas, visitas, partidas de juego con las amigas, etc.

El verdadero punto que debiera decidir el comienzo de la tercera edad es la dispersión de los hijos; los padres vuelven a quedar solos y es entonces cuando pueden aumentar los roces entre ambos porque ya no tienen a quién corregir. Esto que era como pequeñas descargas de los padres sobre los hijos, se vuelven contra el otro cónyuge, aumentando las disputas en muchos matrimonios. Como ejemplo me viene a la memoria el de un compañero médico muy afanoso por su trabajo para tener a la familia lo mejor acomodada posible; en esta crítica edad se le casaron las hijas, que eran en gran parte el motor de su dinamismo, disminuyendo con ello el aliciente por trabajar mucho y quedándose más horas en casa, en contraste con años anteriores que apenas paraba lo imprescindible en el hogar. Los pequeños roces en el matrimonio culminaron en una riña mayor, dando pie para que ella cogiera su equipaje y se fuera con sus padres. A los pocos días escribe él a su mujer: No sé qué me pasa, me encuentro desconcertado como pudiera ocurrirle a un perro que ha llevado muchos años una lata atada al rabo y de repente al cortarle la atadura, se encuentra libre pero no sabe qué hacer. Ella comprendió lo que le pasaba y volvió de inmediato a casa.

ANECDOTARIO:

No he hecho una encuesta sistemática sino más bien una serie de entrevistas con casos en los que por diversas circunstancias ha habido una agresión psicógena por las incidencias de la vida o acaban de salir de un episodio psicótico, estando en la raya de la psicopatología. Estos son casos de la tercera edad donde la vida es más vulnerable para llevar el descontento y donde juegan un gran papel el círculo íntimo familiar, el amistoso, el laboral y en general todo lo sociógeno que se suma a el atisbo de la decadencia psicofísica, con el consiguiente esfuerzo para «mantener el tipo». De las entrevistas realizadas sacamos unas pocas.

Ante la agresión de los disgustos hay el recurso de la asimilación por la reflexión serena, desvalorizando lo que en un principio habíamos hiper-

valorado, es un mecanismo del egoísmo biológico, del instinto de conservación. La conformidad traducido a lo puramente biológico disminuye la mortalidad, menospreciando los pequeños achaques y los golpes que nos pueda dar la vida afectivamente: Que los hijos nos hagan menos caso, que nos quieran desplazar en el trabajo... Se reconoce uno con más lentitud psicofísica, menos exuberancia asociativa en el pensamiento y más necesidad de pausas para la atención concentrada. Hay que aprender a reducir nuestros esfuerzos a lo esencial para poder alcanzar lo hacedero.

En los mismos trabajos manuales frente a la velocidad del joven está la pulcritud y ahorro de material del maduro.

En la vida actual se ha difundido el uso del automóvil y el que aprendió de joven y fue buen volantista se impone la prudencia ante la merma de sus reflejos. Las estadísticas dan menor número de accidentes en los maduros que en los jóvenes. El maduro hace menos gamberradas.

Volviendo a nuestro anecdotario tenemos: Hombre de 60 años, pícnico y afable, etílico, amargado por el rechazo de la familia. Nos dice:

No he tenido madurez jamás y no la tengo en esto que Vd. me pregunta sobre mi edad madura; nunca tuve ni tengo equilibrio ni sensatez. He gozado de la vida, me gustaba y me sigue gustando comer bien, beber y las amigas. Mis ilusiones las proyectaba sobre mis hijos y aunque me rechazan, han salido adelante. Aspiro en la actualidad a tener paz en el alma, aunque sea ayudado por su medicación y con el trabajo y alguna distracción.

Ahora es cuando me deleito en contemplar las cosas que no sabía apreciar antes lo suficiente y con el recuerdo de las personas queridas muertas o ausentes. Puedo ahora comprender lo que no había comprendido y con más delectación; conservo la capacidad para hacer nuevas amistades.

Varón de 58 años, en el sanatorio por deshabituación etílica. Aunque me encuentro capaz como a los 40 años no me admiten las empresas al decirles mi edad (es corrector de imprenta) y esto me consume cuando voy en busca de empleo, rechazos que le han empujado a unas recaídas esporádicas alcohólicas. Esto del rechazo por la edad, más valiera que nos fusilaran, porque yo no me siento mermado. Se ha buscado colocación circunstancial en una cafetería. Fuera de los ratos que siguen a unas tentativas fallidas de colocarse, tiene buen ánimo y no sufre.

Varón de 55 años historiador, soltero, vive en una especie de colegio mayor, sin salud física por una hernia de hiato exofágico, asma y fases depresivas que precisan tratamiento. Fuera de una de estas fases enjuicia su etapa vital: No tengo hijos pero tengo discípulos, me gusta mi trabajo

que por mi salud no puedo dedicarle el tiempo que quisiera. Los éxitos de mi propio trabajo y los de mis discípulos me halagan.

Añofo la edad adulta con más fortaleza física que ahora, pero no la juventud, que no es la plenitud.

Enfermera, 57 años: Algunos achaques, soltera, discrepancias con los hermanos y sobrinos, dolores reumáticos. Se refugia en jornada de doble turno: Nota la soledad y la ausencia de los seres queridos fallecidos. Se encuentra normal de facultades psíquicas pero no físicas, Frecuentes días de malhumor que se va atenuando al entregarse al trabajo como evasión. Tiene menos ilusión, con un conformismo resignado. Menos apetencias eróticas, pero ansía ser querida y por lo menos estimada.

¿Qué ventajas encuentra? Ninguna, solamente la independencia, la mayor seguridad, más apoyo en el trabajo que me alivia mis problemas.

No tengo miedo a la muerte. Me importan menos los demás. No afán de mando, siempre me encontré más a gusto obedeciendo. Sigo con la curiosidad de aprender, de leer, de viajar. La vida religiosa como siempre.

Varón, 55 años, soltero, sin familia, vive solo, hace las comidas en el mismo restaurante, jornada prolongada de trabajo vocacional que le entretiene. No actividad religiosa. Se nota mermado físicamente pero no de juicio. Antes le alegraba el bullicio y las muchas amistades, ahora disfruta más la paz y las cosas pequeñas en las que antes no se fijaba; más desilusionado de las personas. No le teme a la muerte, tampoco piensa mucho en ella. Con el trabajo y sus hobbies su restaurante habitual soslaya la soledad, soledad que saborea en su casa como reposo, oyendo música y con las tareas domésticas. Ver pasar el tiempo sin apasionamientos, sin grandes ambiciones, con sosiego.

Hembra, 57 años: Soltera, vive sola, hermanos casados. Sin precisarlo se ha buscado trabajo. Ha salido de una fase depresiva y remitida enjuicia su tercera edad: No puedo comprender bien las nuevas cosas. Se piensa más cómo será el final. Pero en el trabajo no encuentro merma de rendimiento. Sí, me noto menos preocupada religiosamente, con menos problemática en este sentido. Ni más ni menos ambiciosa, me noto más conforme y serena.

Sí, siento la dificultad de crear nuevas amistades aunque conservo bien las que tenía. Ahora no tengo enamoramientos (vaciada de genitales hace siete años); desde la operación suspendió el onanismo y las fantasías amorosas.

Saborea más las artes. Le importan las cosas menos que antes, ni lo que piensen de mí, no tengo miedo al ridículo y no me sacrifico por ves-

tir sino por ir cómoda. Percibo que el tiempo pasa más de prisa y es notable el aumento de la serenidad.

He escogido los casos límites, no enfermos y tampoco de la medida que vemos a nuestro alrededor. Por su estado de ánimo confiado y contados en la intimidad de la entrevista psiquiátrica, son de gran valor objetivo sus juicios críticos sobre el sentimiento penoso de la soledad y la añoranza de una comunicación que respete una porción de intimidad, porción que suele ser mayor que en el joven de por sí más expresivo de su interioridad aunque esta sea más problemática.

EL PASADO:

En la tercera edad se empieza a mirar atrás y lo que falta por hacer. Este empezar a mirar hacia atrás junto con el inicio de la flaqueza de la memoria impulsa a fijar los recuerdos a tomar nota de ellos para desarrollarlos más tarde.

Al adolescente cuando se le abren los problemas y horizontes de la vida, le nace un impulso a fijar por escrito estas nuevas emociones, a escribir su diario. El maduro propende a escribir sus memorias que va aplazando mientras el trabajo del día y los deberes sociales le ocupan toda su jornada hábil.

La merma de la grabación de los recuerdos o mejor de fijación de los engramas de lo reciente, esto es, la memoria de fijación, se afecta más que la evocación, dejando a un lado los casos patológicos. En el adulto persiste la claridad del juicio frente a algunas dificultades de memoriar como puede ser aprenderse un idioma nuevo para él, aunque le es fácil recobrar uno que había aprendido en la infancia y había olvidado por desuso.

Pero las dotes más valiosas de enjuiciamiento y conocimiento de los semejantes se mantienen.

SALUD PSICOFISICA:

Al barruntar la decadencia se incrementa el afán de la seguridad económica y preocupación por la salud. Por esto acuden más a los chequeos médicos en esta tercera edad.

Se valoran más los buenos amigos, que no suelen ser los más divertidos y se evita en lo posible crearse enemistades. Conviene concretar los esfuerzos para rendir en ellos al máximo con las fuerzas disponibles.

Se siente la satisfacción de la tarea bien hecha, no por su fruto económico sino por la apreciación personal de que se ha hecho algo bueno. También es fuente de compensación de los autoreproches por la vida pasada, la preocupación por el sufrimiento del prójimo y su alivio, que engrandece nuestra alma.

Es un consejo de todos conocido, evitar los sobreesfuerzos «stress» tanto en trabajos penosos como en las fuertes emociones de ira y amor.

Los hombres maduros comparativamente con los más jóvenes tienen más temor para algunas cosas y menos para otras. El hombre maduro teme menos el ridículo y el qué dirán. Las lamentaciones van perdiendo repercusión vegetativa al avanzar la edad como un recurso biológico, aunque sí son peligrosas las violentas que afectan a lo muy personal y en los accesos de ira el riesgo amenaza el aparato circulatorio que en los jóvenes es más elástico y resistente a las exigencias.

La emoción amorosa no se ha perdido pero está mal visto los nuevos amores de las personas maduras. En cambio si miramos con ternura la pareja enamorada que camina desde años atrás juntos por la vida, envejeciendo a la par.

Los maduros acuden por su propia iniciativa, al médico con más frecuencia que en las etapas anteriores. No por que la aparición de nuevos achaques sea muy alarmante sino por que a los que arrastraban de antes, a veces sin darles importancia, se suman los que vienen nuevos y a veces preferente, como el infarto de miocardio.

No hay diferencias sociales en la frecuencia de acudir a la consulta médica y más ahora con el Seguro de Enfermedad y el menor aguante de la gente al sufrimiento, somatizando sus problemas psicológicos.

De una de tantas estadísticas podemos copiar:

1.º Niveles altos, profesiones liberales	14 %	Hombres	31 %	Mujeres
2.º Clase media	22 %	»	29 %	»
3.º Obreros especializados	16 %	»	27 %	»
4.º Peonaje	17 %	»	30 %	»

Por el estado civil, las solteras y viudas toleran mejor la soledad aunque sean más quejumbrosas.

Los achaques físicos que se iniciaron e incluso se acusaron intensos en etapas anteriores son tratados por el internista.

La angustia generalizada, disimular la edad para aparentar una juventud ficticia es una tensión cuyo mejor tratamiento lo hacen los humoristas mostrando lo cómico de esta actitud forzada. El humorismo es un arma efi-

caz y de gran ayuda al higienista mental, poniendo al descubierto lo que hay de risible al intentar distorsionar la realidad. Yo-mundo.

Las enfermedades psíquicas orgánicas son campo del tratamiento psiquiátrico. Para cumplir su cometido necesita el médico psiquiatra la colaboración social, cambiar la mentalidad de rechazo por una mejor aceptación de los enfermos remitidos. No hay una solución entre el psiquiatra y la sociedad para liberar a ésta de las pequeñas molestias que pudieran producirla algunos enfermos mentales inofensivos. Claro es, que los peligrosos y abandonados deben estar custodiados o recogidos. Los mismos enfermos abandonados no peligrosos se les puede instalar en hogares sin aspecto de clínica, en familias que los acepten por una remuneración, pero yo personalmente encuentro más confortable y entretenido un moderno hospital psiquiátrico en la sección de tranquilos que tienen su vida organizada y pasatiempos como pudieran tenerlo en un balneario, con la ventaja de los centros sociales y el régimen de puerta abierta, más una disciplina suave para la medicación y aseo, más una ocupación adecuada que entona su debilitada personalidad y les proporciona sin su iniciativa, distracciones que una vez iniciadas les entretienen.

En la tercera edad poco después de su comienzo suelen aparecer las psicosis involutivas. Dejando a un lado las alteraciones psíquicas preseniles como la presbiofrenia, enfermedad de Pick, Alzheimer y otras más raras de esclerosis cerebral quedan como más frecuentes los deterioros psíquicos por fracaso de la irrigación encefálica y las depresiones.

Con el fallo patológico aparece una mayor o menor disminución del rendimiento cerebral siendo esto ya tema propio de la psiquiatría clínica.

Hay una culminación de la enfermedad alcohólica que viene arrastrándose en crescendo del hábito de años anteriores, hasta que en esta edad claudican sus fuerzas de resistencia frente al tóxico.

Los nuevos casos de iniciación alcohólica no son más llamativos en esta edad como tampoco los de drogas, salvo una mayor profusión del uso de hipnóticos y tranquilizantes que pueden abocar a una dependencia «adicción» de incumbencia del psiquiatra.

Lo que más abunda en comparación con las etapas vitales anteriores es la depresión en todos sus grados y etiopatogenias.

Los colores vivos del goce vital se han tornado grises. La nostalgia del pasado predomina sobre la ilusión del futuro, el ánimo propende a la tristeza lo cual da un fondo propicio a la melancolía climatérica y de la involución, cuando se suman otros factores endógenos y exógenos, para desencadenar el cuadro depresivo, depresiones que son más frecuentes en la mujer.

Afortunadamente las depresiones de esta edad que remiten solas en meses o años, obedecen a los tratamientos psiquiátricos cesando en días o pocas semanas, en un 80 % o más.

Hay un inconveniente, cual es la dificultad de detectar la depresión cuando se inicia o los casos leves y solapados, porque se lo calla el enfermo; la familia, los amigos y compañeros de trabajo no lo perciben para poder avisar al médico. El propio paciente no lo considera como enfermedad sino como algo actual de claudicación, o castigo merecido, un sufrimiento que no es cosa de médicos y por ello inútil acudir a ellos. Hay además por la misma enfermedad, un «recreo» en rumiar la propia tristeza. El sujeto puede fingir una falsa alegría, cumplir en su trabajo y requerimientos sociales, sin llamar la atención. Sólo se nota una menor alegría, disminución del apetito y del gusto de comer (salvo cuando la depresión se acompaña de ansiedad que se atenúa bebiendo y comiendo), retraimiento social, turbación del sueño: entrecortado o despertar precoz; disminución del apetito sexual y apagamiento de la ambición y vanidad. En un grado mayor de la depresión viene la preocupación excesiva por el dinero que culmina en las depresiones mayores como contenido de los delirios de ruina, al que se suman a los de autoacusación, incapacidad y condenación. En esta remoción de los sentimientos, la problemática religiosa suele acrecentarse aunque en casos sea para rechazarlas, lo cual es también una mayor preocupación religiosa.

En los cuadros subdepresivos disimulados, es cuando cae como una bomba el suicidio, que es incluso más frecuente que en las depresiones profundas inhibidas. Más de un 4 % de los depresivos se suicidan. Estos casos desapercibidos causan la extrañeza de todos porque no le consideraban enfermo; la familia conmocionada y los conocidos no se lo explican, considerando que no había motivo. Los amigos comentan: Pero cómo es posible si lo tenía todo, una familia bien avenida, consideración social, holgura económica, incluso ideales políticos y religiosos y sobre todo esto, si era «tan buen cristiano». Pero la enfermedad mental es justamente un contrasentido. El sujeto en su íntima realidad se siente desgraciado, inútil y a veces como un estorbo, y la única liberación es la muerte. En cambio la gente cuando percibe su tristeza le recomienda distracciones que no puede disfrutar porque la tristeza la lleva dentro a donde vaya; no le sirve que le den todos los gustos porque en su estado de ánimo no los disfruta; hay una desestimación de valores. El mejor consejo es, como dijimos, que vaya al médico psiquiatra, que en pocos días le vuelve a la normalidad.

No hay que confundir los cuadros subdepresivos con las quejas de

prejubilación, la «geriastenia», cuadros análogos a las distonias vegetativas. Por las alteraciones orgánicas frecuentes de la prejubilación no se valora suficiente el factor psicógeno, dado que hay una artrosis cervical, una alteración tensional, etc. Lo que prevalece es el fastidio de cumplir un trabajo penoso y quieren adelantar por enfermedad la jubilación y descansar de su amargura, de su aborrecido trabajo para dedicarse a lo que les gusta que simplemente puede ser pasear, charlar, jugar una partida de cartas o bien tener tiempo para recrearse en su vocación ocupacional a la que no había podido dedicar el tiempo que quería.

Desde dentro sentimos algo que nos apremia a buscar la armonía en nosotros mismos, la buena convivencia y adaptarnos a «nuestra circunstancia», e incluso, asimilar todo lo captable del universo y lo no abarcable pero presentado como es el Absoluto. Para este equilibrio apetecido, la más propicia es esta tercera edad, porque persisten los resortes de nuestras potencias psíquicas (intelectuales, afectivas, volitivas) y los instintos perturbadores están domeñados. La mayor serenidad de esta edad permite ganar el buen gobierno de la persona.

La despreocupación por el qué dirán, por los demás en general, el menor temor al ridículo, nos libran de gastos de energía para concentrarla en nuestro interior.

Se abre un porvenir muy próximo de manipular el cerebro física y químicamente con implantaciones de micro estimuladores para eliminar las emociones negativas de agresividad, ira, tristeza y quizás otras de menor cuantía y aun excitaciones para despertar alegría.

¿Pero cuál es el patrón ideal de la felicidad? Mientras tanto esas técnicas pueden ser útiles y de hecho utilizamos estereotaxias, lesiones mínimas a ciertos niveles para corregir las alteraciones extremosas de sufrimiento o perturbación de la convivencia. Preferimos el sosiego a la inquietud, pero creemos que la vida necesita de vaivenes «suaves» para que no sea aburrida. Un permanente no participar en los anhelos de la vida, es un vivir en el limbo. Hasta una cierta dosis de penas son necesarias porque dan realce a las alegrías, sin las penas por el mecanismo de la adaptación, no habría alegría. Las manipulaciones físicas del cerebro son útiles muchas veces y aún en el sentimiento religioso: Tenemos el caso de una obsesiva que vivía en un temor de un Dios vengativo y con la pequeña operación pasó a acogerse a un Dios misericordioso; con más alegría en el cumplimiento de los mismos preceptos y una mayor confianza en Dios.

En la tercera edad merman las facultades físicas pero se mantienen y aun aumentan algunas espirituales. Junto al amor a la Verdad, a la Be-

lleza y a la Bondad hay algo trascendente que todos sentimos más o menos y de modo muy personal y circunstanciado. A los psiquiatras nos es dable constatar este sentimiento, casi de modo tangible en las alteraciones psíquicas, en las que aflora al primer plano este estrato espiritual religioso. En las regresiones infantiles y en el llamado inconsciente colectivo y ancestral se ve la importancia de este componente en la mente humana. Podemos actuar sobre la sociedad para combatir la inseguridad y el apego al dinero y la avaricia con una legislación justa, para mirar al porvenir sin inquietud y con ello una fuente de sosiego. Pero la interna felicidad es más de trabajo individual por conseguir la paz, el placer de la contemplación y de la meditación, plataforma, para un acercamiento sin angustia a lo absoluto, a Dios. Si en esta ascesis aparece angustia puede ser de origen orgánico y ahí tenemos al psiquiatra para atenuarla o extinguirla. Unas pinceladas de angustia no son de temer e incluso intervienen como componente normal del organismo y del vivir, la angustia es un radical humano.

En la integración de la persona, en la consecuencia de la paz interior y fortalecimiento del plano espiritual para que gobierne nuestra conducta, hay distintos caminos o técnicas; a cada uno le va mejor la más adecuada a su personalidad, activa, emocional o racionalista. Todos son caminos hacia la Belleza, Verdad y Bondad y a una comunicación de hermandad con el prójimo y abertura de comunicación con lo Absoluto. Hay diversas técnicas de psicoterapia individual y de grupo. En todas ellas se conjugan más o menos los valores de la relajación, concentración, contemplación, meditación y comunicación. Todas ellas son igualmente valiosas, aquí como en las otras etapas vitales.

En resumen una actividad ponderada física, emocional e intelectual con arreglo a la persona individual y una filosofía sana para saber vivir su propia vida.

nevasona

LA FORMULA MODERNA PARA LAS ESCOCEDURAS

- Cura más rápidamente roces, escoceduras e irritaciones.
- Hace imposible que se reproduzcan.
- Alivia en el acto las molestias y ardores.
- Conserva la piel fresca, suave y sana.
- Contiene Silicona, vitamina F, Lanolina, etc.

PRESENTACION: Tubo con 30 grs. de crema.

INDUSTRIAL FARMACEUTICA CANTABRIA, S.A.

Carretera de Cazoña - Adarzo, s/n.

SANTANDER

Dep. Publicidad SYNTEX



el medicamento
de toda la piel

GELIDINA® 60g.

ES UN PRODUCTO
DE INVESTIGACION
SYNTEX

Gran Via Carlos III, 84 - BARCELONA-14



Dr. Pereda



Dr. Navarro

El problema de las quemaduras en Santander

Dr. D. José María Pereda Sáinz
Dr. D. Octavio Navarro Baldeweg

Servicio de Dermatología de la Casa de Sa-
lud Valdecilla.
Jefe encargado: Dr. Navarro Baldeweg

Las quemaduras representan un problema para la humanidad desde que el hombre primitivo descubrió el fuego y actualmente se ha visto incrementado por el desarrollo de la población e industrial, y debido a que no se toman las adecuadas medidas de prevención. Colebrook (3) ha demostrado que, tomando unas elementales normas de protección por la sociedad, un 70-80 por 100 de las quemaduras podrían evitarse.

El propósito del trabajo es analizar la etiología y los factores que concurren en la producción de las quemaduras y la forma de evitar que se produzcan de una forma tan frecuente. Queremos conseguir que la población y los organismos responsables tomen conciencia del importante problema que representan, por cuanto suponen de pérdida de vidas, deformidades funcionales y estéticas, incapacidades laborales, pérdida de días de trabajo, ocupación de días-cama hospitalarias y gasto económico nacional.

En otros países se han realizado estudios acerca de este particular, destacando, por comprender un elevado número de casos y abarcar amplios períodos de años en sus trabajos, las casuísticas publicadas por Dunbar (6),

Kirschbaum (7) y Sen (9). Entre los autores que han señalado la necesidad de realizar campañas de prevención de las quemaduras, hay que reseñar por su importancia a Moyer (8) en Estados Unidos, Colebrook (4) en Inglaterra y a Arturson (2) en Suecia.

Las pérdidas ocasionadas por las quemaduras son cuantiosas; en la ciudad de Copenhague el gasto anual por los pacientes quemados por un millón de habitantes Thomsen (10) lo evalúa en unos 16.000.000 de pesetas; y Converse (5) cita que en el año 1953 había unas 60.000 muertes anuales por quemadura en todo el mundo.

MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo hemos utilizado los datos correspondientes a 1.050 quemados tratados en el Servicio de Dermatología de la Casa de Salud Valdecilla de Santander en los últimos 43 años.

Hemos realizado un estudio porcentual y la representación gráfica, teniendo en cuenta algunos de los factores que concurren en las quemaduras.

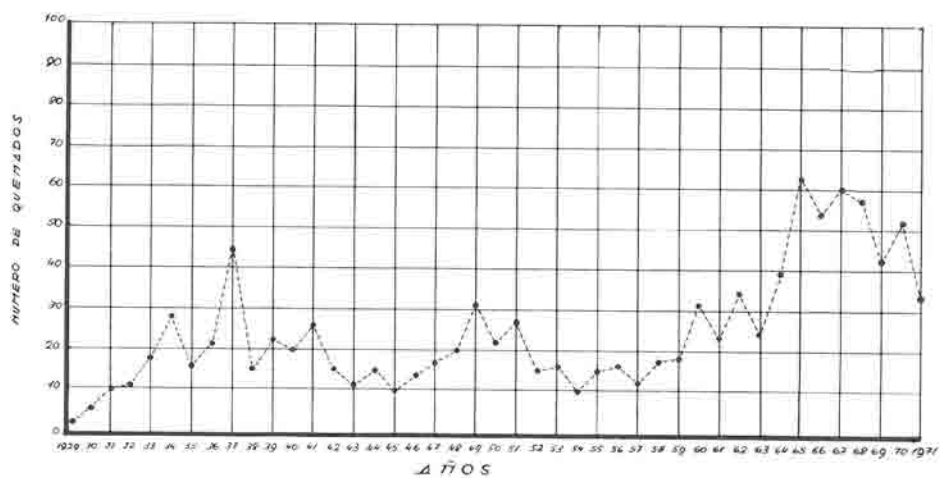
La provincia de Santander tiene 469.077 habitantes y la capital 149.704. Hay que señalar que la provincia tiene una economía de tipo agrícola y ganadero principalmente y que en las cercanías de la ciudad se encuentran situadas las industrias.

RESULTADOS

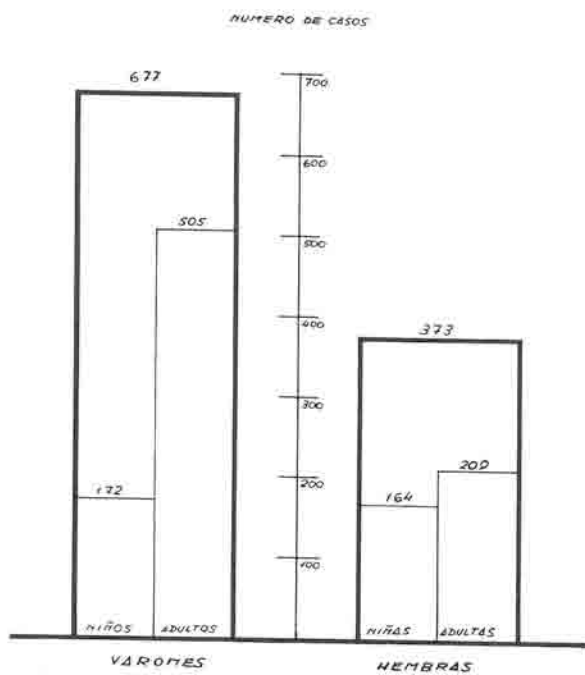
Los resultados y comentarios que se pueden deducir de esta investigación vamos a exponerlos con la ayuda de unas gráficas para la mejor comprensión de los mismos.

En relación con el número de quemados por año, en la Gráfica 1 podemos observar cómo el número de pacientes va aumentando paulatinamente con el paso de los años, con un pico en 1937, que corresponde a la guerra civil, seguido de una fase de descenso en el número de quemados, para luego ir aumentando progresivamente, a medida que el desarrollo de la región se consolidaba.

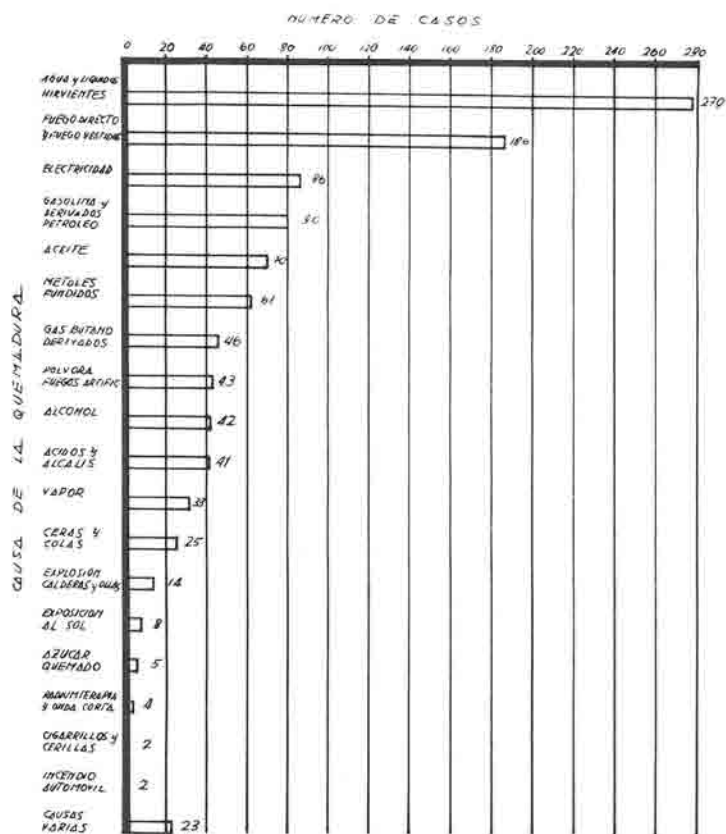
Analizando los quemados según el sexo y la edad, obsérvese la Gráfica 2, apreciamos un mayor número de varones quemados que de hembras, y que también son más frecuentes las quemaduras en los adultos que en los niños.



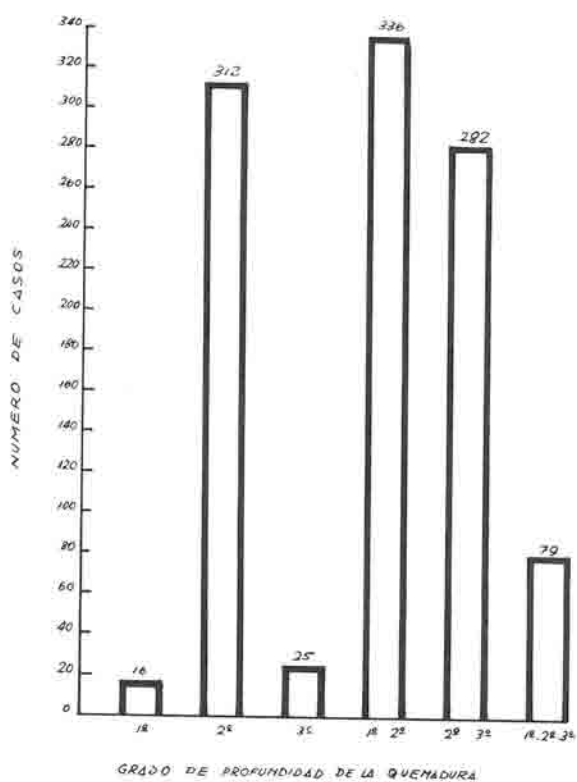
Gráfica n.º 1



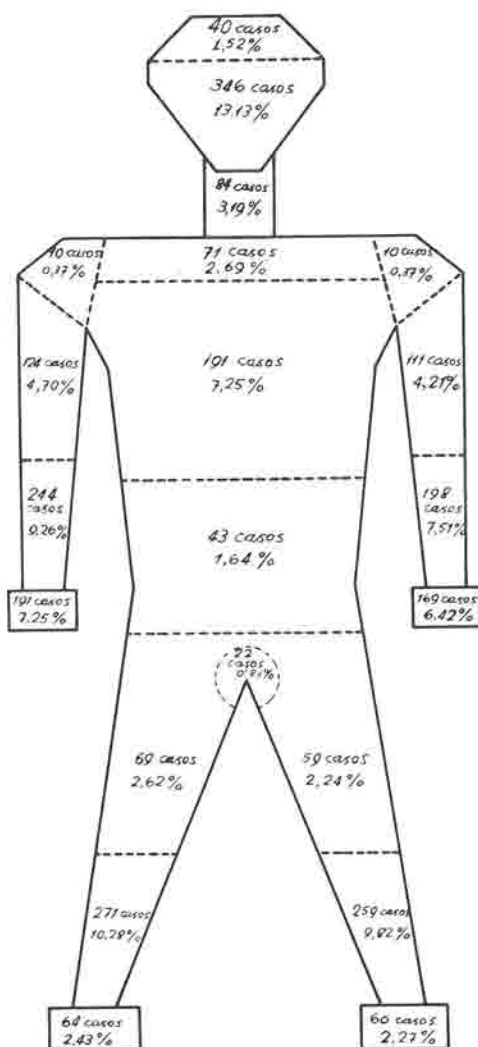
Gráfica n.º 2



Gráfica n.º 3



Gráfica n.º 4



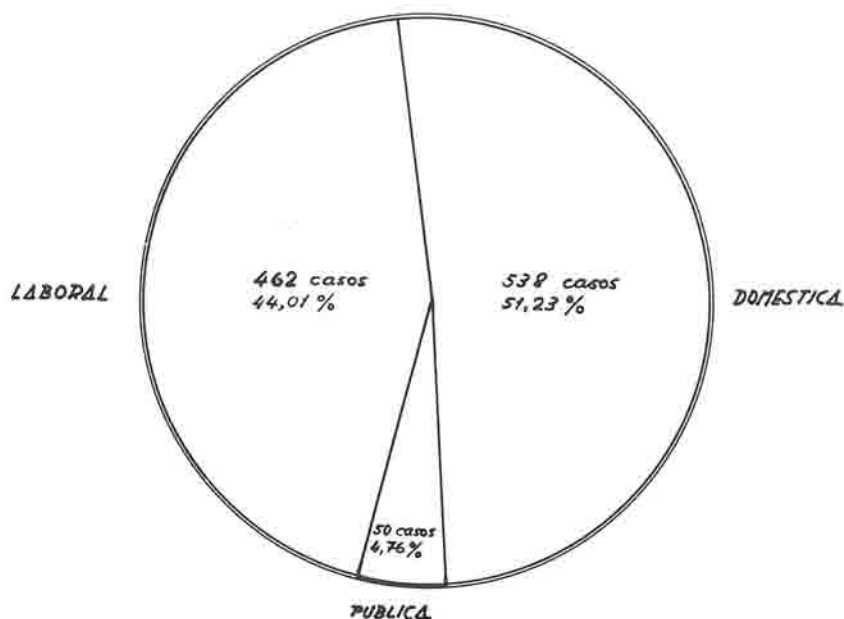
Gráfica n.º 5

En la Gráfica 3 representamos las causas de las quemaduras y su distinta frecuencia en cada una de ellas, pudiéndose apreciar que las causas más frecuentes son el agua y líquidos hirvientes, seguido del fuego directo y fuego de vestidos; y que las menos numerosas son los cigarrillos y cerillas, y el incendio del automóvil.

Con respecto al grado de profundidad de las quemaduras por nosotros estudiadas, adviértase cómo las quemaduras más frecuentes son las mixtas de 1.º-2.º grado y las de 2.º grado solamente, y son poco numerosas las de 1.º grado y las de 3.º grado aisladas, según se detalla en la Gráfica 4.

Como puede comprobarse en la Gráfica 5 la localización más frecuente de las quemaduras en el cuerpo es la cara, piernas, antebrazo, pecho y manos; siendo poco numerosas en hombros, genitales, cuero cabelludo y abdomen.

Considerando el tipo de accidente causante de la quemadura, se puede ver en la Gráfica 6 que las quemaduras domésticas representan la mitad



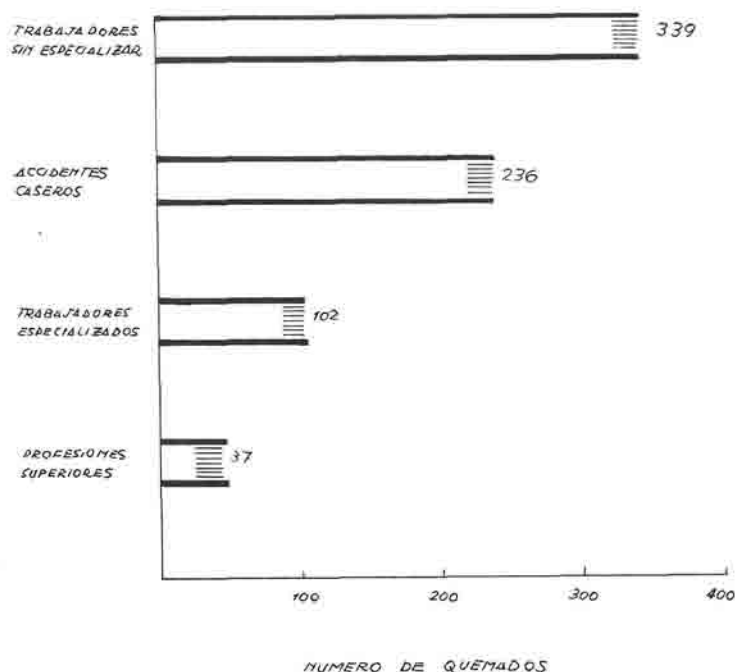
LUGAR PRODUCCION QUEMADURA

Gráfica n.º 6

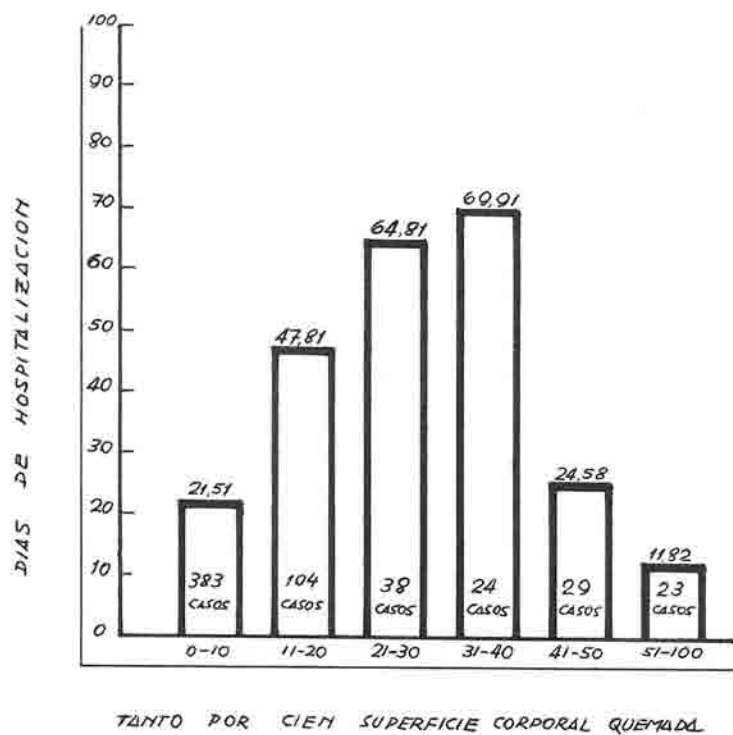
de los accidentes que dieron lugar a una quemadura, siendo algo menos frecuentes las debidas a accidentes laborales y muy escasas las producidas en lugares públicos.

Teniendo en cuenta la profesión de los pacientes quemados, datos representados en la Gráfica 7, se advierte cómo las quemaduras son más frecuentes en los trabajadores que no tienen ningún tipo de especialización profesional; el número de quemaduras disminuye en razón directa con el grado de especialización profesional; y que los accidentes caseros en mujeres y viejos son bastante numerosos.

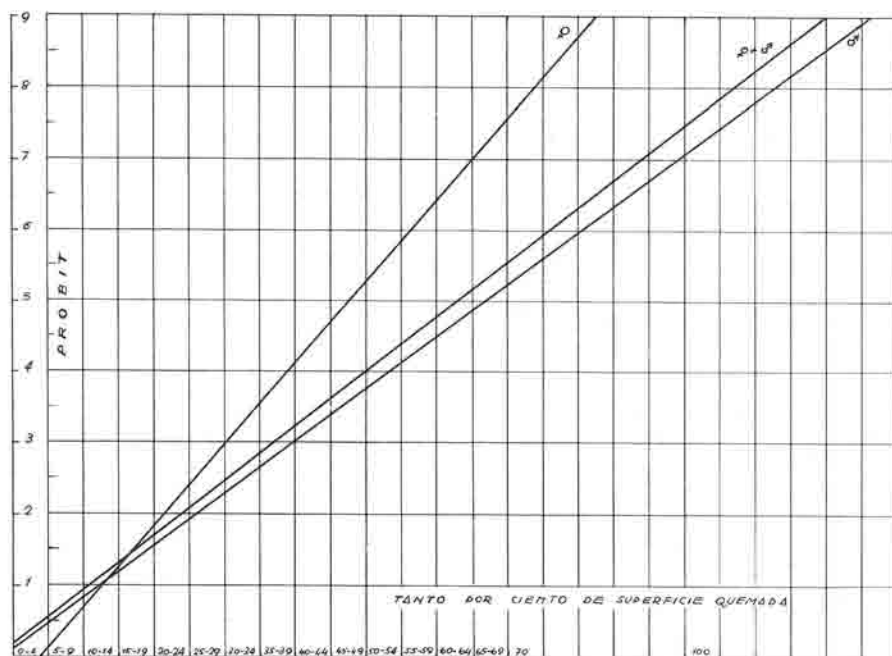
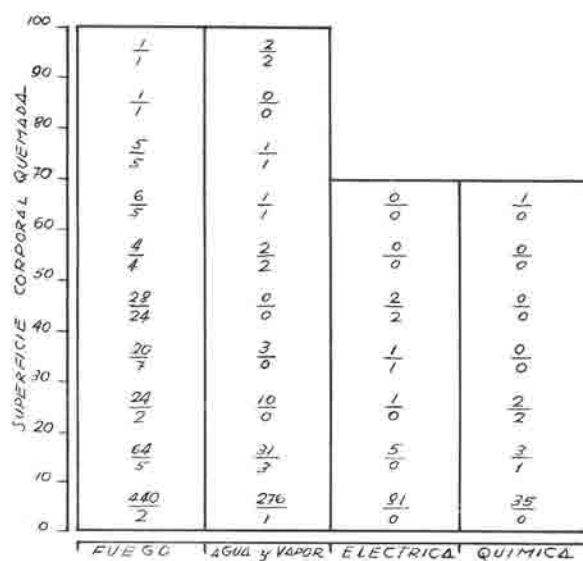
Si pasamos a analizar en la Gráfica 8 los días-hospital según el tanto por ciento quemado, apreciamos cómo el promedio de días-estancia hospitalaria aumenta en relación directa con la superficie quemada hasta el 40 por 100 para luego ir disminuyendo progresivamente; que la máxima estancia promedio corresponde entre el 31-40 por 100 de la superficie corporal quemada, y la mínima a los quemados que sobrepasan el 57 por 100.



Gráfica n.º 7

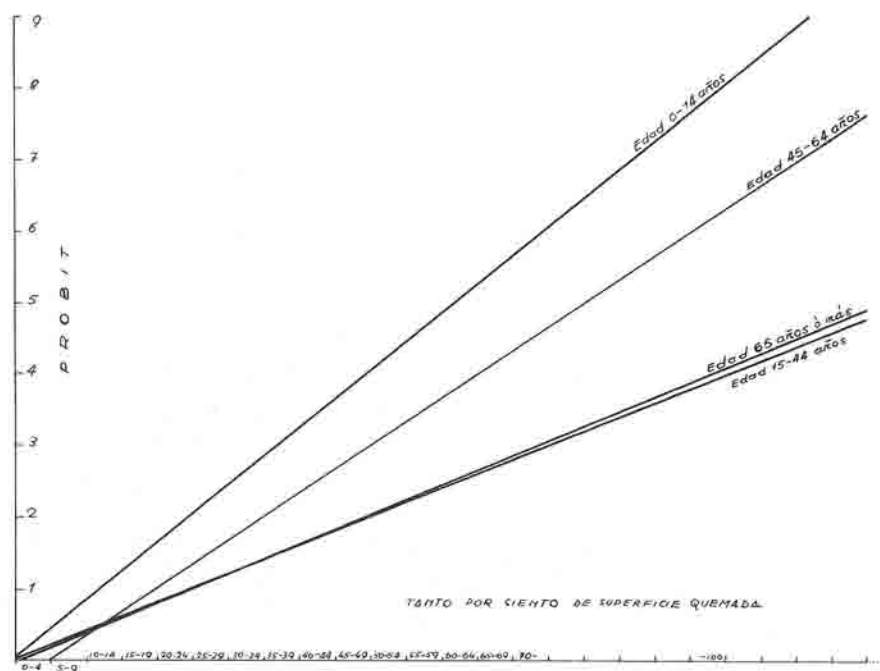


Gráfica n.º 8



La mortalidad según la superficie quemada y el grupo causal del accidente es valorado en la Gráfica 9 y es de notar que del 0-20 por 100 de la superficie corporal quemada, la electricidad es la que menor número de muertes ocasionó proporcionalmente; y el fuego, agua y vapor las que más muertes produjeron. Del 21-50 por 100 el agua y vapor fueron las que menos y las quemaduras eléctricas y químicas las que más muertes ocasionaron. A partir del 51 por 100 de la superficie cutánea quemada, solamente sobrevivieron dos pacientes.

En las Gráficas 10 y 11 representamos la metódica de los probits aplicada al estudio de la mortalidad de los quemados, siendo de destacar, como en la gráfica con respecto al sexo se aprecia, que la mortalidad es mayor en las hembras que en los varones; y que en los análisis en función de los grupos de edad, el índice de mortalidad es mucho mayor en los niños de 0-14 años de edad.



Gráfica n.º 11

Las pérdidas económicas ocasionadas por las quemaduras son considerables. Según los datos proporcionados por el Anuario Estadístico de España (1), en la provincia de Santander hemos calculado una media anual de unas 1.000 quemaduras. Si damos una estancia media hospitalaria por quemado de unos 30 días, con arreglo a los datos de nuestra estadística y que ingresan el 10 por 100 de los quemados debido a su gravedad, podemos deducir que el coste hospitalario por paciente quemado ingresado es de unas 45.000 pesetas, y que el coste anual total de los quemados ingresados en Santander es del orden de unos 4.500.000 pesetas. En nuestro estudio obtenemos que el promedio de baja laboral por paciente quemado es de unos 43 días y hemos calculado que la pérdida laboral ocasionada por paciente quemado es de unas 21.500 pesetas y que en la provincia de Santander representan unos 7.000.000 de pesetas.

CONCLUSIONES

Del estudio de los datos que acabamos de comentar podríamos deducir que las medidas de prevención a tomar por la sociedad, para disminuir la incidencia de las quemaduras, serían las siguientes:

1. Crear una conciencia del peligro social que suponen las quemaduras y la necesidad de poner en marcha las medidas preventivas.
2. Para la campaña de prevención de las quemaduras se deben utilizar todos los medios modernos de difusión a nuestro alcance: prensa, radio, televisión, cine, conferencias, publicaciones, enseñanza, demostraciones de fuego, etc. La campaña debe ser realizada de una forma total y sobre todo ser permanente para obtener buenos resultados.
3. Creación de un «Día Nacional del Quemado», para sensibilizar a la población sobre el gran problema de las quemaduras y al mismo tiempo obtener fondos para subvencionar la campaña de prevención de las quemaduras.
4. Creación de Centros de Quemados con personal especializado y estratégicamente distribuidos por la geografía nacional.
5. Lograr un medio ambiental de seguridad en las casas frente a los accidentes por el fuego, y al mismo tiempo tratar de evitar el hacinamiento, pobreza, ignorancia y negligencia, verdaderos elementos desencadenantes de las quemaduras.

6. Prevenir a los padres de la gran frecuencia de las quemaduras en el hogar e instruirles acerca de las «áreas peligrosas» de sus casas, como son la cocina, fuegos bajos, aparatos de calefacción y cuartos de baño, para que prohíban a sus hijos jugar en estas zonas.
7. Las niñas deben utilizar, preferentemente en las casas con fuegos abiertos, pantalones y dormir con pijamas, para evitar los mayores peligros que suponen las faldas y camisones fácilmente inflamables.
8. Establecer leyes que determinen el grado de culpabilidad de los padres frente a las quemaduras sufridas por sus hijos menores, por carecer de los elementos adecuados de protección frente al fuego en sus casas.
9. Obligar a la industria a fabricar los aparatos de calefacción con adecuadas barreras de protección. Igualmente, el realizar un mejor diseño de los recipientes contenedores de líquidos para el hogar, para que sean menos inestables y más manejables y no derramen con tanta facilidad su contenido.
10. Las fábricas de confección de vestidos deben utilizar preferentemente tejidos de bajo índice de inflamabilidad, como la lana, seda, nylon, tekla y terylene, y desterrar los fácilmente combustibles, como el algodón, rayón, hilo, franela, acrilan y orlon. Todas las prendas deberían llevar una etiqueta en la cual se especificase el grado de inflamabilidad, según los patrones internacionales de combustibilidad de los tejidos. Se deben realizar investigaciones en la industria para obtener tejidos no inflamables.
11. Los obreros deben utilizar ropas especiales y elementos de protección adecuados frente a las fuentes térmicas.
12. Para la prevención de los accidentes eléctricos, en casa y en el trabajo, se deben difundir las normas internacionales de seguridad.
13. Tomar las medidas de seguridad necesarias en el traslado y manipulación de productos combustibles en evitación de accidentes, debiendo estar perfectamente señalizadas estas maniobras.
14. Prohibir el uso y venta a particulares de los artificios pirotécnicos, por los frecuentes accidentes a que dan lugar.
15. En las concentraciones de personas y en los medios de transporte, disponer de los dispositivos de seguridad y medios de extinción adecuados frente al fuego.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—ANUARIO ESTADISTICO DE ESPAÑA.—Instituto Nacional de Estadística. Madrid, 1929-1971.
- 2.—ARTURSON, G., PONTEN, B.—Burns: their causes, mortality and preventability. A review of 669 cases. *Acta Chir Scand* 124: 483-495. 1962.
- 3.—COLEBROOK, L., COLEBROOK, V.—A suggested national plan to reduce burning accidents based study of 2000 cases. *Lancet* 2: 579-584. 1951.
- 4.—COLEBROOK, L.—The prevention of burning accidents in England and America. *Bull New York Acad Med* 27: 425-438. 1951.
- 5.—CONVERSE, J. M.—Reconstructive Plastic Surgery. W. B. Saunders Company, Philadelphia. 1968.
- 6.—DUNBAR, J.—Review of burn cases and treatment in Glasgow Royal Infirmary during the past 100 years with some observations on the present day treatment. *Glasgow M J* 122: 239-251. 1934.
- 7.—KIRSCHBAUM, S.—Tratamiento integral de las quemaduras. Salvat. Barcelona. 1968.
- 8.—MOYER, C. A.—The sociologic aspects of trauma with particular reference to thermal injury (Churchill lecture). *Am J Surg* 87: 421-430. 1954.
- 9.—SEN, P. K., KINI, S. V., LOTLIKAR, K. D.—Analysis of the causes of accidental burns in the City of Bombay during the last twenty years. A sociological and preventive study. *J Indian Med Ass* 40: 51-56. 1963.
- 10.—THOMSEN, M.—The socioeconomic significance of burns. *Ugeskr Laeg* 131: 1575-1577. 1969.

TERAPEUTICA TOPICA POLIVALENTE DE INTENSIDAD CONSTANTE EN:

**DERMATOSIS, QUEMADURAS,
HERIDAS, Y EROSIONES**

ALANTOMICINA
(Bacitracina, Neomicina, Alantoína)

ANTIBACTERIANA

CICATRIZANTE

ALANTOMICINA COMPLEX
(Alantomicina con 2,5 % de Hidrocortisona)

ANTIINFLAMATORIA

ANTIALERGICA

ANTIBACTERIANA

PRESENTACION:

ALANTOMICINA: Tubo con 20 grs. de pomada

ALANTOMICINA COMPLEX: Tubo con 20 grs. de pomada

INDUSTRIAL FARMACEUTICA CANTABRIA, S.A.

Carretera de Cazoña - Adarzo, s/n.

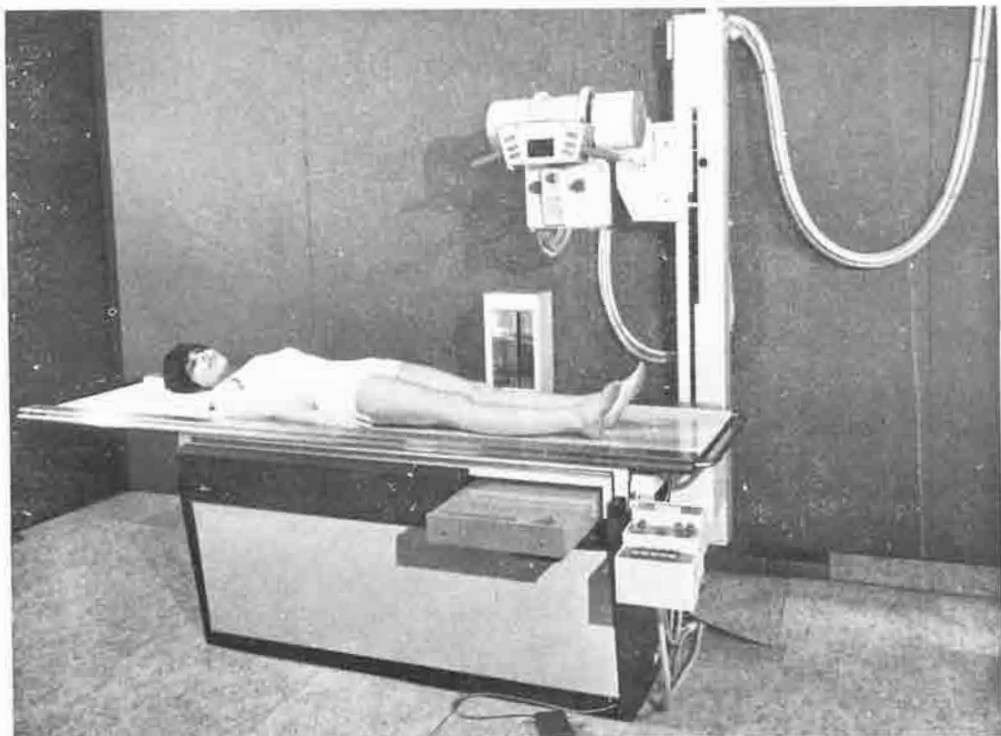
SANTANDER

Angio-Multix —

La ampliación de la acreditada mesa Bucky Multix al equipo angiográfico Angio-Multix permite efectuar — sin restricción del propio campo de aplicación — angiografías a. p. torácicas y abdominales, angiografías selectivas de órganos y angiografías combinadas del abdomen y de las piernas con desplazamiento automático por secciones del tablero de apoyo del paciente. Para la ampliación sirven las siguientes unidades funcionales:

Escamoteador de películas planas PUCK con selector de programa, accionamiento para el desplazamiento automático por secciones del tablero de apoyo y un dispositivo de reducción automática de kV con regulación previa individual. Programación de examen mediante tarjeta perforada. Cada mesa Bucky Multix puede ser ampliada a un equipo Angio-Multix.

SIEMENS S. A.
 Orense 2, Madrid 20



**un nuevo puesto
 de trabajo para angiografía
 de Siemens**

Diagnóstico bacteriológico de microbacterias

Dr. D. Francisco Fernández Pérez
Dr. D. Teófilo González Fuente

Servicio de Bacteriología y Serología de la
Ciudad Sanitaria Francisco Franco de la Se-
guridad Social de Barcelona. Jefe de Depar-
tamento: D. Luis Arcalís Arce

Exponemos nuestra experiencia en la Bacteriología de las microbacterias, tanto en el aspecto diagnóstico, como para el control bacteriológico de enfermos en tratamiento, tal y como la realizamos en la Ciudad Sanitaria «Francisco Franco», de la Seguridad Social de Barcelona, Hospital de enfermedades generales no tuberculosas.

PRUEBAS BACTERIOLOGICAS

- 1) Examen microscópico.
- 2) Cultivo.
- 3) Inoculación a animales.
- 4) Características culturales y bioquímicas.
- 5) Resistencia a tuberculostáticos.

Antes de realizar las pruebas bacteriológicas, se efectúa la homogeneización, digestión y concentración de la muestra. Tenemos experiencia en dos métodos: el clásico, de sosa-sulfúrico, y Lauryl-sulfato sódico-ácido ortofosfórico. Cualquiera de los dos métodos son buenos y dan similares resultados, aunque se contaminan menos cultivos con el Lauryl-sulfato.

EXAMEN MICROSCOPICO

Las técnicas empleadas por nosotros, son las ya conocidas de Ziehl-Neelsen y fluorescencia por auramina.

Examen directo para tinción con Ziehl y auramina (Hageman).

Hemos realizado 303 investigaciones con extensiones duplicadas, obteniendo discrepancias solamente en tres casos: dos casos positivos a la auramina y negativo al Ziehl y un caso de Ziehl positivo y auramina negativo todas las positividades vienen respaldadas por un cultivo positivo en Löwenstein. Ambas técnicas son comparables en su fiabilidad, supeditada a la calidad del equipo óptico y naturalmente a una buena dosis de experiencia.

Desde hace 4 meses utilizamos la técnica de Fusillo-Burns, que reúne, en una sola tinción, las técnicas anteriormente citadas (Ziehl y auramina).

Rapidamente se aprecia la fluorescencia del B. K. por la auramina, pudiéndose comprobar de inmediato la ácido-alcohol resistencia sin mover la preparación del campo microscópico. Empleamos un microscopio de luz combinada de ultravioleta e incandescencia, filtro de excitación BG-12 y filtro de parada OG-1; condensador de campo oscuro para la fluorescencia y para ácido resistencia el condensador normal. Objetivo de 40 x y ocular de 8,5 x. El sistema es convertible instantáneamente de luz ultravioleta a incandescencia y viceversa.

Hemos realizado 441 investigaciones de B.K. por duplicado y a ciegas, con la técnica convencional de Ziehl y la de Fusillo-Burns y conjuntamente el cultivo en medio de Löwenstein. Entre todas las peticiones recibidas en estos 4 últimos meses, se ha trabajado solamente con productos sospechosos claros de tuberculosis.

Los resultados son los siguientes: (Cuadro 1)

Observamos que de los 441 casos, han resultado positivos a B.K.: 85, lo que representa un 19,2 %, porcentaje superior al obtenido habitualmente por nosotros que es del 11 %.

Efectuada solamente la técnica de Ziehl habrán quedado sin diagnosticar 30 casos (35,3 %).

Con la Técnica de Fusillo-Burns, los casos no diagnosticados serían 8 (9,4 %).

Mediante cultivo en medio de Löwenstein-Jensen, los falsos negativos fueron 6 (7 %).

En resumen, con la técnica de Fusillo hay un incremento de posibilidades del 18,8 %. Ziehl positivo y Fusillo negativo, ningún caso.

Creemos pues, que esta técnica (de Fusillo-Burns), es superior a los métodos clásicos de Ziehl-Neelsen y Hageman, en rapidez, comodidad y sobre todo mayor porcentaje de positivities.

Grupo	Ziehl	Fusillo	Cultivo	Número de casos grupo (frecuencia)	Porcentaje sobre total	Porcentaje de positividad
1	+	+	+	49	11,11 %	57,6 %
2	+	+	—	6	1,36 %	7 %
3	+	—	+	0	0	—
4	+	—	—	0	0	—
5	—	+	+	16	3,62 %	18,8 %
6	—	—	+	8	1,81 %	9,4 %
7	—	+	—	6	1,36 %	7 %
8	—	—	—	356	80,72 %	—
TOTALES				441	99,98 %	99,8 %

Cuadro n.º 1

MEDIOS DE CULTIVO

- Caldo Dubos
- Middlebrock
- Löwenstein-Jensen

INOCULACION A ANIMALES

Nosotros no lo empleamos como diagnóstico de rutina por los siguientes inconvenientes que vemos frente al cultivo:

- a) Solemos realizar de 500 a 700 investigaciones de B.K. al mes, lo que representarían 500 jaulas y 1.000 cobayas.
- b) El cobaya no es susceptible a las cepas INH resistentes.
- c) Tampoco es susceptible a las M. atípicas; además cada M. atípica tiene su animal propio receptivo, por lo que para investigar éstas, tendríamos que transformar el laboratorio en un zoológico.
- d) Retraso en la realización de la resistencia a tuberculostáticos, ya que una vez hecha la autopsia del cobaya, hemos de sembrar.

De todas formas, creemos que en plan diagnóstico, la inoculación y el cultivo dan resultados similares.

CARACTERISTICAS CULTURALES Y BIOQUIMICAS

Tenemos recogidas 380 cepas, de las cuales hemos estudiado en 150, las siguientes características:

- 1) Tiempo de crecimiento y temperatura.
- 2) Características de las colonias (lisas o rugosas).
- 3) Estudio de pigmentación de colonias, para clasificación de micobacterias atípicas de Runyon: Fotocromógenas, Escotocromógenas. No Cromógenas y de crecimiento rápido.
- 4) Test de Niacina y presencia de Nitrato reductasa, que nos diferencia la M. humana del resto de las micobacterias.
- 5) Test de la auramina e investigación de factor cuerda para comprobación de virulencia.
- 6) Catalasa y Peroxidasa para comprobar la resistencia a INH.

De las 150 cepas estudiadas, 148 eran humanas y solamente 2 M. atípicas aisladas, una, de tuberculosis urológicas, correspondiente al grupo IV de Runyon (Escotocromógenas y crecimiento rápido) y la otra, aislada de esputo, también del mismo grupo.

Las 150 cepas eran virulentas y en cuanto a su resistencia a INH hablaremos más adelante.

RESISTENCIA A LOS TUBERCULOSTATICOS

Hay dos clases de métodos:

- 1.º) **Directo:** Que consiste en sembrar el producto homogeneizado y digerido, directamente en un medio de cultivo con el tuberculostático incorporado. Carecemos de experiencia y no vemos que sea una técnica cuyos resultados puedan ser reproducibles y valorados, aunque para el clínico, y en casos de resistencia clara, se adelanta en un mes el cambio de droga, siempre y cuando no se contamine el cultivo.

2.º) **Indirectos:** Actualmente las tres técnicas más utilizadas son:

- Concentración límite de Meissner
- Proporciones múltiples de Cannetti y Coletso
- Relación de resistencia de Mitchison

Nosotros hemos empleado esta última técnica, bien en tubos con medio a los que se ha incorporado tuberculostático a concentraciones crecientes, o bien en tablillas Mast, divididas en pocillos con concentraciones variables de los tuberculostáticos.

A partir de un cultivo joven, en medio de Löwenstein, se hace una emulsión en caldo Dubos, a la dilución 1×10^{-4} y se agita durante 20 minutos y se siembra una gota en cada pocillo o tubo.

Lectura a los 30 días, valorando la concentración en la que se desarrollan menos de 20 colonias.

Paralelamente se ensaya la cepa patrón H 37 RV; para considerar sensible la cepa estudiada en relación de resistencia con la H 37 RV, ha de ser de 1/2 a 1/4.

Se han ensayado resistencias a 150 cepas con los siguientes resultados:

Resistencia a una sola droga	:	23 cepas	(15,3 %)
INH (Hidracida)	:	13 cepas	(8,6 %)
ETH (Etionamida)	:	6 cepas	(4,— %)
RP (Rifampicina)	:	2 cepas	(1,3 %)
CS (Cicloserina)	:	1 cepa	(0,6 %)
SM Estreptomycin)	:	1 cepa	(0,6 %)
Resistencia a dos drogas	:	12 cepas	(8,— %)
INH y SM	:	5 cepas	(3,3 %)
INH y RP	:	4 cepas	(2,6 %)
ETH y RP	:	2 cepas	(1,3 %)
INH y ETH	:	1 cepa	(0,6 %)
Resistencia a 3 o más drogas	:	2 cepas	(1,3 %)
INH, ETH y SM	:	1 cepa	(0,6 %)
— A 6 drogas	:	1 cepa	(0,6 %)
Total de cepas resistentes	:	37 cepas	(24,6 %)

La cepa resistente a tres drogas fue aislada de un enfermo, antiguo tuberculoso, que hizo una Tb. diseminada de la que falleció. La investigación de resistencia fue realizada a petición de los clínicos, después del óbito, para comprobar la razón de no haber respondido al tratamiento. Ante tal resistencia, lo hemos repetido tres veces, dando el mismo resultado.

En cuanto a la cepa resistente a 6 drogas, fue aislada de un contenido gástrico, en una niña, hija de un colega; repetido por tres veces, el resultado es idéntico.

DATOS ESTADISTICOS

Las investigaciones realizadas en nuestro Servicio para el diagnóstico de tuberculosis, las reuniremos en dos grupos: uno, que corresponde desde el 1 de enero de 1968 hasta el 31 de diciembre de 1971, y otro grupo, que abarca todo el año 1972.

El motivo de esta separación es que durante el año 1972 se han realizado más investigaciones bacteriológicas de tuberculosis que entre los otros cuatro años: 3.834 en el año 1972, frente a 3.200 en el período 1968/1971.

Las causas de esta elevación tan marcada son: por una parte, el aumento del número de positividades a B.K., sobre todo de las formas extrapulmonares, con la mentalización correspondiente de los clínicos sobre el problema de la tuberculosis (incluso en exceso). Por otra parte, que el Servicio de Respiratorio y también el de Urología, practican un control bacteriológico con triple muestra: es decir, no dar el alta laboral, o bien definitiva, a un enfermo sin que tres baciloscopias y cultivos de productos recogidos en el intervalo de 10 días resulten negativos. (Cuadro 2).

Observando comparativamente estos dos grupos, vemos que los productos de tuberculosis pulmonares (esputos, contenidos gástricos y líquidos pleurales) con resultado positivo, representan un 53 % en los años 1968/1971 y un 74 % en el año 1972, es decir una media del 63 %, el 37 % restante corresponde a formas extrapulmonares. Ya esta cifra es verdaderamente elevada, si la comparamos con las cifras que se citan en la bibliografía respecto a la incidencia de las formas extrapulmonares.

Otra consecuencia que sacamos al ver este cuadro, es que las adenitis y abscesos tuberculosos, son difícilmente diagnosticables por bacilosco-pia, sin embargo por término medio el 40 % dan cultivo positivo.

	AÑOS 1968-1971				AÑO 1972			
	Número de cultivos realizados	Cultivos positivos	Porcentaje sobre cultivos realizados	Porcentaje sobre el total de cultivos positivos	Número de cultivos realizados	Cultivos positivos	Porcentaje sobre cultivos realizados	Porcentaje sobre el total de cultivos positivos
ESPUTOS	729	139	19,1	43,6	1853	169	9,1	64,7
CONT. GASTRICO	156	15	9,6	4,7	126	13	10,3	4,9
ORINA	305	36	11,8	11,8	375	35	9,3	13,4
SANGRE MENSTRUAL	164	21	12,8	6,6	49	3	6,1	1,1
ADENITIS	29	15	51,7	4,7	14	1	7,1	0,3
ABSCESOS	103	24	23,3	7,5	19	7	36,8	2,6
L. C. R.	502	33	6,5	10,3	228	13	5,7	4,9
L. PLEURAL	270	14	5,1	4,3	333	15	4,5	5,7
L. PERICARDICO	7	1	14,2	0,3	6	—	—	—
L. PERITONEAL	70	3	4,1	0,9	74	2	2,7	0,7
L. ARTICULAR	56	11	19,6	3,4	13	2	15,3	0,7
Animales - Necropsias	9	5	55,5	1,5	1	1	100	0,3
TOTALES	2400	317	13,2	99,6	3091	261	8,5	99,7

Cuadro n.º 2

CONCLUSIONES

1) Exponemos una doble técnica de fluorescencia y ácido alcohol resistencia en la misma tinción (Fusillo-Burns), con la ventaja que supone en cuanto a rapidez, comodidad y mayor porcentaje de positividades sobre la técnica clásica de Ziehl-Neelsen (casi un 20 %).

2) Para realizar la resistencia a los tuberculostáticos, empleamos, siguiendo la técnica de la relación de resistencias de Mitchison, las tablas Mast, que en los 150 casos estudiados han coincidido los datos de Laboratorio con la clínica y también con las pruebas bioquímicas de resistencia a INH (catalasa y peroxidasa).

3) Hemos observado una resistencia a las diversas drogas en 37 cepas de las 150 estudiadas, que representan un 24,6 %.

Esta cifra tan elevada es debida, aparte del aumento en general de la resistencia de las micobacterias a los tuberculostáticos, a que solamente hemos realizado la investigación en los casos que nos ha sido solicitada, siendo por lo general, en enfermos politratados.

4) En cuanto a formas tuberculosas debidas a micobacterias atípicas (concepto actual denominado Micobacteriosis), hemos de hacer constar que nosotros solamente hemos encontrado 2 cepas sobre los 150 casos estudiados y sin haber podido comprobar el papel etiológico en el proceso tuberculoso.

5) Por último, llamamos la atención sobre el aumento de las formas tuberculosas extrapulmonares, así como la elevada incidencia de positividad a B.K., teniendo en cuenta que nuestro trabajo se realiza en un hospital de enfermedades generales y no específico, tal como dijimos anteriormente.

la primera serie
CORTEX en el mercado
nacional

cromaton cortex
plus

cromaton cortex
fortísimo

cromaton cortex
forte

cromaton cortex
normal



LABORATORIOS
MENARINI, S. A.
Alfonso XII, 587
Teléfono 3875600 (5 líneas)
Badalona (Barcelona)



**el mejor
yodo orgánico
y el único
por todas
las vías**

IODAFILINA

GRAGEAS

GOTAS

SUPOSITORIOS

AMPOLLAS

(MUSCULAR Y VENOSA)

- Geriatria
- Afecciones bronco-pulmonares
- Esclerosis vascular

LABORATORIOS B. O. I.

PADILLA, 370 - TEL. 256 06 25 - BARCELONA-13
GALILEO, 25 - TEL. 449 02 71 - MADRID-15

Breve resumen

Tal vez sea éste el último número de ANALES DE LA CASA DE SALUD VALDECILLA. Si fuere así, los Ex internos de la Casa tenemos el honor de que haya sido dedicado a uno de nuestros Congresos. El séptimo.

No podemos por menos de volver la vista atrás y repasar varios volúmenes de la Revista. Ponemos nuestra atención en el Primero.

He aquí lo que leemos en este **Primer número de Anales**:

Lleva fecha de 1930. Los primeros números, se publicaban una vez al año y reflejaban la actividad científica, profesional y administrativa de todo el año.

Comienza con una **introducción del Patronato de la Casa** y dice así:

«Hallará el lector en este primer volumen de los Anales de la Casa de Salud, los datos de la labor realizada en el primer año, siquiera sea incompleta, por la Fundación «Marqués de Valdecilla».

El Patronato, a quien está confiada la suprema representación fundacional, se congratula de que los resultados obtenidos hayan sido tan satisfactorios.

Débese esto a la Dirección, a los Jefes de los diferentes Servicios Médicos, a los alumnos médicos internos que a las ordenes de aquéllos trabajan y estudian, a las enfermeras y alumnas enfermeras, y a las Hermanas de la Caridad, puestas al frente del régimen interior y de las enfermeras y alumnas, y a quienes tiene el Patronato encomendadas la administración de la Casa.

Mostrar a todos ellos el agradecimiento del Patronato por la meritisima labor realizada, es grato deber que cumple en estas líneas.

Los datos que los Anales contienen hablarán más convincentemente que nadie en favor de la Fundación establecida por el Marqués de Valdecilla, en beneficio de esta provincia de Santander, para él tan querida; al venerable prócer y a la caritativa Marquesa de Pelayo, que con generoso desprendimiento y eficaz colaboración personal secunda la iniciativa de su tío, queda obligada la Montaña entera con inmensa deuda de gratitud.

Los suscriptores de cantidades anuales para sostenimiento de camas, y los donantes de capitales, cuya renta se destina al mismo fin, son asimismo dignos de recuerdo y agradecimiento, y de esperar es que el ejemplo por ellos dado cunda, y se acrecienten los recursos económicos de la Fundación.

A la Diputación Provincial y a los que puestos a su frente la han regido en los períodos de organización de la Casa de Salud y en el tiempo que abarcan estos Anales, se debe también, en buena parte, el que, habiéndose percatado de la transcendencia de la Fundación del Marqués de Valdecilla, hayan sabido servir tan útilmente a la Beneficencia provincial.

Quiera Dios que, siguiendo el buen camino, emprendido mediante la comprensiva colaboración de todos, siga desarrollándose progresivamente esta Institución que ha venido a llenar una de las más sentidas y grandes necesidades de la provincia de Santander. Porque así sea, hace fervientes votos El Patronato.

Este Patronato está integrado, conforme a la Real Orden del 10 de abril de 1929, por tres Vocales natos, dos representantes de la Excm. Diputación Provincial de Santander y siete miembros nombrados por el Fundador, siendo su composición la siguiente:

Presidente: Excmo. Sr. Marqués de Valdecilla.

Vicepresidente: Ilmo. Dr. D. Juan José Quijano de la Colina.

Vocales natos:

Ilmo. Sr. Obispo de la Diócesis de Santander: D. José Eguino y Trecu.
Presidente de la Excm. Diputación Provincial.
Alcalde de Santander.
Dos Diputados provinciales.

Vocales de nombramiento del Fundador (así como también lo son los señores Presidente y Vicepresidente):

Excm. Sra. Marquesa de Pelayo.
Excmo. Sr. D. Pablo de Garnica y Echevarría.
D. Gonzalo García de los Ríos.
D. Ramón Quijano de la Colina.
D. Gonzalo Bringas Vega.

Por acuerdo del Patronato son nombrados:

Consejero de Honor del mismo: D. Gregorio Marañón y Posadillo.

Profesor de la Institución: D. Pío del Río Ortega.

Secretario Honorario: D. Luis de Escalante.

Se ocupa también este número de la Revista de relacionar el Personal Médico de los diversos Servicios y sus Médicos Internos y colaboradores:

Servicio de Anatomía Patológica:

Jefe: Dr. Julio García Sánchez-Lucas.

Interno: F. Durán Troncoso.

Servicio de Cardiología, Nutrición y Endocrinología:

Jefe: Dr. José Antonio Lamelas González.

Internos: D. Carrasco Pardo.

D. Rodrigo Fernández Díaz.

Servicio de Dermo-Sifilografía:

Jefe: Dr. Augusto Navarro Martín.

Interno: J. Arangüena.

Servicio de Huesos y Articulaciones:

Jefe: Dr. J. González Aguilar.

Internos: Herman Blanco Fernández.

Hermes Alfonso Fernández Busto.

Servicio de Infecciones y Laboratorio de Bacteriología:

Jefe: Dr. José Alonso de Celada.

Interno: No figura.

Servicio de Neurología y Psiquiatría:

Jefe: Dr. D. Wenceslao López Albo (hasta el 9-9-1930).

Dr. D. José M.^o Aldama Truchuelo (desde el 1-12-1930).

Interno: A. Borreguero.

Servicio de Oftalmología:

Jefe: Dr. Emilio Díaz-Caneja y Candanedo.

Interno: R. Unamuno.

Servicio de Digestivo:

Jefe: Dr. D. Abilio García Barón.

Internos: J. Manzanos.

J. A. Ribera.

Servicio de Fisioterapia:

Jefe: Dr. H. Téllez Plasencia.

Interino: D. Aureo Gutiérrez Churrua.

Servicio de Ginecología y Obstetricia:

Jefe: Dr. Manuel Usandizaga Soraluce.

Interno: D. Pablo García Amo.

Servicio de Otorrinolaringología:

Jefe: Dr. R. Lorente de Nó (hasta 1-12-1930).

Dr. Pascual de Juan Rodríguez.

Interno: D. F. Gómez.

Servicio de Puericultura:

Jefe: Dr. Guillermo Arce Alonso.

Internos: D. Angel Gómez de la Casa.

D. Antonio Gómez Ortiz.

Servicio de Respiratorio:

Jefe: Dr. Diego García Alonso.

Interno: No figura.

Servicio de Química:

Jefe: Dr. José Puyal.

Interno: D. J. Castellano.

Servicio de Urología:

Jefe: Dr. Julio Picatoste y Picatoste.

Interno: No figura.

Director de la Institución: Dr. D. Emilio Díaz-Caneja y Candanedo.

Subdirector: Dr. D. Manuel Usandizaga Soraluce.

De todos estos Jefes, siguen en la actualidad (1973) los doctores: Lamelas, Barón y Pascual de Juan.

En los demás Servicios las Jefaturas son las siguientes:

Anatomía Patológica: Dr. Oliva Priego.

Dermatología: No figura.

Huesos: Dr. Luis de la Sierra Cano.

Infecciones: Dr. Antolín Mellado Pollo.

Neurología: No figura.

Oftalmología: No figura.

Fisioterapia: Dr. Joaquín Díaz de Rábago.

Ginecología: Dr. Emilio Molinero Mercado.

Puericultura: No figura.

Respiratorio: Dr. Segundo López Vélez.

Química: Dr. Enrique Cavayé Hazen.

Urología: Dr. Julio Picatoste y Patiño.

Anestesiología: (de nueva creación) Dr. D. José Malo Segura.

Estomatología: (más tarde).

Dr. D. Severiano Bustamante Fernández (hasta 1937).

Dr. D. Pedro Ruiz de Tremiño (desde 1940)

Directores de la Casa:

Dr. D. Wenceslao López Albo.

Dr. D. Emilio Díaz-Caneja.

Dr. D. Emilio Molinero Mercado.

Dr. D. Diego García Alonso.
Dr. D. Abilio García Barón.
Dr. D. Joaquín Díaz de Rábago.
Dr. D. Luis de la Sierra Cano.
Dr. D. Segundo López Vélez.

Subdirectores de la Casa:

Dr. D. Emilio Díaz-Caneja.
Dr. D. Manuel Usandizaga Soraluze.
Dr. D. Julio Picatoste y Picatoste.
Dr. D. José Antonio Lamelas González.
Dr. D. Julio Picatoste y Patiño.
Dr. D. Antolín Mellado Pollo.

Internos:

Anatomía Patológica: 1.º) D. Justo Yagüe Peña y 24 más.
Anestesiología: 1.º) D. José Miguel Reigadas y 15 más.
Cardiología y Nutrición: 1.º) D. Darío Carrasco Pardal y 34 más.
Dermatología: 1.º) D. Jesús Arangüena Arangüena y 15 más.
Digestivo: 1.º) D. Juan Antonio Ribera y 41 más.
Estomatología: 1.º) D. Pedro Ruiz de Tremiño (actual Jefe de Servicio y 12 más.
Fisioterapia: 1.º) D. Aureo Gutiérrez Churruca y 15 más.
Ginecología: 1.º) D. Pablo García Amo y 26 más.
Huesos: 1.º) D. Herman Blanco Ramos y 46 más.
Infecciones: 1.º) D. Fernando Silván López y 14 más.
Neuro-Psiquiatría: 1.º) D. Angel Domínguez Borreguero y 44 más.
Oftalmología: 1.º) D. Raimundo de Unamuno Lizárraga y 22 más.
Otorrinolaringología: 1.º) D. Francisco José Gómez Gutiérrez y 20 más.
Puericultura: 1.º) D. Angel Gómez de la Casa y 28 más.
Química: 1.º) D. Juan Castellanos Vinuesa y 16 más.
Respiratorio: 1.º) D. Rafael Pita Alvarez y 46 más.
Urología: 1.º) D. Nicolás Peña Martínez y 30 más.

Estos datos figuran en la Secretaría de la Asociación al terminar nuestro Congreso.

Luego la Casa ha sido transformada en el Centro Médico, permaneciendo como Director General de éste el Dr. D. Segundo López Vélez.

Hay cambio de Internos por Residentes y también ha aumentado el número de Servicios, y la categoría de los médicos es:

Jefe de Departamento.

Jefe de Servicio.

Jefe de Sección.

Adjunto.

Residente.

Interno.

Directores de la Escuela de Enfermeras:

D. Manuel Usandizaga Soraluze.

D. José Antonio Lamelas González.

D. Antolín Mellado Pollo.

Esta Escuela ha formado: 43 promociones con un total de 2.303 alumnas y continúa.

Superioras de la Casa:

Sor Carmen Bastos.

Sor Ana María Aramendia.

Sor Rosalía Suárez.

Sor Mercedes García Marfil.

Sor Rosalía Suárez.

Sor Blanca Viñé.

Sor María Asunción Prat.

Sor Concepción Fierro.

Capellanes:

D. Jacinto Pérez Bracho.

D. Felipe Esterán Sierra.

D. Luis Garrido Garrido.

D. José Luis López Revuelta.

Jefe de Biblioteca:

D. Joaquín Martínez.

Jefes de Administración de la Casa:

D. Miguel Caballero.

D. Ignacio Quevedo Sáinz.

D. Francisco Burgada Mesones.

Merecen nuestra gratitud los Sres. D. Francisco Burgada Mesones y D. José del Río Aja, por su continua y desinteresada colaboración en los quehaceres de la Secretaría de esta Asociación. Ambos pertenecen a la Casa desde niños, y continúan en la Administración del Centro Médico. Cuentan con la amistad de todos nosotros, a quienes tratamos como verdaderos amigos.

Continúa este primer volumen de Anales relacionando los trabajos en los diversos Servicios y Sesiones Clínicas. Sigue con las actividades administrativas y publica un retrato del Marqués de Valdecilla y otro de la Marquesa de Pelayo; con una vista general de la Casa. Todas estas fotografías son reproducidas en este volumen.

Al repasar este primer número, se siente una enorme nostalgia y un gran amor. Nostalgia por lo que fue y amor, que es gratitud, por lo mucho que debemos a la Institución cuantos en ella nos formamos.

Es curioso y aleccionador releer todos los números de esta Revista que han sido publicados. En ellos queda reflejada la enorme labor científica y asistencial llevada a cabo por esta Institución hasta su transformación en el Centro Médico.

Han sido **Catedráticos por oposición** 4 Jefes de Servicio:

Dr. D. Manuel Usandizaga Soraluze.
Dr. D. Guillermo Arce Alonso.
Dr. D. Julio García Sánchez-Lucas.
Dr. D. Emilio Díaz-Caneja y Candanedo.

También los Ex internos:

Dr. D. Antonio García Miranda (Oftalmología).
Dr. D. Francisco Pulido Cuchi (Química).
Dr. D. Cristóbal Pera Blanco-Morales (Digestivo).
Dr. D. José Gascó Pascual (Huesos).

Directores de la Casa (Ex internos):

Dres: Molinero Mercado.
Díaz de Rábago.
De la Sierra Cano.

Jefes de Servicio de la Casa (Ex internos):

Dres. Oliva Priego, De la Sierra Cano, Díaz de Rábago, Molinero Mercado, Cavayé Hazen, Malo Segura y Ruiz de Temiño.

Se han escrito numerosas tesis doctorales, casi todas calificadas con la máxima nota.

Grande fue su labor científica e investigación, plasmada en trabajos escritos en numerosas revistas profesionales españolas y extranjeras, en las sesiones clínicas y cursos redactados por cada uno de los servicios durante el año y cursos especiales de verano en colaboración con la Universidad Internacional santanderina. También es de destacar la relación de la Casa con la Facultad de Medicina de Valladolid.

Actualmente el Centro Médico está vinculado con la Facultad de Medicina de Santander, de tal forma que, el Director General del Centro, Excmo. Sr. D. Segundo López Vélez es al mismo tiempo profesor y Decano de la Facultad de Medicina santanderina. Esta vinculación ha de ser de extraordinaria utilidad, no sólo para la labor del Centro, sino en la formación de nuevos médicos.

Directores de Maternidad, Directores de diversos Servicios y Centros Hospitalarios, Jefes de Departamento, de Servicio, de Sección y Adjuntos en el Centro Médico Marqués de Valdecilla y otros Centros de la Seguridad Social en España.

Querer enumerar de una forma detallada los éxitos alcanzados tanto en el campo profesional y científico de la medicina española, como en otros campos sociales por los Ex internos de la Casa, es muy difícil y no vamos a hacerlo. Decía un Ex director de la Institución:

«Todo es posible en un Ex interno de Valdecilla. A estos hombres se les encuentra en los campos más diversos y dignos».

La nueva forma de hacer, la nueva organización y estructura del Centro que nace pujante y con deseos de superar lo pasado, nos mueven a considerar la realidad de los hechos, que tienen que ser así, porque las circunstancias de la Medicina actual lo precisa.

Nosotros, los Ex internos, miramos con nostalgia y amor lo pasado y agradecemos cuanto se ha hecho para que la Institución siga adelante, conservando el título nobiliario del hombre que la fundó adelantándose en muchos años a la organización hospitalaria española, habiendo encontrado en otros hombres el espíritu renovador, necesario para continuar con ansias de superación.

Si este fuera el último número de Anales queda en él plasmado nuestro Séptimo Congreso, Congreso de los Ex internos de Valdecilla, «Valdecilla Extramuros», frase feliz con que nos distinguió el Dr. García-Barón siendo director de la Casa.

Antes con la Casa y ahora con el Centro Médico, seguiremos fieles a la Fundación del Marqués de Valdecilla.

Queremos transcribir lo que en 1930 escribía en los Anales de la Casa de Salud Valdecilla. el entonces Director Dr. D. Emilio Díaz-Caneja:

«Para quienes conocen las incidencias que forzosamente dificultan, en sus primeros momentos, la marcha de una organización hospitalaria, no son necesarias consideraciones previas de ninguna clase, y bastará, para justificar la irregularidad de este nuestro primer año de trabajo en la Casa de Salud Valdecilla, su carácter de curso inicial; en el que las obligaciones clínicas, superiores a cuanto puede preverse, apenas si nos permitieron otra atención que su diario servicio y el propósito de su normalización progresiva.

Un primer año de actividad nunca puede ser estimado como norma del regular rendimiento que, en lo futuro, pueda esperarse de la Obra que nace, y nuestro propósito será superar en el próximo, el trabajo científico que nos ha sido posible en éste. Para valorarle exactamente, debe advertirse que si bien los Consultorios fueron inaugurados, parcialmente, en noviembre de 1929, y para ellos puede considerarse completo el curso de 1930, no lo fueron así las Clínicas, que únicamente comenzaron sus hospitalizaciones, y aun esto, de modo irregular, en marzo de 1930; salvo las de Tuberculosis y Mentales, que son de organización mucho más reciente.

En circunstancias tan anormales, y prestada cuanta asistencia ha reclamado las clínicas, consultorios y laboratorios, de la que puede juzgarse por los datos que se publican a continuación, se han realizado en nuestra Institución actos de verdadera importancia científica, a cargo de eminentes profesores que, con su presencia y lecciones, quisieron dar un testimonio expresivo de la simpatía que les merecía nuestra Casa. Su paso por ella, ha tenido para nosotros el doble provecho de su enseñanza y estímulo.

Más calladamente, como corresponde al conocimiento de nuestra modestia, hemos procurado, en nuestras sesiones clínicas semanales, exponer aquellos problemas clínicos que, observados en nuestro ejercicio diario, nos parecían justificar un examen público de los mismos, del que obteníamos el provecho de contrastar así nuestras opiniones y situarlas ante la atención de nuestros jóvenes colaboradores, los médicos internos. De las comunicaciones hechas por éstos, todos hemos obtenido ventajosa enseñanza.

De toda esta labor sólo podemos ofrecer, en este curso, un breve resumen de referencia. Nos queda la esperanza de que, en el próximo, hemos de hacer una publicación más completa.

No sería justo omitir, en estas palabras de introducción, unas de respeto y gratitud hacia el ilustre Fundador de la Casa, Excmo. Sr. Marqués de Valdecilla, gracias a cuya excepcional generosidad pueden los pobres de la Montaña ser atendidos, con satisfacción de las mayores exigencias sanitarias que hoy pueden reclamarse. Conste, igualmente, análogos sentimientos de admiración por la Excmo. Sra. Marquesa de Pelayo, que a sus muchas donaciones para esta Casa, unió la de medio millón de pesetas pa-

ra constituir nuestra Biblioteca, dotando así a nuestra Institución de un insuperable e imprescindible instrumento de trabajo. Rasgos tan nobilísimos como los de los Fundadores de la Casa, sólo pueden tener en nosotros la reciprocidad de entregar a la Institución todos nuestros esfuerzos y mejor voluntad de acierto. El Patronato de la Casa de Salud Valdecilla, plenamente identificado con el espíritu y orientaciones dictados por el Fundador de la Institución, con cuya Presidencia se honra, y a cuyo pensamiento de celosa y fiel expresión, cuenta por nuestra parte con la adhesión y ayuda fervorosas necesarias para el mayor éxito de la Obra común. No me corresponde enjuiciar hasta qué punto hayamos logrado éste; pero el íntimo convencimiento de la constancia de nuestro deseo inquebrantable de conseguirle, salva, al menos, la rectitud de nuestra intención.

Sigue la Casa de Salud Valdecilla las normas científicas que le fueron dictadas por el Estatuto fundacional dado por el Sr. Marqués de Valdecilla, con el asesoramiento del Dr. López Albo, primer director de esta Institución, y el alto Consejo de grandes figuras de nuestra medicina nacional. Queda muy lejos de nuestro propósito, el equívoco de atribuirnos la menor parte en el éxito progresivamente acentuado de esta Casa. Integramente corresponde a sus organizadores, y más que a nadie, al selecto espíritu del Fundador, que tan claramente sintió la necesidad de la autonomía científica de su Obra.

Al frente de nuestros servicios cooperamos con una Obra Social, cuya importancia excede de cuanto, al menos en nuestra Patria, significan las Fundaciones Benéfico-Hospitalarias. Este sentimiento de colaborar en una empresa excepcional, es nuestro único orgullo; y todas nuestras aspiraciones quedarán colmadas, si el juicio público sanciona favorablemente todos nuestros esfuerzos, reconociendo que los llevamos a nuestro máximo alcance, para mantener con dignidad la elevada misión con que fuimos honrados». **Emilio Díaz-Caneja.**

El último número de Anales de la Casa de Salud Valdecilla apareció en 1969, tomo XXX, n.º 1 y 2 siendo Director de la Casa el Dr. Sierra Cano, y en él se publican trabajos de los Servicios de Dermatología: Tesis Doctoral de D. Octavio Navarro Baldeweg. Digestivo: trabajo de D. Andrés García-Barón. Huesos: de D. Juan A. de la Sierra Setién. De Anatomía Patológica: de Dña. María Teresa Soulo Rodríguez. De Pediatría: de Dña. María Francisca Escrivá. Continúa el Dr. D. Abilio García-Barón publicando su Iconografía Radiológica del Aparato Digestivo. Referatas de Revistas y noticias de congresos. Termina dando cuenta del homenaje que se le rindió en Barcelona en febrero de 1969 al Profesor Dr. D. Manuel Usandizaga Soraluze, primer Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia de la Casa, Subdirector de la misma y fundador de la Escuela de Enfermeras de la Ins-

titución, más tarde Catedrático de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina de Barcelona, Director del Hospital Clínico de aquella ciudad y Director de la Maternidad del Centro Residencial de la Seguridad Social Francisco Franco, también de la Ciudad Condal, con motivo del 50 aniversario de su labor médica, docente y hospitalaria.



Primera promoción de Enfermeras.

Primera promoción de Ex Internos de la Casa de Salud Valdecilla.





1933. Cursos de Verano de la Casa de Salud Valdecilla. Un grupo de asistentes a los mismos.

1934. Terminación de los Cursos de Verano.





31-VIII-1942. San Ramón, Fiesta anual de la Casa. Reunión en el Restaurante La Vizcaina.



Casa de Salud Valdecilla. Al fondo, la Capilla de la Institución.

Casa de Salud Valdecilla. Vista parcial de la Biblioteca.





Inaugurada ya la Casa de Salud Valdecilla, el Buen Marqués, decidió plantar un árbol y así cumplía con la conseja tradicional: «Un hombre lo es perfecto cuando ha tenido un hijo, ha escrito un libro y ha plantado un árbol». El no había tenido un hijo, pero sí había creado una hija, nacida de su enorme cariño a la Montaña, la Casa de Salud, y con ella se comenzaba a escribir las más hermosas páginas de caridad y asistencia al menesteroso. Sólo faltaba un árbol, y éste ya era una realidad en una fría mañana de un año ya muy lejano.

Hoy en el Centro Médico sigue en pie el Pino del Marqués, símbolo permanente de su anhelo para que su Montaña siga en cabeza en la asistencia hospitalaria. El árbol es un Hito, un ¡Vitor!, una Oración.

CENTRO MEDICO
MARQUES DE VALDECILLA

Ensayo funcional
de un
Ministerio de Sanidad

«Valdecilla, como todas las grandes obras que han roto con moldes tradicionales de un modo de entender una actividad humana de signo preferentemente profesional, nació con un evidente signo polémico que por una serie de circunstancias ha ido manteniéndose en determinadas fases de su desarrollo. Es evidente que en la historia de Valdecilla podemos encontrar los más excelsos ejemplos de desinterés, generosidad y valor, sin que a su lado falten los inevitables sucesos y anécdotas de deserción o de debilidad que indefectiblemente acompañan a todo logro de ambiciosas miras».

Estas palabras del Doctor D. Segundo López Vélez, Director General del Centro Médico Marqués de Valdecilla, en el curso de una conferencia pronunciada en el Ateneo de Santander, encierran la síntesis, la filosofía casi, de una institución extraordinariamente significativa para el presente y el futuro médico-sanitario del país.

El Centro Médico Marqués de Valdecilla tiene mucho de experiencia-piloto e incluso de prospectiva. Por una serie de circunstancias que ya iremos viendo, puede convertirse en el módulo de una acción coordinada a nivel nacional, en el embrión de la idea que se tiene, en cuanto a lo funcional, de un Ministerio de Sanidad. Ocurre que en el marco del Centro Médico se contempla la acción de los siguientes Ministerios: Gobernación (Diputación Provincial), Trabajo (Seguridad Social) y Educación y

Ciencia (Facultad de Medicina). Los tres elementos, en definitiva, que entran en el juego de la política médica española.

He aquí, a grandes rasgos, la génesis de esta realidad actual.

En 1929 se inauguró la Casa de Salud Valdecilla, Institución fundada con carácter benéfico-docente mixto por don Ramón Pelayo de la Torriente, marqués de Valdecilla, quien, a su regreso de América, quiso fundar en Santander una institución médica del carácter técnico más avanzado, que no solamente se limitara a aportar los medios vigentes en aquel momento, sino que constituyera un gigantesco ensayo de nuevas orientaciones en la asistencia hospitalaria, rompiendo en gran parte unos modos asistenciales que todavía estaban anclados en las técnicas del siglo XIX.

Pudo perfectamente el Marqués de Valdecilla haber realizado simplemente una aportación económica de amplitud suficiente para reformar y revitalizar el entonces existente Hospital Provincial de San Rafael, o, en su caso, dar el suficiente apoyo a los planes ya trazados para la construcción de un nuevo hospital, respondiendo a los modos y usos imperantes en nuestra nación en dicha fecha. Sin embargo, dotado el Marqués de unas cualidades personales de extraordinaria inteligencia, espíritu vanguardista, con visión del futuro, en la que, evidentemente, se reflejaba su temple de gran organizador en el mundo empresarial, optó por crear una institución que en 1929 constituía un auténtico hospital del futuro.

El Marqués de Valdecilla concibió la institución como una organización médica compleja de carácter vanguardista y técnicamente revolucionaria, entre cuyas características señala el doctor López Vélez las siguientes:

- Estructuración de un organismo hospitalario, basado en la creación de servicios muy especializados en su doble faceta médica y quirúrgica.
- Crear un auténtico trabajo en equipo de los diferentes servicios.
- Establecer unas consultas externas hospitalarias de gran potencia.
- Simplificar el funcionamiento burocrático de interrelación entre los sectores hospitalarios.
- Romper en cierta manera el concepto de servicio con traducción arquitectónica dentro del hospital.

Por otra parte, estableció las bases de gestión mediante una Junta de Gobierno, realmente un Consejo de Administración, que iniciaba el camino hacia una posible gestión y modo empresarial de entender el hospital.

A toda esta organización médica le proporcionó los soportes que, evidentemente, han venido a constituir la columna vertebral de la Institución: el Instituto Médico de Postgraduados y la Escuela de Enfermeras. Prescindió del sistema de la simple oposición, sustituyéndolo por la elección para cada puesto de la persona que se suponía más idónea. Perfiló el concepto de institución como superior al culto de personalidad de los servicios hospitalarios. Dignificó de un modo efectivo la asistencia del sector benéfico, equiparándolo en la práctica al sector privado, que desarrolló también en gran escala en la Institución, creando un centro asistencial en el que, por primera vez en España, pudieran ser atendidos todos los grupos sociales en condiciones de paridad técnica.

Causa cierto asombro que en 1929 se constituyera esta Fundación con tales características de avance técnico y funcional, que todavía representan metas a alcanzar en la mayor parte de las instituciones hospitalarias actuales.

Prueba de la bondad del programa hospitalario es que en más de cuarenta años de funcionamiento, Valdecilla ha proporcionado a la docencia española ocho catedráticos de Medicina, un rector de Universidad, dos decanos de Facultad, más de medio millar de especialistas repartidos por todo el país, innumerables jefes de servicio para las instituciones sanitarias más variadas y más de dos mil enfermeras salidas de sus aulas, cuya calidad y eficacia es unánimemente reconocida. Junto a ello, innumerables tesis doctorales y trabajos científicos, congresos, reuniones, etc.

Hay que aceptar, sin embargo, que el paso del tiempo fue ocasionando un deterioro en la institución, en virtud de una serie de factores, de los que unos tuvieron desde su iniciación un claro signo económico, por las dificultades que en tal aspecto aquejaron a la Fundación, y otros en relación a unas estructuras que no pudieron evolucionar, en lo funcional y en sus métodos de gestión, con la rapidez y eficacia que las exigencias de los hospitales demandaban.

Con la desaparición, en su momento, del patronato familiar y su sustitución por una junta rectora de representatividad muy amplia no se consiguió resolver los problemas de la Casa de Salud Valdecilla, ya que en realidad se trató de una reforma meramente formal, que no abordó las causas de la crisis de la institución, y fue necesario que el propio Gobierno de la nación adoptara las medidas necesarias para su transformación, incluyéndola en una Fundación Pública de Servicios, fórmula prácticamente inédita de la Ley de Administración Local, tutelada por la Diputación Provincial, que garantizaba de este modo los fines fundacionales y su perfeccionamiento futuro.

El Decreto de 24 de abril de 1969 sobre constitución de la Fundación Pública de Servicios Marqués de Valdecilla dice en su parte dispositiva:

«— Artículo primero.—La Fundación benéfica particular Casa de Salud Valdecilla se extinguirá previo el cumplimiento de lo prevenido en el artículo 67 de la Institución General de Beneficencia de 14 de marzo de 1899, aplicándose todos los bienes y medios que constituyen su patrimonio a los fines asistenciales y hospitalarios que demandan las necesidades de la provincia de Santander, quedando el cumplimiento de los mismos a cargo de la Diputación Provincial, que recibirá a estos efectos dicho patrimonio con el indicado carácter finalista.

— Artículo segundo.—La Diputación Provincial de Santander constituirá, de conformidad con los preceptos de la vigente legislación de Régimen Local, una Fundación Pública de Servicios Hospitalarios y Asistenciales, que llevará el nombre de Marqués de Valdecilla, y a la que se incorporarán los bienes y medios de la extinguida Fundación Casa de Salud Valdecilla y los demás bienes o instituciones que al amparo de aquella legislación estime conveniente la citada Corporación Provincial para el cumplimiento de los fines hospitalarios y asistenciales a su cargo.

— Artículo tercero.—Corresponderá al Ministerio de la Gobernación y a la Diputación Provincial de Santander, dentro de los límites de sus respectivas competencias, la adopción de cuantas resoluciones o acuerdos procedan para el desarrollo y ejecución de lo dispuesto en los artículos precedentes.

— Artículo cuarto.—Quedan derogados los decretos de 10 de diciembre de 1953 y de 13 de enero de 1956, así como cuantas disposiciones los desarrollen en lo que a la Casa de Salud Valdecilla se refiere».

Hay que señalar que tanto en este decreto como en otros precedentes se conserva el espíritu fundacional al constar expresamente la aplicación a los fines asistenciales y hospitalarios que demandan las necesidades de la provincia de Santander.

NUEVO HOSPITAL DE CUIDADOS PROGRESIVOS

Adoptada la fórmula de Fundación Pública de Servicios, con personalidad jurídica y órgano de gobierno y de gestión propios, el entonces presidente de la Diputación de Santander, don Pedro de Escalante, y el doctor López Vélez, director de Valdecilla y gerente de la Fundación, se plan-

tean dos posibles soluciones para el hospital: una de ellas, su remodelación; la otra, un nuevo hospital de cuidados progresivos, conservando parte del antiguo, que sirviera para negociar una acción conjunta con la Seguridad Social. Cualquiera de las dos fórmulas estaba presidida por el propio espíritu fundacional, que en ningún momento, a lo largo de estos años, se ha dejado de perder. Se adoptó la segunda solución, ya que un viejo hospital, por muy reformado que estuviera, no podría alcanzar la personalidad suficiente para influir en la técnica médica nacional. De lo que se trataba en definitiva era de crear nuevamente un sistema que pudiera representar en la actualidad lo que en su día significó Valdecilla, es decir, un hospital del presente con las características del hospital del futuro.

Se inician las obras del nuevo hospital con un costo, sin contar el utillaje, de 456 millones de pesetas, distribuidos en la siguiente forma: Dirección General de Sanidad (a fondo perdido), 202 millones; Diputación de Santander, 254 millones; de ellos, 85 resultado de la venta a la Seguridad Social del solar para la residencia Cantabria, y el resto a través de un crédito con el Banco de Crédito Local.

Por estas fechas fallece don Pedro de Escalante, pero las obras siguen su curso y, con ellas, la labor de aproximación a la Seguridad Social. Se alcanza así un acuerdo de acción concertada entre la Diputación de Santander y el Instituto Nacional de Previsión, con utilización indistinta e indiscriminada de las instalaciones de ambos, plantilla única y órgano de gestión y de gobierno con funciones delegadas de las dos instituciones. El acuerdo, que tiene fecha de 22 de junio de 1972, dice, entre otras cosas:

«La Diputación Provincial de Santander y el Instituto Nacional de Previsión coordinan e integran los centros de ambas organizaciones, de acuerdo con el plan, dividido en fases sucesivas, que se propone seguidamente, adoptando la figura de Centro Médico-Asistencial Nacional Marqués de Valdecilla de la Seguridad Social y la Diputación Provincial de Santander. Al designar con el nombre de Marqués de Valdecilla al Centro Médico Asistencial Nacional, ambas organizaciones rinden tributo al fundador de la Casa de Salud Valdecilla, adelantado de la nación en la dignificación de la asistencia a las clases trabajadoras.

El plan de coordinaciones sucesivas comprende las siguientes fases:

Coordinación, en acción concertada inmediata, de la Casa de Salud Valdecilla y Residencia Cantabria, que quedan integradas en el Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla, para constituir su núcleo básico fundamental.

Coordinación en la programación de utilización del Centro de Subnormales en construcción.

Planificación coordinada de la asistencia sanitaria rural.

En materia de docencia se coordinarán los planes para la utilización conjunta de las disponibilidades de ambas instituciones.

Se realizará, mediante la oportuna planificación y programación, un ensayo de asistencia y cobertura de riesgo en materia de previsión de la población total de la provincia de Santander en todos sus aspectos, estableciendo los sectores prioritarios de acción sucesiva o traspaso progresivo de funciones de gestión y responsabilidad de unas Instituciones a otras.

Las partes firmantes se comprometen a la utilización conjunta indiscriminada de sus Instituciones hospitalarias de un modo básico, sin perjuicio de respetar las prioridades fundacionales en lo que sea aconsejable en cada momento, salvaguardando el principio de la mayor eficacia en la asistencia y los altos intereses nacionales, de modo que se alcance el espíritu de Centro Médico Nacional en el trabajo de los equipos con rango superior al parcial de los centros integrados.

El Centro Médico Nacional que queda configurado mediante el presente acuerdo se considera a todos los efectos de carácter excepcional, y las partes se comprometen a tomar todas las medidas necesarias, dentro de su competencia, para resolver cuantas dificultades administrativas pueda exigir la aplicación del presente acuerdo; a estos efectos, seguidamente la Diputación Provincial de Santander realizará las modificaciones que sean precisas de los estatutos de la fundación Marqués de Valdecilla, y el Instituto Nacional de Previsión solicitará, mediante los trámites oportunos, la clasificación de la Residencia Cantabria como centro especial de la Seguridad Social.

En tanto se alcance el completo desarrollo administrativo y funcional del Centro Médico Nacional, continuarán vigentes las atribuciones específicas referentes al Consejo de gobierno de la fundación Marqués de Valdecilla y a los órganos que puedan corresponder al Instituto Nacional de Previsión, si bien se efectuarán las delegaciones necesarias de atribuciones y funciones al órgano de gobierno y de gestión del Centro Médico Asistencial Nacional, que queda de este modo configurado como el instrumento de gestión directa de las partes concertadas.

La Diputación Provincial de Santander y el Instituto Nacional de Previsión atribuyen, por delegación, la gestión y el gobierno del Centro Médico Nacional a un órgano de Gobierno que está constituido por un Comité de gestión y de gobierno y por la Dirección General del Centro Médico

Nacional. Independientemente de lo señalado, la gestión económica y administrativa del Centro Médico Nacional queda a cargo del Instituto Nacional de Previsión, de acuerdo con las estipulaciones que se especifican en el presente acuerdo.

El Comité de gestión estará formado por diez vocales: cinco en representación del Instituto Nacional de Previsión y otros cinco en representación de la Diputación Provincial. Serán miembros natos el presidente de la Diputación de Santander y el presidente del Consejo Provincial del Instituto Nacional de Previsión, correspondiéndoles ocupar la presidencia rotatoriamente por períodos de un año. Los cuatro miembros restantes de la representación de cada una de las partes serán libremente designados por las mismas.

Los acuerdos del Comité de gestión y de gobierno se tomarán por mayoría de dos tercios de los votos, siendo necesaria para realizar la sesión —que se celebrará preceptivamente mensualmente— la presencia de la mitad más uno de los vocales, no disponiendo la presidencia de voto de calidad.

El director general del Centro Médico Nacional, parte integrante del órgano de gobierno, asistirá a todas las reuniones con voz y voto.

GESTION ECONOMICO-ADMINISTRATIVA

Se señala también en dicho acuerdo que «la gestión económico-administrativa, en tanto no se produzca un traspaso total o parcial de funciones de una de las partes, por imperativo legal, por nuevas fórmulas de gobierno de la administración del Estado o por agotamiento del contenido de las misiones atribuidas a cada una de las partes, queda a cargo del Instituto Nacional de Previsión, según la cláusula 7 del presente acuerdo, y se ordenará en forma de gestión económico-administrativa con contabilidad analítico-actuarial».

En principio, y sin perjuicio de nuevas definiciones que se crean aconsejables para la buena marcha del Centro Médico Nacional, se diferencian los siguientes sectores:

- a) Sector benéfico-asistencial, privativo específicamente de las obligaciones de la Diputación Provincial, comprendiendo la hospitalización exenta de pago bonificado y el internamiento psiquiátrico dentro del Centro Médico Nacional.
- b) Sector asistencial, obligatorio para la Seguridad Social.

- c) Sectores de utilización conjunta.
- d) Clínica privada.
- e) Docencia.
- f) Investigación.

Las liquidaciones definitivas de gastos imputables a cada una de las partes por su participación en la utilización de los distintos sectores, serán propuestas por el Comité de gestión a las mismas en la segunda quincena del mes de enero de cada año.

El Comité de gestión podrá proponer factores correctores en la liquidación, de acuerdo con la estimación que se crea justa y oportuna en cada caso.

Vemos, pues, que queda ya perfectamente concertada la acción de dos departamentos ministeriales: Gobernación y Trabajo. Surge así el Centro Médico Marqués de Valdecilla, con la siguiente distribución de servicios: **Hospital de Valdecilla:** bloque médico-quirúrgico y de especialidades: **Traumatología** (en obras); **Residencia Cantabria:** hospital infantil, maternidad y medicina nuclear. El conjunto representa en la actualidad unas 1.700 camas, pudiendo alcanzar las 1.800 cuando estén terminadas todas las obras. El costo día y cama promedio de las dos Instituciones está evaluado en 1.800 pesetas.

APORTACIONES ECONOMICAS

La repercusión económica de esta gigantesca operación queda reflejada en el cuadro adjunto. Es evidente la mayor aportación de la Seguridad Social y lo mismo ocurre en los gastos de entretenimiento, en los que llega al 80 por 100 del total.

La financiación del Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla se hizo de la siguiente manera:

Costo de construcción	456.000.000
La Dirección General de Sanidad dio a fondo perdido ...	202.000.000
La Diputación de Santander	254.000.000

De ellos, 85 millones como venta del solar de la Residencia a la Seguridad Social. El resto, en créditos con el Banco de Crédito Local.

El utillaje del Centro Médico supuso 84.920.000 pesetas a cargo de la Diputación mediante crédito del Banco de Crédito Local.

Por su parte, la Seguridad Social gastó en el Centro Médico:

En terrenos de la Residencia	85.000.000
En construcción Residencia y utillaje (aproximado)	350.000.000
En Centro de Traumatología	344.000.000
En ampliación Residencia	100.000.000
En Centro de Diagnóstico y Tratamiento (aproximado)	50.000.000
En dotación del Centro de Traumatología (estimado)	150.000.000
TOTAL pesetas	1.079.000.000

(Estas cifras pueden tener un error de un 5 a un 10 por 100).

En 1973 se produce una nueva escalada en la acción concertada con la entrada en juego de un nuevo departamento ministerial, el de Educación y Ciencia. El 9 de julio se suscribe un convenio entre la Universidad de Santander y el Centro Médico Marqués de Valdecilla, bajo las siguientes condiciones, entre otras:

— Las instituciones sanitarias de la Seguridad Social y la Diputación de Santander, integrada en el Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla, quedan concertadas con la Facultad de Medicina de la Universidad de Santander para que ésta, a través de aquéllas, realice un programa de docencia, de acuerdo con las exigencias de esta función en la educación médica y conforme a los planes y directrices que se formulen por la citada Facultad, ajustándose a las condiciones que se establecen en el presente convenio.

— En el citado Centro Médico Marqués de Valdecilla se impartirá la docencia clínica prevista en los planes de enseñanza para la licenciatura y doctorado en Medicina, las especialidades médicas, así como las técnicas auxiliares de la profesión.

Para entender en todas las cuestiones que puedan derivarse del presente convenio, en cualquiera de sus aspectos, se constituirá una comisión mixta, integrada paritariamente por representantes de la Universidad y del Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla. La comisión podrá delegar las cuestiones ordinarias o de trámite en un comité formado por componentes pertenecientes a cada una de las partes firmantes del acuerdo, pero siempre en situación de representación paritaria de las mismas.

— Los jefes de departamento y servicio que tengan funciones docentes serán nombrados por el Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla, de acuerdo con los Reglamentos específicos del mismo, pero mediante el preceptivo informe previo de la comisión mixta, necesitándose para que haya acuerdo el voto favorable de los dos tercios de sus componentes.

— La docencia correspondiente a la enseñanza clínica, a todos los niveles, será desempeñada por el personal de los departamentos y servicios del Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla, para lo cual tendrán que recibir previamente la calificación docente de la Universidad.

— La calificación docente quedará limitada al plazo de vinculación del facultativo del Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla y a la duración del presente convenio.

— El número de alumnos en los cursos de enseñanza clínica estará en relación con el número de camas disponibles en los hospitales componentes del Centro Médico Nacional Marqués de Valdecilla. En el momento actual se fija este número en 300 alumnos para la totalidad del ciclo de enseñanzas clínicas.

En estos momentos se están llevando a cabo las obras para la construcción de un edificio con destino a estudios preclínicos, aldaño a la Residencia Cantabria.

Queda configurado, pues, el ensayo de un Ministerio de Sanidad gracias a la coordinación de una serie de funciones médicas con una unidad de mando, al confluir en una sola persona la dirección general del Centro Médico Nacional y el decanato de la Facultad de Medicina.

Las disponibilidades de este complejo en el momento actual son las siguientes: Residencia Cantabria, centros de diagnóstico y tratamiento, ambulatorios, Hospital de Valdecilla, centro de rehabilitación psiquiátrica de varones, centro psiquiátrico para mujeres, escuelas de enfermeras, instituto médico de posgraduados y centro nacional del C. S. I. C., centro piloto de geriatría y residencias geriátricas. Está prevista la construcción de diez centros subcomarcales de atenciones médicas enlazados por ambulancias, helicópteros y radio-teléfono con el centro hospitalario. También se prevee la enseñanza continuada en el medio rural y la rotación de los médicos de toda la provincia por el centro hospitalario.

Tales son los hechos y el devenir de una institución altamente ejemplarizadora a lo largo de cuarenta y cinco años. Cabe esperar que la existencia de una serie de dificultades de orden local no malogren lo que es una realidad.

Tomado del diario santanderino «Alerta»
del 28-V-1974

SE TERMINO DE IMPRIMIR ESTE LIBRO
EN LOS TALLERES DE ARTES GRAFICAS
RESMA, DE SANTANDER, EL DIA 30 DE
DICIEMBRE DE 1975.

