



ANALES DE MEDICINA Y CIRÚGIA

PUBLICADOS BAJO LA DIRECCION DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

AÑO L - II EPOCA

ABRIL-JUNIO 1974

VOL. LIV - NUM. 236

GAMMA GLOBULINA HUBBER ANTIALERGICA

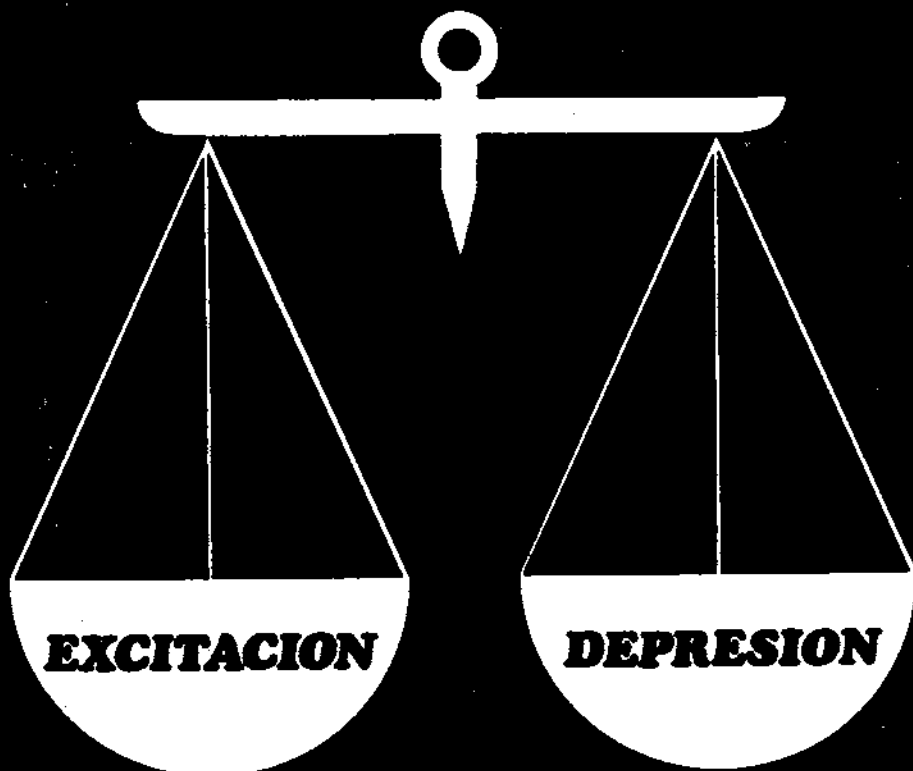
INUEVO!

**Combate los fenómenos de hipersensibilidad
en todos los niveles orgánicos**

Presentación y fórmula: Frasco con 500 mg de globulina gamma
con alto poder histaminopéxico

P. V. P. 731,20 ptas.

MELIMÉ



● comprimidos

Tranquilizante-Antidepresivo.

composición:

Clordiazepóxido clorhidrato	10 mg.
Amítriptilina clorhidrato	10 mg.
Metilbromuro de homatropina	2 mg.
Excipiente c.s.p.	1 comprimido

psicología:

Como dosis medias, 1 ó 2 comprimidos al día, siempre bajo control médico, ingeridos de preferencia a la hora de las comidas.

presentación:

Frascos de 20 y 100 comprimidos. 47,70 y 147,80 Ptas.

Indicaciones:

Estados de tensión de depresión y de ansiedad. Reacciones maniacodepresivas, melancolía, Reacción neurótica depresiva. Psiconeurosis, psicastenia, manifestaciones histéricas depresivas. Trastornos psicósomáticos, especialmente psicovegetativos. Nerviosismo, insomnio nervioso, psicopatías con predominio depresivo, etc. Durante la administración de Melimé no deben ingerirse bebidas alcohólicas, vigilándose cuidadosamente el empleo de barbitúricos o drogas afines.



LABORATORIO EMYFAR, S. A.

Unificación, 22-24 telfs. 240 43 01 - 240 43 02
HOSPITALET DE LLOBREGAT (Barcelona)

ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA

PUBLICADOS BAJO LA DIRECCION DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA
DE BARCELONA

Año L - II Epoca

ABRIL - JUNIO 1974

Vol. LIV - Núm. 236

DEPOSITO LEGAL B. 1842 - 1959

PUBLICACION TRIMESTRAL

Director:

Prof. Dr. Pedro Domingo
Presidente de la Real Academia

Consejo de Redacción:

Dr. J. Alsina Bofill
Prof. R. Arandes
Prof. A. Azoy
Prof. M. Badell Suriol
Prof. A. Balcells Gorina
Prof. A. Ballabriga
Prof. J. L. Ballibrea
Prof. Joaquín Barraquer
Prof. L. Barraquer Bordas
Prof. M. Bartolomé Rodríguez
Dr. M. Broggi Vallés
Prof. F. Buscarons Ubeda
Prof. José Cabré
Dr. A. Caralps Massó
Dr. A. Cardoner
Dr. J. Carol
Dr. M. Carreras Roca
Dr. A. Carreras Verdaguier
Dr. P. Cartaña
Prof. J. Casanovas
Prof. R. Castillo Cofiño
Prof. Felipe Cid
Prof. V. Cónill Serra
Dr. J. Cornudella
Prof. M. Cruz Hernández
Prof. E. Cuenca
Prof. F. de Dulanto
Prof. S. Erill
Prof. A. Fernández Cruz

Prof. Amadeo Foz
Dr. A. Gallart Esquerdo
Prof. Jaime Gállego
Prof. F. García Valdecasas
Prof. J. Gibert Queraltó
Prof. J. M.ª Gil Vernet
Prof. S. Gil Vernet
Dr. A. Gómez
Prof. F. González Fusté
Prof. J. González Merlo
Dr. J. Gras Riera
Dr. J. Isamat
Prof. F. Jané Carrencá
Prof. J. Jiménez Vargas
Dr. F. Josa
Prof. J. Laporte
Dr. A. Ley Gracia
Dr. F. Martorell
Prof. J. M.ª Mascaró Ballester
Dr. J. Mercadal Peyrí
Prof. L. Miravittles
Prof. J. Obiols Vié
Dr. B. Oliver Suñé
Prof. C. Pera Blanco Morales
Dr. J. Pi Figueras
Prof. G. Piédrola
Prof. J. Piñol Aguadé
Prof. P. Plulachs

Dr. P. Puig Muset
Dr. J. Puig Sureda
Prof. A. Puigvert
Prof. A. Pumarola Busquets
Prof. F.-E. Raurich
Prof. D. Ribas Mujal
Dr. A. Rocha
Dr. B. Rodríguez Arias
Prof. A. Rodríguez Torres
Prof. C. Rozman
Prof. D. Ruano Gil
Dr. J. Salarich
Prof. M. Sales
Prof. J. A. Salvá Miquel
Dr. V. Salleras
Prof. R. Sarró
Dr. L. Sayé
Dr. J. Séculi
Prof. M. Soriano
Dr. A. Subirana
Prof. M. Taure
Prof. José Traserra
Dr. L. Trias de Bes
Prof. J. Trueta
Prof. M. Usandzaga
Prof. S. Vidal Sivilla
Dr. J. M.ª Vilaseca Sabater
Prof. V. Villar Palasí

Secretario de Redacción:

Dr. M. González Ribas

REDACCION:

Carmen, 47 - BARCELONA-1

ADMINISTRACION:

Berlín, 42 — BARCELONA-15 — Tel. *321 72 00

Administración de Publicidad: ESMON

Vía Layetana, 162-164, 2.ª planta - Tels. 215 35 31 - 215 79 99 - BARCELONA-9

IMPRESO EN INDUSTRIAS GRAFICAS FERRER COLL PJE. SOLSONA, s/n. (Santa-Bordeta) BARCELONA-14

ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA se publican trimestralmente, bajo la dirección de la Real Academia de Medicina de Barcelona.

Reúne trabajos originales de los que fueron explanados en las Sesiones científicas de la Academia y otros de colaboración libre.

Todos los facultativos sanitarios pueden aportar trabajos originales, a condición de que sean inéditos, no resulten demasiado extensos y tengan —de estimarse preciso— un número limitado de cuadros sinópticos y de ilustraciones.

Solicita con empeño la Redacción que se presenten transcritos a máquina, claramente y con interlineas. Los gráficos, dibujos, fotografías, etc., han de permitir siempre una fácil reproducción de los mismos.

Todas las referencias bibliográficas deben ajustarse a las normas más en uso.

Secretaría manifiesta que recurrirá al derecho, natural, de modificar la distribución de materias, sin alterarlas substancialmente, para una mejor edición de la publicación.

Un exceso de ilustraciones y de páginas podría ser objeto de un resarcimiento económico, que trataría directamente la Administración con el autor o autores de los trabajos.

Se prevé que haya, también, una Sección dedicada a Crítica de Libros.

Cabe establecer, siempre, un intercambio con las demás revistas nacionales y extranjeras que lo deseen.

Ni la Real Academia de Medicina de Barcelona, ni la Secretaría de Redacción, convalidan las opiniones sustentadas por los autores de los trabajos.

La Administración obsequia a los autores de trabajos originales con un lote de 100 «separatas».

8

Se edita, independientemente, un **BOLETIN INFORMATIVO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA**, en el que figura la crónica detallada de las actividades de la Corporación.

ESSAVENON®

GEL

Acción terapéutica local sin efecto general
y directo sobre la
coagulación y sobre la circulación



Indicaciones

Alteraciones de la circulación venosa, varices, piernas dolorosas y cansadas, calambres, tromboflebitis superficial, etc. Hematomas y edemas después de contusiones y accidentes deportivos. Perniosis.

Presentación

Tubo de 40 g P.V.P. 93,40 ptas.

Composición

40 g. de Essavenon® Gel contienen:
Escina 400 mg.
Heparina sódica 4.000 U.I.
Sustancia EPL 400 mg.

INFAR  NATTERMANN Apartado 400 - Zaragoza

reconoce alguno de sus pacientes?

Manuel
Agente de tráfico
7 horas diarias de pie

Carmen - Doméstica
10 horas diarias de pie

Nuria - Dependienta
8 horas diarias de pie

Joaquín
Mecánico engrasador
9 horas diarias de pie

Ramón - Camarero
9 horas diarias de pie

Concepción - Ama de casa
8 horas diarias de pie

Antonia - Embarazada
4.º mes de embarazo

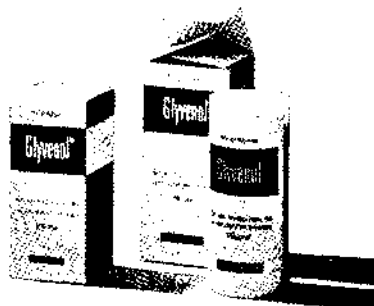


Mantener las piernas del paciente en posición invertida, sería sin duda la mejor terapéutica contra las varices. Esto, por desgracia, no es posible para personas integradas en una sociedad, que trabajan y hacen su vida normal. *GLYVENOL, fiebodinámico integral, consigue los mismos efectos flebotónicos y agilizantes para los pacientes en posición de pie.

[®]
GLYVENOL
CIBA

Antivaricoso integral

3 grageas diarias
Frascos con 30 y 60 grageas



Frasco con 30 grageas P.V.P. 120,— Ptas.
Frasco con 60 grageas P.V.P. 208,— Ptas.

ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA

SUMARIO

NUMERO 236 - ABRIL - JUNIO

Sesión celebrada «In memoriam» de la vida y obra científica de D. Antonio de Gimbernat. — <i>Profesores Salvador Gil Vernet y Agustín Gómez Gómez</i>	105
Feocromocitona: Presentación de un caso y revisión parcial de la literatura. — <i>Dres. M. Valdés Ruiz, V. Alberola, M. Labios, J. Marin, C. O'Connor, A. Pascual-Leone y J. A. Losada</i>	135
Diagnóstico retrospectivo de la última enfermedad de Felipe II. — <i>Prof. Alfonso Balcells Gorina</i>	171
La triquinosis, actualidad. — <i>Dr. Joaquín Más Perera</i>	175
Experiencia humana de una invidencia temporal. — <i>Octavio Saltor Soler</i>	185
Sobre la estructuración de los curriculum vitae en la Academia. — <i>Dres. Pedro Domingo y B. Rodríguez Arias</i>	195
Crítica de libros	209

analgilasa®

la llave del bienestar

Analgésico no narcótico

PRESENTACION

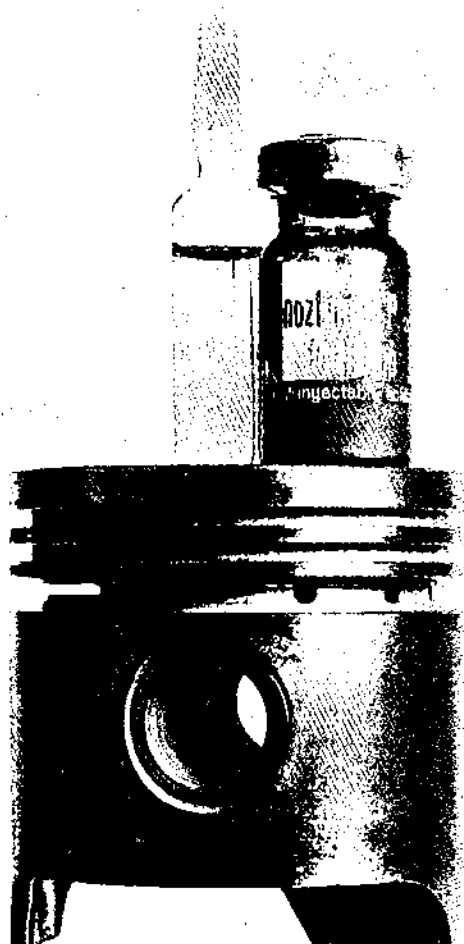
Estuche con 40 comprimidos. P.V.P. 74,40 Ptas.

Caja con 12 supositorios. P.V.P. 65,70 Ptas.



LABORATORIOS

LASA



inyectable liofilizado

Tonzime UTP 20 fortísimo

(20 mg. de UTP con B₁, B₆, B₁₂)

WAS 37500 1/225

Activación farmacodinámica
del metabolismo intermedio
y en especial,
del hidrocarbonado

PIRELLA G. S. A.

SESION CELEBRADA «IN MEMORIAM» DE LA VIDA Y OBRA CIENTIFICA DE D. ANTONIO DE GIMBERNAT *

Profesores SALVADOR GIL VERNET y AGUSTIN GOMEZ Y GOMEZ
(Académicos Numerarios)

Preámbulo

A. GOMEZ Y GOMEZ

Hace un año, el Pleno de nuestra Real Academia de Medicina tomó el buen acuerdo de tributar un homenaje al gran Anatómico y prestigioso Cirujano D. Antonio de Gimbernat y Arbós, y con tal motivo esculpir su busto en mármol y colocarlo en este Anfiteatro llamado de Gimbernat, de siempre, para perpetuar su memoria; y cuya magnífica y bella escultura, que vemos ya colocada, ha sido ejecutada por el ilustre y laureado escultor reusense D. Juan Rebull.

Desde ahora, este Anfiteatro, con el busto de Pedro Virgili, que Gimbernat ordenó colocar en todos los Reales Colegios de Cirugía, y el suyo que hoy nosotros en su honor inauguramos, junto con la Mesa de Disección, en donde él disecó más de 30 cadáveres (cifra considerable en

aquellos tiempos), pone a la vista del visitante al Anfiteatro los protagonistas de un ayer glorioso en la relevante historia, del que fue Real Colegio de Cirugía y que hoy cumple el 210 aniversario de su fundación.

Y para llevar a cabo la misión que se nos ha encomendado hemos convenido, con el Profesor D. Salvador Gil Vernet, para evitar repeticiones, que cada uno de nosotros, al trazar la narración biográfica de Gimbernat, se refiera a épocas y aspectos diferentes de su vida profesional, colmados todos ellos de méritos científicos y de brillantes y humanitarios servicios.

Son numerosos los biógrafos que han historiado la vida y la obra de Gimbernat, estimándola como ejemplo de una vida dedicada por entero al bien de la humanidad; y todos

* Día 24 de marzo de 1974.

ellos destacan claramente que los avances de la Cirugía española, en los siglos XVIII y XIX, se debían en parte al impulso dado por él.

Mencionamos en primer lugar a su hijo Agustín, a quien se debe la primera biografía de su padre, publicada en 1826, con el título: «Succinta Noticia...», biografía que ha servido de orientación para los demás biógrafos; y de éstos, vienen a nuestra memoria: Francisco Llagostera y Sala, Antonio Elías y Molins, Antonio Bofarull, Luis Comenge, Carlos Silóniz, Juan Freixas y Freixas, Víctor Escribano, Enrique Sal-

cedo y Ginestal, Manuel Usandizaga, Jaime Pi-Suñer Bayo, Diego Ferrer, etcétera.

Por mi parte hago constar que, para la redacción de nuestra narración biográfica, hemos espigado en las biografías escritas por dichos autores y, además, que al citar sus nombres y opiniones en el curso de nuestra narración pongo de manifiesto un deber sentido: asociar también sus nombres y biografías al homenaje que hoy nosotros tributamos a Gimbernat, porque así fue, en ellos, su propósito e intención al escribirlas.

PRIMERA EPOCA: DESDE SU NACIMIENTO HASTA SU PARTIDA PARA CADIZ

Dr. GOMEZ Y GOMEZ

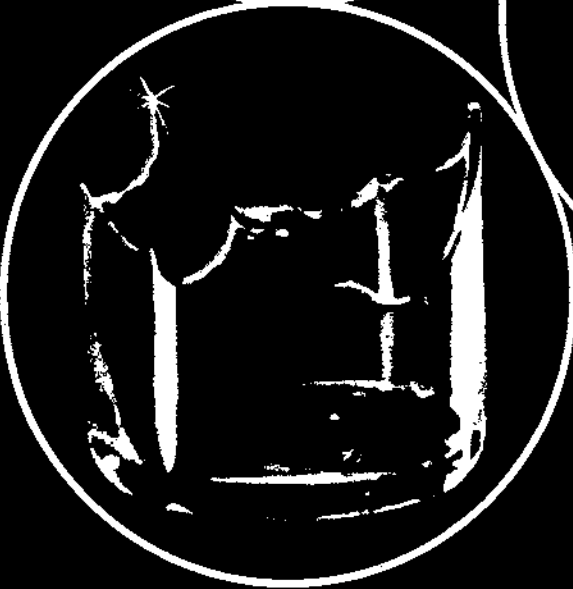
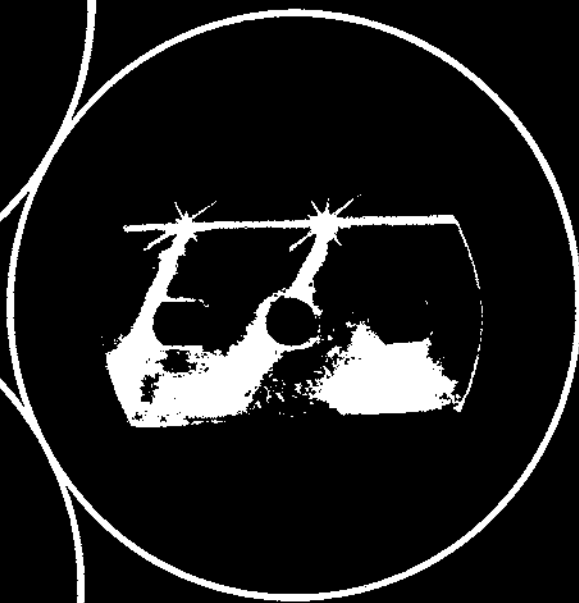
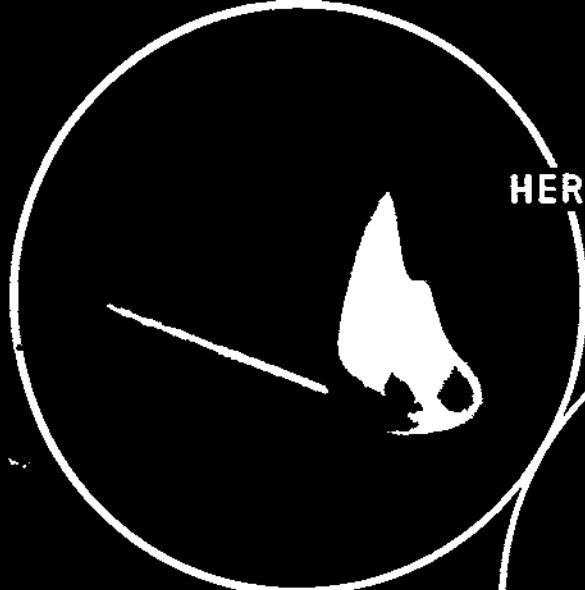
Don Antonio de Gimbernat y Arbós vio la luz en la hermosa villa de Cambrils de la comarca del «Camp» de Tarragona, el día 15 de febrero de 1734. De su acta bautismal que lo acredita tenemos una fotocopia en nuestra Academia, por cortesía del cambrilense D. José Salceda y Castells, industrial, periodista y también biógrafo de su paisano, y a cuyo tesón, en campañas periodísticas, se debe la erección del monumento a Gimbernat, en su ciudad natal, que perpetúa la memoria de su hijo predilecto, inauguración que tuvo lugar el 19 de mayo de 1968,

con motivo del 150 aniversario de su muerte.

La casa en que nació Gimbernat está situada en la plaza de la Constitución, esquina a la calle que entonces se llamaba de la Concordia y que desde 1890 ostenta su nombre. En dicha casa, la Facultad de Medicina, el año 1916, con motivo del centenario de su muerte y en homenaje, colocó una lápida que reza: «La Facultad de Medicina de Barcelona a Gimbernat».

Según afirma su hijo Agustín en la biografía de su padre: «Se distinguió, ya en sus tiernos años, de los

EN LAS QUEMADURAS Y
HERIDAS INCISAS Y CONTUSAS



TETRACICLINA + CLORANFENICOL

TETRA-HUBBER



PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LA INFECCION QUIRURGICA

TETRA-HUBBER

POMADA DERMOQUIRURGICA

TETRA-HUBBER: COMBINACION DE AMPLIO ESPECTRO

En terapéutica dermatológica, debido al gran polimorfismo de los gérmenes que contaminan las lesiones de la piel, es cada día más evidente la necesidad de emplear asociaciones antibióticas de amplio espectro antibacteriano, sin que, por otra parte, interfieran los mecanismos normales de reparación tisular.

La asociación Tetraciclina + Cloranfenicol, utilizada en **TETRA-HUBBER POMADA DERMOQUIRURGICA**, está basada en los trabajos de Flippin y Eisenberg, que demostraron, como la unión del cloranfenicol a antibióticos del grupo tetraciclínico posee propiedades superiores a las de estas sustancias utilizadas aisladamente a las mismas dosis, con lo que se consigue un efecto de potenciación.

INDICACIONES

Impétigo. Sicosis estafilocócica. Estreptodermias. Hidrosadenitis. Quemaduras infectadas. Forunculosis. Piodermitis. Onfalitis del recién nacido. Heridas contaminadas. Ulceras de las extremidades.

FORMULACION

Aplicarse sobre las lesiones una ligera capa de pomada una o dos veces al día, siempre según criterio facultativo.

PRESENTACION Y FARMACIA

Tubo conteniendo 10 g de pomada con la siguiente fórmula centesimal:

Clorhidrato de Tetraciclina	3 g
Cloranfenicol sintético levógiro	1 "
Excipiente	c. s.

FABRICA Y LABORATORIOS HUBBER, S. A.

Fábrica y Laboratorios: BERLÍN, 38, 40 y 42 - BARCELONA (15) - Teléfono *230 72 00

I. G. Costin, S. A. Barcelona

demás muchachos por su aplicación, buena índole, suma probidad y honradez». Algunos biógrafos de Gimbernat dicen que un modesto sacerdote le enseñó las primeras letras y no fue así, puesto que su hijo dice que las aprendió con el maestro público de Cambrils. El sacerdote de referencia debió ser el Rvdo. José Antonio Peyrí, párroco de Cambrils, amigo de la familia, que al llamarle la atención la listeza, el despeggo y viveza que veía en el muchacho se encargó gustoso y gratuitamente de iniciarle en el estudio del latín, tal vez con el fin de captarle para el sacerdocio; y tales adelantos observaría en el alumno, particularmente por su ingenio y memoria, que el dómine creyó oportuno aconsejar a la familia que no se malograrán tan excelentes disposiciones y fuera a completar los estudios recibidos al convento de los Padres Franciscanos Recoletos, establecido en Riudoms, distante unos ocho kilómetros de Cambrils, hecho que parece ser ocurrió hacia 1747-1748, precisamente en los años en que un paisano suyo, Pedro Virgili, nacido en Vilallonga del Camp y ya hombre maduro, hecho por su propio esfuerzo, comenzaba a recoger el fruto de su inteligencia y voluntad al conseguir del rey Fernando VI la Cédula Fundacional del Real Colegio de Cirugía de Cádiz y en cuyas aulas, diez años más tarde, debía Gimbernat iniciar una carrera llena de triunfos, lograda solamente por su inteligencia y su trabajo.

A Riudoms acudió Gimbernat cuando tenía catorce años, para perfeccionarse en las lecciones de latín que recibió en su pueblo natal.

En Riudoms estudió de acuerdo con los planes establecidos en las universidades, ya que eran únicamente válidos los títulos por éstas otorgados y era en ellas, donde debían realizarse la revalidación de estudios. Agustín Gimbernat, es muy poco explícito en lo que corresponde a esta época de la vida de su padre; ya que sólo dice que: «Estudió Latinidad en Riudoms y cursó la Filosofía en la Universidad de Cervera».

Rubió y Borrás, cita su nombre entre los alumnos matriculados en dicha universidad en el año 1749, o sea, cuando debía tener quince años. La enseñanza de Humanidades estaba a la altura de los mejores centros culturales de España; mientras que los estudios Anatómicos eran prácticamente nulos y los conocimientos de Cirugía, se conservaban en un lamentable retraso, se regían por textos del siglo xv y xvi.

La Universidad de Cervera, dio sin duda, hombres ilustres, como: Balmes, Gimbernat, Torres Amat, los Bofarull, Milá y Fontanals, Monturiol y otros muchos.

Después de la vida escolar en Cervera, durante un lustro, se sometió a las pruebas oficiales para obtener el título de Bachiller en Artes y, dadas sus cualidades, la calificación debió ser excelente y por unanimidad, es decir, *nemine discrepante* según el

léxico de la época; y ya en posesión del título, el año 1755 regresó Gimbernat a su pueblo natal y permaneció algunos meses. A los 22 años de edad salió de Cambrils para Cádiz, o sea el año 1756, para estudiar la Cirugía.

En la elección profesional, aparte de la vocación que pueda latir clandestina, misteriosa e imperceptible en nuestro ser, entra también por mucho el ejemplo, y Gimbernat conocía alguno que pudiera servirle de norte y de estímulo. Puesto que en la Comarca del «Camp» se oíría con frecuencia enaltecer el nombre de Pedro Virgili, hijo de humildes labradores de la comarca, que por sus propios méritos fue nombrado el año 1754, por Fernando VI, Noble de Castilla e Hijodalgo. Gimber-

nat debía estar enterado de todo esto y debió servirle de incentivo para seguir la huella de Virgili y quizá, llevado de la fantasía de la juventud, acariciaría los mismos éxitos que su paisano. Y, a mayor abundamiento, que también tuviera conocimiento, cuando estudiaba en la Universidad de Cervera, de los triunfos de Virgili y del prestigio que ya gozaba el Real Colegio de Cirugía de Cádiz, y ésta sería la razón de estudiar en dicha Ciudad, no sólo por la presencia del Director y paisano, sino porque Cádiz era el único lugar de España, en el cual, en aquellas fechas, se explicaba la Cirugía de acuerdo con las normas seguidas por las Escuelas de Cirugía más progresivas de Europa.

S. GIL VERNET

Teniendo en cuenta la magnífica exposición que hace mi compañero el profesor de Anatomía doctor Gómez y Gómez de la dilatada vida y obra de Gimbernat, me limitaré a exponer su labor científica y docente. En ella hay que considerar cuatro períodos: el primero, su estancia en Cádiz donde se inicia su formación como anatómico y cirujano. El segundo su estancia en Barcelona, donde realiza su gran labor Anatómo-Quirúrgica. El tercero, su viaje de estudios en los países más avanza-

dos de Europa. El cuarto su estancia en Madrid, donde residió hasta el final de su vida.

Para comprender la vida de Gimbernat hay que hablar de Virgili. Sin la labor extraordinaria de éste, no hubiera sido posible la carrera de Gimbernat; entre otras razones, no habría podido ir a formarse en la Escuela de Cádiz creada por Virgili, la única existente en España. Esto no quita mérito alguno a la labor extraordinaria realizada por Gimbernat. Pero explica su agrade-

cimiento profundo, expresado en múltiples ocasiones en especial, en la sesión inaugural del Real Colegio de Cirugía de Barcelona. «La gratitud u obligación natural de corresponder a nuestros bienhechores es ley inviolable, que la misma luz de la razón dictó en los cerebros nobles de los hombres.» Su canto a la gratitud demuestra los buenos sentimientos innatos en Gimbernat. Mención especial merece, el elogio que Gimbernat dedica al fundador del Colegio de Barcelona, al decir: «Carlos III encargó erigir este Real Colegio con una magnificencia que veis bien necesaria, para que estas mudas piedras publicasen en lo sucesivo, lo augusto de su real fundador. Encargó justamente al más celoso y hábil cirujano de este siglo, al noble don Pedro Virgili, la dirección de esta obra, para que saliese con la mayor perfección. Nombró luego profesores hábiles y experimentados, destinados a este solo estudio y ordenando que nadie pudiese ejercer esta facultad, sin ser aprobado por este Real Colegio».

Han pasado más de dos siglos, y hoy nos reunimos aquí solemnemente, en este lugar, para celebrar la efemérides gloriosa de su fundación.

ESTANCIA DE GIMBERNAT EN CADIZ

A los 22 años de edad llega Gimbernat a Cádiz.

Pasados los dos primeros años de preparación, en los que puso de manifiesto su gran aplicación, le fue adjudicada sin oposición una de las plazas de Colegial Practicante de Cirugía. Dos años más tarde logra una plaza de Colegial Interno, plaza muy codiciada por las facilidades que se concedían para la práctica de la Cirugía.

El tercer año cursa Anatomía y Disección, en las cuales se distingue de un modo extraordinario. Ya comienza a revelarse la habilidad manual y el espíritu de observación, que informará toda su carrera quirúrgica.

Cuando termina el cuarto curso de carrera, se produce un acontecimiento que confirma su habilidad como disector y sus grandes conocimientos anatómicos. Virgili ocupado ya en los trabajos iniciales de fundación del Colegio de Cirugía de Barcelona, llama para ayudarle a su yerno Lorenzo Roland profesor de Anatomía de Cádiz. Y encarga a Gimbernat, Colegial Interno el desempeño de esta Cátedra, durante la ausencia de dicho Profesor.

El hecho es que Gimbernat antes de graduarse, ya se ocupaba de la enseñanza de la Anatomía. Su actuación debió ser tan notoria, que después de acabar la Licenciatura en el año 1762, lo reclama Virgili, para que se encargue de la enseñanza de la Anatomía en el Nuevo Colegio de Cirugía de Barcelona, que comienza a funcionar. En Madrid hubo reparos a su nombramiento

por considerarlo muy joven. No obstante gracias a la influencia y tenacidad de Virgili, éste consiguió que se le nombrara Profesor Honorario del Colegio de Cirugía de Barcelona. De hecho hasta el año 1764 no fue catedrático en propiedad para el desempeño de la cátedra de Anatomía.

Virgili vio coronados sus nobles propósitos, fundando en Barcelona su Colegio de Cirugía, proyectado por el arquitecto Ventura Rodríguez y el 24 de marzo de 1764, quedaron terminadas las obras emprendidas cuatro años antes. Y como hombre previsor, contaba ya con la aprobación del cuadro completo de profesores encargados de la enseñanza. Queda ya Gimbernat incorporado al Claustro de profesores del Real Colegio de Cirugía de Barcelona, regentando la cátedra de Anatomía, a la que tanto cariño había demostrado como Colegial y Ayudante, de la sala de disección de la Escuela de Cádiz.

ESTANCIA EN BARCELONA

Durante los 12 años de estancia en Barcelona como profesor de Anatomía adquiere su gran experiencia anatómica y quirúrgica.

La obra de Winslow fue la que utilizó como texto. Pero su gran fuente de conocimientos fue siempre la disección del cadáver. Su frase conocida: «El mejor libro es el cadáver humano», sintetiza su sólida

formación anatómica. Son bien conocidas sus frecuentes alusiones a los estudios anatómicos en el cadáver. El discurso inaugural del Real Colegio de Cirugía de Barcelona (1773) titulado: «Importancia de la Anatomía y Cirugía», es un canto a la Anatomía. «Los que se dedican a la Cirugía, deben estudiar a fondo la Anatomía, sobre todo con exactas y reiteradas disecciones.» «La Anatomía es la fina aguja de marear que nunca debe perder de vista el cirujano.» «El cuerpo humano es el libro natural del que no me apartaré un punto, y siempre lo preferiré a cualquier autor, aún el más esclarecido, y de todos éstos, a aquel que menos se aleje de este libro.» «La Anatomía es la puerta por donde se entra, en el vasto y precioso campo de la Cirugía.» «El cirujano ha de tener una instrucción práctica, una noticia exacta, de las más pequeñas partes de nuestro cuerpo para ser perfecto cirujano.» «La descripción anatómica precisa de la región u órgano donde se interviene, es la base precisa para operar con seguridad y acierto.»

El mayor elogio que se puede hacer de Gimbernat es que a pesar del tiempo transcurrido, más de dos siglos, los principios quirúrgicos expuestos conservan su valor y serán eternos. Son propios de un genio.

Y estos principios han de tenerlos presentes los jóvenes cirujanos que aspiran alcanzar la categoría de cirujano científico. El progreso de la ciencia no tiene fin, todo es sus-

ceptible de perfección a pesar de los enormes progresos conseguidos.

ESTANCIA DE GIMBERNAT EN LONDRES

El año 1774 representa un hito memorable en la vida de Gimbernat al ser comisionado para ir al extranjero.

Carlos III, en vista de los notables beneficios que los Colegios de Cirugía de Cádiz y Barcelona reportaron con creces, traducidos en bienestar de la salud pública, quiso que la capital de la Monarquía no careciera de semejante clase de estudios.

A este fin Gimbernat recibió del rey en 1774 por consejo de Virgili la siguiente orden: «Para que en compañía del cirujano de la Real Armada y catedrático del Real Colegio de Cádiz don Mariano Ribas, pasara a París y observase detenidamente la práctica y método que se seguía por los profesores de aquella capital, en las operaciones y curaciones de los enfermos en la clase de Cirugía y después verificase los mismos en Londres, Edimburgo y Holanda».

Durante 4 años, se relacionaron con los más prestigiosos cirujanos de la época, obteniendo conocimientos importantes. Con este viaje, ambos se formaron una personalidad sólida y cultivada.

Es difícil precisar el tiempo que estuvieron en París, pues entre los cuadernos que se han conservado

de Gimbernat, no se hallan los que seguramente formó en París, Edimburgo y Holanda. Sólo se conservan los de Londres.

En Londres fue donde Gimbernat llegó a la cumbre de su fama. El momento culminante del viaje para el cirujano catalán fue el día 25 de abril de 1777, cuando Hunter explicaba la lección 80 del programa que trataba de la operación de la hernia crural.

Concluida la lección sobre la que acababa de hacer atinadas reflexiones el afamado maestro y estimando Gimbernat ventajoso el procedimiento suyo, se dirige a Hunter y, con su venia, le expuso en inglés con la posible claridad en su presencia y ante algunos de sus discípulos, en la misma pieza seca y bien preparada de una Hernia Crural, su modo de practicar la operación cruenta.

«Fue grande mi satisfacción al ver que concluida mi demostración respondió el mismo Hunter: you right, sir; señor, usted tiene razón; y añadió: yo lo haré público en mis lecciones y lo practicaré así, cuando se me presente la ocasión de operar sobre el vivo.»

La nobleza de Hunter confería a Gimbernat la fama de gran maestro, porque no lo olvidemos, Hunter no era sólo el mejor cirujano de Londres, sino el gran prestigio de Europa.

El breve diálogo histórico sostenido por Hunter y Gimbernat hace casi dos siglos merece ser comenta-

do. Para comprender bien el valor de las palabras del célebre cirujano inglés, hay que recordar que fue al mismo tiempo un gran anatómico. A él se debe la descripción del Canal de los aductores, conocido universalmente con el nombre de Conducto de Hunter, por el que pasan los vasos femorales. La fascia que recubre el aductor mayor, envía una expansión aponeurótica que se confunde con la del vasto interno. Esta robusta aponeurosis, transforma el ángulo que forman dichos músculos en un conducto, por el que pasan los vasos femorales.

Esta breve descripción del conducto de Hunter, situado un poco por debajo de la región inguino-crural descrita magistralmente por Gimbernat, explica la simpatía mutua que se establecería entre ambos. Seguramente estaría presente en el ánimo de Hunter, al aceptar públicamente la lección magistral del sabio anatómico y cirujano español. Ello tiene aún más valor, si se tiene en cuenta, que Hunter no era un hombre dado fácilmente al elogio, según cuentan sus biógrafos.

Los escritos anatómicos de Hunter y de Gimbernat son breves pero de gran valor. Demuestran que con pocas palabras, se pueden exponer ideas y conceptos nuevos muy importantes.

La simpatía mutua seguramente establecida entre los dos grandes cirujanos y anatómicos, se repitió en cierto modo un siglo más tarde durante la:

ESTANCIA DE CAJAL EN BARCELONA

Durante cinco años desde 1887 a 1892 Cajal desempeñó en este mismo lugar la Cátedra de Histología en la Universidad de Barcelona. En sus escritos manifiesta que el año 1889 fue su año cumbre.

En efecto, en dicho año en ocasión de celebrarse en Berlín el Congreso de la Sociedad Alemana de Anatomía, fue cuando Cajal estableció relación personal con Kölliker el venerable patriarca de la Histología alemana. Allí en un rincón de la sala de demostraciones, le mostró en el microscopio sus admirables preparaciones, convenciéndole de la realidad de los hechos que pretendía haber descubierto. La demostración fue tan decisiva que algunos meses más tarde, Kölliker confirmaba todos los hechos afirmados por Cajal.

Después de mi regreso a Barcelona (escribe Cajal) recibo carta de Kölliker en la que me expresa: usted tiene el gran mérito de haber empleado el método del cromato de plata en animales jóvenes y embriones. Así que haré resaltar sus admirables trabajos, felicitándome que el primer histólogo que España ha producido, sea un hombre tan distinguido como usted, de tanto altura científica.

Cajal vivamente agradecido, confiesa que debió a la gran autoridad de Kölliker, el que sus ideas fueran rápidamente difundidas en el mun-

en el síndrome
Artropatía-Dolor
Impotencia Funcional
de la
Enfermedad
Reumática

INDOMETACINA LIADE

ANTIINFLAMATORIO
ANALGESICO
ANTIGOTOSO
ANTICOLAGENOSIS

Cápsulas con
25 mg de Indometacina
Frasco de 50 cápsulas
P.V.P. 146,10

Supositorios con
100 mg de Indometacina
Cajas con 10 supositorios
P.V.P. 85,90



ORUDIS

Ketoprofen (19.583 R. P.)

...es volver al ritmo de cada día

INDICACIONES:

Reumatismos inflamatorios, degenerativos,
no articulares, síndromes discales,
artritis gotosas y procesos inflamatorios,
en general.

POSOLÓGIA:

3-6 cápsulas al día, repartidas en 3 tomas.

PRESENTACION:

Envase de 40 cápsulas dosificadas a 50 mg.
de principio activo.

PVP 376'60 pts.

KETOPROFEN
ES UN PRODUCTO ORIGINAL
DE RHÔME-POULENC
EN ESPAÑA RHODIA IBERICA

rhodia **rp**



do científico. Al insigne maestro bávaro aludía yo especialmente, al deplojar el engrimiento intolerable de ciertos hombres de ciencia al declarar, que también los había sapientísimos, rectos, imparciales y honrados.

Por fortuna han existido y aún existen, sabios generosos de países poderosos que dirigen el mundo, que escuchan, elogian y hacen jus-

ticia, a los trabajadores científicos de países considerados subdesarrollados.

Son más bien algunos intelectuales engreídos y los escritores pseudocientíficos, sin escrúpulos, que no respetan las reglas del juego apropiándose de trabajos ajenos, los que orgullosamente desprecian a los que pertenecen a países que creen subdesarrollados. Con ello cometen un

<u>Nomenclatura Gimbernat</u>	<u>Nomenclatura clásica</u>	<u>Nomenclatura latina actual</u>
Cresta del pubis o del ramo superior del pubis	Cresta pectínea	Pecten ossis pubis
Tubérculo del pubis	Espina del pubis	Tuberculum pubicum
Eminencia ileopectínea	Eminencia ileopectínea	Eminentia iliopectinea
Arco crural, o de Falopio	Arco crural o de Falopio	Ligamentum inguinale
Anillo inguinaro externo	Anillo inguinal externo	Annulus inguinalis subcutaneus
Pliegue o doblez del arco crural. Descrito por Gimbernat	Ligamento de Gimbernat	Ligamentum lacunare
Inserciones en la cresta pectínea de: la aponeurosis del pectíneo, de las fibras tendinosas del músculo pectíneo, de la cinta ileopectínea y del pliegue o doblez del arco crural. Descrito por Gimbernat	Ligamento de Cooper	Ligamentum Pubicum Cooperi
Cintilla ileopectínea	Cintilla ileopectínea	Pars interlacunaris fasciae ileacae
Anillo crural. Descrito por Gimbernat	Anillo crural	Annulus femoralis
Grupo ganglionar en el anillo crural descrito por Gimbernat	Ganglio de Cloquet o ganglio de Rossenmüller	Lymphonodi inguinalis profundi

grave error y una gran injusticia al confundir el subdesarrollo industrial con el subdesarrollo científico, artístico y literario. España puede que sea un país subdesarrollado en el terreno industrial, pero no lo es en los aspectos que acabo de indicar y de un modo específico en lo que hace referencia a la Medicina y Cirugía.

En los congresos internacionales y en las revistas mundiales importantes, los médicos españoles alternan sin desdoro, con los colegas de los países más adelantados. Y en algunos aspectos sobresalen. Podría citar nombres gloriosos por todos conocidos y reconocidos en el mundo científico.

ESTUDIOS ANATOMICOS DE GIMBERNAT

Para comprender las descripciones anatómicas de Gimbernat, es preciso conocer la nomenclatura por él empleada y cotejarla con la de uso corriente entre los médicos actuales; y con la Nomenclatura Internacional Anatómica de París en uso por los anatómicos modernos. Tal como aparece expuesta en el esquema adjunto.

La supresión de los nombres propios tiene sus ventajas, pero sólo es admisible, con la condición «sine qua non» de que sea justa, y sin discriminación alguna. Desgraciadamente no se cumple esta condición.

En efecto, en esta región inguino-

crural, se suprime el nombre de «Ligamento de Gimbernat» y se le sustituye por el de «Ligamentum lacunare». Con lo que el nombre de Gimbernat desaparece de la literatura anatómica cumpliéndose el triste vaticinio de V. Escribano, hecho en 1916 en ocasión de cumplirse el primer centenario de su muerte. «Los ingleses con Cooper, los franceses con Cloquet y los alemanes con Rossenmüller, han despojado a Gimbernat de varios de sus descubrimientos, dejándole simplemente para su gloria un pequeño detalle amenazado de sustitución en la Nomenclatura Internacional.»

Este pequeño detalle en la nomenclatura internacional ya no lleva el nombre de Gimbernat «Consumatum est».

En contraste, persiste con el nombre de «Ligamentum Cooperi» el error de atribuir al famoso cirujano inglés Cooper lo que con mucha anterioridad había descrito Gimbernat.

El ligamento de Cooper tal como lo describió Gimbernat, resulta de la inserción en la cresta pectínea: de la aponeurosis que recubre al músculo pectíneo. Del borde dorsal del ligamento de Gimbernat. Y por fibras del origen del músculo pectíneo.

Ganglios linfáticos iliacos profundos. — Es de remarcar que al describir Gimbernat los ganglios linfáticos profundos de la región Inguino-Crural habla siempre en plural. Esta descripción es exacta y está

en absoluta contradicción con lo que más tarde se ha considerado como un solo ganglio que los franceses llaman ganglio de Cloquet y los alemanes, ganglio de Rossemüller: estos autores seguramente desconocían lo escrito por Gimbernat, pero lo cierto es que sus descripciones están absolutamente en desacuerdo con la realidad.

Hay que tener presente, que la masa ganglionar linfática, es análoga en todos los individuos. Lo que ocurre, es que dicha masa experimenta a veces fenómenos de condensación, que se traducen en una disminución del número de ganglios y en un aumento del volumen de los mismos. Y otras veces, la masa ganglionar, experimenta fenómenos de desdoblamiento, originando un aumento del número de ganglios, con disminución de su volumen. Pero estas variaciones en el número y volumen de los ganglios, no llega a alcanzar el grado de formar una sola masa ganglionar en estado normal. A lo sumo podrá existir a título muy excepcional como anomalía. Hay que tener también presente la frecuente existencia en estas regiones pelvianas, de ganglios intercalares; pequeños nódulos interruptores del tamaño de una cabeza de alfiler.

Anillo crural. — Lo que actualmente se admite sobre esta formación está de acuerdo con lo que describió Gimbernat por vez primera: dicho anillo está limitado por dentro por el borde externo del ligamento

de Gimbernat, lateralmente por la cintilla ileo-pectínea, cranealmente por el Arco Crural y caudalmente por la eminencia ileopectínea. Por este orificio pasan la arteria y la vena femorales. Entre la vena femoral y el borde lateral del ligamento de Gimbernat existe un espacio ocupado por el grupo ganglionar linfático que acabamos de describir. Este espacio es una de las partes débiles de las paredes abdominales, por donde se abre paso la Hernia Crural.

COMENTARIOS A LA VIDA ALECCIONADORA DE GIMBERNAT

Al regreso de su gran viaje por Europa, Gimbernat realizó la labor meritisima de crear y organizar el Colegio de San Carlos. Pero para ello tuvo que emplear sus mayores energías y los mejores años de su vida, como les expondrá a continuación el doctor Gómez y Gómez; y esto fue en detrimento de su labor de creación e investigación científica. El resultado de ello fue, que no pudo crear una Escuela de Anatomía y Cirugía en Madrid, que continuara y defendiera su magnífica labor; dando motivo a que autores extranjeros sin escrúpulos se apropiaran de sus trabajos.

Con razón se lamentaba Escribano, en ocasión del primer centenario de la muerte de Gimbernat, al «reivindicar para nuestro compatriota los descubrimientos que hizo,

usurpados por autores extranjeros con la muda tolerancia de los libros españoles».

Hay algo que descorazona a nuestros hombres de ciencia, la falta tradicional entre nosotros de colaboración colectiva que se pone de manifiesto en el silencio sistemático de los trabajos de los autores españoles.

A través de los tiempos, los hechos se repiten: Cajal con su fina intuición también se daba cuenta en sus últimos años, del incierto porvenir de su ingente obra. ¿Quién la defenderá de la codicia de los rivales extranjeros? Hay cosas tan trascendentes como la teoría de la neurona, que no se pueden relegar fácilmente al olvido. Pero existen una cantidad extraordinaria de hechos descubiertos por Cajal que empiezan a olvidarse y a expropiarse.

Sólo se salvan de la indiferencia, del olvido, y de la expoliación, las obras de los países que predominan en el mundo científico internacional. Y las de aquellas naciones que sin ser poderosas, defienden las obras de sus compatriotas, como se defiende el patrimonio nacional.

Para comprender lo antes dicho, hay que tener presente, que la propiedad científica, es más ambiciosa que la propiedad de los bienes materiales.

Y el nacionalismo, es una de las pocas cosas que han quedado incólumes, a través de las profundas transformaciones operadas en lo que va de siglo.

En todos los países, la competencia profesional conduce a contiendas, pero no rebasan el ambiente nacional. Entre nosotros hay algo más hondo. Algo que está arraigado en nuestro modo de ser, y que debemos esforzarnos en su desaparición, porque tiene transcendencia nacional: esteriliza los mayores esfuerzos, y ahoga en germen los más nobles ideales.

El hombre que siente la vocación y el ideal científico, es una planta delicada, a la que hay que cultivar con esmero y proteger, evitando las injurias del mundo exterior, a las que es muy sensible.

Para comprender la importancia de lo antes dicho, imaginemos por un momento que al regreso de su gran viaje por Europa, Gimbernat se hubiera reintegrado total y definitivamente, a su cátedra de la Universidad de Barcelona dedicando todas sus energías al cultivo exhaustivo de sus dos grandes amores: la Anatomía y la Cirugía. Estoy convencido, que habría realizado una labor análoga, a la que hizo su coetáneo Hunter en Inglaterra. Y a la que hizo más tarde Cajal, en el campo de la Histología en este mismo lugar, en el que hoy nos reunimos en honor y homenaje a Gimbernat.

La vida de Gimbernat inspira admiración y agradecimiento a los médicos españoles, porque sin su ejemplo y el de Virgili, la Medicina española habría continuado en el triste estado de atraso, de abandono, que desde mucho tiempo existía

con respecto a Europa. Basta recordar lo que ocurría en tiempos de Felipe II: «Prohibido salir de estos reinos a estudiar, ni aprender, ni estar, ni residir en Universidades, Estudios ni Colegios». Lo que equivale, como dice Diego Ferrer, a encasillar la cultura española dentro de sus propias fronteras.

Creo habría sido un gran bien para España, para Barcelona y para el mismo Gimbernat; que se hubiera reintegrado a su cátedra de la Universidad de Barcelona, su tierra natal, donde nacieron sus hijos, rodeado de amigos y admiradores; con una magnífica posición social y profesional; que le habría permitido consagrar toda su inteligencia y energías al cultivo exhaustivo de los estudios anatómicos y quirúrgicos; que le apasionaban y por encima de todo eran la razón de su existencia.

Y todo ello habría trascendido en su vida internacional ya bien cimentada; después de su largo y glorioso viaje. Y lo que es más importante, habría creado «la Escuela Anatómo-Quirúrgica de Barcelona», que habría competido con los mejores del mundo. Y de la que habrían salido discípulos agradecidos, que habrían continuado su obra, y la habrían desarrollado, defendido, y exaltado. En realidad, esto es lo que se perpetúa de la vida de los grandes hombres. Todo lo demás es efímero y anecdótico.

DESCRIPCION DEL ARCO CRURAL¹

El músculo oblicuo externo forma en la parte inferior del vientre una fuerte y ancha aponeurosis, cuyas fibras, siendo casi paralelas entre sí bajan oblicuamente yendo de fuera adentro y extendiéndose las más inferiores desde la espina superior anterior del íleon hasta el pubis, donde a poca distancia se abren en dos bandas o pilares para formar el anillo inguinario (anillo inguinal externo). En toda esta extensión va doblándose la aponeurosis hacia dentro: este doblez, que es más manifiesto hacia el pubis, forma un cordón fuerte y blanquecino, que Falopio creyó ligamento, y así se ha llamado hasta que recientemente se le ha dado el nombre de Arco crural. El pliegue aponeurótico que este arco forma, deja en su parte interna un canal, que siendo más grande hacia el pubis, aloja los vasos espermáticos, los cuales corren por él un cierto espacio antes de atravesar el anillo inguinario, que es el lugar donde dicho canal termina.

El arco se halla bastante tenso entre íleon y pubis. Por debajo pasa en ambos sexos el tendón del músculo psoas ilíaco, los grandes vasos crurales y también los vasos linfáticos que vienen de toda la extremidad; pero en el estado patológico pasa también a veces algu-

1. Esta descripción es copia del texto original de Gimbernat.

nas de las partes contenidas en el vientre y forman un tumor en el fondo de la ingle, que es lo que se llama «hernia crural».

Este arco así formado ofrece a la consideración ciertas disposiciones particulares poco o nada sabidas, y que son de absoluta necesidad para el perfecto conocimiento de esta Hernia, y modo de operar en ella sin peligro. Después que el pilar inferior se separa del superior para formar el anillo inguinario (anillo inguinal externo), va a fijarse en un tubérculo del pubis que han llamado espina (espina del pubis),² la cual da principio a la cresta del ramo superior de este hueso (cresta pectínea). Pero este pilar, no sólo se ata a la espina por un conjunto considerable de fibras aponeuróticas, sino que siendo aquí mucho mayor el dobléz del arco, se continúa hacia dentro, atándose a la cresta del pubis (cresta pectínea), mediante un notable pliegue que se forma de la porción de aponeurosis que le corresponde. Este pliegue o dobléz (ligamento de Gimbernat), está dirigido de abajo arriba y su atadura se extiende desde la expresada espina hasta el remate de la cresta. (Lo antes dicho corresponde a lo que se conoce generalmente con el nombre de ligamento de Gimbernat; y con el de ligamentum lacunare en la nomenclatura internacional.)

El arco crural tiene dos bordes:

uno externo, algo redondo a modo de cordón más grueso hacia el pubis y parecido a un ligamento, y por eso le llamó así Falopio. El otro borde, el interno es el remate del dobléz de la aponeurosis, es muy delgado, y desde su principio se une íntimamente con la aponeurosis ilíaca que cubre el músculo de este nombre. Esta estrecha unión es muy notable desde la espina anterior y superior del íleon, hasta cerca de los vasos crurales; de lo que resulta que en todo este trayecto, el Arco Crural está más aplanado y deprimido sobre el músculo ilíaco, sirviéndole como de faja para sujetarlo y retenerlo en su lugar durante sus contracciones; por consiguiente es imposible en todo este espacio pueda jamás formarse la hernia crural como lo han pensado algunos.

Cuando el Arco Crural se acerca a la arteria grande ilíaca secundaria externa (arteria ilíaca externa) se desprende del borde interno del mismo una expansión membranosa, la cual fortalecida por el tendón del músculo psoas menor cuando existe, se insinúa por detrás de la referida arteria y vena del mismo nombre y va a insertarse en la eminencia iliopectínea, junto al borde externo del músculo pectíneo. (Corresponde a lo que se conoce con el nombre de cintilla iliopectínea). Pero una porción de ella pasa por encima del músculo pectíneo y va a fijarse en

2. Lo escrito entre paréntesis expresa la nomenclatura actual en uso; y la internacional moderna en latín.

la cresta del ramo del pubis (cresta pectínea). Aquí se encuentra con el pliegue o dobléz del arco crural (ligamento de Gimbernat) que termina en la cresta pectínea y formando unido a lo largo de ella una especie de ligamento (que corresponde a lo que hoy se llama ligamento de Cooper); debajo del cual se inserta la extremidad superior del músculo pectíneo (que también contribuye a formar el citado ligamento de Cooper incrustado en la cresta pectínea).

De esta división del Arco Crural, resulta una vaina aponeurótica en la parte superior del muslo, que principia en el mismo Arco Crural junto al pubis; de modo que la expansión que se ha dicho desprenderse del borde interno del Arco y pasar por detrás de los vasos ilíacos, forma la parte posterior de la vaina (cintilla iliopectínea).

Los vasos ilíacos, envueltos en el tejido celular del peritoneo entran en esta vaina: en ella se hallan también algunas glándulas y vasos linfáticos; pero el nervio crural pasa siempre por fuera de esta vaina hacia su lado externo y parte posterior. (Lo que designa Gimbernat glándulas linfáticas hoy se denominan ganglios linfáticos; conviene resaltar que al referirse a las de esta región habla siempre en plural.)

La arteria y vena ilíacas antes de entrar en esta vaina, dan por su parte anterior los vasos epigástricos: éstos se dirigen oblicuamente de fuera hacia adentro, pasando en-

tre el Arco Crural y los vasos espermáticos, a los cuales parece abrazan cuando entran en el canal del arco.

En la parte lateral interna de la vaina, junto al ramo del pubis (cresta pectínea), precisamente donde remata la atadura del dobléz del arco (ligamento de Gimbernat), y al lado interno de la grande vena iliaca secundaria, queda un agujero bastante manifiesto y casi redondo, por donde entran muchos vasos linfáticos: alguna glándula linfática se halla a veces como encajada en este mismo agujero, por el cual salen siempre las partes que forman la Hernia Crural; por consiguiente podemos llamarle con toda propiedad Anillo Crural. Una glándula metida en este anillo puede por su volumen impedir la salida de las partes contenidas en el vientre: y si una porción de intestino se deslizase por detrás de ella hasta salir de la cavidad, sería muy difícil el conocimiento de la Hernia en su principio; y en la operación cruenta, practicada en semejante caso, se vería muy embarazado el operador no instruido en esta disposición de partes. Nótese que se repite otra vez la pluralidad de los ganglios linfáticos de esta región, que contrasta con el error fundamental de Cloquet y Rossenmüller al describir un solo ganglio. Estos autores llevados por el afán de notoriedad o porque desconocían lo escrito por Gimbernat, lo cierto es que sus descripciones están en absoluto en desacuerdo con la realidad. Hay que tener pre-

sente, que la masa ganglionar linfática, es igual con ligeras variaciones en todos los individuos. Lo que ocurre, es que dicha masa experimenta a veces fenómenos de condensación, que se traducen en una disminución del número de ganglios, y el aumento del volumen de los mismos. Y otras veces la masa ganglionar experimenta fenómenos de desdoblamiento originando aumento del número de ganglios, con disminución de su volumen. Pero estas variaciones en el volumen y número de los ganglios, no llega nunca a alcanzar el grado de formar una masa ganglionar única en estado normal. A lo sumo podría existir a título muy excepcional como anomalía.

La descripción del Anillo Crural

es perfecta. Lo que posteriormente se ha escrito sobre dicha formación está de acuerdo con lo descrito por Gimbernat: dicho anillo está limitado por dentro por el borde externo del ligamento de Gimbernat. Lateralmente está limitado por la cintilla ileopectínea. Cranealmente por el Arco Crural. Y caudalmente por la eminencia ileopectínea. Por este orificio pasan la arteria y vena femorales. Entre la vena femoral y el borde lateral del ligamento de Gimbernat existe un espacio ocupado por el grupo ganglionar linfático que acabamos de mencionar. Este espacio es una de las partes débiles de las paredes abdominales por donde se abren el paso las Hernias crurales.

LA ACTUACION DURANTE SU ESTANCIA EN MADRID HASTA SU MUERTE

A. GOMEZ Y GOMEZ

Llegados Antonio de Gimbernat a Barcelona y Mariano Ribas a Cádiz, en el mes de octubre de 1778, se reincorporaron a su quehacer cotidiano en la enseñanza y en el Hospital, pero a finales de febrero, o sea pocos meses después de su llegada, son llamados a Madrid, y con fecha 19 de marzo del 1779, recibieron por conducto oficial la orden siguiente: «*El rey ha sabido con mucho gusto los progresos y adelantos*

que han logrado estos facultativos (los señores Gimbernat y Ribas) y deseando su real ánimo que sus luces y observaciones se empleen en beneficio y alivio de sus vasallos, les ha mandado venir a Madrid en donde se hallan y quiere S. M. que subsistan asistiendo en el Hospital General, hasta que se establezca en esta Corte, el Colegio de Cirugía que S. M. tiene premeditado y resuelto».

Cumplimentada la orden de acu-

dir a la Corte, el duque de Losada, les transmite un oficio que dice: «Redacten una memoria exponiendo lo que han visto en el extranjero y sus ideas sobre la organización del Colegio futuro».

En 8 de abril de 1780 se remite a Gimbernat un oficio en el que se hace referencia a *un Plan formado por la Junta de los Reales Hospitales de esta Corte, para establecer en ellos un curso formal y enseñanza de la Cirugía en Madrid*, con un informe dado por los Cirujanos de Cámara don Pedro Perchet y don Pedro Virgili... Con ello, dice Diego Ferrer: «Parece comprobarse que el motor inicial del Colegio de San Carlos fue Virgili, que ya pensó en ello en 1748 al escribir al marqués de la Ensenada, informándole que para la otra Academia se debe pensar que el propio y debido pueblo es el de Madrid y su Hospital General, pues es una vergüenza que una Corte como la de España, carezca de lo que no falta en ninguna de Europa».

En el mentado Oficio se incluyen las normas generales, en las que consta que las Ordenanzas se formen *oyendo a Gimbernat y a Mariano Ribas...* y por ello se les envía... a fin de que informen de cuanto tuvieren por conveniente sobre cada uno de los puntos...

A este Oficio se contesta con dos informes, uno firmado sólo por Gimbernat, el 14 de julio de 1780, que entraba así en una nueva fase de su vida profesional, en donde había que demostrar la acertada aplicación de

sus talentos en pro de la Cirugía española al erigir el Real Colegio de San Carlos; y el otro más amplio, firmado por Gimbernat y Ribas el 31 de diciembre de 1781. En él se desarrolla el plan fundamental del futuro Colegio, que esperan tenga verdadera grandiosidad, muy especialmente para su época, pues solicitan un anfiteatro para cuatrocientos oyentes, una sala de disección, con un mínimo de veinte mesas, e insisten en la utilidad de la disección, que debe realizarse en invierno (por ser más lenta la alteración de los cadáveres). Proponen celebrar cada semana sesiones clínicas y que las observaciones presentadas sean discutidas o comentadas por dos profesores; y subrayan la gran importancia de la enseñanza práctica. En el segundo informe se refieren a los inconvenientes de copiar exactamente la organización del Colegio de Barcelona. Por ello Gimbernat y Ribas en su informe dicen: *«Nos creemos obligados a proponer todo aquello que en nuestro dictamen pueda apartar a esta Fundación de los defectos reconocidos por nosotros en Cádiz y Barcelona y darle cuantas mejoras alcancemos, sin separarnos substancialmente de lo que el rey se ha servido resolver... La Cirugía es Facultad práctica, y como tal se ha de aprender, no sólo en el estudio y oyendo explicaciones, sino también obrando y viendo a la cabecera del enfermo».*

Consideran escaso el número de profesores en el Colegio de Barce-

lona, que en Madrid *había de componerse de ocho maestros*; de modo que la Junta del Colegio constaría de nueve miembros contando el presidente. Proponen la necesidad de un bibliotecario y de un instrumentista. Respecto a este último, aconsejaron el envío a París de Maseras, un joven hábil en el arte de cuchillero y que allí se instruya.

A fin de poder ingresar en el Colegio proponen sustituir los tres cursos de Filosofía antes obligados, por tres cursos de Lógica, Álgebra, Geometría y Física experimental, previamente supuesto el conocimiento del latín. Las materias que deben conocer los cirujanos las resumen en el siguiente: «Plan Escolástico. Materias de enseñanza»:

1.º Anatomía. 2.º Fisiología. 3.º Higiene. 4.º Patología. 5.º Terapéutica general. 6.º Terapéutica especial. 7.º Materia médica. 8.º Cirugía. *La base de todos los estudios quirúrgicos es la Anatomía*, pero es preciso hacerlo metódicamente. A estas lecciones se debe dar principio por la Osteología *seca* o tratado de los huesos, para pasar a la *reciente* con sus ligamentos; después a la explicación de los músculos o Miología; luego a la de vasos y nervios; sucesivamente a las entrañas y glándulas, y concluir con los órganos de los sentidos.

También regulan las horas de sección y de estudio. Especifican por asignaturas los libros que deben recomendarse como de texto. Dan normas sobre los exámenes y la for-

ma de adjudicar los Premios anuales, las Oraciones Inaugurales o de Apertura anual de clases, y de los ejercicios que debían de servir como elementos de juicio en la provisión de las Cátedras.

En conjunto, cabe considerar este plan como un gran progreso en la enseñanza de la Cirugía.

Salcedo, dice a este respecto: «*En el informe que dieron Gimbernat y Ribas a todos los extremos de dicha Real Orden, llama la atención la oportunidad y la feliz exposición de su contenido: no se podía proponer menos para la exigencia de la enseñanza, ni se podía desear más para que fuese la fundación tan acatada como pedían la índole y naturaleza del objeto a que se destinaba. Y todas las propuestas habían sido hechas con una fuerza de razón, con una firmeza, un sentido práctico y una previsión tan admirable, que no es de extrañar fuese aceptada por el Consejo de Castilla sin observación alguna, lo que contribuyó una vez más a aumentar la reputación de los informadores.*»

Pero el llegar a la constitución y la puesta en marcha definitiva del Colegio de Cirugía, no fue empresa fácil ni mucho menos.

El Protomedicato, celoso de sus prerrogativas, entorpeció y retardó el desarrollo por todos los medios a su alcance. Así una vez más, la envidia, la comodidad, la inercia, la conservación de privilegios, posiciones o derechos, los personalismos y la incomprensión general, dieron

motivo a que la obra se desarrollase con una lentitud desesperante para un ánimo decidido y emprendedor como el de Gimbernat.

En efecto, a partir de 1783 existe un lapso de tres años de silencio; hasta que Gimbernat y Ribas determinaron elevar una respetuosa instancia al rey, fechada en 14 de julio de 1786, proponiendo que en vista de la falta de local donde establecer el Colegio —¡después de siete años de larga espera!—, por el momento se alquilase una casa en la que pudiera darse principio a la enseñanza de la Cirugía. El monarca tuvo a bien ordenar a los pocos días (9) que no podía establecerse con decoro el nuevo Colegio en aquella forma que proponían y ordenó a la Junta del Hospital General que examinase si en el recinto de su nueva obra podía disponerse provisionalmente del número de piezas más precisas, para suplir la falta de edificio del Colegio, y a tal efecto se acordó situarlo interinamente en los sótanos del Hospital.

En tanto, Gimbernat y Ribas concluyeron las Ordenanzas en las que se especificó el régimen escolástico y económico del futuro Colegio que fueron aprobadas por el rey el 27 de enero de 1787. *Ambos fueron nombrados directores perpetuos del Colegio, con igualdad de categoría, en reconocimiento de sus talentos, méritos y como dice el decreto, no sólo por el notorio esmero y utilidad pública con que han desempeñado la enseñanza en los Colegios de Cádiz*

y Barcelona, sino también por los conocimientos que han adquirido después, viajando de mi cuenta y con este objeto por Francia, Inglaterra, Escocia y Holanda».

Poco tiempo después, se daba la noticia, en la Gaceta del 4 de mayo de 1787, que «deseoso el Rey Nuestro Señor de promover en sus Reinos la enseñanza de la Cirugía para que todos sus vasallos logren los buenos efectos que se ha experimentado en la Real Armada y Ejército, con los Colegios de esta Profesión, fundados en Cádiz y Barcelona, se ha servido establecer otro en Madrid, con el título de San Carlos y aprobar por Real Cédula de 24 de febrero de 1787 las Ordenanzas formadas para su régimen económico y escolástico, cuyo Colegio se ha de componer de un Presidente, ocho Catedráticos y una plaza de Disector Anatómico, y nombrando para estos empleos a sujetos de reconocido mérito e idoneidad que, además, ya han viajado de cuenta de S. M. en los países extranjeros, para observar con inteligencia los adelantamientos y práctica del estudio quirúrgico en las materias respectivas de su instituto o asignatura, los cuales con el destino y enseñanza que cada uno ha de tener, son los siguientes:

Presidente:

Don PEDRO CUSTODIO GUTIÉRREZ,
como primer Cirujano de Cámara.

Directores perpetuos, con iguales derechos:

Don ANTONIO GIMBERNAT y don MARIANO RIBAS.

Catedráticos: el primero ha de enseñar las Operaciones y Algebra Quirúrgica, y el segundo de los Afectos Mixtos y Lecciones Clínicas.

Secretario:

Don ANTONIO FERNÁNDEZ SOLANO, Catedrático de Fisiología e Higiene.

Don JAIME RAS PAU, Catedrático de Partos, enfermedades venéreas y de niños y además será Bibliotecario. No llegó a tomar posesión por fallecimiento en Barcelona, y le sustituyó don AGUSTÍN DE GINESTÁ.

Don JOSÉ QUERALTÓ, explicará los tratados quirúrgicos y vendajes.

Don JUAN DE NAVAS, la Materia Médico y fórmulas.

Don RAIMUNDO SARRAIZ, la Patología y Terapéutica.

Don DIEGO RODRÍGUEZ DEL PINO, explicará el curso completo de Anatomía, y la Disección Anatómica estará al cuidado del Disector don IGNACIO LACABA.

Estos ocho Profesores explicarán anualmente todas las materias que

componen el curso entero de Cirugía, el cual para obtener el título de Cirujano latino del Protomedicato, deben seguir los cursantes en dicho Colegio por el orden siguiente:

En el primer año estudiarán la Anatomía, la Fisiología, la Higiene y Vendajes.

En el segundo se repetirá el estudio de estas partes, y además estudiarán la Patología y Terapéutica.

En el tercero, los Afectos quirúrgicos, la Algebra Quirúrgica, los Partos y enfermedades venéreas y de niños.

En el cuarto, se volverán a repasar los tratados del tercer año, y además las operaciones quirúrgicas.

En el quinto, se repetirá la enseñanza de operaciones, concluyéndose con las lecciones clínicas, las de Materia médica y Afectos mixtos.

Se dará principio a la enseñanza el día 1.º de octubre del presente año y se admitirá a Matrícula cuantos se presenten, con tal que acrediten con certificaciones haber estudiado Latín y tres años de Lógica, Algebra, Geometría y Física experimental; y de estas materias han de sufrir un examen antes de su admisión.

Con estas condiciones impuestas, no es de extrañar que solamente tres alumnos pudieran matricularse con los requisitos pedidos; pero como Gimbernát sabía que todos sus esfuerzos quedarían sin resultado, si no se llenaban por los aspirantes estas formalidades, de aquí que pre-

fería ver desiertas las aulas a que hubieran estado concurridas por personas que careciesen de aquellas dotes apetecidas para regenerar la profesión quirúrgica.

Y por fin, después de nueve años de luchar contra las adversidades, intrigas y mezquindades cortesanas, llegó el día de la inauguración del Colegio, tan deseado por Gimbernat; día feliz porque no sólo eran recompensados con el éxito tantas ilusiones, trabajos y constancia tanta, sino también porque en el nuevo Colegio iba a sentarse la base más sólida de la reforma de la enseñanza quirúrgica por él tan deseada y ya iniciada por Pedro Virgili.

En 1.º de octubre de 1787, a las diez de la mañana verificóse la solemne inauguración del nuevo Real Colegio de Cirugía, llamado de San Carlos. Tuvo lugar el acto solemne, en los aposentos provisionales cedidos en los sótanos de la obra nueva del Hospital General. Gimbernat leyó el discurso inaugural, que versó sobre: «El recto uso de las suturas y su abuso».

Por otra parte, el rey confió a Gimbernat la formación de un Gabinete Anatómico-Patológico en dicho Real Colegio. Desempeñó su comisión con una inteligencia y actividad tales, que a los seis años poseía ya el museo una de las colecciones más importantes de Europa, de piezas de cera de tamaño natural efectuadas con una exactitud y delicadeza admirables, sobresaliendo las que representaban los diferentes períodos

de la gestación, desde la concepción hasta el parto. Fueron colaboradores en la creación de este museo Anatómico, el escultor de la Corte, don Juan Chaez, que él puso a las órdenes del profesor de Disección Lacába; y poco tiempo después formó parte del personal otro artista de nacionalidad italiana llamado Luis Franceschi. De este modo fue enriqueciéndose este Museo con nuevas figuras artificiales y preparaciones del natural.

El 9 de octubre de 1788 Gimbernat presentó su célebre trabajo: «Nuevo método de operar la hernia crural», que fue traducido al inglés, francés y alemán.

Ahora bien, la inauguración del Colegio de San Carlos fue para Gimbernat el final de unas preocupaciones y el indiscutible principio de otras.

La buena marcha escolástica y administrativa del Colegio debido a su celo e inteligencia, unido al prestigio público que le rodeaba como hombre de Ciencia y por sus aciertos en la clientela privada, así como por su intachable conducta y correcto caballero, dieron motivo a que el rey Carlos IV premiara sus méritos nombrándole Cirujano de Cámara con ejercicio en 23 de enero de 1789. Este nuevo cargo, si bien le relevó de profesar su Cátedra de Operaciones, no le eximió del cargo de Director del Colegio, que continuó ejerciendo; y el 2 de octubre del mismo año, el rey le concede el privilegio de Nobleza para

sí, sus hijos y descendientes directos, sin servicio.

Con este nuevo cargo, Gimbernat ya no es el profesor que se dedica a la enseñanza, y ha de cambiar también el bisturí por la pluma; porque debe dictaminar y atender a las varias comisiones facultativas que se le confían de Real Orden y, desde entonces, su firma aparece en ordenanzas, proyectos, comunicaciones y expedientes, lo que no le deja tiempo libre para ejercer la profesión. Así lo confirma, al decir de su hijo Agustín, el hecho que «para las explicaciones del curso 1789-1790, se había propuesto su padre acabar la redacción de un "Tratado sobre las enfermedades de los huesos", trabajo que no llevó a término a causa del nuevo cargo oficial, que le absorbía muchas horas al Servicio de los reyes».

Pero si bien Gimbernat, se vio obligado, por el Mandato Real, a abandonar su brillante carrera científica y docente y se malograron sus aptitudes para el Magisterio y la Investigación en el campo Anatómico-Quirúrgico; y si también los alumnos fueron privados de escuchar las explicaciones de un profesor eminente; en cambio se benefició la Cirugía española; puesto que Gimbernat en su nuevo cargo oficial y vitalicio, tuvo en sus manos, desde entonces, las riendas para continuar la magnífica labor que, con igual cargo oficial, emprendió años antes su maestro Virgili en la organización, perfección y progreso

de la enseñanza quirúrgica. Y ciertamente, mientras Gimbernat tuvo salud y energías suficientes, no perdió ocasión para contribuir con incansable afán y entusiasmo a la obra de su maestro para prestigiar y enaltecer la Cirugía.

Esta loable labor, emprendida en los últimos veinticinco años de su vida son de prueba para Gimbernat; tuvo que dar muestras de un empeño tenaz y de una paciencia sin límites para afrontar y superar los obstáculos que le oponían los envidiosos e intrigantes, con el propósito de diferir y estorbar el cumplimiento de sus órdenes, igual a como le ocurrió durante los nueve años de agotadoras gestiones para fundar el Colegio de Cirugía de San Carlos.

Y, a vía de ejemplo: en 1790, redactó, cumpliendo órdenes superiores, un informe sobre las Nuevas Ordenanzas para la enseñanza en el Real Colegio de Cirugía de Barcelona. En los Estatutos se precisan entre otros preceptos el funcionamiento del Colegio y cuales deben ser las obras de texto por las que se han de guiar los profesores de las diversas asignaturas, y que correspondían a los mejores autores de su tiempo; seguramente porque Gimbernat estaba al corriente de lo que se publicaba en el extranjero. Hay también un capítulo dedicado a las Juntas Literarias y se dan normas para los exámenes, etc.

Pero de nuevo hubo de hacer otro informe en 1792 para dicho Colegio,

en contestación a los *Reparos* que le pusieron a las antedichas Ordenanzas por la Administración del Hospital de la Santa Cruz de Barcelona, que había pedido la derogación de algunos artículos de las mismas.

Y como Gimbernat observara que se frustraban sus benéficas ideas, en 1793 dirigió una súplica a la Superioridad manifestando los perjuicios que se seguían con atrasar las nuevas Ordenanzas y obtuvo que se aprobasen y comenzasen aquel mismo año; sin embargo, los émulos o contrarios a Gimbernat hicieron todos los esfuerzos para impedirlo y, llegando hasta el extremo de entorpecer la publicación de la mentada Real Ordenanza del Colegio de Barcelona el año 1794, cuando iba a darse al público, según palabras del propio Gimbernat en una nota puesta de su puño y letra en un ejemplar de dicha Ordenanza que dice: *«Por influencia de cierto sujeto que se interesaba en eludir la publicación, lo que logró a pretexto de estar la impresión muy defectuosa»*. Así quedó esta ordenanza sin publicarse hasta el año 1795. ¡Pasaron 5 años!

A este respecto, dice Silóniz en su homenaje a Gimbernat: «A graves diferencias y contrariedades innúmeras, se expone siempre el que pretende romper antiguos moldes a los que se hallan ajustados los organismos existentes; no siendo pocas ciertamente las que se opusieron a la obra de nuestro gran maestro

en esta nueva y no menos difícil, casi temeraria empresa. Los intereses creados, por una parte, y por otra la envidia y el desdén, que miran siempre con malos ojos todo cuanto tendiendo a ensalzar a los demás, posterga y humilla la propia vanidad, motivaron una gran guerra sin cuartel a los proyectos reformadores de Gimbernat, quien sin duda hubiera sido vencido a no desplegar toda la energía de su carácter entero, y, a no tener tan sólidas bases cimentada su competencia y autoridad».

En el año 1799, tuvo Gimbernat la satisfacción de ver establecidos, según sus planes los Colegios de Cirugía en Burgos y Santiago, a imitación del Real Colegio de San Carlos; y a pesar de sus émulos, siguió trabajando sin desanimarse, a fin de realizar sus benéficas intenciones con iguales establecimientos en Salamanca, Mallorca, Zaragoza, Pamplona y otras ciudades principales de España que reunían las circunstancias requeridas para establecer en ellas Colegios de Cirugía. Y para la mejor organización docente y administrativa creó la «Junta Superior Gubernativa de los Reales Colegios de Cirugía», que unificaba y regía a todos los Colegios.

En 1800, habiendo Carlos IV creado una Comisión para redactar una Ordenanza General, para el régimen escolástico y administrativo de los Reales Colegios de Cirugía y Gobierno de esta Facultad en todo el reino, Gimbernat por encargo del rey pre-

sentó a esta Comisión en 15 de junio del mismo año, un proyecto de Ordenanza, que en 25 de octubre de 1801 se le devolvió de Real Orden con una nota de *Reparos* puestos a varios artículos y cuya contestación, el rey le exigió reservadamente. Gimbernat se dirigió al rey en 13 de febrero de 1802, suplicándole se dignase mandar que su dictamen con todo el expediente pasase al examen y a la Censura del Real Colegio de San Carlos u otro de los antiguos que fuese de su Real Agrado.

No puede negarse que esta súplica es un testimonio de la buena fe con que Gimbernat obraba.

Por otro lado, Gimbernat iba recogiendo el fruto de sus anhelos y, con el incansable afán que sentía para regenerar la Cirugía no perdía momento ni ocasión para cooperar a su engrandecimiento.

Así, creado en la Corte el «Real Estudio de Medicina Práctica», debido al primer médico de Cámara de la Reina don Mariano Martínez de Galinsoga, que estaba instalado en locales inmediatos al Colegio de San Carlos, y comprobada su eficaz labor en los tres años de actuación, solicitó Gimbernat en nombre de la Junta Superior Gubernativa, el 9 de marzo de 1799, en razonada instancia, la fusión de las dos Escuelas y tres días después fue aprobada con el nombre: «Real Estudio de Medicina Práctica y Real Colegio de Cirugía de San Carlos», haciendo extensiva esta medida a todas las Es-

cuelas Médico-Quirúrgicas de España.

Creóse una Junta General de Gobierno compuesta por los señores Médicos de Cámara y los señores Cirujanos de la misma, por lo que unos y otros quedaban considerados como médicos - cirujanos. Componían por orden de antigüedad: Presidente, don José Masdevall; Vicepresidente, don Pedro Custodio; Vocales, don Juan Gámez, don Antonio Gimbernat, don Manuel Pereira, don Leonardo Galli y don Francisco Vulliez.

Implícitamente quedaba anulado el Tribunal del Protomedicato y disueltas sus secciones.

Pero los médicos en general no transigían con una unión obligada con los cirujanos, unión que por ello duró poco, sólo 2 años, pues en 1801, se publicó una Real Cédula de S. M., por la cual se manda cesar la Junta General de Gobierno de la Facultad reunida y se restablece el Protomedicato. «Esta Real Cédula, como señala Diego Ferrer, viene a destruir una labor en la que Gimbernat puso tanto cariño y que era continuación de la de Virgili, que siempre abogó por la asociación de los estudios de Medicina y Cirugía, como ya se daban en Cádiz desde 1748 en forma oficiosa, y, oficialmente desde la implantación de las ordenanzas del 1791.»

Dos meses después de la separación de los médicos y cirujanos acaece el fallecimiento de Custodio Gutiérrez, el día 12 de septiembre

**GAMMA
GLOBULINA
HUBBER**

**aporte del tren
inmunitario completo**



GAMMA GLOBULINA HUBBER

INYECTABLE

POLIVALENTE-LIOFILIZADA

Obtenida del plasma humano venoso, por procedimiento físico-químico, constituye un aporte inmunitario de alto valor en la profilaxis y tratamiento de los procesos vírico-bacterianos

PRESENTACION Y FORMULA

Fascos con 125, 250 y 500 mg de Gamma Globulina Humana Polivalente, en forma liofilizada, con ampolla de disolvente especial.

P.V.P. 152'—, 266'20 y 495'20 ptas.

DOSIFICACION

25 a 40 mg por kilo de peso, según criterio facultativo, administrado por vía rigurosamente intramuscular, proporcionan una protección eficaz durante un plazo de 4 a 6 semanas.

LABORATORIOS HUBBER, S. A.

Fábrica y Laboratorio de Productos Biológicos y Farmacéuticos
Berlín, 38-48 - Tel. *321 72 00 - Barcelona-15 (España)

de 1801, y al día siguiente se comunicaba a don Antonio de Gimbernat que el monarca le había nombrado su primer Cirujano de Cámara con honores del Consejo de Hacienda, y desde este día Presidente de todos los Colegios de Cirugía de España. *A los 67 años Gimbernat es elevado al primer puesto de la profesión*, después de una vida laboriosa y llena de merecimientos, y de haberse hecho acreedor en todos sentidos a cargos que tanto le honraban. «Consagración de una obra» como señala Pi-Suñer Bayo. En la vida profesional de Gimbernat larga y ejemplar, hay un *Momento y una Obra*. Un Momento: la demostración delante de Hunter. Y una Obra, hecha contra viento y marea, *verbi gratia*: la fundación y organización de San Carlos, Después la intervención general en el gobierno de la Cirugía y en su enseñanza; y desde el punto de vista de la profesión, las Ordenanzas de 1799 con la abolición, aunque breve del Protomedicato y la creación de nuevos Colegios de Cirugía.

Sobre los Colegios dice Usandizaga en su discurso de Ingreso en nuestra Academia: «La creación de estos Reales Colegios de Cirugía, obra admirable de dos grandes catalanes: Virgili y Gimbernat, fue lo más importante que sucedió en la Medicina española en todo el siglo XVIII».

Y cuando ha llegado a la cumbre de la profesión, Gimbernat se acaba, ha luchado mucho, y declinan

sus energías. El esfuerzo, la labor continuada en favor de su obra y la lucha contra tanta resistencia como se oponía a su actuación, minaron su capacidad física y ahora que lo podía hacer todo, ya no tiene ánimos para seguir la lucha.

Sin embargo, de esta época, aún se le depara una gran actuación gloriosa: la de haber contribuido, por su alto cargo, de manera directa, a facilitar la organización de la expedición de fines humanitarios patrocinada y dirigida por Francisco Balmis, cirujano alicantino, para llevar la vacuna antivariólica a las tierras españolas de América y Oceanía. Gimbernat vio en seguida la transcendencia de la iniciativa de Balmis y el informe fue no sólo favorable, sino que procuró acelerar los trámites administrativos. ¡Gimbernat conocía por experiencia propia como resulta de esterilizadora la pérdida de tiempo innecesaria! La influencia de esta rapidez lo demuestra que el 6 de junio de 1803 se pedía por Real Orden informe a Gimbernat para organizar la expedición, el 3 de agosto de 1803 sale la Orden de Organización y el 30 de noviembre del mismo año parte la expedición de La Coruña. Téngase en cuenta, que Jenner había hecho la primera vacunación el 14 de enero de 1796.

Yo no debo silenciar, que a esta fabulosa y benemérita empresa Sanitaria, va asociado otro nombre, hoy ya casi olvidado: el de don José Salvany y Llopart, médico catalán,

subjefe de la expedición, que se encargó de la vacunación en América del Sur. Otra circunstancia emotiva y singular, a no silenciar a este apóstol de la vacunación en las Indias: el hecho de morir allí, en acto de servicio, después de trabajar sin descanso, a pesar de una tuberculosis, que será la causa de su muerte, en plena campaña de vacunación en el Perú.

También en esta época, Gimbernat tuvo otras iniciativas dignas de encomio, y entre ellas, las Ordenanzas de 1804, en las que hace un nuevo plan de enseñanza en los Colegios, en atención a los progresos y descubrimientos de nuevas técnicas quirúrgicas; y fija en seis cursos las disciplinas, que hay que aprobar para obtener el título de Cirujano latino. Y una breve «Historia de los Reales Colegios de Cirugía». En el año 1804 eran por orden de antigüedad: Cádiz, Barcelona, Madrid, Santiago, Burgos, Salamanca, Zaragoza y en proyecto Pamplona.

En 1802, el Gobierno había acordado, que Carlos IV visitase Cataluña, Gimbernat fue designado como primer Cirujano de Cámara, para acompañarle en este viaje; cuyo motivo fue la recepción de la princesa Napolitana doña María Antonia Teresa, casada por poderes en la corte de Nápoles con el príncipe Fernando, más tarde Fernando VII y ratificar solemnemente el matrimonio en Barcelona.

Al regresar a Barcelona, después de veinticinco años de ausencia,

Gimbernat visitaría el Colegio de Cirugía, y las lágrimas evidenciarían su emoción al volver a ver este Anfiteatro, esta mesa de mármol en donde tantas horas había disecado y estas nobles piedras que fueron testigos mudos de sus magistrales lecciones. En el profesorado figuraban, entonces, personalidades eminentes, formadas en los Colegios de Cirugía, tales como: San Germán, Cibot, Ametller, Torner, entre otros. ¡No queda ninguno de su tiempo, todos han marchado ya de este mundo, sólo queda la memoria; él entonces era el más joven, la esperanza de la Casa! Allí no quedaba más que el recuerdo de su maestro Virgili, el maestro de todos, el fundador y el restaurador de la noble Cirugía. Debíó pensar en Roland, su maestro de Anatomía, el que le escogió para acompañarle a Barcelona y que, con el beneplácito de Virgili, le hizo Maestro.

Recordaría, también, sus juegos infantiles en Cambrils, su estancia en Riudoms, Cervera y Cádiz, y al llegar a este punto, él, que en el discurso inaugural del curso de 1768-1769, había hecho la apología de la gratitud, con motivo de la muerte de su maestro Virgili, sin duda alguna le evocaría y le diría como si se confesase: *«Sin la ayuda de usted yo no hubiera sido lo que hoy soy profesionalmente, y, cuanto soy, a usted se lo debo. Y doy gracias a la divina Providencia, que me ha concedido, por fortuna, continuar vuestra benemérita y esforzada labor,*

para enaltecer y prestigiar la Cirugía española. Y lo he hecho siguiendo vuestro ejemplo, sin regatear esfuerzo alguno, y sin apartarme del camino por usted señalado, o sea: conseguir que los cirujanos tuviesen una preparación científica, mejor que la de los médicos que salían de las universidades; sustituir los sistemas filosóficos por la Anatomía, Fisiología y otras Ciencias objetivas; llevar la iniciativa de la enseñanza clínica a la cabecera del enfermo, y crear el mayor número de Escuelas de Cirugía, con el fin de acrecentar oportunidades, para el estudio de la misma.

Y al despedirse, quizá, musitando, le diría: ¡Misión cumplida! Regreso a Madrid en donde espero encontrar el reposo, la paz y el sosiego que apetecen mis 70 años. «No podía sospechar este venerable anciano (como dice Diego Ferrer), después de tantos desengaños sufridos, conocer el grado inconcebible que llega a alcanzar la ingratitude humana.»

¡El dos de mayo de 1808! Día aciago para la independencia española. Ya no habrá tranquilidad en el país hasta la retirada de las tropas napoleónicas y cuando esto ocurre, el año 1814, Gimbernat ya será fisiológicamente una ruina, habrá cumplido 80 años.

Llamados por la Junta de la Resistencia; los alumnos y profesores abandonaron el Colegio de Cirugía, para alistarse en la Guardia Cívica y luchar contra el rey intruso; que-

dan solamente los que, por su edad avanzada o incapacidad física, no pueden oponerse con su esfuerzo a las tropas invasoras. Entre éstos, se encuentra Gimbernat, con más de 74 años, con los achaques propios de la vejez, y todo esto unido a la disminución progresiva de la vista, por cataratas en ambos ojos, que le incapacitan progresivamente.

En 1810 fue intervenido de las cataratas por el profesor José Ribes. «Como sus facultades mentales iban resintiéndose, dice su hijo Agustín, la noche del día en que fue operado, se quitó el mismo el vendaje, con cuya irreflexiva acción malogró el buen curso de la operación, conservando un poco de vista en un ojo.»

No obstante, el Gobierno intruso le obliga y se vale del prestigio de su nombre, para encargarle, el 28 de enero de 1811, la Presidencia, que sería más teórica que real, del recién creado Consejo Superior de Sanidad Pública, copia del francés de igual nombre, y que unía las tres facultades: Medicina, Cirugía y Farmacia. ¡Sorpresas de la vida! La meta ideal por la que tanto lucharon Virgili y Gimbernat, hasta lograr este último el año 1799, la abolición del Protomedicato con la unión de las tres Facultades, unión que sólo duró 2 años; de nuevo, en el año 1811, cuando Gimbernat tenía 77 años, y entonces sin esfuerzo, ni deseo alguno por su parte, es nombrado para presidir las tres Facultades unidas. No hay datos de una actuación ac-

tiva en este nuevo cargo, que duró dos años, hasta 1814; debió alegar sus achaques para rehuir una colaboración eficaz.

En 1814, reintegrado a Madrid Fernando VII, restablece las anteriores Juntas Gubernativas, cuando Gimbernat había cumplido 80 años. Fuese por esta causa o bien por la obligada colaboración con los franceses, fue postergado y se le asignó en la Junta un puesto de vocal, en lugar de la Presidencia que le correspondía y que fue otorgada a Vulliez. Gimbernat ofendido, presentó su dimisión que fue inmediatamente aceptada. Galli y Lavande, fieles amigos y compañeros, se asociaron en la dimisión.

Cesante y sin sueldo, aislado y abandonado por aquellos a los que ayudó a ocupar cargos preeminentes, los dos últimos años de su larga y hñnrosa carrera los pasó este respetable anciano acogido al calor y grato refugio de la familia, en la casa de su hijo Antonio.

Al parecer, no tendría una economía desahogada al quedar cesante y sin sueldo, cuando un año y tres meses antes de morir, Gimbernat elevó a Fernando VII, un memorial, que Usandizaga halló en el Archivo de Palacio y que publica en su «Historia del Real Colegio de San Carlos», que transcribimos a continuación:

Señor don Antonio de Gimbernat, primer Cirujano de Cámara que ha sido, a L. R. P. de V. M con el más profundo respeto expone: Que pri-

vado de todo sueldo en virtud del juicio de clasificación de empleados, se hallaba constituido en la más amarga y deplorable situación, destituido del único medio de vida en que fundaba su subsistencia en la edad de más de 81 años, casi ciego y con una absoluta física imposibilidad personal, que le tiene como separado del resto de la sociedad. En tal deplorable estado llega a ser noticia que V. M. se ha servido conceder a varios individuos de la Real Cámara, que se hallan en igual caso que el exponente, una competente asignación anual, y atendido que es mucho mayor la infelicidad en que se ve sumergido el exponente que la de dichos individuos, pues la es absolutamente imposible subvenir por otros medios a su subsistencia, a causa de hallarse tan dolorosamente agravado con los achaques consiguientes, ya que su falta de vista y su avanzada edad, que ni le permite salir de casa.

Suplica humildemente a V. M., que compadecido de la afligidísima suerte del exponente, y atendiendo las particulares circunstancias ya indicadas, que distinguen su actual situación, usando de la paternal clemencia y piedad, que tanto brillan en el Real Animo de V. M., se digne concederle, igualmente, una asignación con que pueda subvenir a su decente subsistencia y de sus familiares, mandando se le abone y satisfaga, desde la misma fecha que a los demás precitados individuos de la Real Cámara. Así lo espera de

la justificada benevolencia de V. M., cuya vida guarde Dios los dilatados años, que la cristiandad y sus vasallos necesiten y desean. Madrid, 15 de julio de 1815.

Poco tiempo pudo disfrutar Gimbernat de esta gracia del rey, pues el 17 de noviembre de 1816 y en la tranquilidad de una vida cristiana, expiró a los ochenta y dos años y nueve meses de edad, en Madrid, en el domicilio de su hijo Antonio.

* * *

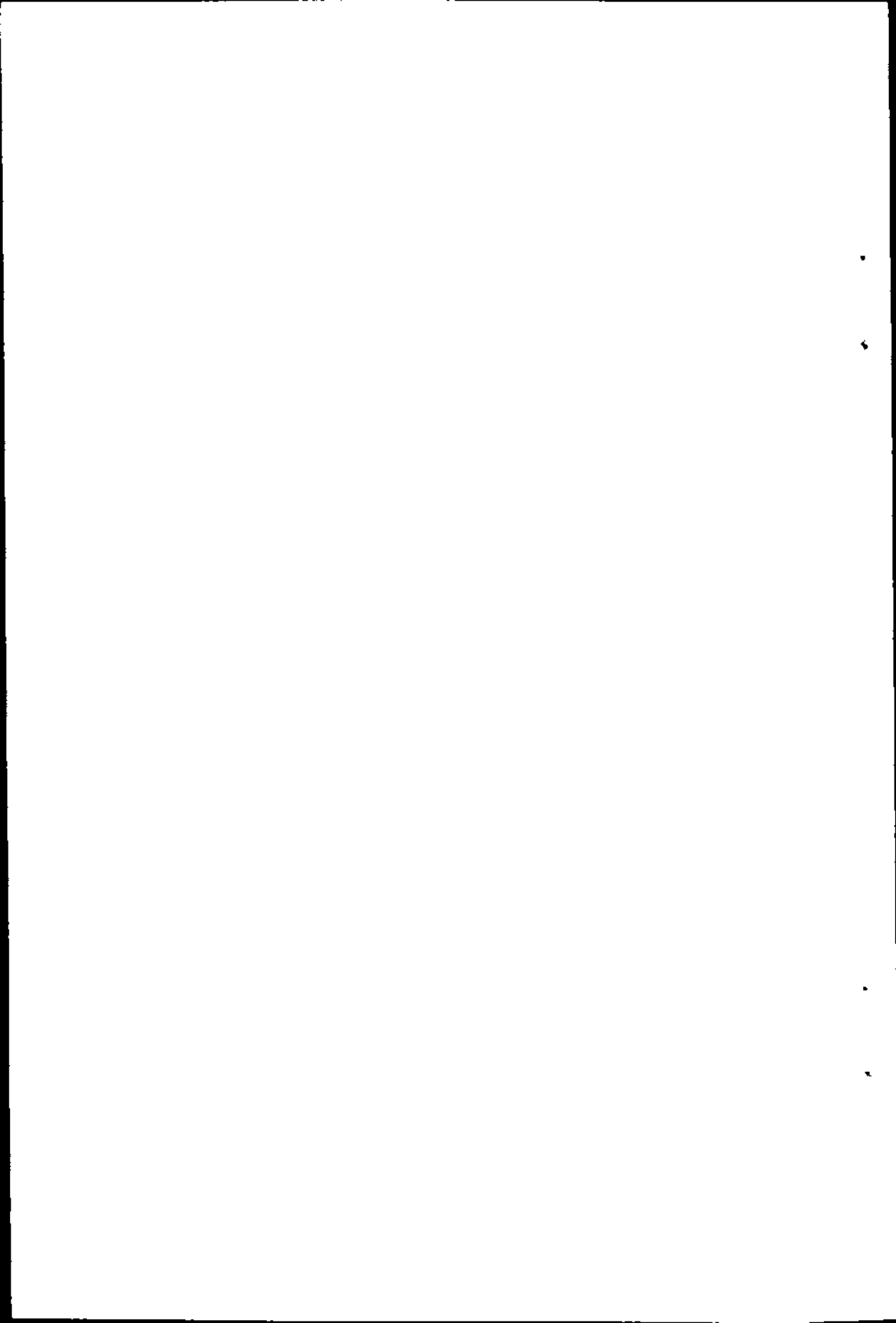
Estimados consocios: Ponemos el punto final a esta sucinta narración biográfica, sobre los aspectos más sobresalientes de la vida y obra científica, del eminente anatómico y cirujano cambrilense don Antonio de Gimbernat, que hemos redactado, de mutuo acuerdo, con el profesor de Anatomía y afamado urólogo doctor Salvador Gil Vernet.

Este honroso encargo que nos habéis confiado, ha sido para ambos una grata tarea, que hemos llevado a cabo con gran entusiasmo y cariño; y os reiteramos nuestra gratitud, por habernos dado la oportunidad, para ser partícipes en este solemne homenaje «in memoriam» a

tan ilustre catalán, gloria de la Anatomía y la Cirugía Española.

En todas las biografías, cabe destacar: por un lado, los méritos del sabio maestro anatómico y cirujano, cuya fama profesional en ambas disciplinas traspasó las fronteras, y el único anatómico español que es citado en todos los textos de Anatomía Humana con el ligamento que lleva su nombre. Y por otro, su inmensa labor profesional, dedicada con el tesón y la perseverancia indispensables, para lograr su meta ideal; *verbi gratia*: continuar la benemérita obra iniciada por su maestro Virgili, para el progreso y enaltecimiento de la Cirugía.

Y para consagrar, justamente, los méritos y la grandeza de la obra conseguida por Gimbernat, digna de la frase con mayúsculas, privativa de Eugenio D'Ors: «La obra bien hecha»; nuestra Real Academia de Medicina ha colocado su busto en este Anfiteatro, en donde él tantas lecciones magistrales explicó; con el fin de honrar y perpetuar la memoria de la vida profesional ejemplar de este sabio varón, hijo prócer de Cataluña, y cuya obra en pro de la Cirugía, unida a la de otro ilustre catalán, don Pedro Virgili, han motivado un brillante siglo de oro en la historia de la Cirugía Española.



CATEDRA DE PATOLOGIA Y CLINICA MEDICAS «A»
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE VALENCIA
(Director: Prof. M. VALDES RUIZ)

FEOCROMOCITOMA: PRESENTACION DE UN CASO Y REVISION PARCIAL DE LA LITERATURA

Dres. M. VALDES, V. ALBEROLA, M. LABIOS, J. MARIN, C. O'CONNOR,
A. PASCUAL-LEONE y J. A. LOSADA

INTRODUCCION

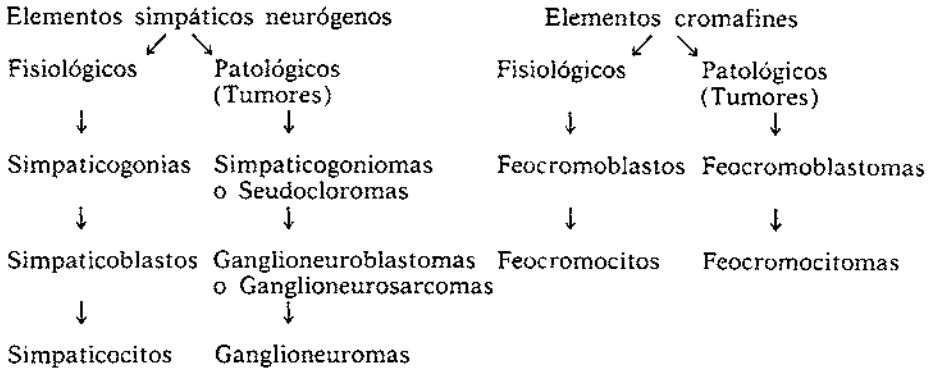
La palabra feocromocitoma significa etimológicamente (de εατος = = oscuro) células que se colorean de color castaño por las sales de cromo; aquí cromo se refiere a esas sales y no al color. Fue HENLE en el año 1865 quien las empleó para teñir las células de la médula suprarrenal y los paraganglios, creyéndose que las células de estos órganos tenían una afinidad especial para el cromo por lo que se las llamó cromafines. Esta concepción es falsa, pues lo que en realidad sucede es que las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) son oxidadas por la mezcla cromatobicromato y se forman compuestos de estructura parecida a la del adenocromo, de ese color castaño.

La misma coloración se obtiene con el yodato potásico. Claro es que al oxidarse por otros compuestos

pueden presentarse coloraciones si los cuerpos reducidos la tienen, por ejemplo, al tratarlas por ácido ósmico, procedimiento que se utiliza para la microscopía electrónica, o por las sales de plata, con lo que obtenemos la coloración oscura de la plata reducida. Por la formación de derivados amínicos glicocólicos con el ácido periódico pueden dar las catecolaminas la reacción de PAS positiva.

El tejido cromafín se forma embriológicamente a partir de las células ectodérmicas de la cresta o pliegue neural, una parte de las cuales emigra alrededor de la séptima semana para penetrar dentro del mesodermo celómico que constituye el esbozo de la corteza suprarrenal. Del Blastema Simpático Primitivo constituido por ese pliegue neural derivan tanto los elementos cromafines dichos como los simpáticos neurógenos del modo siguiente:

BLASTEMA SIMPATICO



Los paraganglios se encuentran en donde quiera que haya tejido nervioso simpático, sobre todo en los ganglios y plexos y en el órgano de Zuckerkandl en el extremo inferior de la aorta. Ordinariamente retroceden estos paraganglios en el desarrollo embriológico y desaparecen casi por completo debajo del diafragma, pero a expensas de sus residuos pueden originarse feocromocitomas en todo el trayecto del simpático por lo que comprendemos que alrededor del 15 % de los casos registrados en la literatura (pasan ya de un millar) sean extrasuprarrenales (1). De ello se ha referido un único caso dentro del cráneo, pero en cambio son más frecuentes en la nuca, tórax (situados en el ángulo costovertebral) en donde los puso de manifiesto MILLER por primera vez en 1924, y sobre todo en el abdomen, encontrándose en este último lugar dos localizaciones principales: una por encima del pedículo renal y otra, la más frecuente, en la región paraórtica inferior donde

asienta el órgano de Zuckerkandl (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7). Hay también localizaciones pélvicas como la vejiga urinaria, localización descrita por primera vez por SCOTT (8) y posteriormente por numerosos autores (9, 10, 11, 12) así como los retroanales (13).

Los más frecuentes son desde luego los suprarrenales desarrollados a expensas de la médula. Esta localización constituye casi el 70 % de todos los feocromocitomas. Se presenta en estas glándulas como un tumor bien individualizado con su cápsula de color amarillo provista de grandes venas. El aspecto del tumor al corte es unas veces carnoso y encefaloide, firme pero no indurado, con un piqueteado hemorrágico; en ocasiones llega a verdaderas sábanas sanguíneas que han debido ser producidas en épocas distintas a juzgar por el color de las mismas. Hay casos con hemorragias intratumorales (14).

Es algo más frecuente en el lado



NOBECUTAN®

Apósito plástico estéril indicado en CIRUGIA/DERMATOLOGIA/PEDIATRIA

La película de NOBECUTAN, ofrece grandes ventajas:

- Es incolora y transparente.
- Se adhiere perfectamente a la piel.
- No produce irritaciones ni sensibilización
- No impide la normal transpiración de la piel.
- Ofrece una barrera infranqueable a los microorganismos.
- Es lavable con agua y jabón.
- No impide la libertad de movimientos.
- Es flexible elástica y duradera.

NOBECUTAN SE PRESENTA EN ENVASE AEROSOL de 320 GRS. P. V. P. 222,40 Ptas.



Laboratorios INIBSA - Productos Farmacéuticos
Loreto, 8 - Barcelona-15

ANALGESIA INMEDIATA

PARA EL DOLOR INTENSO

NUEVO

Tiltrate

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.

Tiltrate

Analgesico potente

SIN RECETA DE ESTUPEFACIENTES
devuelve el bienestar
a los pacientes



LABORATORIO
SUBSTANCIA

derecho que en el izquierdo pudiendo ser bilateral (20 %). El peso suele oscilar entre los 20 y 40 g pero los hay más voluminosos como el caso que aportamos que pesó 320 g y el caso extremo de MINNO que pasó de 3 kg (16).

Se han comunicado más de 30 casos de feocromocitomas familiares a partir del primer estudio de LOHMAN (17). El 33,3 % de los descendientes estarían afectados lo que hace afirmar a SMITS y HUIZINGA su carácter dominante (no llegan al 50 % porque un número importante de niños mueren sin haber padecido la enfermedad). Estos casos familiares son prácticamente siempre múltiples (1, 18, 19, 20).

Muy importante es la asociación anatomopatológica que los feocromocitomas tienen con la neurofibromatosis. Hallada esta asociación por SUZUKI en 1910, su compatriota japonés KAWASHIMA pensó que no se trataba de una coincidencia dado el origen común de las células cromafines y las de la vaina de Schwann a partir del tubo neural primitivo, hecho que confirmó SCHLEGEL al revisar los casos de la literatura y encontrar que esta asociación tenía significado estadístico (21). En 1953 GLUSHEIM amplió a todas las neurodermatosis la asociación con el feocromocitoma basándose en el caso de WOLFF y WILENS en el que se asociaba al feocromocitoma una angiomasia retiniana de Hippel Lindau y posteriores casos con hemangiomas de cerebelo y médula

(22, 23, 24, 25). Con la neurofibromatosis coexisten múltiples deformaciones por lo que puede darse la coincidencia triple de feocromocitoma, neurofibroma y cáncer tiroideo o de un tumor de la granulosa u otro origen, así como megacolon congénito, malformaciones renales, estenosis aórtica, etc. (26, 27). LIMA describe por primera vez en 1971 la asociación con un cáncer de mama (28) y WARNER en 1970 con un tumor carcinoide (29). BECKER en 1969 refiere un caso de tumor suprarrenal medular con anomalías múltiples somáticas sugestivas de síndrome de Turner y falta de respuesta a la tirotrofina (30).

La asociación de feocromocitoma con tumores endocrinos ha sido repetidas veces señalada en la literatura y SIPPLE señala que la presencia de un cáncer tiroideo en estos pacientes es diez veces mayor que en la población general (20, 28, 29, 31, 32, 33, 34, 35). En los niños se ha señalado la coexistencia con trastornos de la esfera sexual y del desarrollo (36).

ANATOMIA PATOLOGICA

Veamos antes de hacer unas consideraciones de tipo general el aspecto anatomopatológico del tumor suprarrenal extirpado a nuestra paciente:

Macroscópicamente se trata de una tumoración de consistencia carnosa, color rojizo, hemorrágica y bien encapsulada, del tamaño de una naranja grande.

La imagen histológica muestra una

neoformación de elementos que se organizan en alveolos o rosetas constituyendo pequeñas cavidades o acinis tabicados por finos septos conjuntivos. Las células que aparecen en su interior recuerdan los elementos cromafines de la médula suprarrenal poseyendo núcleos que aunque irregulares y anaplásicos tienen una cromatina reticular laxa y uno o dos nucleolos. El citoplasma es abundante, granujiento y acidófilo. A veces contiene diferenciación vacuolada de apariencia secretora.

El crecimiento tumoral viene acompañado de una fuerte desdiferenciación de tales elementos, aumentando el polimorfismo y la agresividad morfológica de sus células que llegan a adquirir un carácter de carcinoma anaplásico. Por el contrario, en otras zonas la tumoración persiste con carácter trabecular o tubular o pseudoalveolar. Hay una gran vascularización hallándose fenómenos de edema intersticial relacionados posiblemente con la secreción de esta célula (fig. 1).

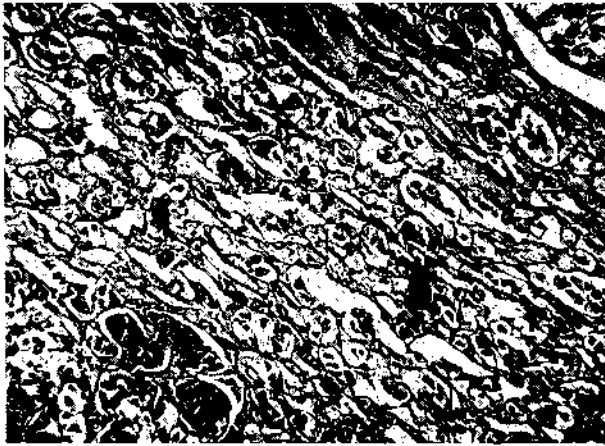


Fig. 1. — Imagen histológica del tumor.

Histológicamente al teñir el tumor por los métodos antes citados, a los que se puede añadir por ser muy bello el del azán de Gomori, observamos la suprarrenal normal formada por células poliédricas anastomosadas en forma de plexo; entre las células cromafines hay neurocitos libres, redondos u oblongos, cuyas últimas prolongaciones terminan formando una cresta con varicosidades alrededor de los cromatocitos. Las fibras preganglionares de los nervios simpáticos establecen sinapsis con esas células nerviosas. En los tumores cromafínicos es un he-

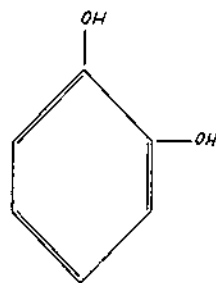
cho fundamental el que faltan los nervios, por lo que la masa tumoral tiene autonomía de secreción y así se explica el que las pruebas de secreción nerviosa den resultados muy irregulares en el paso de las hormonas tumorales a la sangre. La histología describe atipias celulares en los feocromocitomas. Las células se disponen en forma de lóbulos o pseudoglandulas. En unos tumores son redondas; en otros angulosas, estiradas, en raqueta, estrella o en empalizada. Las hay claras y oscuras, unas con citoplasma cargado de granulaciones y otras con numerosas

vacuolas. A veces alrededor de los vasos son cromóforas y solamente en la periferia de los lóbulos o roseas están coloreadas. Las células que sólo contienen noradrenalina no se tiñen por el cromato-bicromato pero sí por el yodato potásico. El criterio citológico no permite afirmar si un feocromocitoma es benigno o maligno (5, 37, 38). Ya es de más valor la invasión de los vasos o la existencia de metástasis, aunque en la literatura se cita un caso con invasión pleural que evolucionó durante 12 años (38).

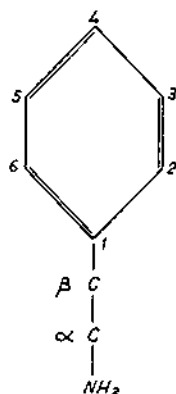
FISIOPATOLOGIA

No se puede comprender la clínica especialmente en lo que se refiere al diagnóstico diferencial sin estudiar el metabolismo de las catecolaminas en la médula suprarrenal normal y en las células de los feocromocitomas.

A finales del siglo pasado y principios de este, ABEL, VON FÜRTH, ALDRICH y TAKAMINE aislaron la adrenalina de las suprarrenales (39, 40, 41, 42). Su sencilla fórmula química (fig. 2) hizo que pronto fuera sintetizada por STOLZ en 1904, quien también obtuvo la noradrenalina, pero el papel fisiológico de este último cuerpo no se conoció hasta 1946-48 cuando VON EULER demostró que el mediador químico llamado simpatina por CANNON era dicha noradrenalina (43). Fueron HOLTZ, SHUMAN y EULER quienes descubrieron



PIROCATEQUINA



CATECOLAMINA

Fig. 2. — Fórmula simple de las catecolaminas.

ron la noradrenalina en la médula suprarrenal.

ORTH en 1914 y RABIN en 1929 (44) aislaron adrenalina de los feocromocitomas, pero hasta 1949 no se demostró en ellos la noradrenalina (HOLTON (45)). Mientras que en la suprarrenal normal del hombre aproximadamente el 80 % de las catecolaminas es adrenalina y el 20 % noradrenalina, en los tumores cromafínicos se invierte la proporción y hay incluso tumores en que toda la cantidad de hormonas es noradrenalina, o todo adrenalina, aunque esto último es muy raro.

En los feocromocitomas extrasuprarrenales casi siempre, como establecieron VON EULER y STRÖM en 1957 (46), las catecolaminas están formadas exclusivamente por noradrenalina. Hay excepciones y así MANNIX por un lado y SOFONYA por otro aportan sendos casos de tumores localizados en cadena simpática que sólo segregaban epinefrina (6, 7).

La sustancia madre de las catecolaminas es la tirosina que llega a las células por un transportador activo y en las mitocondrias se hidroxila por la acción de la tirosin-hidroxilasa con lo que se forma la

DOPA (3-4 dihidroxifenilalanina). La enzima tirosin-hidroxilasa de los tumores es idéntica a la de la médula suprarrenal (47).

La DOPA sale de las mitocondrias al citoplasma donde existe la dopadecarboxilasa que la transforma en DOPAMINA. Este cuerpo pasa a las partículas subcelulares que constituyen las vesículas de las terminaciones nerviosas simpáticas o de los gránulos cromafines de las suprarrenales. Allí, bajo el influjo de la Dopamin- β -hidroxilasa se verifica una hidroxilación del carbono beta con lo que se transforma en NORADRENALINA (fig. 3).

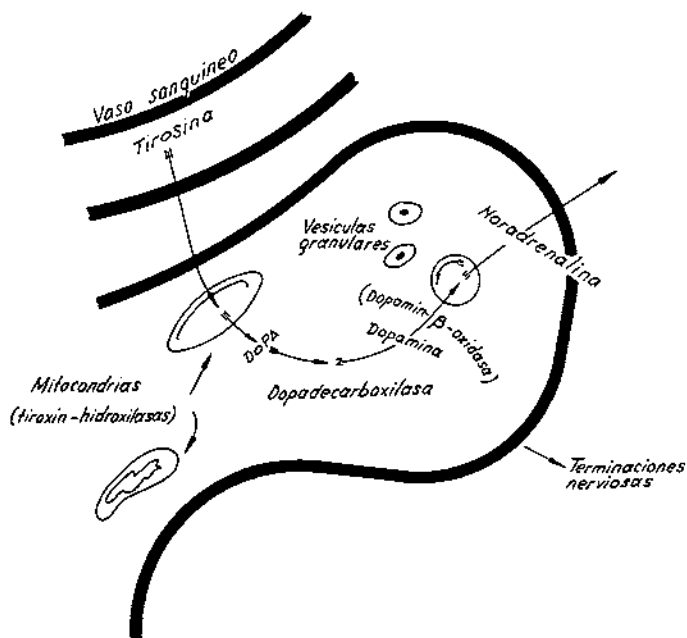


Fig. 3. — Esquema de la síntesis de noradrenalina en la célula nerviosa.

Esta noradrenalina libre o acumulada en las vesículas constituye el punto final de la síntesis de las

catecolaminas en las terminaciones nerviosas simpáticas.

Por el contrario, en la médula de

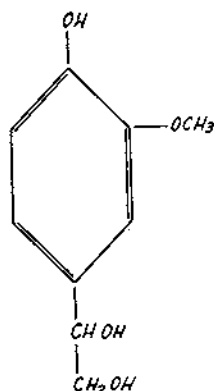
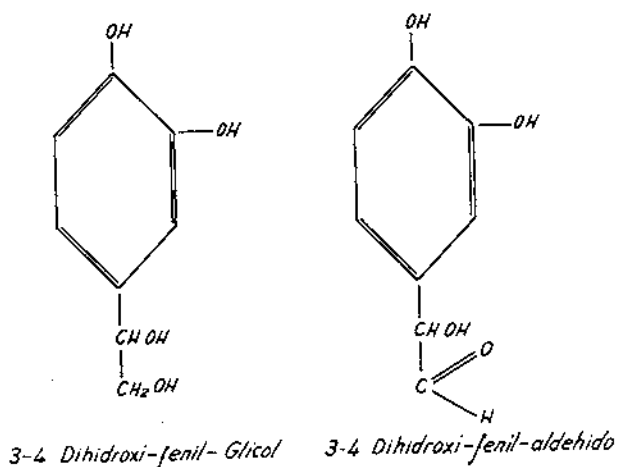
las suprarrenales, parte de la noradrenalina sale de los gránulos cromafines y al cegar al citoplasma bajo la acción de la Feniletanol-N-metiltransferasa se transforma en adrenalina siendo la Adenosilmetionina el donante del metilo.

En las suprarrenales hay una pequeñísima cantidad de DOPAMINA, lo cual es debido a la gran actividad de la monoaminoxidasa que rápidamente las descompone. En los ganglios simpáticos hay 1-3 microgramos de noradrenalina por gramo de peso mientras que en las suprarrenales hay 160 mcgr de noradrenalina y 220-800 mcgr de adrenalina por gramo. En el hombre normal hay en el plasma 0,35 mcgr de noradrenalina y 0,07 mcgr de adrenalina por litro.

Las catecolaminas que circulan en la sangre son tomadas por los órganos ricos en inervación simpática (miocardio, bazo) y son retenidas en forma fisiológica inactiva. Otra parte llega al riñón y es eliminada. En las 24 horas se eliminan por la orina 10-15 mcgr de adrenalina o 25-50 de noradrenalina; se ha demostrado que cuando se administran catecolaminas radiomarcadas por vía parenteral el 4 % se elimina en forma inalterada y en cambio se excreta toda la radioactividad administrada por lo que ha de concluirse que una parte considerable de las catecolaminas tiene que sufrir una transformación. Las transformaciones que sufren las catecolaminas han sido aclaradas entre otros

por ARMSTRONG, AELROT y LA BROSE (citados por KÄSERJ (48):

1. Bajo la acción de la catecol-O-metiltransferasa, fermento que se halla en gran cantidad en el hígado y riñón, se metila el grupo OH (el 3) y se originan así la normetanefrina y la metanefrina (respectivamente a partir de la noradrenalina y adrenalina).
2. Una parte de estos metoxi-derivados se eliminan por el riñón en forma libre o conjugados con el ácido glucorónico, pero la mayor parte se oxidan por la monoaminoxidasa (con la demetilación previa de la cadena lateral en el caso de la metanefrina) y se origina así el ACIDO VANILIN-MANDELICO (3 metoxi 4 hidroxí mandélico) y en esa forma se elimina por la orina.
3. Pueden formarse otros metabolitos, por ejemplo: si la monoaminoxidasa actúa antes que la metil transferasa se formaría el ácido 3-4 dihidroxí mandélico o el 3-4 dihidroxifenilglicol (en caso de que el aldehído fuese hidrogenado en vez de oxidado). La hidrogenación del aldehído podría también presentarse después de la acción de la metiltransferasa y se formaría entonces el 3 metoxi 4 hidroxí fenil glicol (figura 4).



3-Metoxi. 4-Hidroxi-fenil-Glicol

Fig. 4. — Vía metabólica de las catecolaminas distinta a la del vanilín-mandélico.

De cualquier manera el ácido vanilín mandélico es el principal producto del catabolismo de las catecolaminas como lo pone bien de manifiesto que por la orina se eliminan de 1 a 5 mg de este cuerpo, es decir, 10 ó más veces la cantidad de las catecolaminas inalteradas.

Los tumores pueden contener gran cantidad de catecolaminas (hasta 75

mg por g de peso), pudiendo ser vertidas diariamente enormes cantidades a la sangre pero la rápida inactivación por la metiltransferasa existente en todos los tejidos así como su fácil difusión del plasma al interior de los hematíes explican su rápida desaparición. La monoaminooxidasa clásicamente conocida es relativamente lenta en su acción.



Casprium

GAMA TERAPÉUTICA LIADE CON
ACIDO ACETILSALICILICO TAMPONADO

invariable actividad en

REUMATISMOS

FIEBRE

INFLAMACION

DOLOR

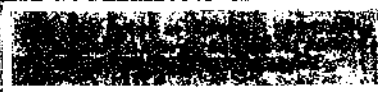


Turkadon-esa

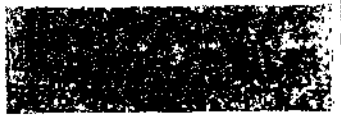
Antitrombotic general purpose

Antitrombotic general purpose

Antitrombotic general purpose



ANTITROMBOTICO GENERAL



ANTITROMBOTICO

ANTITROMBOTICO

ANTITROMBOTICO

CLINICA Y DIAGNOSTICO

La clínica de estos enfermos puede presentar síntomas diversos pero hay un núcleo central que reproduce las acciones farmacológicas de las catecolaminas aunque por la rápida destrucción de éstas y los mecanismos compensadores de nuestro organismo son numerosos los casos que no se presentan con suficiente expresividad ante el clínico para ser diagnosticados o por lo menos se necesita esperar a que el cuadro se haga más manifiesto. Nuestra paciente cuya historia pasamos a referir presentaba desde tiempo manifestaciones lógicamente atribuibles a su tumor suprarrenal.

Historia clínica

Se trata de una enferma de 38 años que desde hace 5 viene padeciendo unas crisis de aparición brusca constituidas por una sensación nauseosa, a veces con vómitos, sudoración profusa con frialdad de miembros y sentimiento indefinido de ahogo que la obliga a salir al aire libre si se encuentra en lugares cerrados; se acompaña de palpitations y opresión precordial, boca seca con intensa sed y al final cefalea pulsátil como mazazos. Observaba como una niebla delante de los ojos. Este cuadro aparecía a cualquier hora del día y con bastante frecuencia por la noche al poco rato de acostarse. Duraba alrededor de media hora, aunque a veces se prolongaba más. Solía ceder bruscamente con la emisión de una orina abundante y clara. En alguna ocasión al final del episodio tuvo fuertes mareos con pérdida de conocimiento.

Al principio estas crisis eran muy distanciadas. Empezó a perder peso, por lo que acudió al médico, quien le en-

contró la tensión alta. Hace dos años, durante un embarazo presentó la T.A. elevada los nueve meses. No le encontraron albúmina ni glucosa en la orina. Últimamente las crisis vegetativas se han hecho prácticamente diarias.

Fuera de los accesos, orina en cantidad normal. Por la noche lo hace dos veces. Tiene poco apetito. Astenia matutina. Pesadez en las piernas. Ha perdido unos 15 kg. en dos años. En alguna ocasión aqueja náuseas y vómitos post-prandiales. Flatulencia. Intolerancia para fritos y grasas. Estreñimiento habitual. Es bastante nerviosa y le cuesta conciliar el sueño. Palpitaciones en decúbito. Tendencia a la depresión.

Exploración física:

Enferma de tipo leptosómico. Peso 58 kg., talla 1,61. Mirada viva y brillante con discreto exoftalmos que dan a la facies aspecto distiroideo. Discreta midriasis con reflejos normales a la luz y acomodación.

Caries dental. Se palpan pequeñas adenopatías submandibulares desplazables, no dolorosas. Faringe normal. No hay relieve tiroideo.

Eretismo cardíaco. Pulso: 76 p/min., amplias, rítmicas y tensas. T.A. 145/95. En hemiabdomen derecho se palpa una tumoración, con evidente peloteo en fosa lumbar y que parece corresponder a riñón. Los puntos ureterales derechos son débilmente positivos.

Rumple-Leede positivo. Resto de exploración sin interés.

Datos complementarios:

Sangre: Hematías 4.100.000, leucocitos 7.200, plaquetas 265.000, Hb 12,7 gr. %.

Fórmula hemática: B/0, E/1, C/2, S/64, L/28, M/5. V.S.: 34/66.

Colesterina 256 mg %, Urea 32 mg %, Glucemia basal 90 mg %. Tiempo de hemorragia 1 min. 30 seg. Tiempo de coagulación 5 min. 30 seg. Índice de protrombina 92 %.

Electroforesis de proteínas normal. Lipidograma normal.

Orina: albúmina negativa. Glucosa 1,6 gr. por mil. Sedimenti: 70.000 leucocitos/h. Urincultivo negativo. Test de la prednisolona negativo.

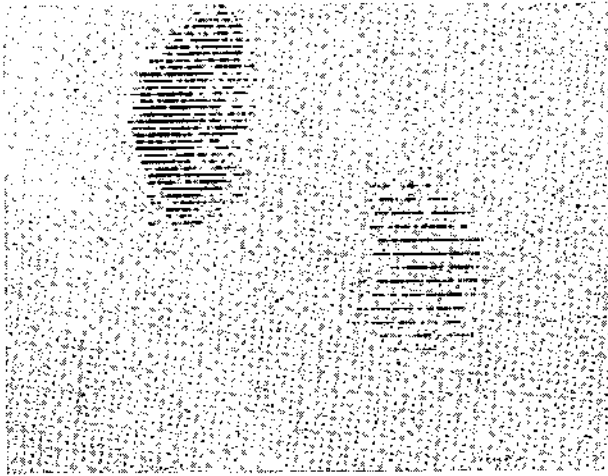


Fig. 7. — Renograma isotópico. Desplazamiento del riñón derecho.

eliminación de 81 mg en 24 horas (normal hasta 4 mg).

Test de la regitina: se practicó durante las crisis hipertensivas espontá-

molestias similares a las crisis referidas en su historia. Los resultados claramente positivos del test pueden observarse en las gráficas (figs. 9 y 10).

Los test de provocación con masaje de las suprarrenales e hiperpnea fueron también positivos (figs. 11 y 12).

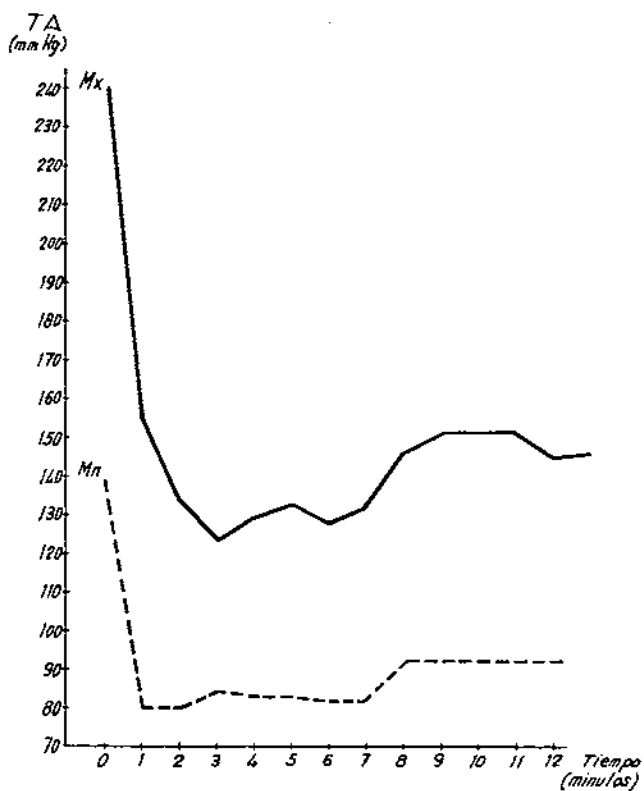


Fig. 8. — Retroneumoperitoneo con tomografía. Enorme masa tumoral suprarrenal derecha.

neas que presentaba la paciente prácticamente a diario y que fueron fáciles de descubrir cuando con la sospecha diagnóstica hicimos tomas cuando la paciente presentaba alguna de las

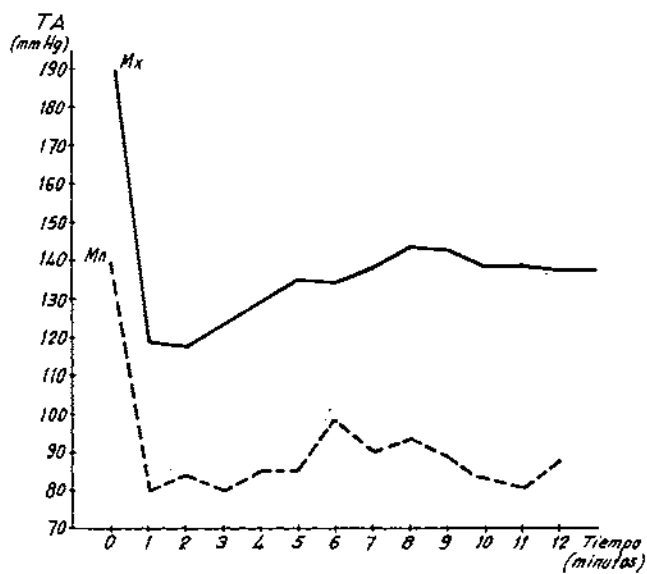
El síntoma más característico del feocromocitoma, la hipertensión, suele ser en los casos más típicos como el princeps de Labbe-Tinel y Doumer (49) en forma de crisis paroxística matizada por la respuesta vascular a esa hipertensión en los distintos órganos de la economía, lo que ocasiona un cuadro sintomático variable de unos sujetos a otros pero estereotipado en el mismo enfermo, existiendo también una cierta uniformidad semiológica entre los diversos miembros de una familia cuando se trata de feocromocitomas familiares a los que antes nos hemos referido.

Ahora bien, los casos con manifestación de hipertensión exclusiva



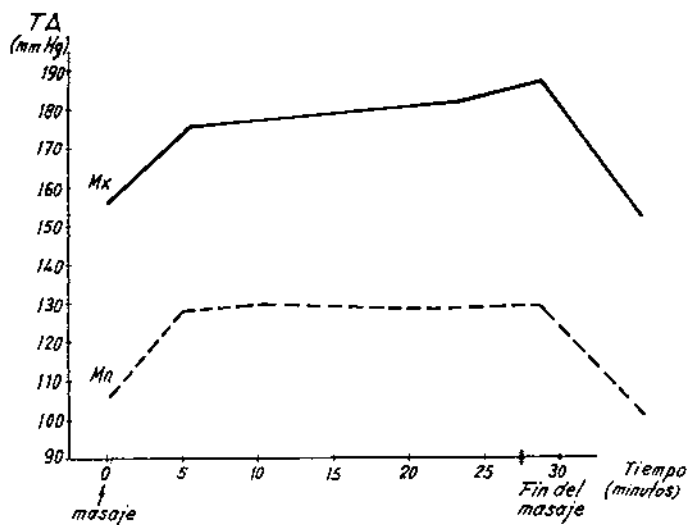
Test de la retina

Fig. 9. — Test de la retina realizado durante un acceso tensional de 24/14.



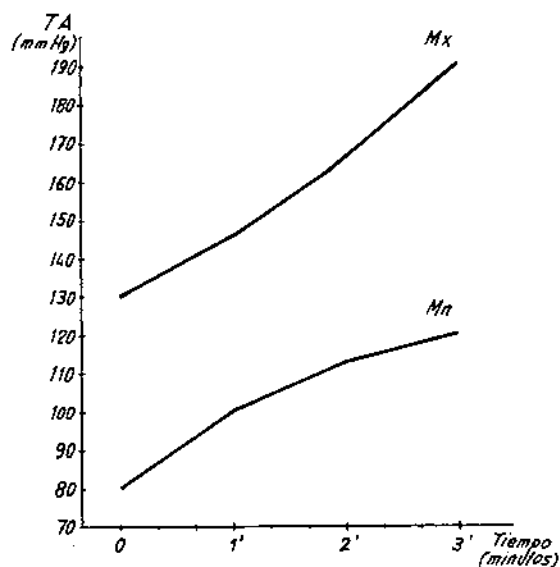
Test de la retina

Fig. 10. — Test de la retina partiendo de tensiones basales de 19/14.



Masaje manual de los suprarenales

Fig. 11. — Ascenso tensional provocado por masaje manual de las suprarenales.



Prueba de hiperpnea

Fig. 12. — Ascenso tensional producido por la hiperpnea.

mente paroxística son sólo el 20 % (5), habiendo llamado la atención por primera vez KREMER y PALMER sobre la existencia de enfermos que cursan con hipertensión permanente (50, 51); son éstos el 50 % aunque es bien cierto que de ellos una mitad presentan sobre la base de hipertensión permanente crisis paroxísticas hipertensivas. Aun existiendo enfermos que cursan sin hipertensión vemos que ésta es en la mayoría el síntoma guía y ante el hipertenso, sobretudo si es joven, es obligado pensar en este diagnóstico; de su importancia habla bien el hecho de que SMITWICK en sus intervenciones quirúrgicas para el tratamiento de la hipertensión encuentra el 0,5 % de los casos un feocromocitoma (52).

Como la duración de las crisis paroxísticas es variable desde un par de minutos hasta unas dos horas e incluso excepcionalmente días, puede suceder y así sucedió en nuestra enferma que al tomarle la tensión fuera de las crisis se encontrase normal por lo que se explica que a pesar de arrastrar la enfermedad desde hacia ya cinco años sólo en dos ocasiones le habían encontrado hipertensión, una esporádicamente y otra con el embarazo en el cual, cosa bastante típica en el feocromocitoma, la hipertensión se hizo permanente (53, 54, 55, 56, 57).

Es de todos bien conocida la gran influenciabilidad que la tensión tiene por toda irritación síquica y no nos extraña por eso el que con fre-

cuencia son tomados estos enfermos con crisis de corta duración como neurósicos. Por ello tiene gran importancia clínica la matización de esas crisis hipertensivas. Es carácter importante el que muchas veces se desencadenen de modo que HERMAN y MORNEX (1) califican con toda razón de casi mecánico, como por ejemplo al hacer una torsión del tronco, al flexionar el cuerpo hacia delante, adoptar el decúbito lateral, elevar un objeto pesado, toser, recibir un ruido intenso, orinar, defecar o realiar el acto sexual y todavía con más frecuencia después de la ingestión de una comida abundante. Incluso parece tener influencia el calor excesivo. En otros casos es una emoción o choque afectivo el que actúa como desencadenante.

Son más frecuentes las crisis durante el período menstrual y en los días que le anteceden. Los accesos pueden en ocasiones ser impedidos de un modo mecánico como por ejemplo con un estornudo o cambiando el decúbito. A menudo el horario es constante hecho que se ha tratado de explicar por la ritmicidad del sistema nervioso vegetativo. Sin embargo el dato de que el tumor carezca de fibras nerviosas y que las crisis estén desencadenadas por factores mecánicos entre los que se cuenta como muy importante la respiración profunda en la cual el diafragma ejerce una especie de masaje sobre el tumor, hacen poco plausible la explicación de que el sistema nervioso vegetativo tenga

un papel principal en la producción de las crisis.

Ordinariamente los accesos hipertensivos se anuncian por disestesias en los dedos en forma de hormigueos, calambres, crisis de Raynaud y hasta contracciones musculares pseudotetánicas (58, 59). Pueden presentarse trastornos sensitivos mayores que se traducen por dolores torácicos difusos, dolor medio-esternal constrictivo simulando una angina de pecho y otros síntomas subjetivos dolorosos como violentas epigastralgias acompañadas de aorta hiperpulsátil y cefaleas que traducen la distensibilidad de los vasos cerebrales ante el aumento de la tensión.

Otras manifestaciones subjetivas no propiamente dolorosas de las crisis son la angustia (que crece con la repetición de los ataques por el miedo del enfermo), náuseas acompañadas a veces de vómitos, sialorrea, polipnea con inspiraciones profundas, hiperacusia, vértigos, temblor y agitación, síntomas todos ellos debidos a la irritación que las catecolaminas (especialmente la adrenalina) ejercen sobre la corteza cerebral y sobre el sistema reticular activador ascendente, así como sobre los reflejos simpáticos espinales (1). La adrenalina actúa sobre el temblor del enfermo de Parkinson y su acción sobre la corteza valorada con el E.E.G. es mucho mayor que la de la noradrenalina. Se comprende por lo tanto la distinta intensidad de estos síntomas de unos enfermos a

otros según sea la distinta composición de las catecolaminas vertidas por el tumor a la sangre.

Como trastornos subjetivos cabe también citar las fotopsias, fosfenos y ambliopía debidos a los espasmos de los vasos retinianos y las palpitaciones cardíacas que acompañan a una taquicardia ordinariamente superior a 130 pulsaciones, o lo que es más raro a una bradicardia con fuerte impulsión apexiana. Es sabido que así como la adrenalina es taquicardizante, la noradrenalina lo es mucho menos y puede obrar como bradicardizante al dominar el efecto enlentecedor que la hipertensión lleva consigo por su acción sobre las regiones carótideas conocidas como las de los frenos del corazón.

La taquicardia junto con la cefalea y una intensa sudoración suele marcar el acmé de la crisis y el comienzo de la declinación. Esta crisis sudoral que es muy típica y rara vez falla ha planteado muchas discusiones de interpretación. Se atribuyó por EVANS y STEWART (60) a un efecto termolítico para expulsar el calor producido por el exceso de metabolismo que las catecolaminas determinan. En este sentido se advierte su aparición después de la rubefacción dependiente de la fase dilatadora vascular. Sin embargo, esto no siempre es así, y en la opinión de los autores anglosajones esta explicación no es cierta. La dificultad de interpretación fisiopatológica nace especialmente del hecho de que las fibras nerviosas su-

doríparas son colinérgicas como ya demostró DALE y como enseña la estimulación por pilocarpina. Sin embargo, no es menos cierto que en el caballo y también en el hombre la adrenalina produce una sudoración como evidenciaron los trabajos de HAIMOVICI, BACQ y LANGLEY (61, 62, 63). Si bien se carece de una explicación satisfactoria parece que las crisis sudorales del feocromocitoma no estarían en relación con la acción directa de las catecolaminas sobre las glándulas, sino más bien podrían atribuirse a una excitación del sistema de termorregulación por las catecolaminas (64).

Al final de las crisis puede existir una poliuria crítica sobre todo si son nocturnas, pero otras veces es la disuria o la retención de orina y hasta la anuria que se prolonga muchas horas el síntoma predominante en el aparato urinario de estos enfermos. La disminución de la producción de orina durante las crisis se puede comprender por un espasmo de los vasos renales, aunque ha de ser muy intenso para que el aumento de la presión de filtración no compense la disminución del flujo. Mayor dificultad entraña la explicación de la crisis poliúrica que por lo demás se encuentra frecuentemente en la clínica de los parorismos vasculares. Se ha atribuido por NICKEL a la disminución de la adiu-retina, mientras que otros autores como EVANKO, DEALORN y CHAMORRO (66, 67, 68) encuentran por el contrario un aumento de la misma.

Las valoraciones de esta hormona son difíciles y pueden explicar la diversidad de resultados. Pudiera suceder que la constricción intensa de los vasos glomerulares al dar lugar a una isquemia tubular motivase que durante cierto tiempo no funcione bien el mecanismo de reabsorción tubular de 99 % del filtrado tal como se hace normalmente. Esta explicación nuestra parece la más lógica atendiendo al carácter de orina clara e hipodensa que tienen las poliurias paroxísticas.

Al final de las crisis el enfermo presenta en unos casos astenia intensa y en otros sensación de bienestar. La astenia podría estar en relación con una hipotensión que en ocasiones ha llegado al colapso postcrítico. ¿Cómo se produce esta hipotensión? Es sabido que la noradrenalina es mucho más hipertensora que la adrenalina y que esta última aunque contrae los vasos de la piel dilata los musculares hasta tal punto que en dosis fisiológicas tendría más bien acción vasodilatadora según demostró CANNON; pero aquí en los tumores la dosis es grande y además suele predominar la cantidad de noradrenalina. Experimentalmente se necesita inyectar en el hombre de 0,2 a 0,5 mcg por kg/min de catecolaminas para obtener una hipertensión duradera, pero la experimentación nos ha enseñado más y es que en el perro aún con esas dosis la tensión no permanece estable sino que después de una meseta hay una caída progresiva de mo-

A.C.T.H.



INCLUIDO S. O. E.
RECETA LIBRE

A.C.T.H. HUBBER

LIOFILIZADA

RETARDADA

ESTIMULO FISIOLÓGICO HIPOFISIARIO DE LAS SUPRARRENALES

A. C. T. H. HUBBER

LIOFILIZADA

RETARDADA

MAXIMO ESTIMULO SUPRARRENAL CON MINIMAS DOSIS DE CORTICOTROPINA

DEBIDA A SU ALTA EFICACIA Y A SU ACCION SELECTIVA.

La ACTH al igual que las demás hormonas llamadas por Selye antiinflamatorias, tiene su aplicación fundamental en el amplio campo de las inflamaciones hiperérgicas del tejido conectivo. En relación a las hormonas corticoesteroides de las que se dispone en la actualidad de una variada gama, con acciones selectivas glucocorticoides, posee la estimable ventaja de representar el estímulo fisiológico hipofisario de las suprarrenales evitándose así la inhibición de la glándula.

INDICACIONES

En las inflamaciones hiperérgicas del tejido conectivo; reumatismo poliarticular agudo, endocarditis reumática, artritis reumatoidea. En las enfermedades del colágeno; lupus eritematoso, dermatomiositis. En las enfermedades alérgicas; asma bronquial. En la artritis gotosa y en las manifestaciones articulares agudas del psoriasis. En algunas enfermedades hematológicas como la púrpura trombocitopénica y agranulocitosis. En las nefrosis lipoideas, etc.

PRESENTACION Y P. V. P.

LIOFILIZADA

Frasco de 10 U. - 24'20 Ptas.

Frasco de 25 U. - 43'90 Ptas.

RETARDADA

Frasco de 25 U. - 63'80 Ptas.

Frasco de 50 U. - 116'90 »

Frasco de 100 U. - 210'20 »

ELABORADO EN LOS LABORATORIOS HUBBER DE BARCELONA

Fábrica y Laboratorios: Berlin, 38, 40 y 42 - BARCELONA-15 - Teléfonos 230 72 00 - 230 72 08 - 230 72 09

do que la tensión vuelve a la cifra primitiva a pesar de seguir la perfusión y si se requiere mantener estable la hipertensión hay que aumentar constantemente la dosis inyectada. Si se detiene súbitamente la perfusión se instaura una hipotensión secundaria de duración e intensidad variable. Esto es lo que ocurre en enfermos con feocromocitoma al final de las crisis paroxífticas. Los trabajos de MAZRS (69) demuestran incluso que hay caída brusca de tensión a pesar de seguir haciendo inyección continua de una dosis constante. Sea como fuere se han referido casos en la literatura en que los enfermos han presentado de entrada un colapso aún con exceso de catecolaminas circulantes (6, 70).

En ciertos enfermos se presentan crisis en forma de taquicardia, sudores, dolores jaquecosos, torácicos o abdominales, náuseas y vómitos, pero la tensión no se eleva a pesar de que las catecolaminas aumentan considerablemente en el plasma; solamente puede explicarse este hecho por la menor respuesta de los adrenoreceptores o por los mecanismos compensadores apuntados que evitarían la elevación de la tensión.

Al explorar al enfermo puede encontrarse una expresión de angustia y palidez que en ocasiones contrasta con la presencia de manchas rojas o amarillo azuladas que dan a la piel el aspecto de aguas de mármol. Existe midriasis en algunos casos en los que el tumor es fundamental-

mente secretante de adrenalina. Algunos autores (HOWARD, BAUER, BELT) observaron en sus casos una turgencia de las venas del cuello que a veces confundía con una hipertrofia pasajera del tiroides.

La auscultación del corazón, aparte de los soplos funcionales, puede mostrarnos un aumento de los segundos ruidos en la base ya sea por hipertensión del círculo mayor o menor o por lesiones esclerosas que irán acompañadas del timpanismo de esos ruidos. La taquicardia suele exceder de 130 pulsaciones y la tensión elevada ha llegado en ocasiones hasta 38 cm de máxima y 18 de mínima. Pueden percibirse en los vasos soplos funcionales y diferentes pulsos arrítmicos que se precisan más con el electrocardiograma y adoptan los tipos de taquicardia ventricular, heterotopias sinusales, ritmo nodal, extrasístoles múltiples, períodos de Luciani-Wenckebach, síndrome de preexcitación auricular, etc. (73, 74). Se han señalado alteraciones del segmento ST y de la onda T así como signos de hipertrofia ventricular izquierda (75, 76, 77). Estos trastornos los hemos observado en nuestra paciente así como la existencia de una P de tipo pulmonar que se explicaría por la hipertensión que la adrenalina produce en el círculo menor. Hoy se sabe que muchas de las manifestaciones cardíacas de los feocromocitomas son atribuibles no sólo a la hipertensión, sino a una miocardiopatía producida por las catecolaminas (70, 75, 79, 80, 81, 82).

En el fondo de ojo se ha observado constricción de las arterias y hasta edema papilar y hemorragias en algunos casos. Cuando la presión sanguínea se eleva por encima de 17 cm de Hg hay obliteración del «sulcus matricis unguis».

De extraordinaria importancia es la palpación del tumor que según GRAHAM podría hacerse hasta en el 15 % de los casos (78). Incluso se pueden palpar pequeños tumores y se recomienda hacerlo muy detenidamente en la pelvis para percibir las posibles localizaciones en la vejiga urinaria. La palpación del cuello ha sido positiva en feocromocitomas de esta región. Con la palpación y el masaje de los tumores suprarrenales se desencadena una crisis hipertensiva que tiene valor diagnóstico. No obstante se ha descrito que en casos de supuración perinefrítica el masaje ha desencadenado crisis hipertensivas en ausencia de feocromocitoma (1).

Durante las crisis hay leucocitosis con o sin poliglobulia que se explica por la acción de las catecolaminas sobre el bazo, hígado y médula ósea (83, 84). Se ha descrito fibrinólisis aguda e hiperagregación plaquetar (85).

En la orina se halla albuminuria con o sin cilindruria, lo que traduce el padecimiento anóxico de la membrana basal del glomérulo a consecuencia del vasoespasmio.

La elevación del metabolismo basal en las crisis tiene poco valor por la polipnea que presentan los en-

fermos. Fuera de las crisis no hay trastornos funcionales y el individuo puede desarrollar todas sus actividades; únicamente hay una irritabilidad nerviosa bien comprensible ante la amenaza de nuevos paroxismos.

La frecuencia de las crisis es muy variable desde los enfermos en que se presentan excepcionalmente hasta aquellos otros en los cuales se producen todas las noches al dar la vuelta en la cama o aquellos otros en que se repiten 10, 20 y hasta 30 veces al día (1).

Frente a los casos que cursan a modo de crisis y cuya fenomenología hemos repasado, hay aquellos otros en los que la hipertensión es permanente. Particularmente los niños y las embarazadas presentan esta forma en mayor proporción, por lo cual se explica el que en la literatura antigua se hiciese notar que durante el embarazo a diferencia de la menopausia las crisis no solían presentarse.

En la mitad de los casos la hipertensión permanente discurre con accesos paroxísticos superpuestos. En ella la repercusión cardíaca y cerebral con las complicaciones de edema cerebral, ictus apoplético, lesiones retinianas avanzadas, uremia, etcétera, son más frecuentes. De igual modo en esta forma de hipertensión las acciones metabólicas de las catecolaminas son mucho más marcadas.

El aumento del metabolismo basal se encuentra en el 26 % de todos

los feocromocitomas y sobre dicha elevación llamó ya la atención BELAWENEZ en 1909 (86). Parece que se realiza por intermedio de la glándula tiroidea aunque el estudio del funcionamiento de la misma en enfermos con feocromocitoma da resultados dispares (87, 88, 89, 90). Para ACKEMAN y ARONS la inyección de adrenalina produce la salida de hormonas tiroideas desde la glándula a la sangre (90).

Por el aumento del metabolismo se explicaría que muchos de estos sujetos estén delgados y hasta se ha afirmado que la obesidad excluye el tumor. Sin embargo, LEE y ROUSSEAU se han encargado de demostrar que estas afirmaciones no son ciertas. En sus 22 casos revisados, más de una tercera parte tenían un peso superior al 10 % del que debían tener y una sexta parte eran manifiestamente obesos. Con una sola excepción todos los que tenían sobrepeso eran normotensos con crisis hipertensivas. Es muy instructiva al respecto nuestra enferma. Si bien últimamente había adelgazado, en los cuatro años anteriores el peso fue excesivo. Aun con ese adelgazamiento su metabolismo basal estaba por debajo de lo normal, lo que hace pensar que la pérdida de peso pudiera estar más en relación con la anorexia y las náuseas y vómitos. No se excluye naturalmente el poder calorígeno de la adrenalina, pero aparte de la respuesta del tiroides, la falta de apetito quizá motivada por la elevación de los ácidos grasos

no esterificados (NEFA) que la adrenalina produce, debe de ser más importante en muchos casos, como sucedió en nuestra paciente.

No menos interesantes son las alteraciones del metabolismo hidrocarbonado en los enfermos con feocromocitoma. En 1922 señaló HERDE por primera vez la relación entre el trastorno de la glicorregulación y el tumor suprarrenal, lo que se confirmó en años anteriores al descubrir tumores adrenosecretantes en la autopsia de los diabéticos. En la revisión de los 507 casos de HERMAN y MORNEX (1) se encuentra hiperglucemia en el 24 %, pero sólo en 17 casos la glucosuria era permanente. Los estudios recientes sobre la hiperglucemia del feocromocitoma parecen demostrar que se debe a un déficit de la síntesis y secreción de insulina (91, 92). Las catecolaminas deprimen esta secreción estimulando los receptores alfa adrenérgicos de las células beta del páncreas. Sin embargo DE LEEUW describe un caso con hiperinsulinismo (93, 94).

La diuresis suele estar aumentada alcanzando cifras de 2-4 litros y esto sin alteración renal vasculoesclerosa. Se ha dado como explicación el aumento de la presión de filtración o la acción directa de las catecolaminas sobre el túbulo renal. Más plausible parece la primera explicación ya que la adenil-ciclasa estimulada por la adrenalina más bien aumentaría la permeabilidad

del túbulo y obraría por tanto en sentido antidiurético.

El cuadro clínico de los feocromocitomas se completa con las complicaciones cardiovasculares consecuencia de la arteriosclerosis y de la hipertensión. La hemorragia cerebral representa uno de los más terribles accidentes de la hipertensión de origen adrenalínico. Es interesante el que casi nunca se presenta en las formas paroxísticas aisladas, sino en las formas con hipertensión permanente. Ya hace muchos años que JOSUÉ demostró que las inyecciones de adrenalina producen necrosis y aposiciones calcáreas en las capas vasculares medias. DAVIS, OESTER y FRIEDMAN consiguieron producir lesiones de tipo ateromatoso con dieta lipoidea añadida a las inyecciones de adrenalina.

La lesión vascular puede determinar hemorragias e incluso perforaciones intestinales por lesión de la mucosa. Experimentalmente se producen por las perfusiones con nora-drenalina y pueden explicarse por el espasmo energético consecutivo a la hipertensión o por acción directa sobre los vasos y en favor de esto último habla el hecho de que HÄCKEL lo observó tratando un choque hemorrágico experimental con catecolaminas sin que se produjese hipertensión arterial. Se comprende también que el feocromocitoma pueda favorecer las complicaciones hemorrágicas y perforativas de la úlcera péptica. MANDL recoge un caso

en el que la úlcera gástrica curó al extirpar el tumor (98).

Es importante resaltar que esos accidentes se desencadenan en circunstancias que demuestran la gran fragilidad vascular de estos enfermos, por ejemplo, durante la anestesia, aortografía, electroshock si han sido falsamente diagnosticados de enfermos mentales, e incluso con inyecciones tan simples como la de largactil y sobre todo cuando se hacen sin precaución pruebas exploratorias como las de histamina y regitina.

Los feocromocitomas de los niños presentan trastornos funcionales muy intensos. No es raro en ellos el estado pseudomeníngeo por las cefaleas vivas y permanentes que se exacerban momentáneamente y las convulsiones y rigidez de nuca que puedan acompañarles. Otras veces es un cuadro pseudotumoral cerebral con disminución de agudeza visual e instauración rápida de lesiones vasculares retinianas.

El adelgazamiento, repercusión cardíaca y crisis sudorales intensas son también muy acusados en los niños. Es interesante señalar que hay en ellos un retardo en la aparición de los puntos de osificación independientemente de que exista o no precocidad sexual.

Las formas múltiples son más frecuentes en los niños que en los adultos hasta el punto de constituir la tercera parte de los casos. Asimismo en todo tumor infantil se

investigará detenidamente si hay antecedentes familiares.

La exploración clínica se complementa con las pruebas de laboratorio, químicas o biológicas que valoran las catecolaminas y con los test farmacológicos actuando sobre estas sustancias.

La clínica proporciona ya algunos datos que son indicio de un nivel alto de catecolaminas. Nos referimos a los resultados que suministran las pruebas postural y la del frío. Las elevaciones tensionales que se producen en ambos test son menores en los enfermos con feocromocitoma porque estando ya altas las cifras de catecolaminas la descarga de adrenalina que puede producir la médula suprarrenal no tumoral (que es la única que tiene nervios) representa un tanto por ciento de la cantidad basal anterior mucho menor que en el sujeto sano.

De las pruebas farmacológicas hay dos grupos fundamentales:

- a) Tests provocadores: actúan facilitando la aparición de las crisis hipertensivas.
- b) Tests inhibidores o frenadores: utilizan sustancia adrenolíticas.

De los tests provocadores todos los que se basan en excitación nerviosa como la acetil-b-metil-colina, el tetraetilamonio, etc., son poco seguros y se comprende fácilmente, pues las células tumorales carecen de nervios. Quizá sin embargo pu-

dieran influir indirectamente a través de las modificaciones vasculares. Pero es que además los tests provocadores se encuentran con que la rapidez de liberación de las catecolaminas del complejo ATP-proteínas que forman en las células cromafines puede ser muy variable. De cualquier modo sólo dos tests de este tipo han resistido la prueba del tiempo: 1) el test de la tiramina que tiene la ventaja de ser inocuo y en la opinión de ONO da una positividad del 100 % en casos de hipertensión permanente; sin embargo da falsos negativos en la hipertensión paroxística (100, 101), y 2) el test de la histamina de ROTH y KVALE basada en el aumento de la permeabilidad capilar que el fármaco produce, lo que lleva consigo una facilitación del paso de las catecolaminas tumorales a la sangre. Es quizá el test de provocación más aceptado por lo que describimos su técnica:

- a) Se comienza por realizar el test del agua fría de HINES y BROWN con objeto de establecer la labilidad tensional del individuo.
- b) A continuación se inyectan en vena de 25-50 mcg de histamina y se toma la tensión cada 30 segundos durante 15 minutos.

Después de una caída tensional durante el primer minuto debe elevarse cuando menos 60 mm Hg la

máxima y 40 la mínima y al mismo tiempo para que tenga valor estas elevaciones deben ser superiores a las observadas en el test de HINES y BROWN. Si la tensión se eleva mucho se pueden inyectar hasta 50 mg de regitina para yugular el acceso. La prueba proporciona alrededor del 20 % de resultados falsamente positivos o negativos especialmente si el enfermo ha estado sometido a medicación anterior sedante o hipotensora.

Para la práctica tanto de los tests adrenolíticos como los que acabamos de referir conviene que esté el enfermo 15 días sin haber tomado anteriormente alfa-metil-dopa, guanetidina o simpaticolíticos; un mes sin haber tomado rauwolfia y una semana sin haber ingerido antihistamínicos o antidepresores (tales como imipramina, amitriptilina y gangliopléjicos). Aun mayor cuidado habrá que tener cuando se han empleado inhibidores de la monoaminoxidasa como la iproniazida o las anfetaminas debiendo como mínimo dejar pasar un mes para la realización de las pruebas.

A los tests de provocación clásicos de la tiramina e histamina hay que añadir una prueba provocadora de reciente adquisición: el test de glucagón. Consiste en la inyección de 0,5-1 mg de esta sustancia valorando a continuación la respuesta presora y la eliminación urinaria de catecolaminas. Es útil en los casos de feocromocitoma con determinaciones basales normales (102, 103).

De las sustancias del segundo grupo o adrenolíticas se han deshechado por muy poco seguras las pruebas de la dibenamida, priscolina, cloropromazina y dihidroergocriptina. Actualmente se emplean las del benzodioxano y la regitina y casi podríamos decir que sólo esta última.

En 1933 MOURNEAUX y BONET observaron la acción inversora del efecto vascular de la adrenalina que tiene el benzodioxano y ése fue el fundamento de la introducción como test farmacológico por GOLDBERG en 1947 (104, 105). El benzodioxano y sus derivados tienen el inconveniente de producir vasoconstricción cuando no hay hormonas adrenales que los contrarresten. Por ello su empleo en la hipertensión esencial puede producir accidentes graves y como el diagnóstico diferencial de los feocromocitomas se plantea fundamentalmente con dicha hipertensión, no es muy de aconsejar el benzodioxano como método exploratorio. Por lo demás los falsos resultados en los enfermos renales no son nada raros.

El test de la fentolamina o regitina de Grimson y Longino es el más seguro, inocuo y extensamente usado. Se realiza del modo siguiente:

- a) Se pincha la vena y se deja transcurrir el tiempo necesario para que la presión vuelva a lo normal.
- b) Se inyectan rápidamente en

vena 5 mg de fentolamina en el adulto o 1 mg en el niño.

- c) Se registra posteriormente la presión cada 30 segundos durante 3 minutos y luego cada minuto durante otros siete o hasta que se recuperen los valores normales.
- d) La respuesta es positiva cuando el descenso es de 35/25 mm Hg, pero debe advertirse que la caída durante el primero y segundo minutos no es valorable.

A pesar de ser esta prueba bastante inocua se han referido accidentes fatales en la literatura (14). Se registra un 10 % de casos falsamente positivos casi todos debidos a la administración anterior de fármacos hipotensores o vasoconstrictores nasales. Conviene repetir el test cuando los resultados sean dudosos.

La valoración de las catecolaminas segregadas y sobre todo sus metabolitos (en especial el ácido vanilín-mandélico) tiene hoy gran importancia y esta última determinación por su sencillez se ha instituido en método de rutina.

Aunque ya BRANDT en 1933 demostrara que existen sustancias hipertensoras en la sangre de estos enfermos con aumento tensional (106) fueron fundamentalmente los trabajos de HOLTZ en 1947-1950 (cit. por 1) los que nos enseñaron que esas sustancias eran las catecolaminas y que existían en mayor cantidad en la orina. VON EULER en 1951 (107) de-

mostró que existía además en la orina una tercera sustancia: la DOPAMINA. Pero fueron los trabajos de ARMSTRONG en 1957 demostrando la presencia en la orina de 3-metoxi-4-hidroxi-mandélico (ácido vanilín-mandélico) (108) y de AXELROD (109) sobre los metabolitos de las catecolaminas la mayor contribución al diagnóstico del feocromocitoma puesto que estas sustancias se eliminan en mucha mayor cantidad que las catecolaminas sin transformar. De estas últimas los enfermos con tumor suprarrenal suelen eliminar más de 150 gamas mientras que para el vanilín-mandélico se consideran valores patológicos en orina las cifras superiores a 6 mg.

De la determinación de las catecolaminas y sus derivados se han podido establecer las siguientes conclusiones de gran importancia semiológica:

- a) En los hipertensos esenciales la cantidad urinaria de catecolaminas está próxima a lo normal.
- b) Con el esfuerzo, la emoción y todas las llamadas por CANNON situaciones críticas (infarto de miocardio, ictus apoplético...) aumentan las catecolaminas.
- c) En los ganglioneuroblastomas puede existir una gran eliminación de catecolaminas y de ácido vanilín-mandélico. En cambio los simpaticogoniomas no dan esa elevación y tam-

poco suelen darla los gangli-neuromas.

- d) La insuficiencia renal puede conducir a la retención en sangre de aminas presoras.
- e) La aplicación de sustancias vasoconstrictoras en la nariz puede determinar un aumento considerable de catecolaminas en sangre.

De todas las determinaciones químicas la mayoría de autores están de acuerdo en reconocer que la más útil y menos sujeto a error es la del vanilín-mandélico en orina de 24 horas (55, 114) siempre que previamente se excluya de la alimentación el café, plátanos, galletas y ácido acetil salicílico. Las determinaciones de catecolaminas en plasma son solamente útiles cuando se toman muestras de sangre en un ataque de hipertensión, después de los tests provocadores (110, 111, 112) o bien en sangre obtenida por cateterismo de la cava a distintos niveles cuando se trate de la búsqueda de tumores ocultas (46, 116, 117). La determinación urinaria en cambio permite el diagnóstico del feocromocitoma en el 90 % de los casos pudiendo fallar en los casos de hipertensión paroxística si no se recoge orina después de la crisis (113, 114, 115).

En nuestro recorrido por los métodos diagnósticos nos quedan por revisar los métodos radiológicos. Podemos concretar de una manera esquemática que las exploraciones que

nos son de utilidad y sus enseñanzas son las siguientes:

- a) Radiografía simple que puede poner de manifiesto calcificaciones en las zonas necróticas del tumor como HOWARD y BARKER pusieron por primera vez de manifiesto (71).
- b) Retroneumoperitoneo siguiendo la técnica de RUIZ RIVAS u otra análoga. Es conveniente obtener planos tomográficos.
- c) Urografía intravenosa. Puede evidenciar signos indirectos de compresión y descartar tumores renales.
- d) La aortografía es peligrosa, pues puede producir un grave acceso hipertensivo. Con técnica de SELDINGER con cateterismo selectivo la arteriografía no parece tan peligrosa. No obstante es necesario tomar medidas preventivas y algunos autores la desaconsejan.
- e) La flebografía retrógrada con cavografía o cateterismo más o menos selectivo de las venas suprarrenales puede tener interés en casos difíciles cuando los hallazgos clínicos y bioquímicos no coinciden (116, 118, 119). Aunque esta técnica se considera exenta de riesgo GOLD describe por primera vez en 1972 una complicación hipertensiva por lo que recomienda tomar las mismas

precauciones que en la arteriografía (120).

- f) Ultimamente se ha logrado la visualización de las glándulas suprarrenales con contrastes radioactivos (131-I-19-iodocolesterol, DDD) (121, 122).

Podemos concluir que de todas las pruebas radiológicas el retroneumoperitoneo es la más importante y ella sola permite el diagnóstico del feocromocitoma en el 60 % de los casos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El síntoma más importante del que tenemos que partir es la hipertensión, aunque haya el 30 % de los casos que no la presentan o que no se ha encontrado por ser los paroxismos de muy corta duración.

Es de observación clínica diaria que cualquier enfermo hipertenso presenta ascensos tensionales cuando acude a la consulta y esta labilidad tensional no debe confundirse con crisis paroxísticas. Por otro lado las llamadas crisis de Pal no son siempre por feocromocitomas como han pretendido ROWNTREE, KALK y NORDMANN, sino que se pueden desencadenar por el plomo, nicotina, lobelina, efedrina, cólicos hepáticos y nefríticos, tumores del vago, hemorragias cerebrales, embolias y tumores endocraneales, crisis tabáquica y alérgica y muy típicamente en la distensión vesical de los parapléjicos.

Las crisis paroxísticas hipertensivas por feocromocitomas a diferencia de las anteriormente reseñadas suelen desencadenarse por factores mecánicos y se acompañan de intensa sudoración pero es obvio que estos signos clínicos no sirven más que de orientación y la verdadera diferenciación sólo se obtiene con la determinación de catecolaminas y metabolitos en orina y con la demostración del tumor. El estudio de la función renal mediante los clearances, examen citobacteriológico de orina y biopsia renal servirá para descartar las hipertensiones de origen renal.

En los niños el cuadro de pseudo-tumor cerebral o el meningítico puede llevar a errores que se evitarán con el estudio de las catecolaminas y los exámenes radiológicos. El estudio anamnéstico familiar es aquí muy conveniente. En el adulto la confusión con cuadros hipertiroideos es fácil. Nuestra paciente tenía ligero exoftalmos; había sido tomada por nerviosa durante mucho tiempo.

Hay que tener mucho cuidado con la confusión con un diagnóstico de enfermedad mental lo que podría exponer al enfermo a un tratamiento con electroshock que, dada su fragilidad, ha resultado fatal en más de una ocasión.

Las bases del diagnóstico del feocromocitoma se podrían esquematizar del siguiente modo:

1. El hallazgo de hipertensión

(sea o no paroxística) y el tumor da gran probabilidad de diagnóstico pero no de seguridad, ya que los quistes de riñón y los tumores de suprarrenales inflamatorios (tuberculosis) o parasitarios (quiste hidatídico) pueden al comprimir los vasos renales originar la existencia de esos dos signos fundamentales, hipertensión y tumor.

2. Si hay datos clínicos positivos y también es afirmativo el aumento de catecolaminas o sus metabolitos en orina, pero los resultados radiográficos de la región lumbar son negativos, habrá que hacer un estudio profundo que comprenderá:

- a) Estudio radiológico de tórax.
- b) Estudio de vejiga con cistografía y cistoscopia.
- c) Sondaje de vena cava a distintos niveles.
- d) Estudio de la región retroanal con palpación detenida de la misma.
- e) Palpación minuciosa del cuello y restantes regiones del cuerpo.

Los tumores del simpático de tipo neuroblastomatoso y algunos ganglioneuromas que cursan con diarrea pueden dar aumento de ácido vanilín-mandélico. El análisis cromatográfico de los catecoles así como el fluorimétrico al permitir establecer diferencias entre la DOPA y

sus derivados metabólicos con los de la adrenalina y noradrenalina hará factible el establecer el diagnóstico de estas tumoraciones de naturaleza tan semejante, fundándose en las siguientes conclusiones:

1. En el feocromocitoma se eliminan solamente la noradrenalina, adrenalina, sus metoxiderivados y el ácido vanilín-mandélico.
2. Por el contrario en los tumores del simpático, en especial en los neuroblastomas, se elimina además la DOPAMINA y sus productos de transformación metabólica (especialmente el ácido homovanilínico ya sea a partir del ácido 3-4 dihidroxifenil-acético o de la 3-metoxi-tiramina), encontrándose también en esos tumores cantidades considerables de DOPA y de sus productos metabólicos (como son el ácido 3-dihidroxi-fenil-pirúvico que puede pasar a 3-4 dihidroxi-fenil-acético o la 3-metoxi-4-hidroxi fenil alanina que puede pasar a ácido vanilín-pirúvico). Cabe señalar no obstante que se han descrito casos de feocromocitoma benigno en niños con eliminación de ácido homovanílico (123) (fig. 13).

En los raros tumores del glomus no cromafínicos, los llamados chemodectomas, está aumentada la eli-

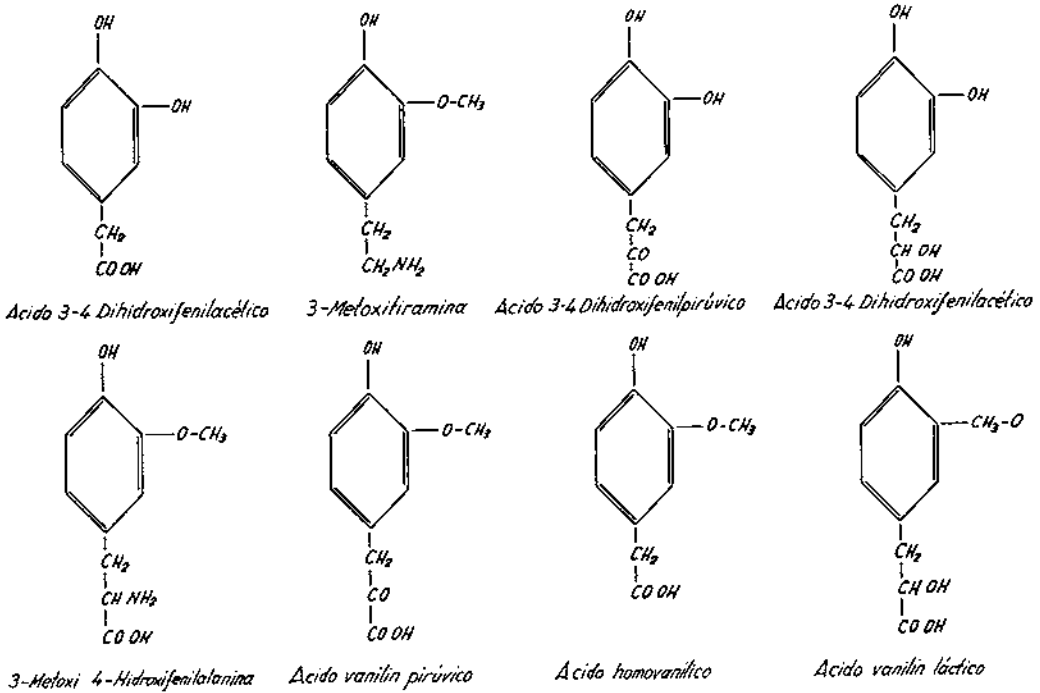


Fig. 13. — Metabolitos de las catecolaminas y sus precursores DOPA y DOPAMINA.

minación urinaria de noradrenalina y ácido vanilín-mandélico. En los melanomas hay gran formación de DOPA por lo que se encuentra elevada en la orina así como su derivado al ácido homovanílico.

En los casos infantiles habría que pensar en dos enfermedades cuya sintomatología por estar profundamente alterado el funcionamiento del sistema nervioso vegetativo se parecen extraordinariamente a los feocromocitomas. Nos referimos a la ACRODINIA y la DISAUTONOMIA FAMILIAR o ENFERMEDAD DE RILEY.

La acrodinia o enfermedad de Swift (1819) o Feer (1922) es una alteración del sistema nervioso vege-

tativo que se traduce desde el punto de vista bioquímico por un aumento de la eliminación de noradrenalina y ocasionalmente de su metabolito el ácido vanilín-mandélico. Este aumento parece estar en relación con una irritación del sistema nervioso vegetativo habiéndose pensado en una causa infecciosa vírica, de un germen similar al virus de la Sudamina, o en una intoxicación. Ninguna de las dos etiologías ha podido ser demostrada. En 1948 WARKANY y HULSBAND han sugerido que podría tratarse de una hipersensibilidad frente a sales mercurícas. La fuente de contacto mercurial es el calomelano usado como polvo dental o el sublimado utilizado para la-

var pañales. En la orina el mercurio es eliminado en cantidades superiores a 100 mcg diarios por estos enfermos.

En la **DISAUTONOMIA FAMILIAR** hay un bloqueo en la transformación de la dopamina en noradrenalina, lo que conduce a una disminución de la eliminación de vanilmandélico y a un aumento del homovanilínico. El cuadro clínico similar al de la acrodinia traduce un desarreglo del sistema nervioso vegetativo. La enfermedad es infantil, aguda y caracterizada por lacrimación defectuosa con lesiones corneales, hipertensión transitoria, hipotensión postural, hiperhidrosis, salivación excesiva, hiporreflexia, disfagia, crisis apneicas, incoordinación motriz, manchas cutáneas y disrritmias térmicas. El carácter familiar se pone de manifiesto por afectarse varios hermanos. HUTCHINSON y HAMILTON lo describieron en dos hermanos escoceses, aunque siempre se había pensado que era privativa de la raza judía.

TRATAMIENTO

Como medicación fisiopatológica puede utilizarse la alfa-metil-tirosina que es inhibidora de la tirosinhidroxilasa, con lo que se disminuye la formación de DOPA y, consecuentemente, de las hormonas cromafínicas. Se dará en dosis crecientes de 300 a 3500 mg repartidos en cuatro tomas. Con esta medicación la secreción catecolamínica se reduce

a más de la mitad y también disminuyendo la presión arterial. Sin embargo, como tratamiento preoperatorio no previene de las crisis (126, 126).

La alfa-metil-dopa a dosis de 500-2000 mg ha sido también utilizada basándose en la inhibición que ejerce sobre la dopadecarboxilasa. La regitina es de gran valor para yular los accesos hipertensivos, evitando así que se produzcan accidentes vasculares que pudieran ser mortales. Se debe dar en solución salina gota a gota y en cantidad que se regulará por las cifras tensionales tanteando al comenzar con la dosis de 10 mg en una hora, pero pudiendo llegar a 20 y aún más.

De todos modos demostrada la tumoración el tratamiento ha de ser quirúrgico. Únicamente cuando se descubre el feocromocitoma en una embarazada parece que lo más correcto es hacer un tratamiento médico en la primera parte del embarazo y provocar una cesárea cuando el feto es viable (55, 124).

La preparación preoperatoria es discutida. La mayor parte de los cirujanos siguiendo a GRIMSON emplean la regitina doce horas antes de la intervención administrando 20 ó 25 mg por vía oral cada 3 horas y añadiendo al comenzar la intervención, 0,08 mg/kg de peso en varias veces por vía intravenosa. Se sugiere asociar los Beta-bloqueantes y la cortisona. En caso de desfallecimiento cardíaco se dará estrofantina o cedilanid (1, 15).

Como medicación preanestésica la morfina y el largactil son peligrosos en estos enfermos, tolerándose mejor la dolantina. Los anestésicos más inocuos parecen ser el óxido nitroso y los hidrocarburos halogenados. No obstante, con cilopropano se han descrito casos de colapso (128, 129).

En nuestra paciente la tarde y noche anterior a la intervención se administraron 50 mg de fentolamina por os cada cuatro horas hasta cinco horas antes de la intervención. Como medicación preanestésica se dio fenergán (25 mg), dolantina (50 mg) y atropina (0,5 mg) y como anestésico se utilizó el óxido nitroso, no registrándose ninguna complicación.

Es muy frecuente que durante la intervención se produzcan con las manipulaciones ascensos tensionales que se yugarán si son importantes con perfusión de regitina. Al quitar el tumor puede sobrevenir, por el contrario, un colapso que se evitará con 50-100 mg de hidrocortisona o el equivalente de otro corticoide soluble disuelto en 500 ml de suero glucosado al que se añaden 8 o más mg de noradrenalina. Si no desciende la tensión después de la ablación del tumor hay que sospechar la existencia de otro feocromocitoma, asegurándose más el diagnóstico si desciende con la inyección rápida intravenosa de 5 mg de fentolamina. La perfusión de noradrenalina suele ser indispensable en las 10-12 horas siguientes, debiendo vigilar constantemente la tensión.

Después la cantidad de noradrenalina necesaria suele disminuir al alcanzar la tensión su valor normal a las 36 horas en los mejores casos. En las 24 horas del postoperatorio se administran también 50 mg de hidrocortisona. La normalización total de la tensión después de la intervención suele tardar unos cinco días, aunque en ocasiones ello no se consiga hasta el mes.

Durante la intervención de nuestra paciente se produjeron ascensos tensionales de 26/14 que remitieron con la administración endovenosa de regitina. Tras la extirpación del tumor la tensión cae a 12/8, poniéndose en marcha una perfusión de noradrenalina y soludacortin que consiguen mantener las cifras tensionales alrededor de 17/8. Durante el postoperatorio se sigue esta misma medicación hasta las 40 horas en que se suspenden las perfusiones y la tensión se mantiene estable alrededor de 15/8.

EVOLUCION Y PRONOSTICO

Nuestra paciente durante un mes en que controlamos sistemáticamente la tensión ésta permaneció invariable alrededor de 13/8. Se normalizó la curva de glucemia y el ácido vanilín-mandélico. Practicamos un test de la histamina que dio resultado negativo. Hasta el momento y seis años después de la intervención la paciente se encuentra perfectamente.

Respecto al pronóstico cabe señalar que las anormalidades metabólicas se corrigen juntamente con la hipertensión en el 50 % de los casos, pero en otro 50 % queda un ascenso tensional residual debido a alteraciones secundarias del sistema vascular (130). Cabe señalar, sin embargo, que casos de hipertensión maligna han remitido tras extirpar el tumor (127).

Nunca se recalcará bastante que la mayoría de desenlaces fatales se producen al hacer la resección del tumor por no tener en cuenta que pueden ser necesarias cantidades enormes de agentes presores para conseguir mantener la presión sanguínea.

No se ha publicado nunca un caso en el que habiéndose quitado todos los feocromocitomas existentes sigan evolucionando las alteraciones vasculares; si hay recidivas son, por tanto, debidas a un tumor suprarrenal del otro lado o a uno ectópico.

En caso de feocromocitoma malig-

no con metástasis, y aquí volvemos a insistir en que éstas son el verdadero signo de malignidad y no la diferenciación histológica, se aconseja extirparlas siempre que se pueda o hacer la mayor resección posible, acompañándola de tratamiento radioterápico.

RESUMEN

Se presenta un caso de feocromocitoma que había evolucionado durante tiempo con crisis paroxísticas de hipertensión que habían pasado desapercibidas. El tumor extirpado pesó más de 300 gr y su imagen histológica presentaba una gran desdiferenciación y pleomorfismo celular adquiriendo el carácter de carcinoma anaplásico. No obstante, la evolución de la enferma a los seis años de la intervención ha sido completamente favorable. Con ocasión de este caso se hace una revisión de la literatura mundial.

BIBLIOGRAFIA

1. HERMANN, H. and MORNEX, R.: Les Pheochromocytomes. Gauthier-Villars. Paris, 1964, pág. 55.
2. OFSTAD, E.: Pheochromocytom et tilfelle ned ektopisk beliggenhet. *T. Norske Laegeforen*, 1972, 92, 6, 428-455.
3. CONDE, P., TORRES, J. A., AGUIRRE, M. et al.: Feocromocitoma de localización poco frecuente y con diabetes. *Rev. Clin. Esp.* 1970, 118, 171-174.
4. THOROUGHAM, J. C., SMITH, R. B., SKORAPA, Jr. V. and FRANCO JOVE, D.: An unusual case of pheochromocytoma. *J. Med. Ass. Georgia*, 1970, 59, 143-146.
5. ROSS, E. J.: Clinical aspects of phaeochromocytoma. *Proc. Roy. Soc. Med.* 1972, 65, 792-793.
6. SOBONYA, R. E., WEAVER, S. P. and ANTON, A. H.: Extra adrenal epinephrine producing pheochromocytoma with fatal shock. *Res. Commun. Chem. Path. Pharmacol.* 1973, 5, 241-251.
7. MANNIX, Jr. H., O'GRADY, W. P. and GITLOW, S. I.: Extra adrenal pheochromocytoma producing epinephrine. Its physiologic significance. *Arch. Surg.* 1972, 104, 216.
8. SCOTT, W. W. and EVERSOLE, S. S.: Pheochromocytoma of the urinary bladder. *J. Urol.* 83, 656, 1960.
9. SIVAK, G.: Pheochromocytoma of bladder. *J. Urol.* 86, 568, 1961.
10. ZIMMERMANN, I. J., BIROU, R. E. and McMAHON, H. S.: Pheochromocytoma of the urinary bladder. *New England J. Med.* 1953, 249, 25-26.
11. Doctor V. M., PHADKE, A. G. and SIRSAT, M. V.: Pheochromocytoma of the urinary bladder. *Brit. J. Urol.* 1972, 44, 351-355.
12. BOGART, M. G. and VERMENLEN, A.: Pheochromocytoma of the urinary bladder with inconclusive chemical and pharmacologic test. *Amer. J. Med.* 1972, 53, 797.
13. BERNSTEIN, D. E. and ROSEMBERG, M. L.: False positive regitine test. *Standford Med. Bull.* 1954, 12, 124.
14. DELANEY, J. P. and PARITZKY, A. Z.: Necrosis of a pheochromocytoma with shock. *New England J. Med.* 1969, 280, 1393.
15. NIIMUR, K., IZAWA, A., MURUI, M. et al.: Bilateral adrenal pheochromocytoma with shock. *New England J. Med.* 1969, 280, 1393.
16. MINNO, A. M., BENNET, W. A. and KVALE, W. E.: Pheochromocytoma, a study of 15 cases diagnosed at autopsy. *New England J. Med.* 1954, 251, 959-965.
17. LOHMAN, V. von: Über diabetes mellitus bei nebennieren markttumor. *Deutsch. Med. Wschr.* 1950, 75, 138.
18. MELVIN, K. E., THASJIAN, Jr. H. B. and MILLER, H. H.: Studies in familial thyroid cancer. *Trans. Ass. Amer. Phycns.* 1971, 84, 144.
19. SWINTON, Jr. N. W., CLERKIN, E. P. and FLINT, L. D.: Hypercalcemia and familial pheochromocytoma. Correction after adrenalectomy. *Ann. Intern. Med.* 1972, 76, 455-457.
20. POLOYAN, E., SCANNU, A. and STRAUS, F. M.: Familial pheochromocytoma, medullary thyroid carcinoma, and parathyroid adenomas. *J. Amer. Med. Ass.* 1970, 214, 1443-1447.
21. SCHLEGEL, C. G.: Neurofibromatose Recklinghausen und Phäochromozytom. *Schweiz. Med. Wschr.* 1960, 90, 31-39.
22. GLUSHEIN, A. S., MANSUY, M. M. and LITMANN, D. S.: Pheochromocytoma. Its relation to the neurocutaneous syndromes. *Amer. J. Med.* 1953, 14, 318-327.
23. BENNET, M. and MATHER, G.: Pheochromocytoma in pregnancy. *Lancet.* 1959, 276, 811-812.

24. ATTIA, A., GOLDEN, R. L. and ZIFFER, H.: Non chromaffin staining functional tumor of the organ of Zuckerkandl. *New England J. Med.* 1961, 264, 1130-1133.
25. COIGNET, J., PASSERON, P., DELPUI, P.: Pheochromocytome et angiomatose familiale. A propos d'un cas. *Pediatric.* 1969, 24, 610-611.
26. GOODAL, M. and STONE, G.: Adrenaline and noradrenaline producing of the adrenal medulla and sympathetic nerves. *Ann. Surg.* 1960, 151, 391-298.
27. MCKENSIE, D. W. and McEACHERN, D.: Tumor of the medulla of adrenal. *J. Urol.* 1938, 40, 467-476.
28. LIMA, J. B. and SMITH, P. D.: Sipple's syndrome (pheochromocytoma and thyroid carcinoma) with bilateral breast carcinoma. *Amer. J. Surg.* 1971, 121, 732.
29. WARNER, R. R. P. and BLANSTEIN, A. S.: Coexistence of pheochromocytoma and carcinoid syndrome produced by metastatic carcinoid of the ileum. *M.T. Sinai J. Med.* 1970, 37, 536-548.
30. BECKER(C. E., ROSEU, S. W. and ENGELMAN, K.: Pheochromocytoma and hyporesponsiveness to thyrotrophin a 46 XY male with features of the Turner phenotype. *Ann. Intern. Med.* 1969, 70, 325-333.
31. WALF, L. M., DUBUISSON, M., SCRUB, J. C. et al.: Syndrome de Sipple associé a des adenomes hypophysaires et parathyroïdiens. *Ann. Endocr. (Paris)* 1972, 33, 455-463.
32. HANNON, R., VAN DER SLUYS VEER, J. and SMEENK, D.: Het medullair schildklier carcinoom literatuuroverzicht naar aanleiding van een eigen observatie. *T. Geneesk.* 1971, 27, 27-36.
33. KEYNES, W. H. and TILL, A. S.: Medullary carcinoma of the thyroid gland. *Quart. J. Med.* 1971, 40, 443-456.
34. SIEGELMAN, S. S., ZAVOD, R. and HASSON, J.: Hypernephroma, pheochromocytoma and thyroid carcinoma. *J. Urol. (Baltimore).* 1969, 102, 402-405.
35. SAMAAAN, N. A., HILL, Jr. C. S. and BECEIRO, J. R.: Medullary carcinoma of the thyroid and calcitonin. *S. Afr. Cancer Bull.* 1972, 16, 51-55.
36. SAXENA, K. M.: Endocrine manifestations of neurofibromatosis in children. *Amer. J. Dis. Child.* 1970, 120, 265-271.
37. BLESSING, M. H.: Pathologie und Histologie des Phaochromocytoms. *Diagnostic.* 1973, 6, 61-63.
38. TRAUB, Y. M. and ROSENFELD, J. B.: Malignant pheochromocytoma with pleural metastasis of unusually long duration. *Chest (Philad.).* 1970, 58, 546-550.
39. ABEL, J. J.: On the blood-pressure-raising constituent of the suprarenal capsule. *Bull. Johns. Hopkins Hosp.* 1897, 8, 151-157.
40. ALDRICH, T. B.: Is the adrenaline the active principle of suprarenal gland? *Amer J. Physiol.* 1902, 359-368.
41. FURTH, O. VON: Zur Kenntniss der brenzcatechinähnlichen substanz der nebennieren. *Hoppe-Seyler's Z. Physiol. Chem.* 1900, 29, 105-123.
42. TAKAMINE, J.: The bilod pressure raising principle of suprarenal gland. *JAMA.* 1902, 38, 153-155.
43. EULER, U. S. VON, HAMBERG, U. and PURKHOLD: Noradrenaline and adrenaline in the suprarenals of the guinea pig. *Experientia.* 1949, 5, 451.
44. RABIN, C. B.: Chromaffin cell tumor suprarenal medulla. *AMA. Arch. Phat.* 1929, 7, 228-243.
45. HOLTON, P.: Noradrenaline in tumour of adrenal medulla. *J. Physiol (London).* 1949, 108, 525-529.
46. EULER, U. S. and STRÖM, G.: Present status of diagnosis and treatment of pheochromocytoma. *Circulation.* 1957, 15, 5-13.
47. WAYMIRE, J. C., WEINER, N., SCHNEIDER, F. M. et al.: Tyrosina sydroxylase in human adrenal and pheochromocytoma. Localisations, kinetics and catecholamine inhibition. *J. Clin. Invest.* 1972, 51, 1798-1804.
48. KÄSER, H.: Die diagnostische bedeutung der bestimmung der Katechinamine und ihrer metaboliten. *Schwer, Medz. Wochr.* 1966, 96, 258.
49. LABBE, M., TINEL, J. and DOUMER: Crises solaires et hypertension paroxysmique en rapport avec une tumeur surrénale. *Bull. Soc. Med. Hôp. Paris.* 1922, 46, 982-990.

50. KREMER, D. N.: Medulary tumour of the adrenal gland with hypertension and juvenil arteriosclerosis. *AMA Arch Intern. Med.* 1936, 57, 999-1007.
51. PALMER, R. S. and CASTELMAN, B.: Paraganglioma of the adrenal gland simulating malignant hypertension. *New England J. Med.* 1938, 219, 793-796.
52. SMITHWICK, R. H.: Surgical treatment of hypertension. *Amer. J. Med.* 1948, 4, 744-759.
53. SCRAGNE, A. D., THELM, T. J. and DILTS, Jr. P. V.: Pheochromocytoma associated with pregnancy. *Obstet. Gynec.* (N. Y.). 1972, 39, 887-891.
54. LENA, A., COIGNET, J., ORFANOS, J. and ISMAN, H.: Pheochromocytoma bilateral successif associé a une maladie de von Hippel-Lindau. *Nouv. Press. Med.* 1973, 2, 81-86.
55. HILLESTAD, L. and BRODWALL, E.: Pheochromocytoma. A review of clinical findings in ten cases. *Acta Med. Scand.* 1970, 187, 313-316.
56. WEINTRAMB, M. I., MANNING, E. J. and KINKEL, W. R.: Ueuurological complications in pheochromocytoma of pregnancy. Report of a case and review of the literature. *Amer. J. Obstet. Gynec.* 1970, 107, 423-428.
57. SCHENDER, J. G. and LUTTWAK, E.: Pregnancy and delivery after bilateral adrenalectomy for pheochromocytoma. *J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth.* 1970, 77, 1031-1035.
58. BROWNE, E. F. and MEYER, J. S.: Pheochromocytoma with rupture of an intracranial aneurysm. *New England J. Med.* 1952, 247, 671-672.
59. MAIER, H. C. and HUMPHREYS, G. H.: Intrathoracic pheochromocytoma; including a case of multiple paraganglioma of the functional and non functional type. *J. Thor. Cardio. Surg.* 1958, 36, 635-641.
60. EVANS, W. F. and STEWARD, H. G.: The peripheral blood flow in case of adrenal pheochromocytoma before and after operation. *Amer. Heart J.* 1942, 24, 835.
61. HALMOVICI, H.: Evidence for adrenergic sweating in man. *J. Appl. Physiol.* 1950, 2, 512-521.
62. BACO, Z. M.: Sécrétion sudoripare chez le cheval après injection intradermique de sérum adrénaliné. *C.R. Soc. Biol.* 1932, 110, 568-570.
63. LANGLEY, J. N. and BENNET, S.: Action of pilocarpine, acecoline and adrenaline on sweating in the horse. *J. Physiol* (Lond.). 1923, 57, 71.
64. PROUT, B. J. and WARDELL, W. M.: Sweating and peripheral blood flow in patients with pheochromocytoma. *Clin. Sci.* 1969, 36, 109-117.
65. NICKEL, J. F., SMYTHE, C. M., PAPPER, E. M. and BRADLEY, S. E.: Study of mode of action of adrenal medullary hormones on sodium potassium and water excretion in man. *J. Clin. Invest.* 1954, 33, 1687-1699.
66. ERANKÖ, O., KARVONEN, M. J., LAAMANEN, A. and PITKANEN, M. E.: The anti-diuretic action of adrenaline and noradrenaline in the water loaded dog. *Acta Pharmacol.* 1953, 9, 345-351.
67. DEABORN, E. H. and LASAGNA, L.: The antidiuretic action for epinephrine and norepinephrine. *J. Pharmacol. Exp. Therap.* 1952, 106, 122-128.
68. CHAMORRO, A.: Action antidiurétique d'applications d'adrénaline sur l'écorce cérébrale du lapin. *C.R. Acad. Sci.* 1957, 244, 1069-1071.
69. MAZARS, P.: La lyse des effets tensionnels au cours des injections intra-veineuses continues d'adrénaline. *Thèse Medecine Lyon.* 1955.
70. PASSA, P., GOURGON, R., MOTTE, G. et al.: Pheochromocytome avec diabete sucre revelé par une insuffisance circulatoire aigué. *Nouv. Press. Med.* 1972, 1, 245-248.
71. HOWARD, J. E. and BARKER, W. H.: Paroxysmal hypertension and other clinical manifestations associated with benign chromaffin cells tumor. *Bull. Johns. Hopkins Hosp.* 1937, 61, 371-410.
72. BAUER, J. and BELT, E.: Paroxysmal hypertension with concomitant swelling of thyroid due to pheochromocytoma of the right adrenal gland, cure by surgical removal of the pheochromocytoma. *J. Clin. Endocr.* 1947, 7, 30-46.
73. BIGORGNE, J. C., BOUMARD, B., RIBERI, P. and FRESSINAUD, L.: Troubles cardiovasculaires et pheochromocytomes. Applications therapeutiques. *Arch. Med. Ouest.* 1970, 2, 207-220.
74. HEYMANS, C. and VLEESCHOUWER, C.: Mechanism of bradycardie by nora-drénaline. *Arch. Int. Pharmacodyn.* 1950, 84, 401-408.

75. KNACIK, Z., WŁODURCZYKOWA, J. and NIEWIADOMSKA: Ektrokardiograficzny w Przebiegu Guza Chromochlonego nadnerczy. *Pol. Tyg. Lek.* 1968, 23, 1936-73.
76. TENZER, C.: Quelques aspects electrocardiographiques d'un Phéochromocytome. *Acta Cardiol.* 1954, 9, 532-541.
77. SAYER, W. J., MOSER, M. and MATTINGLY, T. W.: Pheochromocytoma and the abnormal electrocardiogram. *Amer. Heart. J.* 1954, 48, 42-53.
78. GRAHAM, J. B.: Pheochromocytoma and hypertension. An analysis of 207 cases. *Surg. Gynec. Obstet.* 1951, 92, 105-121.
79. ALPERT, L. I., LOO HWAN PAI, ZAK, F. G. and WERTHAMER, S.: Cardiomyopathy asociated with a pheochromocytoma. Report of a case with ultrastructural examination of the miocardial lesions. *Arch. Path.* 1972, 93, 545.
80. GARCÍA, R. and JENNING, J. M.: Pheochromocytoma masquerading as a cardiomyopathy. *Amer. J. Cardiol.* 1972, 29, 568-571.
81. BAKER, G., ZELLER, N. H., WITZNER, S. and LEACH, J. K.: Pheochromocytoma without hypertension presenting as cardiomyopathy. *Amer. Heart. J.* 1972, 83, 688.
82. JEPSON, R. P., SLAVOTINEK, A. H. and GILLIGAN, J. E.: Myocarditis and Phaeochromocytoma. *Aust. N. Z. J. Surg.* 1969, 38, 324-28.
83. ERB, W. Jr.: Ueber den Einfluss Blutdruck wankungen auf die Konzentration des arteriellen und venösen Blutes. *Deutsch. Rrch. Klin. Med.* 1906, 88, 36.
84. FEYTER, F. VON: Uber die Entartung des braunene Fettgewebes beim Phäochromozytom. *Wien. Med. Wschr.* 111, 648, 1961.
85. ALBEROLA, V., MARÍN, J. and AZNAR, J.: Estudio de la agregación de las plaquetas durante las crisis hipertensivas provocadas por un feocromocitoma. *Rev. Clin. Esp.* 1970, 118, 137-140.
86. BELAWENEZ, P.: Zur Frage von der Wirkung des Adrenalins auf den tierischen Organismus biochez. 1909, 15, 431-433.
87. NARAYAMA, K.: Beiträge zur Physiologie der Drüsen. *Biochem. Z.* 1925, 155, 387.
88. SCHAEFFER, G. and THIBAUT, O.: Recherches sur les facteurs hormonaux de la régulation termique. Effets de l'adrénaline sur les échanges en fonction de l'activité thiroïdienne. *CR. Soc. Biol.* 1945, 139, 855.
89. KALLMANN, B. and STARR, P.: The effect of ephinephrine on thyroxine metabolism: iodine scretion after various thyroxine derivates. *Endocrinology.* 1959, 64, 703.
90. ACKERMAN, N. B. and ARONS, V. L.: The effect of epinephrine and norepinephrine on the acute thyroide release of thyroid hormones. *Endocrinology.* 1958, 62, 723-737.
91. BROOKS, M. H., GUHA, A. and DANFORTH, Jr.: Pheochromocytoma: observations on mechanism of carbohydrate intolerance and abnormalities associated with development of Goldblatt kidney following removal of tumor. *Metabolism.* 1969, 18, 445-459.
92. VANCE, J. E., BUCHANAN, K. D. and O'HARA, D.: Insulin and glucagon responses in subjects blockade. *J. Clin. Endocr.* 1969, 29, 911-916.
93. DE LEEUW, I. and SIX, R.: Feochromocitoom met Hyperinsulinisme. *T. Geneesk.* 1972, 28, 1468-1473.
94. COLWELL, J. A.: Inhibition of insulin secretion by catecholamines in pheochromocytoma. *Ann. Intern. Med.* 1969, 71, 251.
95. KARWOWSKA STAUBER, L., SENIOW, S. and KUZNIK, Z.: Diabetes occurring in the course of pheochromocytoma. *Bull. Pol. Med. Sci. Hist.* 1970, 13, 4-7.
96. DUNCAN, L. E., SEMANS, J. H. and HOWARD, J. E.: Adrenal Medullary tumor (Phéochromocytoma) and diabetes mellitus; disappearance of diabetes after removal of tumor. *Ann. Int. Med.* 1944, 20, 815-821.
97. RUBEY, F.: Fundusveränderungen bei phäochromocytom. *Klin. BML. Augenheilk.* 1969, 155, 860.
98. MANDL, M.: Zur Diagnose maskierter Phäochromozytome. *Wien. Med. Wschr.* 1955, 105, 516.
99. SCHUEMANN, H. J.: Hormone and ATP content of human adrenal medulla and pheochromocytoma tissue. *Clin. Wschr.* 1960, 38, 11-13.

100. ONO, I.: Evaluation of tyramine test for the diagnosis of pheochromocytoma. *Jap. Circulat. J.* 1972, 36/3, 289-290.
101. SCHMID, E. and KRANTHEIM, J.: Diagnostische bei hormonal aktiven sympathicustumores. *Med. Welt (Stuttg.)*. 1969, 15, 859.
102. SHEPS, S. G. and MAHER, F. T.: Histamine and glucagon tests in diagnosis of pheochromocytoma. *J. Amer. Med. Ass.* 1968, 205, 895.
103. FEDERSPIG, G., LAZZARIN, H., MASTROGIACOMO, I. and TRISOTTO, A.: Il test al glucagone nella diagnosi del feocromocitoma. *Metabolismo*. 1968, 4, 101-105.
104. GOLDEMBERG, M., SNYDER, G. H. and ARANOW, H.: New test for hypertension due to circulating ephinephrine. *J.A.M.A.* 1947, 135, 971.
105. GOLDEMBERG, M. and ARANOW Jr., H.: Diagnosis of pheochromocytoma by the adrenergic blocking action of benzodioxan. *J.A.M.A.* 1950, 143, 1139-1143.
106. BRANDT, F. and KATZ, G.: Uber den Nachweis von Adrenalinsekretion beim Menschen I. die Insulin hypoglycaemia. *Z. Klin. Med.* 1933, 123, 23-29.
107. EULER, U. S. von and HELLNER, S.: Excretion of adrenaline, noradrenaline and hydroxytyramine in urine. *Acta Physiol. Scand.* 1951, 22, 161.
108. ARMSTRONG, M. D., McMILLAN, A. and SKAW, K. N.: 3methoxy 4hydroxy & mandelic acid a urinary metabolite of norepinephrine. *Biochim. Biophys. Acta.* 1957, 25, 422-423.
109. AXELROD, J., LABROSSE, E. H. and KETTY, S. S.: O-methylation, the principal route of metabolism of epinephrine in man. *Science*. 1958, 128, 593.
110. SIANG, N. S., STOFFER, S. S., PIKLER, G. H. et al.: Laboratory and clinical observations with a two column plasma catecholamine assay. *Mayo. Clin. Proc.* 1973, 48, 47-56.
111. SATO, T., ONO, I., MIURA, Y. and YOSHINAGA, K.: Increased catecholamine excretion during normotensive phase in paroxysmal type of pheochromocytoma. *Jap. Heart. J.* 1971, 12, 214-220.
112. WOLL, R. L.: Norepinephrine and aldosterone metabolism in hypertension. *Bull. Postgrad. Comm. Med. Univ. Sydney*. 1971, 26, 56-59.
113. SULMONI, A. and MINALE, C.: Sulla diagnosi e terapia dei tumori delle surrenali. *Minerva Med.* 1972, 73, 3939.
114. SAGUIER, E.: Mesure biochemique de la fonction de la medulla surrenale et du systeme sympathique en clinique. *Schweiz. Med. Wschr.* 1970, 100, 532.
115. WILLIAMS, R. H.: Tratado de Endocrinologia. Pág. 392-403. Salvat Edit. Barcelona 1969.
116. MIOTTI, R., PRETER, B. and WIRTH, W.: Retrograde adrenal phlebography. *Urol. Int.* 1972, 27, 161.
117. SAATELA, A.: Plasma catecholamines in the diagnosis and localisation of pheochromocytoma. *Ann. Clin. Res. (Helsinki)*. 1972, 4, 78.
118. BRET, P., ANJOU, A., CHOLAT, L. et al.: Etude radiologiques des tumeurs surrenaliennes. A propos de 43 observations. *Ann. Radiol.* 1971, 14, 521.
119. REUTER, S. A.: Arteriography versus phlebography in the evaluation of adrenal diseases. *J. Belge Radiol.* 1971, 54, 575-581.
120. GOLD, R. S., WISINGER, B. H., GERACI, A. R. and HEINZ, L. M.: Hypertensive crisis as a result of adrenal venography in a patient with pheochromocytoma. *Radiology*. 1972, 102, 579-580.
121. LIEBERMAN, L. M., BEIERWALTES, W. H., CONN, J. W. et al.: Diagnosis of adrenal disease by visualisation of human adrenal glands with 131-I-19 iodocholesterol. *New. Engl. J. Med.* 1971, 285, 1387.
122. SKROMME KUDLDBI, K. G., ALVAREZ CERVERA, J. and CORTES MARMOLEJO, F.: Studies of suprarenal scintigraphy in humans using 131-I. DDD. *J. Nucl. Med.* 1972, 13, 282-284.
123. GITLOW, S. E., BERTANI, L. M. and GREENWOOD, S. M.: Benign pheochromocytoma associated with elevated excretion of homovanillic acid. *J. Pediat.* 1972, 81, 1112-1116.
124. RIBERT, B., FRESSINAND, L., GROLLIEUX, P. et al.: Pheochromocytomes et gravido puerperalite. A propos d'une observation. *Arch. Med. Anest.* 1970, 214, 227.
125. JONES, N. F., WALKER, G., RUTHVEN, C. R. J. and SANDLER, M.: Alfa methyl -p- tyro-in the management of pheochromocytoma. *Lancet*. 1968, 7578, 1105.
126. PARRA, A., PORCAYO, F. and SANTOS, D.: Pheochromocytoma: urinary cate-

- cholamine excretion and insulin secretion after alfa methyl p tyrosine treatment. *Helv. Paediat. Acta.* 1972, 27, 309.
127. SINGH VERMA, N. P., SEN, S. B., LAXMAN MALIYA, V. et al.: Reversible malignant hypertension due to pheochromocytoma. A case report. *Indian J. Med. Sci.* 1969, 23, 311-313.
 128. SLEINWAL, Jr. O. P., DOOLAS, A. and SOUTHWICK, H. W.: Pheochromocytoma. *Surg. Clin. N. Amer.* 1969, 49/1 (87-98).
 129. DYKES, M. H. M.: Adrenalectomy for Cushig's syndrome, paroxysmal tachycardia and a unique tumor. *Anesthesiology.* 1969, 30/5 (574-576).
 130. YLLIG, R. and ZIEGLER, W. H.: Glucose tolerance and immunoreactive insulin in patients with pheochromocytoma: the effect of alfa-receptor blocking agents. *Acta Endocr. (Kbh).* 1971, 66, 362-378.

DIAGNOSTICO RETROSPECTIVO DE LA ULTIMA ENFERMEDAD DE FELIPE II*

Prof. ALFONSO BALCELLS GORINA

(Académico Electo)

A manera de resumen de la «historia clínica» del rey Felipe, recogemos estos extractos:

Martes, último día de junio de 1598: «en llegando a San Lorenzo» tuvo «unas *tercianas* siete días»...

22 de julio, miércoles: «a media noche le dio una calentura que le fue siempre repitiendo a manera de *terciana doble* le sobrevino de ocasión de haber hecho más *exercicio* de lo ordinario...» un «*apostema* en la rodilla y muslo derecho haciendo naturaleza un mal *absceso* a aquella parte»... «fue menester *abrírsela*» y «*salió gran cantidad de materia*»... «la naturaleza hizo *otras dos bocas*», «con liviana ocasión de una medicina de caldo de ave y azúcar»... «vino a hacer *más de cuarenta cámaras* y esto se fue continuando *hasta el fin de su vida*»... «no tuvo pujo sino *cámaras*»... «se le podrían las asentaderas y las espaldas»... tuvo «un principio de *fiebre héctica o habitual*» y además «un gran principio de *hidropesia*, hin-

chándosele las piernas, muslos y vientre notablemente junto con estar las demás partes tan *flaco* que no tenía sino los pellejos y los huesos» también «*corrimientos ordinario* de su *gota*»... «...el mal antiguo y ordinario que Su Majestad tuvo» y «*cuatro llagas fistulosas* en manos y pies».

Murió el 13 de septiembre de 1598, a los 71 años, siendo la duración de su última enfermedad de 53 días.

Como complemento es interesante recoger el comentario del Dr. García de Oñate:

«Sucedió muchas veces que *por excusarle el gran dolor* que sentía cuando le menaban se tenía por menor inconveniente que los *excrementos* que evacuaba de su cuerpo *no se le limpiaban*, no se le mudaba la ropa de aquella parte y así muchas veces se quedaban en la cama, causándose dellos un *pestilente olor*»... «se le podrían las asentaderas y las espaldas»... «*no se podía Su Majestad rodear*»... «estando

* Sesión del día 24-IV-73.

siempre acostado de espaldas en 53 días no se le mudó jamás ropa limpia».

Por otra parte, otro de los médicos que asistían al rey, el Dr. Juan de Sanabria, añade esta observación:

«casi siempre Su Majestad *durmió bien* de noche y los *días demasiado*, por lo que estaban de día despertándole... «los dolores no le dejaban dormir»... «algunas noches padeció mucho».

Algunos detalles en la evolución de la enfermedad como los que se refieren a las curas, añaden información sobre la misma:

«para sacarle de ella las materias que en mañana y tarde eran dos escudillas, según testifica Dr. García de Oñate su médico de cámara, era necesario que el cirujano jeringase y *exprimiese la materia* de muy lejos»... «estando muy al cabo, testifica que fue necesario curándole, *levantarle la pierna en alto* para dar lugar a la materia que salía por la corva, lo qual se hacía con tanto trabajo y *dolor* de Su Majestad, que una vez para *curarle y limpiarle* así desto, como de otras necesidades naturales, lo comenzó a sentir tanto que *dijo que no lo podía sufrir*». Y *replicándole los médicos que era muy necesario* y no se podía excusar, les replicó diciendo. Pues protesto que moriré en el tormento y dígoles, porque se entienda... y luego cesó la cura por aquella vez».

En cuanto a los antecedentes destacan los siguientes:

«Estuvo dos años y medio *sin po-*

derse tener en pie y cada día se le refrescaban los dolores de la gota articular.» «Después de habersele abierto los dedos de una mano, *le manó materia más de un año.*»

«La *sed* que continuamente tuvo, fue riguroso sentimiento»... «no se osaba desmandar a *beber* sin orden suya» (de los médicos).

...teniendo levantado el pecho, quiso *enjuagarse la boca* y los *médicos se lo permitieron, advirtiéndole que no tragase agua*, por el peligro que tenía de *ahogarse*, teniendo alterado el pecho sucedió que como tenía poca fuerza se tragó el agua y sin poder hablar dio muestras a sus médicos de haberle pesado dello.

* * *

La interpretación de los hechos relatados exige un diagnóstico diferencial entre diversas posibilidades. En primer lugar las «tercianias» pueden corresponder a un verdadero paludismo y esta hipótesis no puede descartarse. Pero hay que admitir la posibilidad también de que se trate de un síndrome febril pseudopalustre por una *sepsis*. Abona esta última presunción los abscesos purulentos en las extremidades que en parte tuvieron que ser drenados y otros se abrieron espontáneamente. El carácter flemonoso y la localización en las extremidades, permite la sospecha del *muermo*, pero nos inclinamos a creer en la infección por piógenos como origen de aquella *sepsis*.

Independientemente aparece un cuadro de *diarreas* muy repetidas, hasta dar lugar a una deshidratación y adinamias marcadas por parte del enfermo. Esta «disentería» pudo ser bacilar, es decir, por *Shigellas* o bien tratarse de una salmonelosis, o incluso de un cólera. Para esta última hipótesis nos falta la noticia histórica de un ambiente epidémico, lo que la hace improbable.

Por otra parte, aparecen luego grandes *edemas* —«hidropesía»— lo que no es extraño si tenemos en cuenta la desnutrición profunda causada por la sepsis, la fiebre y las copiosas diarreas: una discresia plasmática con hipoproteinemia explica la patogenia de la anasarca. Aparecieron por fin grandes *escaras de decúbito*, lo cual tampoco es de extrañar dada la postración extrema y la inmovilidad en que dejaron al enfermo, incluso sin cambiarle la ropa ni limpiarle en todo el tiempo que duró el último episodio.

Probablemente sin relación direc-

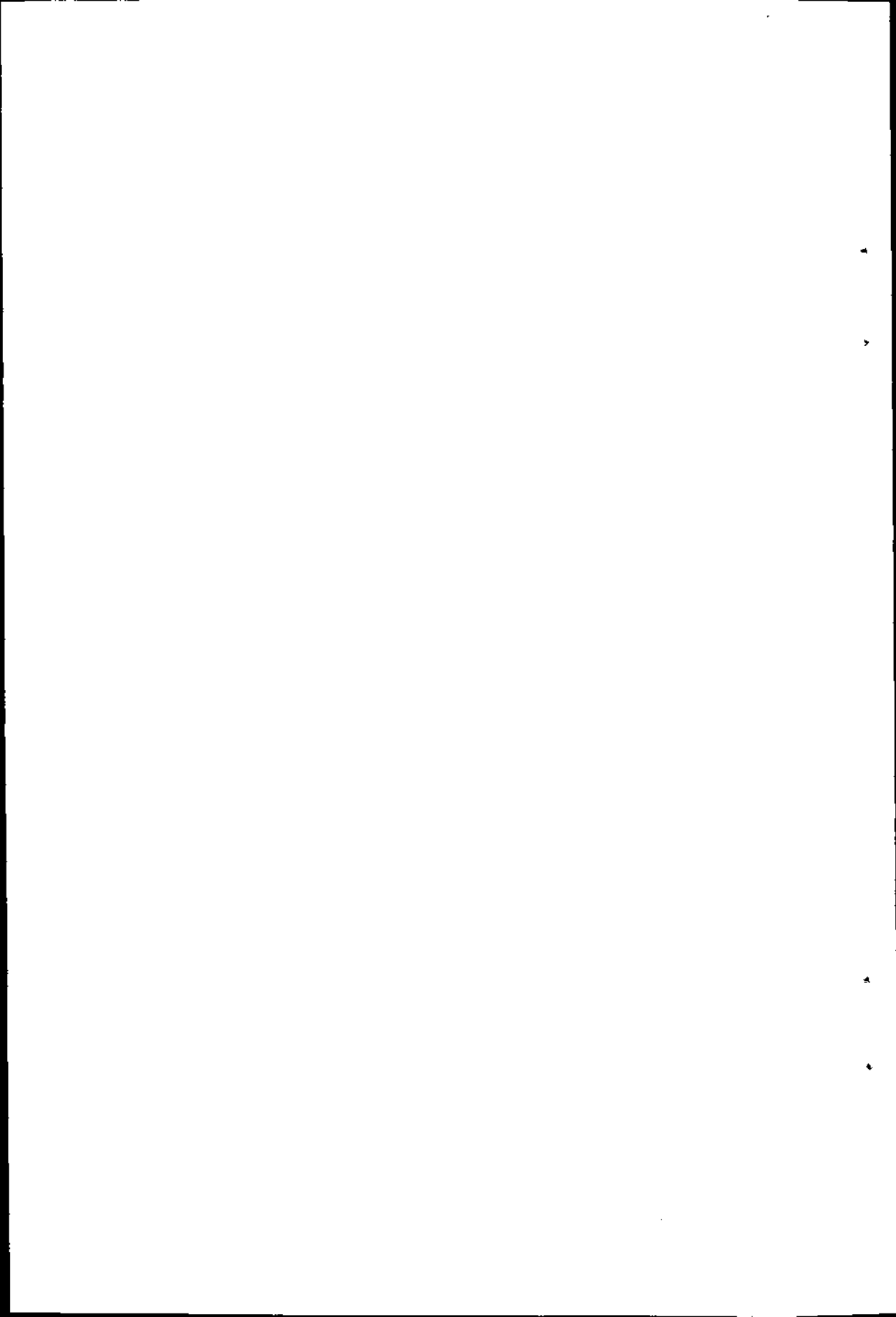
ta con todo lo anterior, aparecieron síntomas de su antigua *gota*, con fístulas a nivel de los tofos en manos y pies. Pensar que aquellas pudieron ser puerta de entrada de la infección séptica antes referida, no es descabellado, pero tampoco existen pruebas suficientes para afirmarlo categóricamente.

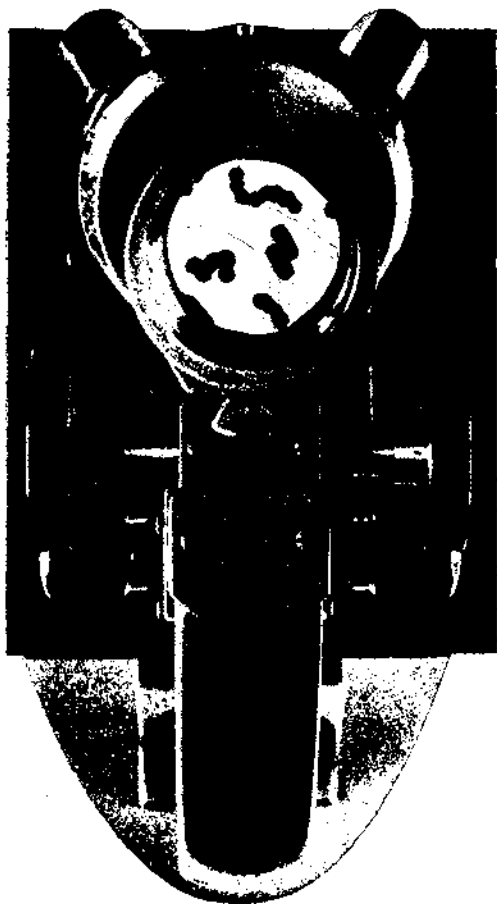
No es fácil enjuiciar, dados los conocimientos de la época, la calidad profesional y la conducta de los médicos de cámara que asistieron a Felipe II.

Hay que tener en cuenta que la higiene no tenía una base científica ni se disponía de medicamentos para vencer las infecciones: sólo quedaba el drenaje quirúrgico en los procesos supurados y esto se hizo. Pudieron evitar la negligencia en la limpieza y en las complicaciones posturales, pero tal vez ante la gravedad, que consideraron irreversible, del enfermo, optaron por ahorrarle molestias con cuidados que ya eran inútiles.

BIBLIOGRAFIA

«Muerte Felipe II». Fray Antonio Cervera de la Torre. Madrid. Año 1600.





HUBBER

**AMPLIA SU ESPECTRO DE
ACCION ANTIBIOTICA**

INYECCIONABLE M.V.A., Suspensión oral, 60 c.c.
(conteniendo 25 mg de cefalexina base por
c.c. - P.V.P. 245.— ptas.).

INYECCIONABLE V.D., Suspensión oral, 60 c.c.
(conteniendo 50 mg de cefalexina base por
c.c. - P.V.P. 442,20 ptas.).

ORAL (C.A.S.), Cápsulas, 12 y 24 cap. por caja
(conteniendo 250 mg de cefalexina base por
cápsula. P.V.P. 438,70 y 830,80 ptas.).

HUBBERLEXINA
CEFALEXINA



LABORATORIOS HUBBER, S. A.

Berlín, 38-48

BARCELONA-15

tétanos !



¡ AHORA !
CON JERINGA Y AGUJA ESTERILES

GAMMA GLOBULINA HUBBER ANTITETANICA

P.V.P. 491,10 Ptas.

PRESENTADA EN VIAL CON 500 U.I.

DOSIS PROFILACTICA DE SEGURIDAD EN NIÑOS Y ADULTOS

LA TRIQUINOSIS, ACTUALIDAD *

Dr. JOAQUIN MAS PERERA

Inspector Provincial de Sanidad Veterinaria
(Barcelona)

Agradezco, en primer lugar, al doctor COSTA la enumeración de una serie de méritos personales que debo aclarar reflejan más la amistad que nos une que un real valer.

Hace unos días que el académico doctor SECULI al que obligaciones ligadas a su cargo como ya se ha dicho, le han impedido asistir, me pidió que en esta Real Academia de Medicina de Barcelona donde tan ilustres maestros han vertido sus cualificados conocimientos, hablara sobre la actualidad de la triquinosis.

* * *

Efectivamente, y por desgracia la triquinosis es actualidad desde principios de agosto de este año. Esta actualización de la triquina comienza en el momento en que en la Residencia Sanatorial Grimo. Francisco Franco se diagnostican casos de triquinosis en personas que residentes en la pobla-

ción de Viladecans estaban internados en dicho centro por estar afectados de una sintomatología poco específica.

Dando la razón a la necesidad de un trabajo en equipo entre la profesión médica y veterinaria que hace poco nos señalaba el doctor LUERA, está el ejemplo de la efectividad alcanzada en la acción conjunta de estas dos ramas sanitarias en la epidemia que nos ocupa, que permitió que en el plazo de 48 horas se hubieran intervenido todos los productos elaborados con carne de cerdo en los establecimientos que a través de la encuesta epidemiológica realizada en los afectados fueron indicados como proveedores de los mismos.

De estos géneros intervenidos se tomaron más de 300 muestras que sirvieron para realizar 6.000 preparaciones que fueron minuciosamente reconocidas en tiempo récord gracias a la colaboración total, con aportación de técnicos, personal subalterno y mate-

(*) Comunicación leída en la sesión del 27-XI-73. Presentación del Académico Correspondiente Nacional, doctor Pedro Costa Batllori.

rial, del Cuerpo Municipal Veterinario de Barcelona.

A pesar de la profusión de reconocimientos triquinoscópicos no fue posible hallar ni una sola triquina, ello es explicable por dos razones: 1.ª Se estima que la carne parasitada, teniendo en cuenta el ciclo evolutivo del parásito y la aparición de los primeros síntomas entre los afectados, fue puesta a la venta entre el 16 y el 21 de julio, por lo que difícilmente los días 7 y 8 de agosto podían quedar restos de carne o embutidos frescos. 2.ª Porque al enfermar con una sintomatología muy parecida una serie de personas entre las que tres, eran empleadas del establecimiento donde todo parece indicar que se industrializó la canal afectada, dio ocasión a que en la población se asegurara antes de producirse la intervención oficial de las Autoridades Sanitarias, la existencia de una intoxicación consecuente al consumo de carne de cerdo, lo que hubiera podido dar lugar a la destrucción u ocultación de los géneros existentes en los establecimientos, dándose la curiosa circunstancia de que no se intervinieron, por no encontrarlos en ningún comercio de los afectados, jamones frescos, cuando estas piezas por aumentar su valor con la curación, normalmente se guardan.

No obstante, la acción realizada permitió poner al descubierto una serie de actividades no autorizadas, realizadas al margen de la intervención sanitaria que a no dudarlo fueron la causa de que se produjera esta epidemia.

Las últimas epidemias de triquina en

esta provincia se dieron en 1954 en Pont de Vilumara y posteriormente en 1958 en La Garriga, ambos casos fueron consecuencia de la ingestión de carnes de cerdos sacrificados clandestinamente y que por tanto no pasaron por controles veterinarios. En la que hemos comentado si bien no ha podido demostrarse la clandestinidad del cerdo parasitado existen gran número de indicios que razonablemente hacen presumir que ése fue su origen. Lo que no hay duda, es que esta canal no sufrió el obligado reconocimiento triquinoscópico, ya que el gran número de personas afectadas, 85 en total, indican con toda seguridad que había de estar intensamente parasitada, lo que no hubiera pasado desapercibido en un examen normal.

De todas formas estos brotes de triquina han venido a demostrar la indefensión en que un sanitario puede encontrarse en determinadas circunstancias.

Hace quince años el Veterinario Titular de una población o de un partido, podía perfectamente garantizar la salubridad de los productos alimenticios expedidos en los establecimientos de su jurisdicción, según lo dispuesto en el artículo 50 del Reglamento de Personal de los Servicios Sanitarios Locales, de 27 de noviembre de 1953, especialmente en la que hace referencia a las carnes por haber sido todas ellas previamente reconocidas en el matadero municipal no sólo como tales carnes, sino en el animal vivo.

La aparición de mataderos frigoríficos regulados por la orden del minis-

terio de la Gobernación de 31 de enero de 1955, permitió la introducción de carnes foráneas en las poblaciones que según la citada orden debían centralizarse en naves refrigeradas de los mataderos de destino, lo que permitía el control de las mismas.

La despreocupación de los municipios no habilitando naves refrigeradas en los mataderos o no construyendo los depósitos frigoríficos indicados en la mencionada orden, la demanda en aumento constante de carnes foráneas en todas, las poblaciones, y la necesidad de evitar la rotura de la cadena del frío, motivó que la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos en la reunión celebrada bajo la Presidencia de S. E. el Jefe del Estado el día 19 de noviembre de 1964, autorizara la distribución directa a los detallistas de las carnes procedentes de mataderos frigoríficos, lo que ha sido ratificado recientemente, en el Decreto de la Presidencia del Gobierno 1897/1973 de 5 de julio, que autoriza además a las salas de despiece reguladas, por la O. M. de la Gobernación del 6 de septiembre de 1965 a concurrir a esta venta directa a los establecimientos detallistas. Aclara esta disposición que este suministro a detallistas por mataderos y salas de despiece es sin perjuicio de la vigilancia sanitaria municipal, pero es evidente que con estas carnes e incluso en ocasiones con su misma documentación sanitaria se entremezclan o amparan carnes que no tienen esta procedencia legal.

El aumento del nivel de vida de los españoles en los últimos años con una

mayor demanda de alimentos proteicos, la proliferación de vitrinas frigoríficas en toda clase de establecimientos, la supresión de los fielatos con todos sus inconvenientes pero de una positiva eficacia controladora, la actualización de los platos precocinados, la posibilidad de transporte incontrolado por particulares dada la popularización de los medios de transporte, la aparición de las mencionadas salas de despiece que juntamente con los mataderos frigoríficos tienen necesidad ineludible de colocar sus considerables producciones de carne han ocasionado una afluencia de productos alimenticios en todas las poblaciones de mediana importancia, cuya inspección sanitaria llega a desbordar en ocasiones las posibilidades del veterinario, atado por sus tradicionales ocupaciones de matadero y mercados públicos, amén de los derivados de su condición de funcionario con servicio en el Ministerio de Agricultura.

Esta situación puede determinar que la triquinosis pueda volver a ser actualidad en cualquier momento al igual que el comercio clandestino de carnes en Vizcaya lo está siendo estos días, debido a la facilidad con que puede prosperar el comercio ilícito de carnes por parte de comerciantes sin escrúpulos.

Podría pensarse que la rareza de la aparición de las epidemias de triquina son consecuencia de la prácticamente inexistencia de la enfermedad, cuando las estadísticas de cerdos decomisados por estar afectados de triquinosis no sólo evidencian su presencia, sino que

justifican el servicio y demuestran el fiel cumplimiento de los sanitarios veterinarios en esta lucha en pro de la salud pública.

En el matadero de Barcelona desde el año 1942 al 1971 se han decomisado por triquinosis ochocientas noventa y dos canales, siendo los años 1949, 1950 y 1951 los de mayor incidencia, con 134, 154 y 88 casos, respectivamente.

En Hospitalet de Llobregat desde el año 1955 no se ha detectado ningún caso de triquinosis en el matadero pero se encontraron ciento ochenta y un casos desde 1938 a 1955 con 94 casos solamente en los meses de agosto a diciembre de 1938, últimos meses de nuestra guerra civil, lo que corrobora lo expuesto por algunos investigadores sobre el aumento de esta enfermedad durante los conflictos armados, seguido de los años 1941 y 1943 con 21 y 24 casos respectivamente.

En Badalona se decomisó un cerdo por triquinosis en 1955 y otro en 1958.

En el Matadero Municipal de Vich se decomisó en 1953 por triquinosis el primero de los 5 cerdos llevados a sacrificar por un tratante que los había cebado juntos. Ante el resultado del primer sacrificado llevo los otros cuatro a sacrificar en el matadero municipal de Barcelona donde existe el seguro de decomiso, pero ninguno más resultó afectado. En la misma población de Vich en febrero de este año se decomisó un cerdo de una casa particular que decidió sacrificarlo ante el raquitismo continuado que presentaba, encontrándosele intensamente parasita-

do por triquina al reconocimiento veterinario.

En la población de Granollers se decomisaron gran número de cerdos durante los 3 años siguientes a la terminación de nuestra guerra, 23 casos no detectándose ningún otro caso hasta 1959 en que en un mismo día se encontraron tres cerdos parasitados y otro en 1960.

En la población de Matadepera se dio un caso en 1946 y en el matadero de Tarrasa se decomisó una cerda intensamente parasitada en 1949 y cuatro meses más tarde 3 cerdos en el mismo día y que resultaron haber sido crías de la cerda anteriormente citada.

La mayoría de los casos de triquina diagnosticados lo fueron en cerdos que habían sido cebados en basureros.

Es evidente que los basureros constituyeron hasta la prohibición de su aprovechamiento para los cerdos a causa de la peste porcina africana, el principal foco de contagio para los animales criados en ellos, principalmente porque en ellos proliferaban enormemente las ratas (consideradas por la mayoría de los tratadistas, con excepción de los alemanes, que dan un papel principalísimo al zorro, como el huésped de quien se infestan los cerdos). No hay nada que en los estudios hechos sobre ratas se ha demostrado la parasitación más o menos intensa, pero por lo general muy apreciable, de estos animales que mantienen frescas las infestaciones al devorar los cadáveres de los de su misma especie.

Hay asimismo la posibilidad de que a las basuras puedan llegar cadáveres

de perros, gatos u otros animales parasitados o desperdicios de mataderos o de industrias con quistes triquinosos.

En estos últimos años como se ha visto en los datos que se han dado pero que no son lo extensos que hubieran sido de desear, ha disminuido enormemente el número de canales decomisadas por triquina, no por falta o relajación de las funciones de los servicios fiscalizadores veterinarios ya que si así hubiese sido las epidemias hubieran surgido con frecuencia, sino porque han incidido en ello tres factores decisivos: 1.º, la eliminación de cerdos de basura que ya se ha comentado; 2.º, la modernización de las explotaciones porcinas con desratizaciones periódicas y mayores dificultades para la vivencia de estos roedores, y 3.º, por la precocidad de los animales que al ser debidamente alimentados y en un relativamente reducido espacio de tiempo tienen mucha menos probabilidad de contagio.

Por ello ha de vigilarse con una mayor atención los cerdos criados particularmente y los destinados al consumo familiar, siendo muy importante la educación sanitaria de los propietarios de estos cerdos haciéndoles ver y convenciéndoles de la necesidad del reconocimiento, teniendo en cuenta que el valor de estos animales puede hacer correr el riesgo de un sacrificio clandestino ante la posibilidad de un decomiso.

Bueno será comentar a título anecdótico lo ocurrido en Hospitalet en el año 1953, en que un particular llevó a sacrificar un cerdo por el criado al

matadero municipal y que fue decomisado por estar triquinoso.

El mismo propietario poseía otro cerdo con el que no quiso correr el riesgo de un decomiso y lo sacrificó clandestinamente tres días antes de Navidad apareciendo casos de triquina 20 días después entre los consumidores, entre los que fallecieron tres, a uno de los cuales un muchacho de 23 años por arponaje se le sacaron muestras musculares de los maseteros encontrándose numerosas larvas en ellos.

La triquina como se ha visto es una espada de Damocles suspendida sobre las cabezas de veterinarios y médicos, principalmente de los primeros, dispuesta a saltar al primer plano de la actualidad, en cualquier momento y en cualquier sitio. Su historia es antiquísima aunque no se empieza a tener un exacto conocimiento de ella hasta la segunda mitad del siglo XIX en que la abundancia y frecuencia de las epidemias triquinósicas en la especie humana llegó a alarmar grandemente la opinión pública, lo que motivó un estudio más profundo de todo lo relacionado con esta enfermedad, siendo una de las primeras medidas que se tomaron, la de generalizar el reconocimiento triquinoscópico de las carnes de cerdos sacrificados en los mataderos municipales.

Como antecedentes históricos pueden citarse que en los libros sagrados de los israelitas Levítico y Deuteronomio ya se alude a esta enfermedad y que Glazer en 1881 menciona una epidemia ocurrida entre los cartagineses el año 427 después de Cristo.

Según PIEKARSKI la triquina fue introducida en Europa hacia el año 1800 por cerdos importados de la China, aunque se tiene conocimiento de casos de triquina humana en Europa en el año 1241 en la ciudad polaca de la baja Silesia denominada Liequitz, en cuyas cercanías se libró la batalla de Wahlstat entre tropas polacas y mongólicas, achacándose a estas últimas la introducción de la triquina en esa parte de Europa.

TIEDEMAN en 1822 explicaba haber encontrado en la autopsia de un hombre unas concreciones calcáreas en los músculos especialmente de las extremidades, pero sin identificarlos con la triquina, posteriormente PEAKOB en 1828 en el Guy's Hospital de Londres exhibió un músculo humano, el esternoyideo con quistes de triquina aunque tampoco los identificó; en 1833 HILTON, también los observó en los músculos respiratorios de un hombre de 70 años creyendo que se trataba de una variedad enana de cisticercos; en 1836 un estudiante de primer año de medicina en el Hospital londinense de San Bartolomé denominado James Paget encontró en la autopsia realizada a un italiano muerto de tuberculosis quistes de triquina a los que bautizó con el nombre de *trichina Spiralis* en el convencimiento de que era una nueva forma de cisticerco.

El naturalista R. OWEN estudió el material de J. PAGET y de WOMALD (que en 1835 también había observado los quistes) comprobando en los quistes la existencia y vitalidad de los vermes de los que estudió su organiza-

ción refrendando el nombre de *trichina Spiralis* con que la había ya bautizado PAGET. De todas formas no es hasta el año 1846 cuando LEYDY de Filadelfia encuentra triquina en carne de cerdo y confirma su identidad con la hallada en la especie humana.

El jalón más importante en la historia de la triquina es el año 1860 en el que ZENKER practica la autopsia de una joven de 20 años fallecida después de intensos dolores musculares, edemas, astenia, fatigas, insomnio, etc. y a la que se diagnosticó clínicamente fiebre tifoidea. Hizo preparaciones de fibras musculares del brazo para estudiar la característica degeneración producida por la fiebre tifoidea, no hallándola y sí encontrando en la última preparación y prácticamente en la última mirada, el campo lleno de triquinas. Comprobando que los familiares donde trabajó la joven habían sido aquejados de la misma enfermedad y que presentaban la característica común de haber ingerido salchichas de un cerdo que sacrificaron y que falleció 30 días después. Pudo encontrar aún el parásito en un jamón y de allí partieron los primeros estudios concretos, seguidos posteriormente por infinidad de investigadores entre los que se pueden citar los españoles CORRAL y MAESTRO, SUÁREZ y RODRÍGUEZ, ARDERIUS, DARDER, MORCILLO, GARCÍA IZCARA, etc.

La triquinosis como todos ustedes saben es una enfermedad parasitaria que puede afectar prácticamente a todos los mamíferos pero especialmente a los roedores, suidos, carnívoros, oso

e incluso animales acuáticos como focas, cachalotes y ballenas y es de un particular interés por el posible contagio de la especie humana al consumir carnes parasitadas crudas o insuficientemente cocidas generalmente del cerdo.

Según STOLL y PIEKARSKI hacia el año 1960 existían en el mundo unos 28 millones de personas afectadas de triquinosis repartidas de la siguiente forma: 21,1 millones en Norteamérica, 1,3 millones en el centro y sur de América, 0,2 millones en Africa, 3,2 millones en Europa sin contar la URSS y 1,3 millones en la URSS.

Destaca el gran número de afectados que presentan los EE.UU. debido a que en esa nación no es obligatorio el reconocimiento micrográfico de carnes por considerarlo demasiado costoso y poco seguro, ya que la ausencia de triquina en las preparaciones no asegura totalmente que no existan en los músculos. Puede afirmarse que la ausencia de triquina en las muestras permite consumir sin ningún peligro las carnes de la res examinada, ya que si existe una infestación es tan ligera que no puede producir lesiones importantes.

Datos no oficiales pero muy posiblemente ciertos consideran que el 1-2 % de cerdos, un 7 % de perros, un 11,6 % de gatos, un 2,3 % de ratas y un 11,9 % de zorros albergan este parásito en Norteamérica.

Alemania que tradicionalmente es considerada como la más afectada por la triquinosis entre las naciones europeas ha prácticamente erradicado esta

enfermedad desde que se ha impuesto la obligación del reconocimiento triquinoscópico de las carnes, ya que estudios realizados en cadáveres humanos han podido determinar que sólo un escaso 1 % de la población está afectado.

Desde el año 1952 a 1960 se han detectado en esa nación solamente 282 casos de triquina en cerdos, lo que da un promedio de 35,25 animales por año, cifra que contrasta con los 1.520 casos de triquinosis humana detectados entre 1939 y 1944, o las 8.491 entre los años 1860 y 1880, a los 6.326 habidos entre 1880 y 1890.

La infestación es producida por nematodo filiforme, la trichinella Spiralis de OWEN, cuyo ciclo biológico comprende dos estadios de desarrollo, uno de los cuales se realiza en el intestino (triquis intestinal sexuada) y el otro en el músculo (triquina muscular asexuada o larva).

Los quistes de triquina ingeridos por huésped son digeridos por los jugos gástricos liberando las larvas contenidas en ellas entre las 18 y 24 horas después de la ingestión que emigran hacia la mucosa del duodeno y yeyuno donde mudan al cabo de 25-26 horas, alcanzando la madurez sexual 2 días y medio más tarde. Se acoplan machos y hembras y después del apareamiento los machos se desprenden de la mucosa y son expulsados del intestino seguidamente aunque algunos pueden permanecer en él varios días. Después de la fecundación las hembras aumentan de tamaño penetrando a través de las vellosidades intestinales y de los folícu-

los y placas de Peyer en la submucosa, alcanzando los vasos quilíferos y los ganglios linfáticos, liberando cada hembra 8.000 a 15.000 embriones vivos en el período de 4 a 16 semanas. A través de los vasos quilíferos, conducto torácico y cava posterior los embriones llegan al corazón derecho.

Estos embriones con una longitud de 0,08-0,12 mm se diseminan mediante el sistema circulatorio por el organismo hasta localizarse en los músculos estriados, penetrando en ellos desde el tejido conjuntivo interfascicular y perforando el sarcolema mediante su extremidad lanceolar, en cuyo interior se mueven al principio con bastante actividad, convirtiéndose a los 10-14 días en triquinas musculares y enrollándose a las dos o tres semanas de la infestación.

Las fibras musculares reaccionan a esta penetración, degenerando, desapareciendo la estriación transversal, aumentando su volumen y produciéndose una zona inflamatoria que forma una cápsula de tejido conjuntivo alrededor del parásito de 0,6 mm \times 0,3 mm, tomando el quiste la forma de un limón. A los 6-9 meses de su formación comienza la calcificación que con el tiempo llega a destruir las mismas larvas.

Dentro de la musculatura estriada las larvas tienen sus lugares de predilección, variable en cada especie. En el cerdo la frecuencia de mayor a menor es: pilares del diafragma, porción costal del diafragma, lengua, músculos laríngeos, intercostales, etc.

Sintomatología. — El número de pa-

rásitos ingeridos es lo que determina una mayor o menor aparatosidad de la sintomatología que puede llegar hasta la muerte.

En toda infestación se distinguen tres fases:

- 1.^a La de invasión intestinal, generalmente 24 horas después de la ingestión y que dura una semana produciendo diarrea, fiebre, ligero dolor abdominal y alguna náusea con vómito.
- 2.^a La de difusión o emigración caracterizada por anorexia, dolores musculares, disnea, edema, fiebre baja y eosinofilia, y que dura unas dos semanas. Esta fase es la más peligrosa en cuanto a sacrificios clandestinos, ya que al ver al animal enfermo de gravedad se le sacrifica pudiendo ser ya infestantes las carnes.
- 3.^a La de enquistamiento en la que desaparecen la mayoría de síntomas y que dura desde la 2.^a ó 3.^a semana hasta el 3.^{er} mes.

Diagnóstico. — La sintomatología es tan vaga e inespecífica en los animales que generalmente es prácticamente imposible el diagnóstico clínico.

En el hombre con todo y ser más acusada la sintomatología es muy posible la confusión con alguna otra enfermedad como la fiebre tifoidea de la que tendrá que diferenciarse por la no existencia de la eosinofilia en ésta y sí en la triquinosis que dicho sea de paso es la única helmintiasis que cursa con

fiebre, que puede persistir durante varias semanas.

Se han recomendado las pruebas de la fijación del complemento, de precipitación, intradérmica, cutánea, de floculación rápida, etc., de bastante buenos resultados en humana pero inconstantes en el cerdo.

El diagnóstico que más garantía ofrece es el del examen triquinoscópico de todos conocido a un aumento de 80-120 diámetros con las variantes de examen micrográfico (aclarando la muestra de carne sospechosa con una solución de potasa) y la del examen previa digestión artificial.

Tratamiento. — En medicina veterinaria no se intenta. En la humana deberá ser sinomática, dieta rica en calorías y vitaminas, reposo, sedantes de tipo barbitúrico, corticoesteroides y últimamente se ha recomendado el tiamendazol.

Profilaxis. — Deberá tender a la erradicación total de la enfermedad en los porcinos, alejándolos de las causas de contagio que se han señalado y mientras esto no se logre el control sistemático y concienzudo de las carnes triquinoscópicas y fuerte cocción de las que se puede abrigar alguna duda.

Se comenta en la Parasitología Clínica de BROWN y BELDING no sin cierto humor que los judíos, musulmanes, hindúes, adventistas del 7.º día y vegetarianos están a salvo de contraer esta enfermedad por no consumir cerdos y los chinos por tener la costumbre de tomarla concienzudamente cocida,

mientras que los católicos sólo están fuera de peligro los viernes por ser el único día que no pueden comer la carne.

Finalmente y para terminar comentaremos la resistencia de las triquinas a efectos de su destrucción.

1.º *Calor.* — Indudablemente es el calor uno de los métodos más eficaces para asegurar la destrucción de los parásitos, según LEUCKART una temperatura de 68 a 70º es suficiente para matarlas. Los trabajos de PERRONCITO han demostrado que la vida de las triquinas cesa cuando se las somete a una temperatura de 48 a 50º durante 5 minutos. El Servicio Veterinario de Estados Unidos admite que a 137º F (58,33º C) muere la triquina.

Aunque la técnica de la cocción ha suscitado muchas controversias sobre si es efectiva para la destrucción de las triquinas, puede asegurarse que si se hace a conciencia es radical.

Frío. — Su acción es más discutida. Indicaremos a este respecto que en Estados Unidos desde 1954 está dispuesto que las carnes previamente refrigeradas a 4º C deberán ser sometidas a — 23º o de seis días a — 28,9º si las piezas de carne no presentan un diámetro superior a 14,5 cm y de 30 días a — 15º C, de 20 días a — 13,3º centígrados y de 12 días a — 28,9º C si el diámetro es entre 14,5 cm y 53,5 cm.

Salazón. — Los efectos no son constantes defendiéndola algunos autores y rechazándola otros. En Estados Uni-

dos es uno de los medios recomendados para la destrucción de la triquina.

Ahumado. — Por si solo no es un método con suficiente garantía. Su combinación con la salazón es más efectiva pero no total.

Productos elaborados. — La combinación de la salazón y la desecación parecen dar óptimos resultados en la destrucción del parásito, así como el adobe, método este último aconsejado juntamente con la desecación en los Estados Unidos.

Radiaciones. — La irradiación con cobalto - 60 parece un método con

muchas posibilidades, la irradiación con 18.000 Rep. destruye o esteriliza las larvas enquistadas y no produce efectos colaterales en el consumidor. 40.000 Rep. no alteran el sabor del producto y no producen cepas radio-resistentes aunque algunas larvas pueden sobrevivir y madurar. De todas formas esta técnica está aún en sus albores y se tropieza con enormes dificultades en su aplicación.

No me queda más que agradecer a los presentes, la mayoría de los cuales tienen muchos más amplios conocimientos del tema que lo que les he expuesto, la atención con que me han obsequiado.

Discusión. — Comentan el valor de los datos epidemiológicos, clínicos y profilácticos mencionados los doctores Amadeo Foz, P. Costa Batllori y Pedro Domingo (que preside la sesión), agradeciendo el estudio geomédico de una infestación recientemente observada en el Distrito.

Una vez más la colaboración de médicos y veterinarios resuelve un angustioso diagnóstico.

EXPERIENCIA HUMANA DE UNA INVIDENCIA TEMPORAL *

OCTAVIO SALTOR SOLER

(Miembro Numerario de la Real Academia de Buenas Letras de Barcelona)

Excmo. e Ilmos. señores, distinguido auditorio:

Realmente confuso por la intrusión que para mí representa completar una sesión de tal alto interés científico y de tan portentoso perfil biográfico como el que del médico Domingo Vidal Abad acaba de trazar, tan documentadamente, mi joven primo el Dr. Joaquín Otero.

Es así, como un médico doblado de historiador, con erudición apasionante puede vindicar en forma completa, y prácticamente exhaustiva, una de esas grandes figuras de la cirugía catalana a la que pertenecieron, como ya hice constar en otra ocasión, en que me cupo, asimismo, el honor de ocupar esta tribuna, dentro de esta Academia dos insignes antepasados míos, tío el uno paterno, el Dr. Gil Saltor Lavall, cirujano civil, y el otro tío primo por línea materna, cirujano castrense el asimismo académico Francisco Soler y Garde.

Pero, yo he venido aquí, amable-

mente acogido por esta asamblea que integran tan ilustres profesores en la docencia médica y en la quirúrgica, como los que integran esta Academia y como los que, hoy llenan esta tribuna de distinguidos oyentes, para revelarlos, casi en un tono confidencial, casi en una benévola audición de un monólogo de confesión propia, aquello que hemos situado bajo el título de «experiencia humana de una invidencia temporal». Si tuviera que adoptar de inicio un lema que encajara o que legitimara, por así decirlo, esta comunicación personal de una invidencia íntima, me acogería a aquel designio, a la vez filosófico y psicológico, del maestro Ortega y Gasset: «El hombre y su circunstancia», este hombre que os habla, este modesto letrado y escritor, tuvo en un momento determinado de su vida, exactamente el 15 de septiembre del año finido, una circunstancia oftálmica que le produjo la invidencia durante la temporada clínica razonable para luego, felizmente, recuperarla. Yo quisiera

* Comunicación presentada en la sesión del día 15-I-74.

hacer presente a todos aquellos que, formando parte de este insigne auditorio, en diferentes grados de la Cirugía, de la Médica, de la vida judicial, literaria, humana, han venido hoy a escuchar esta confidencia personal y a todos aquellos que sin estar presentes han colaborado en diferentes estadios de información, de documentación, de erudición, a estas divagaciones que hoy proyecto ante vuestra benevolencia, quisiera decirles que en realidad esta expansión mía de hoy viene a constituir un homenaje a todos ellos y en primer lugar a quienes clínicamente hicieron posible mi propia recuperación oftálmica.²

Siempre he sido, a través de toda mi existencia un enemigo acérrimo del ocio mental. No voy a interferirme en los estados teológicos (de teología moral) que proyectan frente a esta inercia del pensamiento todos los peligros, y de todas las tentaciones que en el orden humano y contra el orden divino pueden suscitar. Pero, para mí, siempre que el insomnio acude a enturbiar el reposo; siempre que se produce un paréntesis en la languidez somnolienta de la noche, jamás he tolerado esta inactividad mental, sino que inmediatamente, la reacción que produce en mí es la búsqueda de algo que ocupe el pensamiento, que entretenga la mente y que sirva de larva, de fermento, de simiente, a una nueva creación, cuando el día amanezca. Ya dijo mi admirado poeta Josep Carner, en una poesía famosa,

«Invocació», recogida en la «Antologia dels poetes catalans moderns» de Alexandre Plana (1914), «dintre la nit que el llavoreig amaga». Y es realmente así, esta noche, así la noche de los tiempos como la noche cotidiana de cada mortal, entrañan, ocultan pero aguardan ver revelados tesoros inconmensurables cuya búsqueda, cuyo hallazgo pueden hacer la gloria de un artista y la felicidad de un lector. Y en el momento en que condenado, por así decirlo, temporalmente, a una total oquedad de mi visión física, igual que en aquellas horas de insomnio y de vigilia, acudí a algo que muchos de los oyentes que me acompañan, por su parte, habrán asimismo experimentado. Recurrí a aquellas lecturas, tan agradables, tan solícitas, tan acogedoras, tan entrañadas en uno mismo, que afloran a la superficie de la mente cada vez que se abre una ventana que permita afluir los efluvios del recuerdo y de la aproximación de unos textos inefables. Y, claro está, aquellas poesías que tantos de nosotros sabemos de memoria son las que con mayor presteza, de un modo más inmediato y con más profundo relieve, acuden a nuestra imaginación y templan nuestra ansia de ocupación mental.³

Joan Maragall, el gran poeta del cual todos somos fedatarios es naturalmente uno de esos archivos vivientes, inagotables junto a los cuales, junto a cuya melodía ideológica, junto a cuyo ritmo verbal, pero sobre todo junto a cuyo mensaje co-

municativo, siempre tan profundamente humano, tan reciamente optimista, tan estremecedoramente cristiano, anima los corazones y las almas y ayuda a las mentes a desterrar miserias, inquietudes y flaquezas humanas para remontarse hasta los más altos valores del espíritu. Y en ese momento, exactamente a los pocos segundos de haberse cerrado obligatoriamente mis ojos en espera de los resultados quirúrgicos definitivos, acudió a mí el recuerdo de los «Goigs a la Mare de Déu de Núria». Y ya me detuve en el tercero de sus versos: «Verge de la Vall de Núria — voltada de soledats — que *immòbil en la foscúria*»; este exactamente pasaba a ser mi diagnóstico temporal («*immòbil en la foscúria*») y entonces, con una suerte de aproximación maternal, aquella Virgen de Nuria encumbrada en los Pirineos, aquella Virgen de Nuria que recibe a los romeros en su recoleto ambiente penumbroso, pareció como si me hiciera comprender el mensaje de belleza recogido por el poeta, y que en la propia composición de la cual habían arrancado estos primeros versos, comunicaba una suerte de lema, de divisa de lección estimulante, al paciente, que inerte, iba a compartir con aquella Virgen pirenaica su propia soledad y su propia tiniebla. «Deu ànima a les tenebres! deu-nos la fe de la nit». Ya con esta consecuencia activista, esta alma emanada de las tinieblas a través de una invocación Mariana, surgía como un impulso regenerador, aquietador,

estimulante, consolador, y de «l'ànima de les tenebres» y de «la fe de la nit», pudieron así, desde el primer instante, ocupar la mente del paciente, enardecer su alma creadora, y sugerir innumerables consideraciones encaminadas a considerar cuál puede ser el estado del invidente definitivo, después de haberlo palpado, de haberlo experimentado, de haberlo sufrido como invidente temporal.

Es curioso que a través de las dilatadas noches de penumbra en la cual el enfermo se encuentra cuando le ha sobrevenido una dolencia oftálmica como la por mí sufrida, se producen ciclos de recuerdos inacabados cuya completa solución final se produce precisamente en estas etapas, en las cuales la mente baldía parece necesitada de esta conclusión lógica, argumental y dialéctica, que en el curso de la vida ordinaria, y en relación con el reposo cotidiano, no se habían producido.⁴ Y, entonces desde el punto de vista psicológico surge, a su vez, la circunstancia de que muchas veces tenía yo la impresión de haber permanecido en vigilia, en plena conciencia expectante de mi propia evolución mental y mi propio raciocinio, y sin embargo, al pedir a quienes me acompañaban la verificación de la hora, resultaba en realidad que habían transcurrido unos largos espacios consecutivos a los cuales la sensibilidad del paciente no estaba acostumbrada y no hubiera atinado a captar; y sin embargo, en el curso

inconsumable del pensamiento, el ciclo mental de la cosa inacabada había excedido todo su orden progresivo con una concatenación perfecta de resultados lógicos, de tal modo que parecía al paciente que se hubiera desarrollado en plena vigilia aquello que había seguido a pesar de la alternativa de vigilia y de sueño.

Claro está que yo, señores, sobre todo, entrañables amigos, académicos y doctores, que entre ellos hay varios, con los cuales yo hice los estudios secundarios, y que luego mercedamente han alcanzado lugares destacados dentro de su profesión, en la cátedra o en el ejercicio, claro está que yo aquí no puedo, en absoluto, producir ninguna novedad informativa, a quienes además de vuestra propia experiencia profesional habéis sido maestros en la docencia bibliográfica. Yo no puedo, desde luego, olvidar las obras del Dr. José Casanovas⁵ que analiza de un modo magistral como en su cátedra lo verifica a diario, las experiencias del enfermo oftálmico, ni puedo, tampoco, desde luego, olvidar que en esta misma Academia y en la Sala Ovalada, meritísimamente gloriosa y antológica, por sus recuerdos históricos médicos, y por las efemérides académicas y las sesiones capitales que en ella se han desarrollado, el discurso de ingreso en esta Academia de mi querido y admirado amigo Dr. Piulachs, compañero mío de la Academia del Faro de San Cristóbal, en cuyo ingreso tuve el honor

de ser yo quien le contestara,⁶ sobre «la enfermedad y el enfermo». Todos estos aspectos de tipo científico y ya no digo clínico, os son ya conocidos, y son autoridades ya existentes y las que puedan, en otro momento, producirse, las llamadas a proyectar esa competente docencia ilustrada que en ellos concurre. Pero, sí, que yo debo decir que en el curso de estas estancias operantes en la intimidad, en esa forzosa introversión, a través de la cual el ánimo propio se ajusta a la existencia de una necesidad imperativa, impuesta médicamente o clínicamente, es curioso como el paciente experimenta un profundo sentido de fraternidad hacia aquellos autores literarios que han sabido captar con su profunda sensibilidad, y habiendo sido o no sujeto activo de una dolencia semejante, esta circunstancia orteguiana del yo sufriente, del hombre doliente, del paciente oftálmico.

No podemos olvidar, por ejemplo, que nuestro añorado amigo Julio Gay, en su libro «Días sin luz», supo prevenir los acentos patéticos y al mismo tiempo suaves de esta circunstancia mía, como el periodista D. Pablo Vila Sanjuán, en un magnífico artículo de «La Vanguardia Española». Y ya entrando a fondo en aquellos que han hecho de la invidencia un motivo, podríamos llamar sustancial, de alguna de sus obras, el nombre de Camilo José Cela, escritor y académico ilustre, que viene dándonos como una suerte de sinfo-

nías realistas en su «oficio de tinieblas» («El patatá oxidado») los alardes figurativos en el lenguaje que en él son habituales. Pero, en torno a estas circunstancias literarias, y a estos recuerdos de lectura, mi ánimo se detuvo de un modo, podríamos llamar, persistente, casi diríamos, obsesivo, con el recuerdo de aquella novela de Benito Pérez Galdós titulada «Misericordia», y que, escenificada hábilmente y dirigida magistralmente por José-Luis Alonso, vino a encarnar en Barcelona, y si mal no recuerdo, en el Teatro Moratín, uno de los más bellos espectáculos que en la escena española se hayan podido dar en los últimos cinco años; y dentro de los personajes que encarnaban los diversos y antológicos tipos de esta obra, cuya protagonista femenina era María-Fernanda D'Ocon, maravillosamente caracterizada para asumir, con un dulcísimo realismo inefable, la interpretación de su personaje; y junto a ella, aquel ciego que lleva por nombre José Pulido «Almudena». Cada uno de los acentos de la interpretación magistral de José Bódalo parecía aproximarse al paciente invidente y hacerle sentir todo aquel dramatismo figurado; porque la obra no era una historia, sino una invención novelada, pero con su profundísima carga de humanidad, para estremecerse con aquellas actividades internas que sólo pueden descubrirse y sólo pueden captarse y experimentarse en situaciones idénticas a las de cada uno de los

personajes imaginados y concebidos por los artistas. Y el recuerdo, asimismo inolvidable, hablando de teatro, de las obras de Joaquín Calvo Sotelo: «Cuando llegue la noche» y «Cuando llegue el día», todas ellas con una comprensión llena de ternura, henchida de sensibilidad fraternas, enaltecedoras de este deseo de comunicabilidad que el ser aislado por las circunstancias externas siente hasta el punto de concebir y experimentar esta hambre de cariño con el injustamente discriminado se asoma a la vida invidente que le rodea y que le circunda. Y frente a estos casos de comprensión literaria que hemos citado, la desde luego recusable interpretación de situaciones oftálmicas negativas realizadas en dos de sus obras por un asimismo académico y dramaturgo de la alcurnia y categoría de Antonio Buero Vallejo «En la ardiente oscuridad» y sobre todo «El Concierto de San Ovidio». Si algún autor español hubiera concebido como intérpretes y como personajes de una obra suya, una sucesión unánime de jorobados o de claudicantes, seguramente hubiera sido blasmado su proceder y probablemente su obra no hubiera alcanzado venia para acceder a las tablas; y sin embargo «En la ardiente oscuridad» y sobre todo en «El Concierto de San Ovidio» se produce el hecho lamentable de presentar como un harapo, como una caricatura trágica, unas figuraciones que, no solamente no mueven a compasión, sino que provocan honrada-

mente la rebeldía frente a un punto de vista de crueldad inexplicable. Por dos o tres o más veces yo he tenido el honor de conferenciar antes y después de 1936 y de 1939, en la Organización Nacional de Invidentes; y puedo decir que la presencia y la compañía de todos aquellos rostros ansiosos de una comunicación espiritual, de una enseñanza estimulante, de un estímulo interior, sobre todo de un sentimiento de compañía y de una conciencia de hermandad, hacen posible que quien se ha asomado a aquel auditorio ávido de captar todo aquel mensaje que el visitante les dirija y les prodiga, hubiera sido imposible que quien hubiera participado de esta circunstancia, aunque fuera desde un punto de vista absolutamente objetivo y no subjetivo, hubiera podido escribir ninguna de esas obras en las que el invidente es objeto negativo de personificación y de relieve?

Aparte de esta circunstancia, yo debo decir, y quizá sea la lección central que más debo destacar, en esta mía disertación endeble de hoy, que el invidente, como todo discriminado por razón de un defecto exterior, y aún no diría yo defecto, sino carencia de una de las cualidades físicas no esenciales en el *alma* de los individuos,⁸ yo diría que, desde luego, necesita no *compasión*, sino *comprensión*, y no *piedad* sino *ternura*, y no aspavientos officiosos de conmiseración externa, sino la naturalidad humana de quien da el

abrazo o la mano a un semejante. No hay mejor homenaje al discriminado que el no darle a él la sensación de nuestra propia apreciación, de lo que hay quien llama desgracia y nosotros diríamos que es simple circunstancia externa, cubierta, compensada en muchos casos por todas las otras circunstancias interiores que no sólo cubren aquella omisión, en la cual incidió en sus designios el Creador, sino que muchas veces enriquecen aquella alma con abismos insondables y con alturas supremas. Pero desgraciadamente, la vulgaridad operante en el ambiente no es así. Yo recuerdo aquella obra, ciertamente inmortal, de nuestro gran escritor y pintor Santiago Rusiñol, titulada «El pati blau», es una obra breve, casi diríamos una anécdota, la de aquel pintor romántico, que se enamora de la languideciente muchacha cuya tuberculosis acelerada acaba con su vida. Para distraer sus lacerantes ocios, para separar de su mente obsesiva la conciencia depresiva de su propia enfermedad, el pintor pinta «El pati blau» con la muchacha recostada en su silla, en uno de los ángulos del cuadro. La chica muere, el cuadro permanece, la casa es vendida y uno de sus compradores, al contemplar el cuadro que recoge la impresión ambiental de la finca que va a adquirir, le propone su adquisición al autor de la pintura. El autor de la pintura con un gesto le señala que aquel cuadro, que aquel ambiente, que aquel patio tiene como justificación y como

EN LOS CASOS
EN QUE ES NECESARIO
UN TRATAMIENTO
CON AMPICILINA

PENIMASTER

AMPICILINA LIADE

Cápsulas 250 mg.	P.V.P. 248,80	308,40 (10 y 16 cápsulas)
Cápsulas 500 mg.	P.V.P. 489,80	559,10 (10 y 16 cápsulas)
Inyectable 250 mg.	P.V.P. 67,00	
500 mg.	P.V.P. 93,90	
"1" gr.	P.V.P. 159,50	

PENIMASTER ANTITOXICO

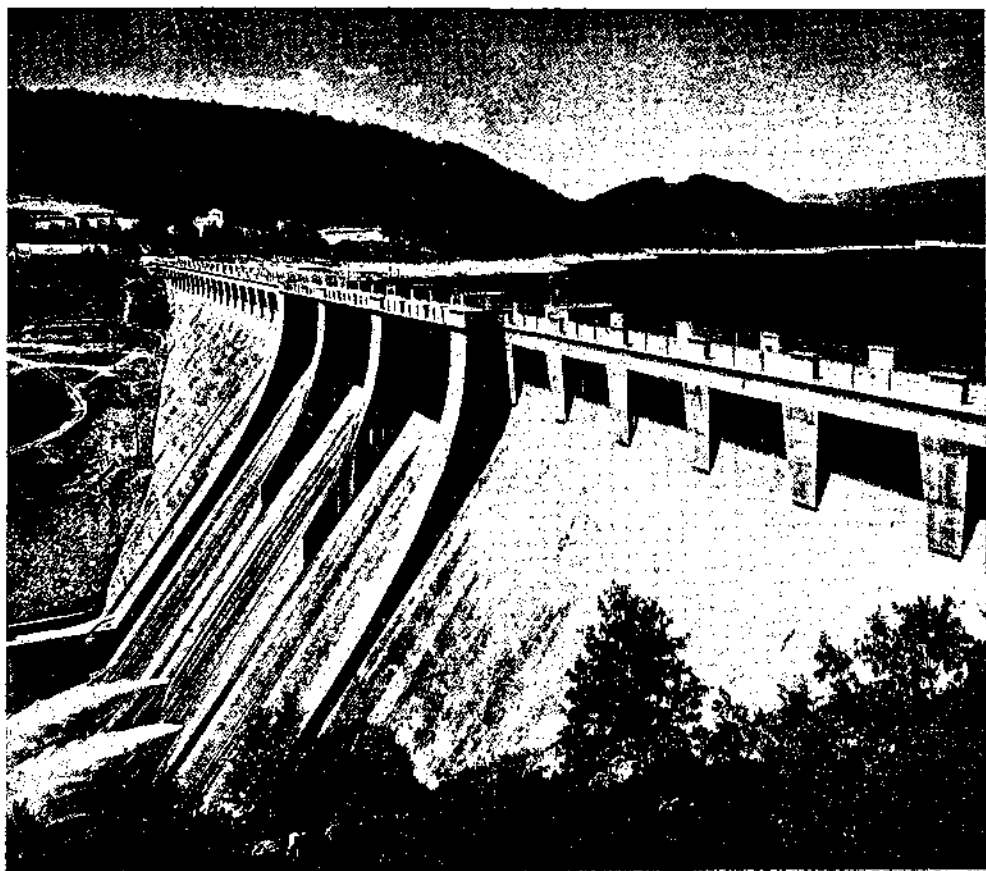
AMPICILINA + HIDROCORTISONA



retens

WASSERMANN

(doxyciclina)



Cápsulas
de 100 mg.
Tubo de 8
Tubo de 16
304, 80, 954, 30
Posología:
Una cápsula
diaria.

Poder terapéutico retenido =
= Acción retardada =
= Baja dosificación =
= Máxima eficacia y tolerancia

alma superviviente que lo transfigura, que lo encarna, que lo resume y que en realidad reina sobre aquel lienzo, hasta constituir el objeto fundamental de su objetivo pictórico, siendo dicho ambiente exterior del «Pati Blau» lo accesorio; el pintor, pues, le dice al presunto comprador: «¿I la noia?»; y el comprador haciendo alarde de este menosprecio, de esta discriminación ofensiva, contra la cual nos levantamos, le contestó simplemente: «La noia, la noia, esborri-la!» Nosotros, también, humanos, borramos de nuestra vista, de nuestra mente, de nuestro recuerdo, de nuestras aflicciones, de nuestras debilidades, todo aquello que puede ser para nosotros una irritación visual, una mortificación sensorial, una contrariedad psicológica, una evidencia de la gratitud que podemos deber al Creador por habernos dado la aparente plenitud de todas las circunstancias físicas que en otros seres, tan hermanos nuestros como nosotros mismos, se hallan disminuidas o canceladas. Moralmente, encarnamos sociológicamente, en esa afección, el rechazo que se produce fisiológicamente en el transplante de órganos vitales, como vosotros ya sabéis; y es que en realidad todo esto constituye una violación del deber aproximativo del deseo comunicativo y generoso hacia el prójimo, sino porque constituye una mortificación o una molestia en nuestro propio modo de ver las cosas y las personas.

Es, del mismo modo que resultan

las diferencias biológicas y las diferencias raciales y las actitudes que poco a poco parecen que debieran ir siendo eliminadas en el mundo para constituir una humanidad idéntica en derechos y obligaciones, pero igual en circunstancias, y en la cual el color, o la riqueza o la pobreza o los defectos físicos nos separan, sin pensar, sin meditar que existe un imperativo superior para extirpar nuestra comprensión hacia esos seres. Cuando hace unos años, visitábamos los Estados Unidos, y pese a las resistencias del guía colectivo que nos quería hacer pasar de largo ante la somera tumba de Kennedy, observamos que montaba la guardia un sargento de color, y que la guardia era cambiada y sustituida a su mando por unos jóvenes y rubios cadetes que obedecían marcialmente las órdenes de su superior jerárquico. Pensábamos, para nuestros adentros, tu estás en esa tumba para que este hombre de color pueda mandar a los súbditos blancos que durante siglos han odiado y han pisoteado esta diferenciada injustamente raza distinta. La experiencia nuestra en esta etapa ha sido, desde luego, la de esta aproximación afectiva hacia todos aquellos seres sufrientes y dolidos que, sin culpa racional suya por designios divinos, se han encontrado carentes de alguna de las actitudes o facultades que en nosotros experimentamos.

Un poeta aquí presente, Jaume Rosquellas Alessán, en uno de los varios premios que tiene obtenidos

en los Juegos Florales de Barcelona (viola de 1929) y que se titula «Elogi inversembiant», desarrolla, en sonetos marmóreos y al mismo tiempo profundos de concepción y sensibilidad, el estudio y el elogio sintético de cada uno de los cinco sentidos, y la fuerza de su creencia, el ímpetu de su dedicación literaria trascendida, la fidelidad a esos designios divinos ante los cuales se postra su elevado espíritu de poeta, le llevan a decir que si alguna vez pudiera él separarse de este ancho camino de recia y de firme fe en el futuro y en lo divino: «Apagueu-me, per càstig, un sentit».⁹ Yo no quiero ni pretendo decir que esta restauración oftálmica mía, deba, desde luego, agradecerla a la Providencia, referirla a un premio, a una conducta, a una ejemplaridad propia; lo que sí quie-

ro decir a este atento, deferente y generoso auditorio que me escucha, que volviendo, como al principio, a las citas de Maragall, diría que «la vista» es un don que, recibido de Dios, como la vida misma, Dios nos puede quitar, pero que hay otra cosa más importante que la misma vista: «la claredat» en el juicio, el equilibrio de la perfección al apreciar los casos y en los hombres, la sabia ponderación de todos los factores individuales y colectivos, que constituyen el equilibrio social y que, evolucionándolos, permiten, exigen y mantienen la reserva y la estabilidad de las estructuras, son capitales; y por esto terminando con aquella «Oració a Santa Llúcia» de Maragall, diría¹⁰ y perdonadme «Santa Llúcia, conesrveu-nos la vista y la claredat». He dicho.¹¹

NOTAS

1. Disertación pronunciada y de la que la presente transcripción es grabación directa, en la sesión científica celebrada el 15 de enero de 1974.

2. El Dr. Alfredo Muiños, asistido por los Dres. Carlo Dante Heredia y Francisco Mateus, del Instituto Barraquer. En la recopilación literaria, Leandre Amigó, Roser Coscolla, J. M. Rovira Artigues, entre otros.

3. V. el artículo del firmante «Una singular vivencia maragalliana», dictado a ciegas con anterioridad a la presente disertación, y publicada en «Diario de Barcelona» del 22 de enero de 1974, que amplía la perspectiva de este inciso.

4. Para expresarlo con una frase novelística (con ella se cierra la obra: «Romàntics d'ara», de Enric de Fuentes, Bibl. «Joventut») como su protagonista, «En Ridaura», el autor «ja havia trobat» (al fin) el centim que li faltava.

5. «La Rehabilitación de los ciegos» (Bol. I.N.D.I.O. - Ven.: 1, 43-51, 1973), «La ceguera en la Historia» («Medicina e Historia», abril 1970, fascículo LXV), «La representación de los ojos en el arte» (Ibid. XI, 1970, fasc. 18), «Los ciegos de las narraciones bíblicas», Barcelona, 1973 (con un prólogo de Luis Araldich), La función visual normal y patológica en relación con el arte de la pintura», discursos de ingreso en la Real Academia de Medicina de Barcelona, 1965, entre otras.

6. «La palabra en la ciencia y en la poesía», discurso de ingreso del académico Pedro Piulachs y contestación por el académico Octavio Saitor, leídos el 6 de diciembre de 1964.

7. La invidencia transitoria no patológica puede dar lugar a réplicas humorísticas, como la de Marck Twain al «Voyage autour de ma chambre» de Xavier de Maistre. La patológica, dentro de la línea de este comentario nuestro, alcanza en Claudel transfiguraciones musicales, como la sinfonía de los ruidos externos así captada y «descubierta» por el poeta durante una afección oftálmica superada.

8. V. «La percepción sensorial y las fuentes del derecho», del Dr. D. Juan Vallet de Goytisolo (núm. 1 de 1972 de los «Anales de la Real Academia de Jurisprudencia y Legislación» de Madrid, pp. 54-78) donde se lee, entre otros conceptos: «...los modos de percepción audiovisuales son más táctiles que la imprenta y más completos que los puramente visuales tipografiados. Pero se trata de una percepción muy distinta de la plena percepción que del mundo real tiene el hombre de la tierra» (p. 71). El académico Dr. Guillermo Díaz-Plaja ha desarrollado, a su vez, en la «Llibreria Porter» y en homenaje a su titular, una interesante tesis sobre «Cultura tipográfica y cultura visual», el 13-II-74.

9. V. el soneto final «Acció de gràcies», p. 77 del vol. de los «Jocs Florals de Barcelona» de 1929.

10. Claro está que, en esta misma composición, Maragall reconoce, previamente a la invocación final que cierra esta disertación, que «són tan bells els ulls al front — quan hi brilla la mirada».

11. El autor tenía preparadas otras muchas notas que el limitado tiempo no permitió desarrollar oralmente. Algunas, figuran recogidas en el citado artículo (nota 3.º precedente). Otras podrán ser aún objeto de artículos ulteriores. Pero ha preferido aquí ceñirse estrictamente a lo dicho en la sesión aludida, por fidelidad material a su contenido, del que así esta transcripción viene a resultar crónica fidedigna (incluso en sus incorrecciones estilísticas y sintácticas, en sus balbuceos, en sus reiteraciones y en sus omisiones).

SOBRE LA ESTRUCTURACION DE LOS CURRICULUM VITAE EN LA ACADEMIA*

Dres. PEDRO DOMINGO y B. RODRIGUEZ ARIAS
(Presidente y Secretario general de la Real Academia
de Medicina de Barcelona)

**Lo que podrían ser los de nuestros antecesores y cuantos
se vienen solicitando ahora**

I. — Exposición doctrinal

II. — Discusión

III. — Conclusiones

I. — Exposición doctrinal

Dr. Pedro Domingo

Presidente y secretario de una vieja e inextinguida Academia, queremos considerar a lo liberal del trámite —eternamente difícil y múltiple— el redactar y presentar los "curriculum vitae" de sus socios, ojeados y estimados al calor de unas nobles paredes.

Los amplios documentos biográficos o las simples referencias de nuestros predecesores, que se guardan en el archivo, hacen creer o nos llevan realmente a una interpretación difícil, sea en términos absolutos y de gran objetividad, sea a efectos comparativos y de significado en una o más épocas históricas.

Y cuantos se vienen recibiendo últimamente, en los días que transcurren, suelen adolecer también de la más

oportuna e indispensable proyección comparativa.

No siempre es mencionada la trayectoria del hombre en relación con su circunstancia y el valor atribuido a etapas político-sociales, científicas y del saber, enciclopédico o no.

Si estudiar o dedicarse a la verificación sistemática de la historia médica catalana, por y para la Academia y con la finalidad —ulterior— de integrarla en la nacional del país, misión estatutaria de siglos y vigente, importa a todos, los datos que hayan de utilizarse merecen suma atención.

Con frecuencia se echan de menos en las biografías parangonables antecedentes necesarios y a veces la vida y obra científica de un prócer refleja lo mínimo de la era histórica en que transcurrió.

Sin perspectivas claras del ambiente que rodeó a los individuos analiza-

* Coloquio desarrollado en la Sesión científica del día 29-1-74.

dos, la estimación fundamental de una trayectoria seguida de una labor sanitaria o dogmática, de unas conquistas, de una nombradía, de un prestigio en las aulas, de un eco, etc., resulta opugnable.

Y de abundar sobremanera en notas y en comentarios, sin la más elemental de las ponderaciones, igualmente.

El significado exacto de los avances clínicos defendidos, una práctica de elevado tono o francamente normativa, instituir nuevos servicios hospitalarios o de ciencia pura, marcar derroteros inéditos o modelo en la ruta de la profilaxis (auge de la vacuna y de la asepsia en el XIX), no olvidar la crítica objetiva de posturas y de logros, impartir buena enseñanza, etc., habría de justipreciarse sin distingos cronológicos.

La lectura de biografías de médicos célebres en publicaciones al uso o de notas en algunos diccionarios, parece obviar más de un inconveniente al historiador que se mueve en bibliotecas.

Se ha trazado y se ha deformado, asimismo, con ello la imagen auténtica o válida de ciertos médicos catalanes.

Pero la historiografía ortodoxa de un gran porcentaje de los que usufructuaron nuestros sillones es lo que entiendo más indispensable ahora y entre nosotros. Luego, cabrá perfilar la de los ilustres que fallaron o ni siquiera accedieron a cualquiera de las vacantes que se iban anunciando u ofreciendo a partir del 1770; en el fructífero reinado de Carlos III.

La historia que más nos afecta, la

interior, la propia, es obligada e incoactiva, aún ruborizándonos. Porque duele y fastidia a todos no poder satisfacer —adventiciamente— las demandas de información sobre vida y obra científica de bastantes médicos-académicos (léase sanitarios), a los estudiosos nacionales y extranjeros que van en pos de rendir culto a la ejemplaridad de un personaje, de un laudo o de una medida de gobierno.

De no saber honrar la Academia a los suyos, mostrando un óptimo "curriculum vitae" de los que fueron, incurre en lapso de menosprecio o de silenciamiento de un pasado, que enorgullece por respeto a la dignidad de cada uno.

Nuestra Corporación tiene que examinar y juzgar un material acumulado en otros tiempos, mejor o peor seleccionado. Es así, nos guste o no.

Jamás convendría omitir la exégesis razonada de lo que representó un socio nuestro, haciendo mención de su existencia, de sus actividades y de las distinciones que alcanzó. El espejo, quizá, en el que habríamos de mirarnos. Ya que de dirigir la vista atrás —en un doble movimiento de respeto y de crítica serena— reafirmamos nuestra propia historia de inextinguibilidad de hombres y de valores y nos acreditamos como doctos.

La elemental premisa de disponer en el archivo de biografías completas y homologables —en lo más factible del empeño— debe sostenerse.

Con auténtico fervor, natural dedicación de hijos espirituales, gratitud a los maestros y remembranza de condiscípulos,

pulos y amigos, que dejaron una huella científica y humana, tendríamos que ir rehaciendo las biografías de todos y cada uno de los fallecidos, en su inmensa mayoría parcas, desiguales o en ocasiones ditirámicas.

Una especie de patrón o de norma —el que se adopte, tras la discusión entablada— habría de servir de guía o de orientación; nunca —por supuesto— de arriba abajo.

Obligación de "actualizar" esas biofráficas, muy grata y honorable después de todo, que incumbiría a los vivos (gracias a Dios) pausada y cíclicamente.

Con reiteración he soñado en propugnar que se erigiera en un parque de la ciudad al hombre de ciencia anónimo un monumento, tanto si fue galardonado al ingresar en una Academia, como si la fuerza de un "numerus clausus" le mantuvo apartado potencialmente de ella, v. gr. la de Medicina. No veo en el deseo una utopía.

Mas a la inversa, personalizando un designio, está en nuestras manos, íntima y reverencialmente, llenar las cajas deslucidas o pimpantes situadas en las estanterías del archivo, el monumento que es contemplar letra manuscrita o impresa evocadora de una gesta, de una praxis, tan de los autores respectivos cual —en lo que simboliza un patrimonio cultural— de los que les sucedieron y han de cubrir sus vacantes.

He aquí mi pensamiento acerca de la estructuración de los "curriculum vitae" académicos, compartido por el secretario, quien les hablará del con-

tenido —uniforme, ordenado y suficiente— exigible a los que vayan presentándose o reclamándose en el futuro.

La libertad de acción de cualquiera de nosotros no debe poner en peligro un orden dogmático y una táctica.

Por lo que me atrevería a rogar —previa discusión— nos comprometiéramos los ocupantes de un sitial: a) poner al día y homologar el "curriculum vitae" de uno mismo; y, b) incrementar y repasar, con análoga finalidad, el de otro u otros, maestro, condiscípulo o amigo, de los ya desgraciadamente fallecidos.

El honor debe ser solidario en el confín de estos muros bicentenarios.

La elección del o los biografiados no habría de llevarnos a una pugna, antes bien, a lo mutual de una conducta.

Si avanzamos en la reordenación de la biblioteca, no cabe preterir lo que depara y ha de deparar en el futuro el enriquecimiento de un archivo, indispensable a los historiadores.

Y no nos objetamos, pues, nuestra razón de existir.

Escuchemos, en fin, la voz del que ininterrumpidamente pide y recibe los "curriculum vitae" de los aspirantes más del día.

Dr. B. Rodríguez Arias

Como ha afirmado dogmáticamente y sin titubeos PEDRO DOMINGO —de etapa presidencial superlativamente fructífera y alentadora, dada la inteli-

gencia que posee y el entusiasmo que le guía— una estructuración en los “curriculum vitae” en la Academia y para sus miembros —ya fallecidos o sea los de un pasado histórico, de aquellos que todavía viven (gracias a Dios) o de los que pretenden o desean acceder a una plaza vacante— merece ser considerada, discutida largamente, generosamente, para llegar a un “acuerdo”, a una resolución, con fuerza de obligar.

Las virtudes, los servicios y las peculiaridades de los que fueron —inéditas o quizás extraviadas en los archivos— deben redactarse a lo informe por necesarias, con el fin de “hacer” historia, pequeña o no tan pequeña historia local, la inherente al viejo Principado de Cataluña.

Principado —lo vuelvo a referir con gusto— que calca la dimensión territorial o personifica el espíritu cívico y realista, lo abiertamente característico de una zona nacional, nuestro ancestral y vigente Distrito académico.

Si raya en lo axiomático que individualidades notorias de las ciencias biológicas —singularmente de la medicina— dejaron de alcanzar la prebenda de sentarse en una butaca académica por motivos imputables al rígido “numerus clausus” o a un albur de relativa o tajante oposición de una mayoría de votantes, no resta valor al cónclave y de hecho, siquiera, no quedan excluidos los nombres de los documentos archivados o a veces amplias citas o informaciones de las circunstancias en juego.

Más que del hombre “y su circuns-

tancia” —en el sentido orteguiano— trataré de las “circunstancias”, además de los méritos científicos, aludidas en los Estatutos promulgados.

PEDRO DOMINGO acaba de exponer su idea al respecto y ha defendido una muy factible solución o “modus operandi”. La suscribo de arriba abajo para los curriculum de nuestros grandes o por ventura modestos antecedentes.

Ahora bien, de los otros curriculum que pertenecen al elenco de los que se hallan en funciones, previamente desempolvados e incluso actualizados, también conviene ocuparse. Deberían ser repasados, ampliados y uniformados —si les parece bien a los interesados— cabiendo brindar de esta forma la homologación de los mismos.

Pero tratemos —quise asumir la parte más difícil o figurativa de la exposición doctrinal— de lo que Secretaría habría de solicitar o pedir, escalonadamente, a los candidatos de un mañana a sitiales vacantes.

Entiendo yo particularmente que la recomendación o medida que se establezca habría de ser igual para los Numerarios, los de Honor y los Correspondientes Nacionales, aunque una coyuntura táctica, unos motivos de oportunidad o una urgencia afecte sobremañera a los Numerarios.

Cubierta la plantilla de Numerarios, de los que gobiernan la institución, se ofrece más justificada la coyuntura.

El vocablo “académico” —que se me excuse la precisión terminológica o conceptual— deriva del latino “academia” e indirectamente del griego. El

ANGINAS!



BISURPAN

SUPOSITORIOS NIÑOS

TRAF... ..

BISURPAN

SUPOSITORIOS NIÑOS

**Antibiótico y quimioterápico de las infecciones
amigdalares en la INFANCIA**

COMPOSICION POR SUPOSITORIO

Cloramfenicol	0,125 grs.
Succinato de Bismuto	0,050 »
Dimetilaminofenazona.	0,100 »
Acido pantoténico	0,025 »
Vitamina A	5.000 U. I.

INDICACIONES

Amigdalitis agudas, flemonosas, pultáceas, angina de Poul Vincent, rinofaringitis, estomatitis, gingivitis, absceso retroamigdalor, sinusitis, adenoiditis, etcétera.

En general todos los procesos infecciosos del anillo de Waldeyer y en su profilaxis local y general

Como tratamiento pre y postoperatorio en los amigdalectomías

DOSIS

La dosis media, salvo prescripción facultativa, es de un supositorio cada 8 a 12 horas

Caja de 3 supositorios

S.O.E.

RECETA LIBRE

LABORATORIOS HUBER, S. A.

Fábrica y Laboratorios: Berlín, 38, 40 y 42 - BARCELONA 15 - Teléfs. 230 72 00 - 230 72 08 - 230 72 09

CANTIN

académico se ve forzado, pues, a "enseñar" —siglos de por medio— cuando se muestra partidario de las doctrinas filosóficas de Platón. Y la academia —literalmente definida— es la sociedad o junta de miembros cuya voz, cuyo dictamen, significa autoridad a efectos públicos.

No vayamos a parangonar, así, el crédito —muy respetable— que distingue y honra a una asociación, a una academia, libres, con los juicios, el parecer o las opiniones doctas de asesoramiento frente a la Administración y las sugerencias de tipo misional que se elaboren y se refrenden corporativamente a modo de laudo casi dogmáticos oficialmente. Asesoramiento y sugerencias privativas antaño y hogaño, en teoría y de "facto", v.gr., de la Real Academia de Medicina de Barcelona.

"Enseñar", "doctrinar", "asesorar" y "sugerir" con autoridad —"conditio sine qua non" de las entidades que fundara Carlos III y que transcurridos 200 años mantienen una finalidad, cíclicamente atribuida, discurriendo el año 1974— tiene que buscarse e infundirse en los que totalizan sus filas. Justamente la evidencia de credo científico, de aptitud docente y de praxis noble y eficaz, por encima de otras cualidades.

Vale la pena de examinar descubrimientos, publicaciones y el renombre de los oficientes si hace al caso una carrera liberal.

El lucimiento razonable como investigador, como maestro (oficial o libre), como uno de tantos profesionales en

ejercicio, sería lo más normativo en la vida de los académicos.

He aquí porque el legislador —el de antes y el de nuestra era— indica la semejanza, la equiparación, del mérito científico y de la prestigiosa o acreditada praxis.

Esa triple faceta o condición de la actividad de estudio, de sapiencia, de fehaciente ministerio, en cualesquiera de las ramas sanitarias o afines, tiene que demostrarse o resultar inconcusa.

Al anunciarse las vacantes, en su trámite de provisión, procede obtener numerosas relaciones de méritos científicos y demás circunstancias que fijen o extiendan hasta unos 8.000 candidatos facultativos, acaso bastante menos hoy por la indispensabilidad del título de doctor. Candidatos que, seleccionados directamente por la Academia, han de observar una metódica en la redacción de sus alegatos, para no llegar a silenciar lo esencial, lo substantivo, mezclando datos, sucedidos y comentarios adjetivos.

De esta forma, parece lógico que —sin omisiones de bulto, sin perplejidades y sin recurrir a motivaciones ditirámicas— todos los curriculum que hayan de ser comparados al presente o el día de mañana, tiendan a la imitación, a la semejanza, al equiparamiento, al parangón, en su estructura.

Reclamemos, ergo, que no difieran de "forma" o de objeto al ser elaborados por sus autores. Por mucho que sea obvio —de conseguir lo apetecido— la disparidad, lo no similar, de "fondo", de base, de esciencia.

Llevo de secretario general 10 años. ¿Qué imagino, pues, de la relativa balumba de los curriculum —apenas o no estructurados— que en el último decenio me he visto obligado a pedir, juntar en mis manos y analizar? Vengo evaluándolos por su:

a) *Extensión.* — Divididos en breves, más o menos amplios y prolijos o interminables. Escritos casi a vuela pluma en una hoja, de índole telegráfica o demasiado esquemática o con aires de folleto.

Esa variabilidad implica —a menudo— olvido de determinadas características de interés.

b) *Apariencia, fidelidad y significado.* — Resultan parciales o incompletos algunos e íntegros, totales o completos los más. En un porcentaje bajo se aspira desorden, de efemérides, de nociones o de continuidad. Y lo artificioso, en ocasiones, se echa de ver.

Un cúmulo de minucias, la repetición de detalles, lo exhaustivo de las noticias, es causa de frecuentes embrollos o dudas.

c) *Género.* — Enumerativo, de catalogación o de inventario, a la usanza de un relato “frío”, ordinariamente, y justificado —en tono de glosa o de síntesis— por excepción.

Los comentarios —útiles siempre— no deben tender a imponer criterios.

d) *Módulo o tipo.* — Conclusivos, sin dar lugar a vacilaciones en los juicios e intrincados o extremadamente fatigosos y de sibilina lectura o apreciación.

La maraña “no casual” suele atañer a personalidades de enigma.

e) *Impresión.* — De franco agrado, que no enoja al ser examinado de seguida y en lo futuro y latoso, acaso mal visto o censurable por lo reticentes, un tanto disimulativos o sugerentes.

La confianza en sí mismos, la firmeza, no abundan mucho.

f) *Finalidad.* — Querer ser veraz y objetivo en las estimaciones individuales o corporativas en unos y propugnar miras harto subjetivas —de orgullo, de egotismo— en otros.

La ecuanimidad de la mayoría cara a lo vacuo o a lo engraido de unos pocos.

Más de una característica o de una particularidad no aludidas podrían entrar en liza, si bien sobrarían en justiprecio de eruditos.

En tal disposición, ¿qué se le ocurre decir o aconsejar —que renueva un montón de curriculum— al secretario, perpetuo últimamente?

Si resumiera —sin tilde— el pensamiento, diría que los “curriculum vitae” académicos, estrictamente los académicos, no idénticos o copiables de los demás —por ejemplo, los de concurso u oposición a cátedras o a puestos asistenciales— son la narración de una trayectoria vital, en lo científico y en lo profesional, con defensa y opugación de los hechos. El por qué inicial y lejano de esa trayectoria gira en torno de un “leit motiv”. Y, entonces,

más que un viaje explicado a lo minucioso y panorámico, al borde de razones, de altos en el camino, de reanudar o cambiar la marcha y de terminar la etapa, importa sobremanera destacar una ambición, mencionar logros y fracasos, hablar de la insistencia sostenida, de la pauta, del designio escogido.

¿Hubo legítima o aleatoria vocación científica y profesional? ¿Se consideró, más que nada, el señuelo o la oportunidad fácil de ganar dinero —evoquemos la influencia del “coche de caballos” de Dieulafoy en París —y el valor de una gran representatividad social? ¿Intervino la familia —de gente docta, médicos ó no, de comerciantes ladinos, de negociantes pícaros o de trabajadores honestos, presionando una decisión, una meta culta y áurea? ¿Caso visible de rémora o de necesidad material y espiritual de los padres y deudos? ¿Imposición autoritaria de elegir la carrera, desestimando gustos y cualidades innatas? ¿Ambiente favorable en el lugar del nacimiento: rural, urbano, arcaizante, progresista, revolucionario, etc.?

Alguien sabrá calificar de exagerados estos argumentos o términos. No lo son. Estimemos su trascendencia, su dilatada perspectiva, su acción primaria y evolutiva.

Una referencia doblemente cronológica y evaluable, de índice y deductiva, de acontecimientos ojeados y sufridos, de triunfos y de equivocaciones, de obra positiva y soslayada, excelente, buena o mediana, es forzosa.

Y aconsejaría, luego, lo siguiente:

I. Instituir —especificándola— una filiación omnicompreensiva.

Data y en qué ciudad o pueblo nació. Circunstancia íntima o de los padres y hermanos. Hábitos de la vecindad. Ciclo político y económico del país. Inquietudes espirituales dominantes. Lacras, defectos congénitos o enfermedades de la parentela inmediata. Familia numerosa.

Ejemplos. — En una aldea pirenaica del límite aragonés, en Vilaller nació hace más de dos siglos un insigne cirujano catalán de la ilustración. Bastante mayor que sus condiscípulos se aprestó a estudiar Medicina un famoso neurólogo. Una invalidez física no arredró de joven a otro galeno sabio. “Yo quise —sin más —cultivar la pediatría o la pneumología” por los desastres observados en familiares directos, he oído comunicar a algunos.

Un ansia de mimetismo, lo novedoso, se dan a las veces.

Vocación ingénita y sostenida. Reflexión de adolescente nada esporádica. Simple impulso. Atisbamiento en sazón de lo mejor o conveniente.

Rendimiento en los estudios primarios y de bachillerato. Calificaciones durante la licenciatura y su explicación. Premios extraordinarios. Epoca de cursar el doctorado.

Lo adverso en el escolar. Laureles alcanzados. ¿Cuáles de los maestros dejaron huella? ¿De quiénes supo prescindir? Asignaturas o materias cautivantes en principio y ya perfectamente orientado.

Congruencia o incongruencia de los resultados en la formación.

Decisión de postgraduado; génesis, tropiezos o vicisitudes y corolario. El acierto o el engaño.

Garantía "ab initio" de un porvenir laboral, de hombre eminentemente cultivado o ambivalente.

Senda de investigador científico a lo prevalente. Docencia facultativa en el ámbito nosocomial o en el universitario. La asistencia hospitalaria como meta básica. Cultivar de lleno la medicina social y la medicina preventiva. Sujetarse a las exigencias de la práctica libre y áurea fundamentalmente.

El dominio de la técnica y la artesanía de un trabajo. Conducta sacerdotal. Humanismo.

Sendas, metas, tecnología, exigencias y arte, optadas y mantenidas a lo exclusivo o a lo polifacético.

Fijeza y constancia suma en los designios originarios y versatilidad de propósitos dentro de lo único y de lo múltiple que se aborde.

Número, oportunidad y armonía de las oposiciones preparadas y realizadas. A lo contemporizador, a lo aprovechado e indiferenciado. Puestos de la Administración selectiva o no selectivamente codiciados.

Pluriempleo momentáneo o celosamente buscado y garantizado. Saber reducir —sin imposiciones— el usufructo de los cargos.

II. El encadenamiento de los designios, de los intentos, de las resoluciones, de los éxitos, de las frustraciones, en una palabra, de lo alcanzado y brindado a la sociedad o de lo ma-

logrado imperfectamente, es de lo más aleccionador.

Hay que justificar, por tanto y mediante razones, el designio y sus resultados, a la vista o encubiertos. Por un apremio financiero unos, por ajotaje otros y por satisfacción del opositor que se ufana en vencer los restantes, se escalan sin directrices netas puestos de la Administración. Y se les etiqueta —siendo o no siendo así— de "coleccionistas de oposiciones".

Presumir de ganar oposiciones —caprichosamente, malgastando un intelecto y una voluntad, lucrativas en lo mutuo de domeñarlas— induce a desconfianza. Compaginar varias actividades no parece rendir óptimos frutos.

Médicos de la asistencia pública nacional o local, médicos de las fuerzas armadas, facultativos de la Seguridad Social, terminan en la Universidad como profesores, partidarios de la ubicuidad. Reñida ésta con la ideal dedicación exclusiva, la aceptable dedicación plena y la restringida dedicación normal. Si de lo sencillo y originario se pasa a una docencia ortodoxa, bien, pero si el acúmulo de funciones subsiste —fingiéndose maestros del equilibrio— a lo vano, mal.

La vocación leal no admite triples posturas o consagraciones. La treta de los recursos económicos se me antoja minoritaria, la del poder, la del dominio, la de detraer cargos a los oponentes, mayoritaria. Los apuros de numerario periclitán a no tardar. Y el dubitativo en ajustarse a una línea de conducta unicista o afín, es sospechoso de egoísmo, de politiquería trasnochada.

da y de neutralizante de latentes tareas de competencia.

En el ocaso académico de una vida, la consecuencia, lo justo, lo idéntico, surte más efecto.

III. Las líneas o planes de investigación distan —corrientemente— de afrontar lo más teórico y original para dar con lo aplicativo. No obstante y "per accidens" sucede lo contrario.

El crear "escuela" —sin atenuantes— o formar y lanzar discípulos es más problemático que real. CAJAL y los suyos nos redimen, todavía, de lo ficticio o pobre de otras escuelas. El mayor porcentaje encarna una agrupación de colaboradores, a lo utilitario de un servicio, de unos medios, de una palanca, que de la fe en un mentor de categoría.

El continente de escuela parece disparejar de la fuerza de los socorridos "equipos", por culminantes que éstos se tengan.

La capacidad asistencial —en lo reductible— merita distingos. El ofrecimiento a una visita pública no toca la plenitud del deber. Y conllevándolo de rutina, la flaqueza no se extingue.

El lucimiento mayúsculo en clientela privada, conduce a una nombradía popular y replicativa para los instruidos.

Si el mundo occidental ampara la libertad de investigación, de enseñanza y de practicar una carrera, haciendo lo que se quiera y en la forma ambicionada, los derechos constriñen a exigencias. Quien las multiplica ado-

lece, en el fondo, de egolatría o de indeterminación. Un rasgo informativo no demasiado adjetivo, transitorio.

IV. La pluralidad de empleos o de situaciones ministeriales consiente dispensar favores y terciar en acciones públicas, errónea o vehementemente más que al caso.

Pero el símbolo del académico icástico, la ejemplaridad de su quehacer, es una conducta racional y desinteresada, el beneficio y la fuerza de los trabajos emprendidos, la fama impoluta del oficiante, la publicación de notas o de memorias científicas y de libros de texto originales, la aptitud o clase de discípulos o colaboradores, el establecimiento o reorganización necesarios y precípuos de clínicas y laboratorios, la adhesión no mítica de sus enfermos, el respeto que inspira a los colegas, el señorío, etc.

Quedan a lo inédito más rasgos, bien que menos compulsables.

La estimación de los méritos y demás circunstancias de los que, en votación, resultan elegidos y hacen inextinguible la Academia, no siempre —afirmaba el Presidente AGUSTÍN PEDRO Y PONS— demanda examinar curriculum. En general, "todos nos conocemos sobradamente y sin lectura de nada emitimos el sufragio". Proceder cierto con relativa frecuencia. Aunque el curriculum, documento archivado, responda históricamente de una decisión.

Un Presidente honorario, "que vivió intensamente" y con cariño la Acade-

mía, VÍCTOR CÓNILL MONTOBBIO, no relegaba jamás en sus juicios la faceta del señorío.

Y otro Presidente, el actual, PEDRO DOMINGO SANJUÁN, se esfuerza en calibrar a lo omnímodo la personalidad de los verosímiles académicos, para que los sumandos no decrezcan el prestigio corporativo, el inmanente.

Lo esporádico, lo contingente, lo superficial, lo anfibólico y lo objetable de una figura, son para mí desméritos.

El buscar un solo puesto de trabajo y honrarlo es, a mi juicio, característica mejor que la heterogeneidad— virtual, aparente, insegura, etc.— de las actividades de un facultativo.

Con insistencia machacona declaro, que acumular empleos, sentirse influyente por fuera y rivalizar a lo populachero conturba intra-académicamente.

No fallemos preventivamente al ser apáticos, indiferentes o sagaces. Anima evitar posibles yerros. No cabe, ulteriormente, remediarlos. Y se pagan a la larga o entristecen los desaciertos.

No escasean los triples y hasta —semioficialmente— los cuádruples destinos administrativos en Medicina. Más de una plaza corresponde a “preceptivos” especialistas en lo fundamental, en lo clínico o en lo aplicado, por lo que ha de saberse o intuirse cuál de las aptitudes o de las tendencias seguidas es la redituable o la vocacional. Incógnita —si no se orilla— chocante en una Academia bicentenaria.

El curriculum de la personalidad por antonomasia rubrica —sea el que sea— esta doctrina.

V. El auténtico designio precoz o el reflexivo en etapa no final. He aquí un mérito o una circunstancia que valoramos a lo favorable.

Las llamadas dedicación plena o exclusiva. He aquí otro mérito u otra circunstancia selectivos.

Hitos sobresalientes en los trabajos especulativos, en el campo de las innovaciones prácticas, en el sistema pedagógico y en el movimiento cultural. He aquí un tercer mérito o circunstancia de peso.

Ser un gran adalid en cuestiones de medicina preventiva y social. He aquí —sin agotar la lista— un nuevo mérito o circunstancia de elevada garantía mutua.

Bulle entre nosotros la remembranza de condenar —en 1770— los desastres de los médicos “asesinos” y de los que no siéndolo y callando incrementaban, junto a aquéllos, su clientela. Asimismo el elogio de la geografía de los padecimientos, como cantera de estudios. Y que al cumplirse el siglo de la fundación, la ética de un candidato se juzgaba materia apreciativa.

Hoy nos embebe la tecnología y la humanística o el arte de curar o lo pretérito se menoscaba.

* * *

Deduzcamos, pues, de los antecedentes y nociones reseñados y su comento las reglas o medidas de un curriculum ideal para la Academia.

De surgir el modelo fácilmente no habría de tenerse por unívoco. Cabe aprobar varios por el estilo. No somos

partidarios de los facsímiles sino a lo orientador cotejable.

Hay que requerir la exégesis, con argumentos, de la trayectoria vital, de la obra científica y sanitaria, de las inquietudes profesionales, de los miembros y candidatos a serlo.

En verdad, propugnamos la redacción extractada o sumaria de una autobiografía y hasta de una biografía firmada por discípulos y colaboradores, siempre que la glosa la infunda valoración pluridimensional.

Un curriculum de esta guisa puede ofrendarse como un discurso o una memoria breves y de lectura rápida, susceptible de allanar más de una objeción o sencillas preguntas.

Yo trataría de aconsejar lo privativo de la lectura y discusión de una "tesis doctoral" ante el grupo de académicos de la Sección de la vacante. El candidato replicaría lo que fuere preciso. Debería ordenar, por último, unas conclusiones, que informadas en sesión plenaria y modificadas o no se archivarían.

El expediente imaginado nos parece serio, armónico, equitativo y magnífico para la historia.

Arduo, un tanto complicado y largo, en medio de sinsabores y piques, viene a cuento hoy y evita lo limitativo o lo ambiguo de bastantes.

Sabré elaborar pronto —estoy convencido— un bosquejo, un formulario o una pauta de curriculum, a lo indicativo, a lo apetecido y también estatuir el "modua faciendi", de ser utilizables y compulsables a nuestro objeto.

Por supuesto, después del coloquio que pido se entrelace o se intercale.

II. — *Discusión*

Dr. José Cornudella Capdevila

Me adhiero sin reservas a cuanto han manifestado y propuesto el Presidente y el Secretario general.

Pero quiero sugerir la conveniencia de que se elaborare en la Academia una lista de posibles candidatos a Miembros Numerarios, que cabría engrosar moderada e insensiblemente al correr de los años.

Su finalidad sería disponer de una cantera de profesionales, aptos para resultar elegidos oportunamente. La selección de los mismos se haría, entonces, sin prisas agobiantes y sin olvidos que más tarde se lamentan, de ir en pos del mayor acierto o beneficio común.

Todos y cada uno de los miembros numerarios gozarían del derecho —por ser una atribución lógica y reglamentaria— de proponer nombres de "especialistas", en las materias que cultiva, dado que solidaria y naturalmente se conocen más. Y asimismo de los méritos y demás circunstancias, que sabrían justificar y exponer al tiempo de iniciarse el trámite de provisión de las vacantes.

Esos nombres de precandidatos se harían constar en las Secciones oportunas y las listas que obraren allí podrían revisarse —para "actualizarlas"— de cinco en cinco años. Listas

que no habrían de ser óbice para acordarse —en cualquier eventualidad— de otras personalidades.

Las listas tendrían, pues, simplemente un carácter informativo y de vulgar recordatorio de personas aptas.

Dr. Joaquín Salarich Torrents

Me satisface de veras lo que han expuesto y concluido el Presidente y el Secretario general, tanto más cuanto que apoyan mis directrices en la reorganización del archivo de la Academia, a mi cargo.

En efecto, hace meses que vengo pidiendo a mis colegas —singularmente los Numerarios— hagan llegar a la biblioteca su curriculum a modo de biografía, adjuntando un ejemplar de sus publicaciones, sea las originales, sean copias normales o en microfilme.

Nuestra documentación biográfica y científica personal ha de favorecer el recuerdo de los que fueron —maestros y antecesores— y los estudios histórico-médicos que nos son obligados.

De una manera paulatina los académicos van respondiendo a lo solicitado.

Pero el curriculum que idee —como algo indicativo— el doctor RODRÍGUEZ ARIAS favorecerá el propósito que me anima como Bibliotecario.

Presidente

Me satisface mucho lo que acabo de escuchar, pues la historia médica catalana, nuestra propia historia cor-

porativa, vinculada a aquélla, tienen un gran significado. Y si nuestra más reducida historia, la de los Académicos, no llega a englobar el conjunto de personalidades habidas, goza de valor substancial, por el número y calidad destacada de sus Miembros.

Una descripción póstuma —corregida, mejorada y ampliada— de las figuras insignes de nuestros consocios, para buscar su “actualización”, es de todo punto necesaria, hoy más que ayer.

Hemos de convertirnos en los artífices porfiados y cariñosos de lo que fue docto y trascendente y se forjó en esta casa. Aparte de que la inextinguibilidad de los sucesores nos obliga a recordar solidariamente la gesta y los méritos de unos y otros.

Un impresionante elenco de maestros y de compañeros —principalmente de ciclos anteriores a nuestro nacimiento— demanda una exégesis renovada de sus vidas. La de los que nos enseñaron y la de queridos amigos y condiscípulos, podría merecer óptimos perfiles.

Y si las biografías retocadas obedecen a un módulo uniforme, el trabajo que preparemos a los futuros historiadores nos enorgullecerá.

Cumplamos el destino que se nos atribuye, seamos útiles al país y respetemos —ensalzándola— la trayectoria que nos legaron maestros y colegas.

Lo que queramos hacer no nos defraudará. Nos espera, así, la glosa o la evocación —por lo menos uno o dos— de los fallecidos.

Secretario general

Insisto sobre el valor y la trascendencia —en el ámbito corporativo y para el futuro académico— de lo que requiere de todos nosotros el Presidente.

Hay que lanzarse —desde ahora— a preparar la enmienda o nuevo bosquejo de nuestros curriculum personales y a la confección —uniformándolos— de varios de los ya fallecidos.

Y si es verdad que los curriculum exhaustivos, matizados y glosados pueden fastidiar e incomodarnos, dejar las cosas como antes significaría tener por buenos los antecedentes parciales o subjetivos, de los que nos dolemos al examinarlos. Desde 1870 —por ejemplo— muchos inducen a confusión.

Aplaudo la recomendación de PEDRO-PONS en lo íntimo de mi conciencia, así como el señorío repetidamente aludido por VÍCTOR CÓNILL y la autobiografía defendida por PEDRO DOMINGO.

Aunque me moleste la estampa de “hombre incómodo”, dentro de la Academia, que frecuentemente citaba CARLOS SOLER DOPFF. Menos me ha seducido “dormitar” a lo pancista, a lo indiferente y sobre todo a lo ególatra.

Asegurar la perspectiva futura, la de la historia —enojándonos tal vez—, es necesario y la coyuntura actual óptima. No existe vacante alguna y lo que discutamos y concluyamos no parecerán jamás subterfugios en favor o en contra de amigos y colegas.

Una relación de los que llamaríamos “academiciables”, por haber sido eliminados en votaciones, existe en Secretaría. Me dedicaré a formar, pues, de aceptarse la idea del doctor CORNUDELLA, otra más extensa.

Al doctor SALARICH le ayudo y le ayudaré encantado.

El patrón de curriculum que vengo esbozando lo tengo concebido “in pectore” y de merecer el asenso de todos —previa discusión en sesión plenaria de gobierno— podría imprimirse y repartir las copias por aquello de “nihil obstat”, “imprimatur” de la autoridad eclesiástica.

Y nada más.

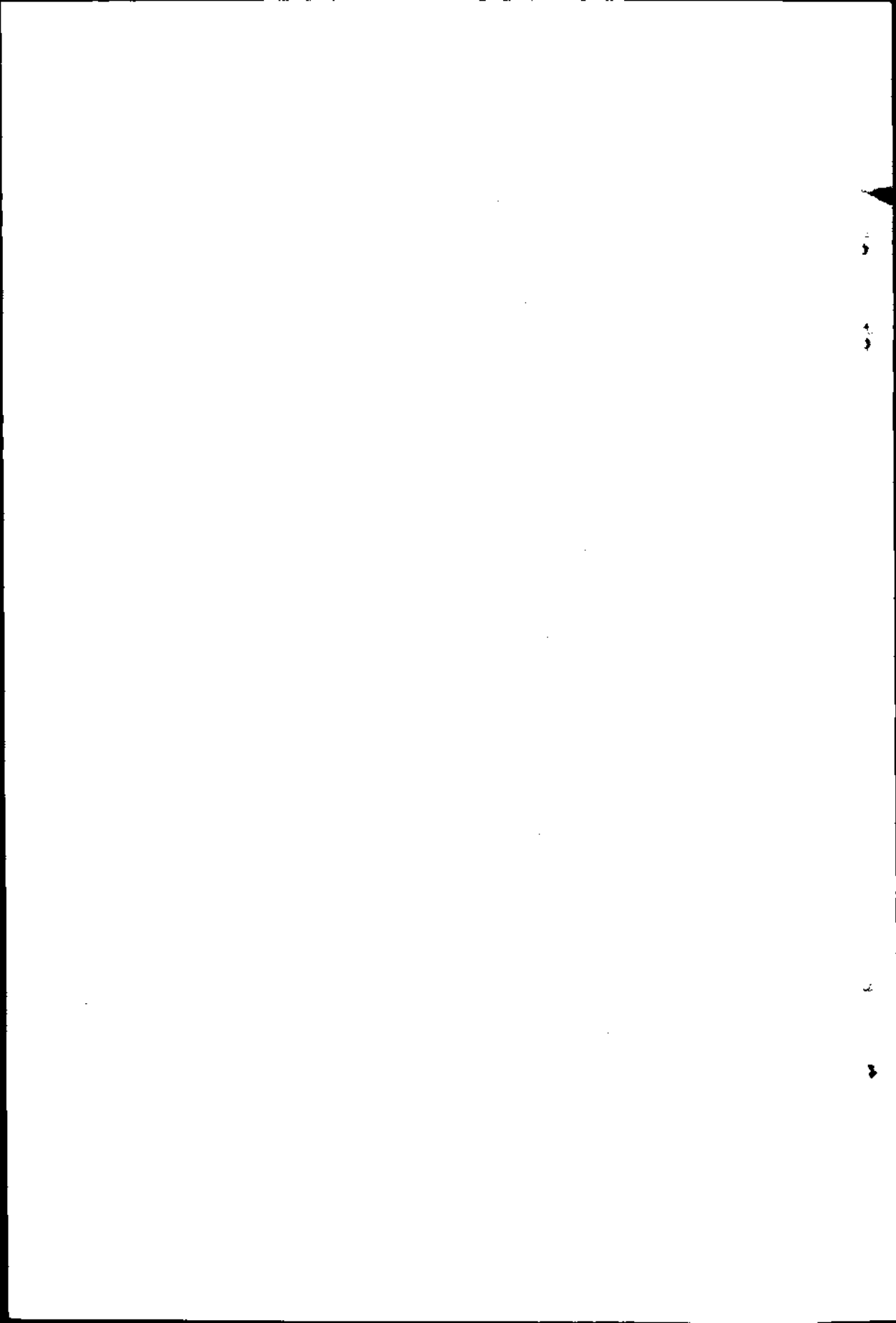
* * *

El Vicepresidente, el doctor LUIS TRÍAS DE BES Y GIRÓ, que preside la sesión - colquio, se hace eco de la siguiente:

III. — Conclusión

Que el secretario general proceda a redactar un modelo o facsímil de “curriculum vitae”, glosado, a modo de biografía y que —de tramitarlo la Junta Directiva— se incluya en el orden del día de una sesión plenaria, para ser eventualmente modificado y admitido.

Levanta el coloquio, después de mostrar su gratitud por el alcance y la forma de exponer un tema candente en la vida de la Academia.



CRITICA DE LIBROS

FISIOLOGIA GINECOLOGICA

Autores: Cl. Boury-Heyler, Jean Cohen.

Aparece la segunda edición francesa como consecuencia del éxito obtenido por la primera.

Si bien conserva los mismos capítulos expuestos con el mismo orden y claridad, se añaden puntos de vista prácticos que el médico general puede aprovechar en el estudio de las consultas ginecológicas.

El Profesor García Orcoyen, en el prólogo de la edición española, dice que este tipo de publicación constituye un verdadero acierto al encontrar el médico general y el estudiante, datos concretos en el proceso diagnóstico de las enfermedades ginecológicas.

El sumario de los temas tratados son: Fisiología de la menstruación — Endometrio — Ovulación — Fecundación — Implantación — Placentación — Estrógenos — Progesterona y progestágenos de síntesis — Cuerpo amarillo y función luteínica — Gonadotropinas — Andrógenos — Histología y fisiología de la vagina — Frotis citohormonales — Fisiología del cuerpo uterino — Fisiología de la trompa — La mama — Fisiología de la lactación.

Esta somera enumeración de los capítulos de la obra, evidencia su importancia y por su clara exposición, hacen de él un libro sumamente interesante, y de redacción amena.

La presentación de la obra por la Editorial Toray-Masson, demuestra el interés de la misma.

Versión española por el Profesor J. García Orcoyen.

J. SALARICH

CUADERNOS DE FISIOLOGIA ARTICULAR

El Dr. J. A. Kapandji, en su obra de "Cuadernos de fisiología articular", nos demuestra sus grandes conocimientos del sentido de la mecánica y de su visión del espacio, tridimensional.

Además de presentarnos una obra estrechamente ligada a la anatomía del

esqueleto, nos demuestra sus profundos conocimientos de la fisiología del raquis, y muy especialmente de los complejos movimientos del mismo que son arduos de comprender y explicar.

No cabe la menor duda de que al facilitar la comprensión de la mecánica raquídea, y explicar las causas que determinan sus deformaciones, es evidente que esta exposición influirá sobre los progresos de la terapéutica en las lesiones del raquis.

Consta la publicación de cinco capítulos: 1.º El raquis en conjunto; 2.º La cintura pelviana y las articulaciones sacroilíacas; 3.º El raquis lumbar; 4.º El raquis dorsal y la respiración; 5.º El raquis cervical.

Toda la obra está ilustrada con sendos dibujos explicativos.

La Editorial Toray-Masson, como es costumbre, ha sabido darle el realce propio de tan importante publicación.

Versión española del Dr. E. Martínez, especialista en Medicina del Trabajo.

J. SALARICH

TRATADO DE TECNICA QUIRURGICA. — Tomo II. Raquis, Bóveda craneana. — Traumatismos craneanos. — Por André Sicard y Louis Mansuy, Profesores de la Facultad de Medicina de París. Con la colaboración de Claude Lapras, Neurocirujano de los Hospitales de Lyon y Profesor agregado de la Facultad. Versión española del Dr. T. Amat Puértolas.

El segundo tomo de este "Tratado de Técnica quirúrgica", debido a los Profesores A. Sicard y L. Mansuy, consta de dos partes. La consagrada a la cirugía del raquis, que con los progresos de la técnica permiten abordar directamente el cuerpo vertebral y realizar operaciones que antes se consideraban temerarias; es expuesta con claridad y ocupa un lugar importante de la obra.

Se ocupa también de lo perteneciente a la cirugía de los discos vertebrales, incluyendo no sólo el tratamiento de la hernia discal, sino que también la de las ciáticas rebeldes y neuralgias cervicobraquiales.

La segunda parte se ocupa de la traumatología craneana, incurra en el grupo de la cirugía general, por presentar estos enfermos accidentados múltiples lesiones que reclaman, dada la gravedad, una intervención de extrema urgencia y que no permite el traslado inmediato a centros especializados.

Consideran los autores que todo cirujano al frente de un servicio de urgencia debe saber enfrentarse a una herida cráneo cerebral.

Los autores basan su experiencia en 5.000 intervenciones al lado de las

técnicas clásicas, describen sus personales con figuras que facilitan la comprensión de los diversos tiempos operatorios.

Extracto del índice de materias: Cirugía de la columna vertebral. — Generalidades. — Extensión continua de la columna cervical mediante el estribo craneal. — Laminectomía. — Vías de acceso a los cuerpos vertebrales. — Intervenciones sobre los discos intervertebrales. — Intervenciones anquilosantes. — Resección del arco posterior. — Cirugía de las apófisis. — Osteotomías intervertebrales. — Resecciones vertebrales. — Intervenciones sobre el sacro. — Intervenciones sobre el cóccix. — Biopsia de los cuerpos vertebrales. — Tratamiento quirúrgico de las escoliosis. — Cirugía de los traumatismos craneales y de las lesiones de la bóveda: Heridas craneocerebrales. — Tratamiento de las fracturas cerradas con hundimiento o compresión. — Hematomas intracraneales traumáticos. — Complicaciones tardías de los traumatismos craneales; tratamiento de las fístulas de líquido cefalorraquídeo. — Traumatismos craneales del lactante. — Cirugía de la pared craneal. — Reconstrucción de las paredes craneales. — Tratamiento de las pérdidas de sustancia de la bóveda. — Tratamiento de las osteitis de la bóveda del cráneo. — Tratamiento de los tumores craneales benignos. — Tratamiento de los tumores malignos de la bóveda craneal. — Tratamiento de los aneurismas cirsoideos del cuero cabelludo. — Tratamiento de las malformaciones craneales.

J. SALARICH

MANUAL DE URGENCIAS MEDICAS Y QUIRURGICAS

El Dr. Vicente Artigas, Director del Servicio de Urgencias del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo, ha dirigido la presentación de un Manual de Urgencias médicas y quirúrgicas.

Este Manual es fruto de la labor realizada en un período de tiempo de cinco años en el Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo, en el que, durante este tiempo han asistido a más de cien mil pacientes.

Estos Centros de Urgencias permiten solucionar problemas clínicos que se presentan en el médico con carácter de urgencia y que es totalmente imposible resolver en un medio privado o en la Medicina rural.

La frecuencia de accidentes no solamente traumáticos sino que también los de aspecto circulatorio y respiratorio, dado el estado actual de la ciencia médica, obliga a estos servicios de urgencia y de cuidados intensivos a ser cada vez más necesarios.

Sería de estimar que en alguna comarca se implantaran también estos servicios de urgencia, especialmente en los puntos más apartados de la capital donde radicarán poblaciones con un censo de habitantes importante.

Con la lectura y el estudio de estos dos volúmenes, uno dedicado a las urgencias médicas y otro a las urgencias quirúrgicas, podemos darnos cuenta de la gran importancia de estos establecimientos para el tratamiento de los enfermos que necesitan ser tratados con toda premura.

Felicitemos al Dr. Artigas y a su equipo por esta labor realizada y la publicación de estos Manuales que creo no deben faltar en ninguna mesa de estudio de todo profesional.

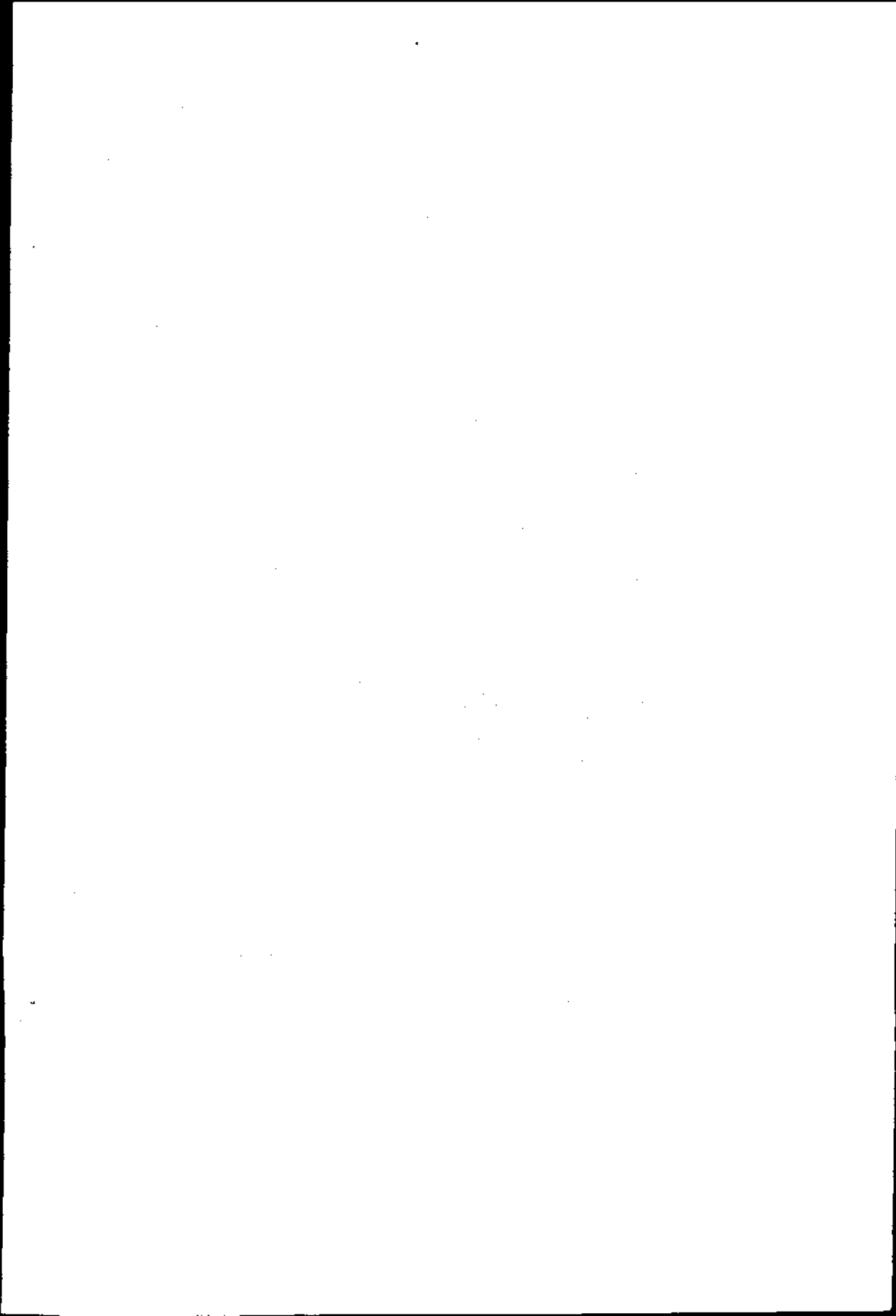
J. SALARICH

**ANALES DE MEDICINA
Y CIRUGIA**

N.º 236 - Abril-Junio 1974

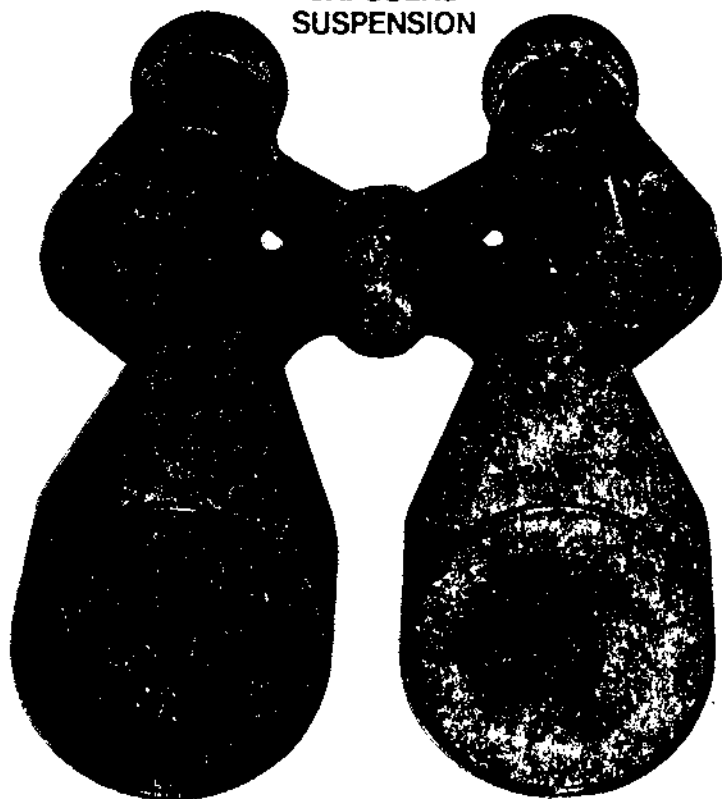
1
2
3

4
5



METANOVA

INYECTABLES
CAPSULAS
SUSPENSION



el antibiótico de más alcance frente a la infección común

COMPOSICIÓN:

Inyectables: "250" y "500".—Frascos-vial conteniendo 250 y 500 mg., respectivamente, de Metampicilina (en forma de sal sódica). Ampollas disolventes con 25 mg. de Lidocaina ClH.

Cápsulas: "250" y "500".—Frasco con 16, de 250 y 500 mg. de Metampicilina (en forma de sal sódica).

Suspensión: (Uso extemporáneo).—Cada 100 c. c. contienen 2.500 mg. de Metampicilina (en forma de sal sódica). Una cucharadita (5 c. c.) equivale a 125 mg. de antibiótico.

INDICACIONES:

Infecciones por gérmenes sensibles y moderadamente resistentes al grupo penicilínico: respiratorias, digestivas, ginecourinarias, pediátricas, quirúrgicas, etc.

CONTRAINDICACIONES:

No debe administrarse a pacientes alérgicos a la penicilina.

PRECAUCIONES Y USO EN EMBAJACIONES:

Inyectables: 1 vial cada 12-24 horas (adultos, de 500 mg. y niños, de 250 mg.), por vía intramuscular.

Cápsulas: Adultos, 2-3 cápsulas de 500 mg. en las 24 horas.

Niños, 2-4 cápsulas de 250 mg. al día.

Suspensión: 1 cucharadita cada 6-8 horas.

INDICACIONES Y USO EN B.E.

Inyectables: Frasco vial y ampolla disolvente "250" y "500" mg., 65,10 y 89,60 pesetas.

Cápsulas: Frascos con 16, "250" y "500", 368.— y 678,30 pesetas.

Suspensión: Frascos para 60 y 120 c. c., 162.— y 287,70 pesetas.



laboratorios cheminova española, s.l.

C/ José Picón, 9 - MADRID-28