



ANALES DE MEDICINA Y CIRÚGIA

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

AÑO LV - II EPOCA

ABRIL - JUNIO 1979

VOL. LIX - NUM. 256

NEO-TETRA HUBBER

INYECTABLE

acción antibiótico-mucolítica

(Véase más información al dorso)

NEO-TETRA HUBBER

INYECTABLE

INDICACIONES

Infecciones agudas y crónicas de las vías respiratorias debidas a gérmenes sensibles a los antibióticos de la fórmula.

Bronquitis y traqueobronquitis, neumonía atípica primaria, neumonías y bronconeumonías, abscesos pulmonares, empiemas, bronquiectasias infectadas, complicaciones broncopulmonares de las virales, laringitis, sinusitis, etc.

PRESENTACION Y FORMULA

Frasco con tapón de goma perforable, conteniendo:

Ampicilina sódica, equiv. en base a	0,100 g
Ampicilina benzatina, equiv. en base a	0,500 g
Sulfato de kanamicina, equiv. en base a	0,500 g
N-acetil homocisteína-tiolactona	0,100 g

Adjunto ampolla conteniendo: Agua bidestilada, estéril y apirógena, 4 c.c.
P.V.P. 157,— ptas. (imp. incl.).

DOSIFICACION

Se inyectará siempre por vía intramuscular.

Adultos: 1 frasco cada 12-24 horas.

Niños mayores de 3 años: 1 frasco cada 24 horas.

Niños menores de 3 años: 1/4 - 1/2 frasco cada 24 horas.

Como dosis máxima y en casos en que la gravedad del cuadro lo aconseje, se puede iniciar el tratamiento durante 1-2 días doblando las dosis anteriormente señaladas.

CONTRAINDICACIONES

NEO-TETRA HUBBER está contraindicado en pacientes con antecedentes de sensibilización a alguno de los componentes de la fórmula, debiendo recordarse que puede existir eventualmente una alergia cruzada de la ampicilina con los antibióticos del grupo de las penicilinas o cefalosporinas.

No debe administrarse en pacientes con crisis asmática.

No utilizar en pacientes con insuficiencia renal. Efectuar pruebas de función renal durante el tratamiento en pacientes de edad y cuando se observe alguna reacción (insuficiencia renal larvada).

INCOMPATIBILIDADES

No debe administrarse con antibióticos del grupo de las tetraciclinas, cloranfenicol, eritromicina, oleandomicina, espiromicina y lincomicina, por ser antagonicos.

EFFECTOS SECUNDARIOS

En tratamientos prolongados a dosis elevadas, la kanamicina puede afectar a la rama coclear del VIII par craneal, por lo que debe prestarse atención a los posibles efectos tóxicos sobre el nervio auditivo (a tener más en cuenta en los casos de insuficiencia renal, puesto que los niveles hemáticos serán más altos).

INTOXICACION Y TRATAMIENTO

En los tratamientos intensos y prolongados deben vigilarse las funciones auditivas y renal de acuerdo con cuanto se especifica en Efectos Secundarios y Contraindicaciones.

INTERACCIONES CON OTROS FARMACOS O ALIMENTOS

No se han descrito.



LABORATORIOS HUBBER, S. A.

Fábrica y Laboratorios de Productos Biológicos y Farmacéuticos
Berlín, 38-48 - Teléf. *321 72 00 - Barcelona-29 (España)

ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA

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

AÑO LV - II EPOCA

ABRIL - JUNIO 1979

VOL. LIX - NUM 256

DEPOSITO LEGAL B. 1842 - 1959

PUBLICACION TRIMESTRAL

Director:

Prof. Dr. Pedro Domingo
Presidente de la Real Academia

Consejo de Redacción:

Dr. J. Aisina Bofill
Prof. R. Arandes
Prof. A. Azoy
Prof. M. Badell Suriol
Prof. A. Balcells Gorina
Prof. A. Ballabriga
Prof. J. L. Balibrea
Prof. J. J. Barcia Goyanes
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 Verdagué
Prof. J. Casanovas
Prof. R. Castillo Cofiño
Prof. J. Cuatrecasas
Prof. Felipe Cid
Prof. V. Cónill Serra
Dr. J. Cornudella
Prof. J. Corbella
Prof. A. Cortés Lladó
Prof. M. Cruz Hernández
Prof. E. Cuença

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. F. Hernández Gutiérrez
Dr. J. Isamat
Prof. F. Jané Carrencá
Prof. J. Jiménez Vargas
Dr. F. Josa
Prof. J. Laporte
Dr. A. Llauradó Tomàs
Prof. R. Margalef
Dr. F. Martorell
Prof. J. M.ª Mascaró Ballester
Dr. S. Noguera Moré
Prof. J. Obiols Vié
Dr. B. Oliver Suñé
Prof. C. Pera Blanco Moraes

Dr. J. Pi Figueras
Prof. G. Piedrola
Prof. D. Pita Salorio
Dr. A. Prevosti
Prof. F. Puchal
Dr. P. Puig Muset
Prof. A. Puigvert
Prof. A. Pumarola Busquets
Prof. D. Ribas Mujal
Prof. M. Ribas Mundó
Dr. A. Rocha
Dr. B. Rodríguez Arias
Prof. A. Rodríguez Torres
Prof. C. Rozman
Prof. D. Ruano Gil
Prof. M. Sales
Prof. J. A. Saivá Miquel
Dr. V. Salleras
Prof. R. San Martín
Prof. G. Sánchez Maldonado
Prof. R. Sarró
Dr. J. Sécull
Dr. A. Subirana
Prof. M. Taure
Prof. José Traserra
Prof. M. Usandizaga
Prof. S. Vidal Sivilla
Dr. J. M.ª Vilaseca Sabater

Secretario de Redacción:

Dr. M. González Ribas

REDACCION:

Carmen, 47 - BARCELONA-1

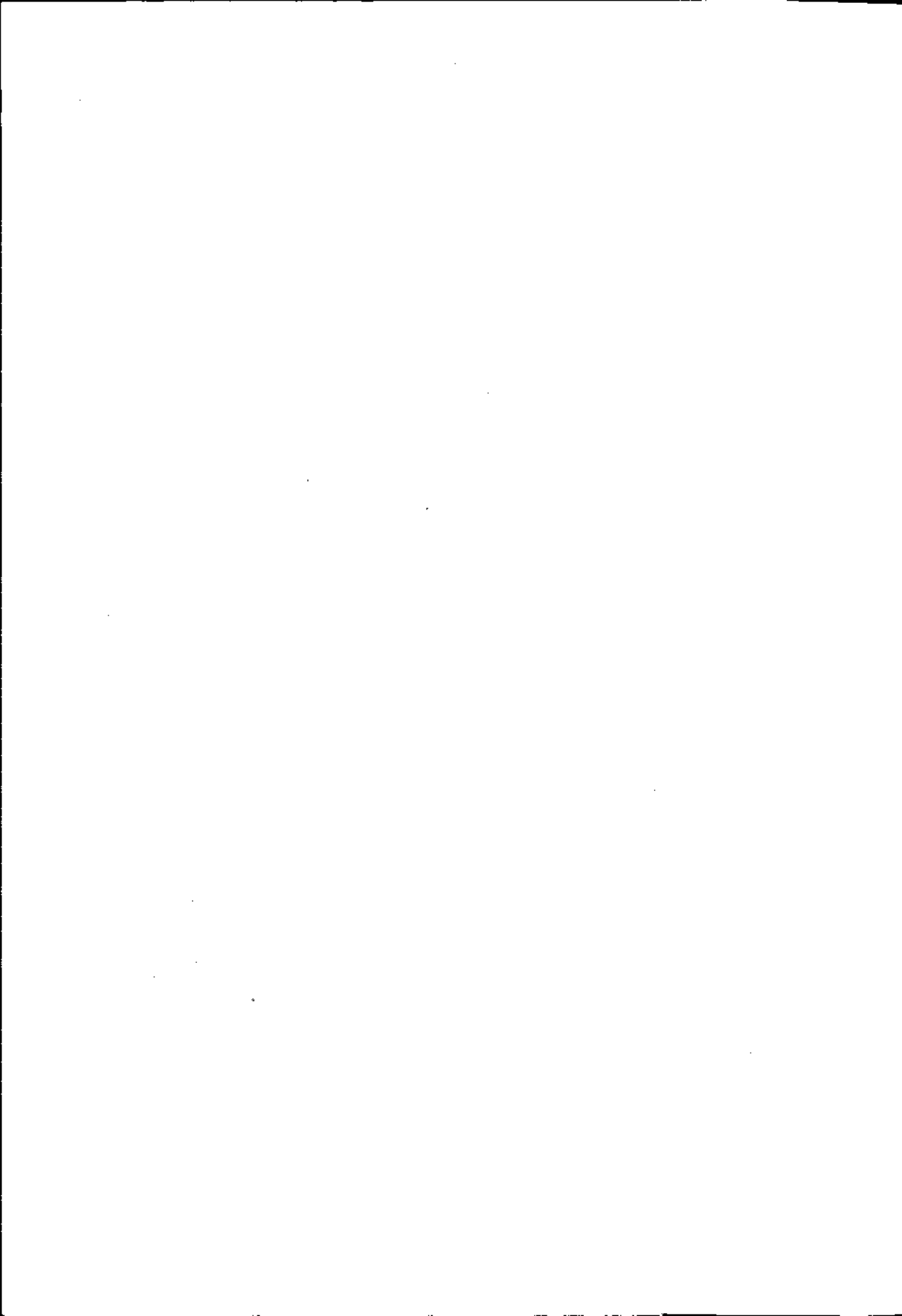
ADMINISTRACION:

Berlín, 42 — BARCELONA-14 — Tel. *321 72 00

Administración de Publicidad: ESMON

Vía Layetana, 162-164, 2.ª planta - Tels. 215 35 31 - 215 79 99 - BARCELONA-37

IMPRESO EN INDUSTRIA GRAFICA FERRER COLL. S. A. - P.JE. SOLSONA, s/n. 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 interlíneas. 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.

FLUIDIN CODEINA

INDICACIONES

- Tos.
- Catarros en su fase inicial.
- Gripe.
- Neumonías y bronconeumonías.
- Asma bronquial.
- Bronquitis crónica obstructiva.
- Bronquitis irritativa por tabaco o gases.

COMPOSICION

Cada 5 cm³ contienen:

Eter glicerilguayacólico	50	mg.
Codeína	5	»
Benzoato sódico	50	»
Acetato amónico	50	»
Yoduro sódico	8,7	»
Cafeína	16,2	»
Clorhidrato de efedrina	5	»
Tinturas expectorantes	0,37	cm ³

CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad a alguno de los componentes del preparado.

No debe administrarse FLUIDIN CODEINA a niños menores de tres años sin expresa indicación facultativa.

INCOMPATIBILIDADES

La administración de dosis muy elevadas de FLUIDIN CODEINA, junto con fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos e inhibidores del enzima monoaminoxidasa (MAO) puede originar depresión respiratoria.

EFECTOS SECUNDARIOS

En pacientes particularmente sensibles pueden presentarse reacciones moderadas de tipo alérgico a alguno de los componentes del preparado.

DOSIFICACION

(Salvo prescripción facultativa).

Niños: 5 cm³ (1 cucharadita) de tres a seis veces al día.

Adultos: 15 cm³ (1 cucharada) de tres a seis veces al día.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Dosis muy elevadas de FLUIDIN CODEINA pueden producir excitación, insomnio, constipación, hipotensión, etc, fenómenos todos ellos que ceden fácilmente al suspender la medicación.

PRESENTACION Y P.V.P.

Frasco con 250 cm³

P.V.P. 223,— Ptas.



ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA

SUMARIO

NUMERO 256 - ABRIL - JUNIO

- Archiv un nuovo e semplice sistema elettronico plurifunzionale idoneo, sia al «retrieval» ed elaborazione statistico-matematica della casistica istoanatomica secondo una semantica nosografica sequenziale o indifferentemente gerarchizzata tipo SNCE, sia alla gestione automatizzata polilaboratoriale, sia infine alla creazione del registro tumori. *Prof. Luigi Piantoni* 81
- La encuesta como método técnico en Política Cultural, Docente y Sanitaria. — *B. Rodríguez Arias y José Cornudella* 87
- Oportunas consideraciones sobre la auto-medicación. — *Dr. Ramón Jordi González* 99
- La historia clínica: su valor diagnóstico y terapéutico. — *A. Gallart-Esquerdo* 115
- Propuesta de un estudio de geografía clínico-neurológica balear. — *Professor B. Rodríguez Arias* 123
- Prolegómenos a la clasificación de los tumores del ovario. — *Prof. Luigi Piantoni* 137
- Perspectivas actuales y futuras de la cirugía pediátrica española. — *Doctor Vicente Sancho Cerquella* 147



secantol[®]

Prevención de las adherencias quirúrgicas.
Acción antibiótica local prolongada.

PRESENTACION

Caja conteniendo dos frascos (I y II).

Frasco I: Bacitracina, 2.500 U.I.; Fosfato de polifloretila, 100 mg. (líofilizado estéril).

Frasco II: Sulfato de neomicina, 50 mg. (equivalentes en base a 35 mg.); Polivinilpirrolidona, 1.000 mg.; Agua bidestilada c.s.p., 10 c.c. (disolvente estéril).

P.V.P. 413,-- Ptas.

MODO DE EMPLEO

Disolver el producto liofilizado, contenido en el frasco I, con el disolvente contenido en el frasco II. La solución tópica dispuesta para su empleo se consigue en dos o tres minutos.

DOSIFICACION

Se aplicarán una o varias instilaciones «in situ», como profiláctico o curativo, según las necesidades.

CONTRAINDICACIONES:

Hipersensibilidad a los componentes de Secantol.

EFFECTOS SECUNDARIOS:

No se describen.



ABELLO S. A. FABRICA DE PRODUCTOS QUÍMICOS Y FARMACÉUTICOS

Julián Camarillo, s.º 8 - Madrid (17)

Archiv un nuovo e semplice sistema elettronico plurifunzionale idoneo, sia al «retrieval» ed elaborazione statistico - matematica della casistica istoanatomica secondo una semantica nosografica sequenziale o indifferentemente gerarchizzata tipo SNCE, sia alla gestione automatizzata polilaboratoriale, sia infine alla creazione del registro tumori *

Prof. LUIGI PIANTONI

(de Milano. Italia)

[Académico Correspondiente extranjero]

Distinguidos y queridos colegas:

Mi breve intervención consistirá en la exposición del sistema ARCHIV, sistema que ha nacido como fruto del trabajo en equipo de médicos, físicos y profesionales de la informática.

Debo, pues, hacer constar que no habría sido posible que yo pronunciase hoy estas palabras aquí, si no hubiese mediado, previamente, el eficaz trabajo de mis colaboradores W. Delaney, C. Nicolini, E. Vaccari y G. Loffredo.

El sistema que trato de describir, ha sido desarrollado con la finalidad de crear un archivo de datos, poder extraer datos de tal archivo y, eventualmente, poder llevar a cabo elaboraciones estadísticas con tales datos. Es decir, que se trata de un instrumento que permita dispo-

ner de un archivo o registro de las enfermedades, en general, con la semántica nosográfica tradicional de la ciencia anatomopatológica, comprendiendo —lógicamente— la posibilidad de creación de un específico «registro de tumores» y, al mismo tiempo la posibilidad de coordinar o centralizar la gestión de varios laboratorios o ambulatorios, a la vez; es decir, lo que, en términos de administración se llamaría gestión integrada.

En particular, nos hemos propuesto conseguir un sistema que estuviera a disposición de los investigadores médicos y de los hospitales, teniendo muy en cuenta que su aplicabilidad resultaría condicionada por fuertes restricciones de tipo económico, sin olvidar, tampoco, las de preparación profesional. Quiero decir que, en primer lugar, las condi-

* Sesión del día 11-II-1975.

ciones financieras de muchos hospitales (por desgracia) exigen que tal sistema pueda ser empleado con un *reducido coste* y, en segundo lugar, que, por el momento y en términos generales, los investigadores médicos así como el restante personal de clínicas y hospitales, no están familiarizados con los ordenadores electrónicos, lo cual exige que tengan la posibilidad de usar este sistema con un mínimo esfuerzo por su parte, es decir, con la mínima modificación

de las técnicas que vienen empleando para el registro de datos y, lo que es más importante, *sin necesidad de conocimiento alguno sobre los detalles técnicos relativos al ordenador*. Estos dos puntos, han recibido especial atención cuando hemos ideado nuestro sistema.

Este sistema está dividido en dos partes: 1, un programa que crea y mantiene actualizado un archivo de datos; 2, un programa que, a voluntad, proporciona los datos solicita-

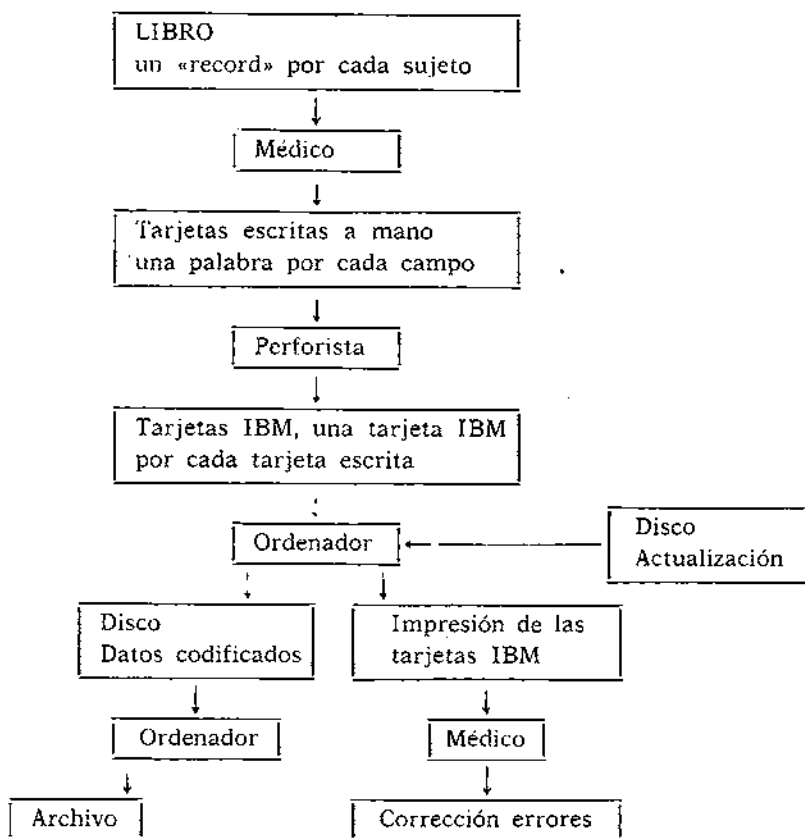


FIG. 1

dos, elabora los cálculos que se desee e imprime los resultados.

La figura 1 es un diagrama que muestra la secuencia de operaciones relativas a la creación del archivo de datos. La fuente original de los datos es una colección de documentos existentes en la forma tradicionalmente usada por el usuario del sistema. Estos documentos pueden ser, por ejemplo, informes de biopsias, necroscopias, diagnosis, etc. Esa colección de documentos es lo que llamamos un «libro» el cual constituye, pues, una colección de informes a cada uno de los cuales nos referiremos con el nombre de «record». Cada «record» puede ser considerado como un conjunto de palabras —palabras que identifican y describen a un concreto individuo o paciente— por ejemplo, el nombre, edad, enfermedad, órgano afectado, etc. Una persona familiarizada con la terminología médica transcribe las palabras de un «record» del «libro» sobre una tarjeta. Estas tarjetas están divididas en campos, cada uno de los cuales tiene un nombre —por ejemplo, *Nombre, Edad, Enfermedad, Organos, etc.*; cada palabra del record existente en el libro es escrita claramente (a mano o a máquina) en el campo apropiado. Estas tarjetas, preparadas con técnicas familiares a los especialistas médicos, sirven para separar a éstos completamente del ordenador. El contrato con el ordenador se inicia con el siguiente paso.

Las tarjetas que acabo de descri-

bir son entregadas a una perforista, la cual copia (perfora) las palabras de los campos de estas tarjetas en los correspondientes campos de tarjetas IBM. Llegados a este punto, las tarjetas IBM serán, esencialmente, copias de los records del «libro» conteniendo la identificación original del paciente y las palabras de descripción. Se entiende, sin embargo, que los datos de identificación deben ser lo más completos posible; es decir, que el médico incluirá su código en la tarjeta escrita a mano y lo mismo hará la perforista en la tarjeta IBM.

Las tarjetas IBM contienen no sólo la descripción del paciente, sino también una completa identificación del mismo y de los distintos pasos de transcripción a través de la cadena que conduce hasta el ordenador.

A continuación, las tarjetas IBM entran en el ordenador; los «record» de datos —a medida que van entrando— son automáticamente codificados por el ordenador y memorizados sobre discos magnéticos. El procedimiento de codificación puede ser brevemente descrito, usando, por ejemplo, las enfermedades: el programa hace una lista de los nombres de enfermedades que encuentra en los campos reservados a «enfermedad» en las tarjetas IBM y asigna a cada nombre de enfermedad el correspondiente código numérico secuencial; de esta forma, cada vez que se encuentra el nombre de una enfermedad que no ha-

bía aparecido todavía, es añadido a la lista y se le asigna el código numérico siguiente.

Las palabras (enfermedad, órganos, etc.) de cada «record» entrado son sustituidas, pues, por los códigos correspondientes y, gracias a ello, el «record» es grabado, inmediatamente, en una memoria de discos; la lista de las palabras originales, lo mismo que los correspondientes códigos, también son conserva-

dos en memorias de disco. El material comunicado posteriormente a la máquina puede ser codificado usando estas listas y aprovechado para ampliarlas.

Por otra parte, el programa imprime una lista completa de las informaciones contenidas en las tarjetas de entrada, un médico lee esta lista y subraya las posibles palabras equivocadas; entonces se le comunica al ordenador la lista de los da-

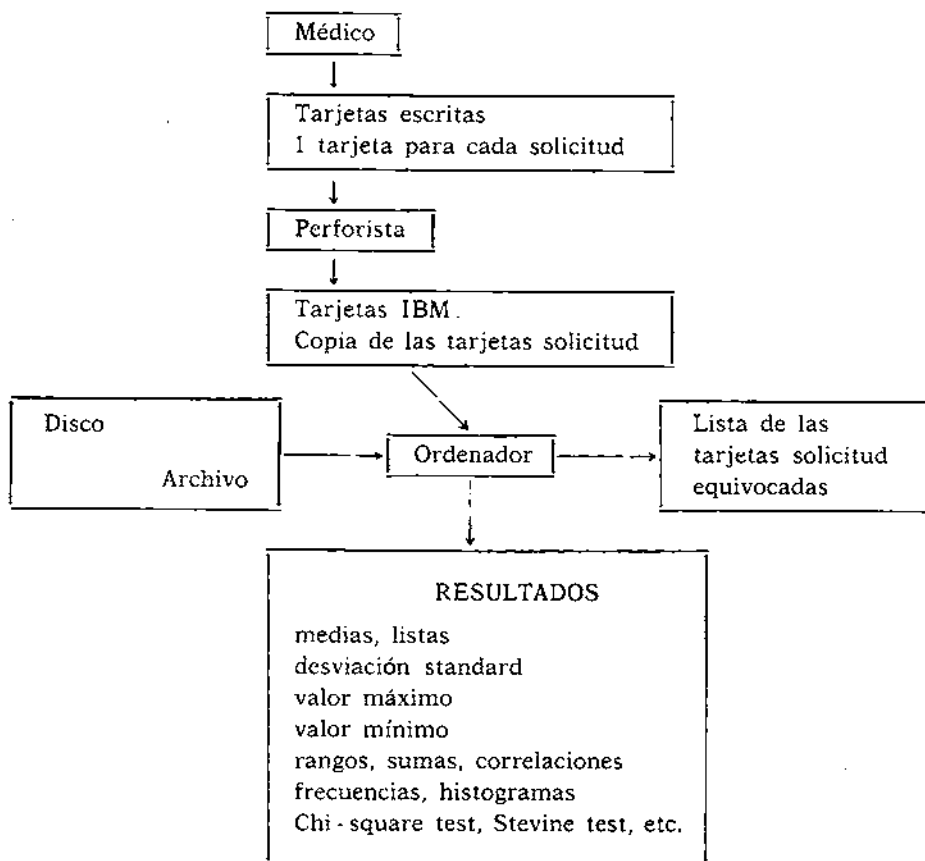


FIG. 2

tos hallados como erróneos y, de esta forma, el ordenador puede cancelar los datos impresos erróneamente en los discos. Inmediatamente, las tarjetas IBM pueden ser corregidas y dadas nuevamente al ordenador.

Es importante notar que, en el archivo así creado, no existe una relación preestablecida entre las diversas palabras de un «record».

La figura 2 muestra la secuencia de operaciones para el uso del archivo. Aquí, se mantiene todavía la separación entre médico y ordenador; el médico prepara su petición de servicio del sistema, eventualmente auxiliado por un matemático (en el caso de que se soliciten estadísticas, correlaciones, etc.); cada solicitud, se escribe —a mano o a máquina— sobre una tarjeta y consta de:

1. El nombre del servicio o cálculo deseado.
2. Cualquier parámetro adicional necesario para definir completamente el servicio deseado.
3. Las palabras que identifican los datos del archivo que deben ser usados.

Por ejemplo, un histograma del número de pacientes con enfermedad de corazón en cada intervalo de

dos años y por veinte intervalos, a partir de 1930, puede obtenerse escribiendo:

IST, 20, 2, 1930, CORAZON

donde IST describe el nombre del servicio deseado; 20, 2, 1930, son parámetros necesarios para especificar completamente el histograma deseado y CORAZON identifica el dato apropiado para ser usado de entre los que contiene el archivo.

Otro ejemplo, podría ser la pregunta sobre la media de edad de los pacientes con enfermedades de corazón; este cálculo podría ser solicitado escribiendo:

MEDIA EDAD (CORAZON)

donde MEDIA identifica el cálculo y las palabras EDAD y CORAZON identifican los datos a usar. Este ejemplo es particularmente importante porque muestra de qué manera el usuario del sistema puede establecer relaciones entre los datos (palabras) de los «records» archivados, cuando solicita un servicio.

Aquí existe una relación jerárquica en la cual EDAD es el dato de interés primario, si bien resulta condicionado por el órgano CORAZON. En general, el dato primario (EDAD en el ejemplo precedente) puede ser condicionado por cualquier combinación lógica de relaciones jerárquicas. Así, por ejemplo, se podría solicitar la edad promedio de los pa-

cientes con tumor de corazón, o bien con tuberculosis pulmonar o tumor cerebral.

Cuando las tarjetas para la solitud de los servicios han sido cumplimentadas, son entregadas a una perforista que las perfora (copia) sobre tarjetas IBM destinadas al ordenador. El programa lee estas tarjetas, identifica los servicios o cálculos deseados, elabora esos servicios empleando los adecuados datos del archivo e imprime los resultados. Los datos empleados son —naturalmente— sólo los datos de aquellos «records» del archivo para los cuales se satisfacen las condiciones especificadas por el usuario. De esta manera, puede disponerse de numerosos servicios como, por ejemplo, listas, medias, correlaciones, frecuencias, histogramas, etc.

Un punto importante es que no aparece ningún código en la impresión de los resultados; aunque internamente el ordenador use códigos por motivos de eficiencia, tanto los datos de «entrada» como los de «salida» están escritos en la terminología habitual entre los médicos.

DETALLES TÉCNICOS

La creación del archivo y la parte relativa a la obtención de los datos (retrieval) están escritas en lenguaje «assembler» para minimizar el empleo del espacio y del tiempo del ordenador y, en consecuencia, reducir el coste de su uso: cada dato archivado puede consistir en pocos «bits», e incluso constar de un único «bit». Se puede acceder a los «records» del archivo bien sea secuencialmente o bien en random; los records pueden ser direccionados random empleando los diversos tipos de palabras como «llaves» (addressing keys). Por ejemplo un record del archivo relativo a determinado paciente puede ser direccionado random usando su nombre como «llave».

* * *

En conclusión se espera que este programa pueda servir para convertir al ordenador en un útil instrumento al servicio de la comunidad médica.

LA ENCUESTA COMO METODO TECNICO EN POLITICA CULTURAL, DOCENTE Y SANITARIA *

B. RODRIGUEZ ARIAS y JOSE CORNUDELLA
(Académicos Numerarios)

B. RODRIGUEZ ARIAS

No se trata quizá de referirnos a la problemática misional que incumbe de lleno a la Real Corporación, de una forma poco ortodoxa al margen de la normativa histórica o legislada.

La Real Academia cuenta con preceptos estatutarios y reglamentarios legítimos y terminantes, aunque no excluyentes y únicos a cualquier respecto si las discusiones de tipo corporativo permiten elaborar laudos, tomar acuerdos, a alcanzar una opinión jamás individual o tendenciosa, buscar otros rumbos de actuación parecería algo complementario.

Por lo que además de lícito o aconsejable, el sistema usual de la encuesta lo estimamos necesario, justo y oportuno.

Los momentos cruciales que vive el país al sumirnos en una nueva era de régimen democrático, llevan al ciudadano a secas y a las corporaciones públicas, mucho más ahora que antes a una labor porfiadamente inteligente, singular y tempestiva.

Veamos el porqué de la trayectoria que deseamos someter a la consideración y objeción de médicos y sanitarios afines en una sesión pública.

Estamos persuadidos de que juegan siempre varios factores en el ánimo de cada uno de los individuos y del cónclave asimismo, ambivalentemente.

Así las cosas, los resultados que se obtengan en una sesión plenaria de gobierno de la Academia y en las respuesta que señalen cada uno de los sometidos a encuesta, pueden diferir bastante multidimensionalmente.

Comparar entonces la doctrina trazada o fijada por la Real Corporación y la que se obtenga en las encuestas «ad hoc», llevadas a cabo dentro y fuera de la Academia, en una sabia operación de muestreo, representaría sumar, enriquecer y contrastar valiosos juicios y críticas.

Entre otros motivos más secundarios o adjetivos: el egocentrismo o tal vez egoísmo, lo que cabría tener por «sibilinismo», el miedo a

* Sesión del día 6-II-1979.

definirse tajantemente, la inseguridad que conllevan algunos en pareceres y resoluciones, el comodín muelle de lanzarse a las medias palabras, a la obstrucción y a la inmovilidad, el sagrado lema para muchos de tender a la inercia y el viejo ondulante camino de «ir tirando», enredan frecuentemente, sin quererlo del todo, proyectos, aspiraciones y necesidades de pronunciarse o de sentar conclusiones y advertencias en cuestiones inherentes a la administración del Estado.

A mayor abundamiento, no tendríamos que descartar el mal que produce entre nosotros la enervante «insolidaridad de las Corporaciones» o incluso la «insolidaridad de las personas» en cuanto hace referencia a trazar resoluciones, elaborar acuerdos y defender una postura individual.

Son muchas las Corporaciones y los sanitarios que se mueven en derredor de una doctrina, de una legislación o de un «modus faciendi».

Lo que coadyuva, directa o tangencialmente a entender por dificultosos, improcedentes o no adecuados, laudos y discusiones.

Nuestra ya tricentenaria Real Academia de Medicina de Barcelona, como las demás del Distrito o la Nacional, no pueden ni deben eludir opiniones doctas al respecto, o sea sugerir medidas legislativas al Gobierno y a la Administración central o local del Estado y mostrarse dispuestas siempre, mediante requerimiento previo a evacuar las con-

sultas que se le hagan a efectos de investigación científico, docencia, praxis, médica de rigor y profilaxis y asistencia médica de consuetud.

Si el emitir juicios constituye una obligación neta o un precepto estatutario, la conveniencia de hacerlo parece asimismo una norma obvia.

Es más, la tradición que nos guía frente a un progreso de todo orden, el oportunismo en su medida de actuación nada estridente y la táctica de raíz, no dejan de influir lo suyo a través de los lustros y de los siglos.

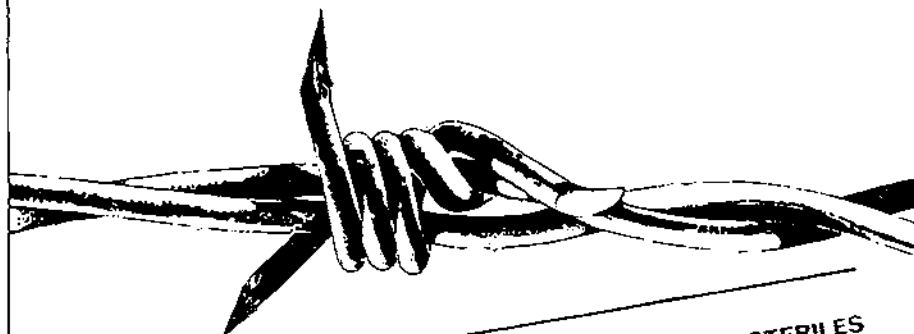
Táctica y estrategia son puntos de vista y normas de conducta que no habríamos de olvidar jamás en la esfera más recoleta, en las actividades mutuas o en las inmarcesibles sesiones de gobierno.

Enfocada así la cuestión, la Academia y el método de la encuesta no resultan antitéticos, ni conflictivos, ni antisolidarios.

Cifraríamos la encuesta, nunca única ni fundamental, en realizar un «muestreo» o conseguir importantes respuestas, a base (como muchos exámenes llevados a cabo en las aulas de la Facultad de Medicina) de: A) diligenciar un cuestionario de «test»; B) responder a tres preguntas no largas, es decir, más bien enumerativas o de índole telegráfica, y C) desarrollar y fijar un criterio sobre un tema conexo o de libre elección.

La técnica del «muestreo» —aplicada a las personas que se busquen para cumplirla (luego determinare-

tétanos !



CON JERINGA Y AGUJA ESTERILES

GAMMA GLOBULINA HUBBER ANTITETANICA



LABORATORIOS HUBBER, S. A.

Fábrica y Laboratorios de Productos Biológicos y Farmacéuticos
Berlín, 38-48 - Teléf. *321 72 00 - Barcelona-29 (España)

(Véase mayor información al dorso)

GAMMA GLOBULINA HUBBER ANTITETANICA

INYECTABLE - LIOFILIZADO

Anticuerpos específicos homólogos

PRESENTACION Y FORMULA

Frasco con tapón perforable, conteniendo inmunoglobulina humana antitetánica 500 U. I. Adjunto ampolla de disolvente con 3 c.c.

Se acompaña jeringuilla y aguja estériles para su aplicación, de un solo uso.

P. V. P.: 512,— pesetas.

DOSIFICACION

Profilaxis: El contenido de un frasco, 500 U. I., por vía intramuscular profunda, en una sola inyección tanto en adultos como en niños. No existiendo problemas de dosificación, estas dosis pueden ser aumentadas o reiteradas si se estima que hay grave peligro de contaminación o un tiempo de incubación muy prolongado.

Tratamiento: De 6.000 a 8.000 U. I., por vía intramuscular, dosis que pueden aumentarse o reiterarse según la gravedad del caso y siempre a juicio facultativo.

ADMINISTRACION

La vía de administración debe ser sólo la intramuscular profunda, debiendo cerciorarse de que la aguja no se encuentre en la luz de un vaso sanguíneo, aspirando ligeramente mediante el émbolo de la jeringa.

INDICACIONES

La inmunidad proporcionada por GAMMA GLOBULINA HUBBER ANTITETANICA se mantiene a niveles óptimos alrededor de 30 días, confiriendo una eficaz protección a los pacientes que presentan heridas a traumatismos con riesgo de contaminación. Si se estima conveniente, puede simultanearse su administración con anatoxina al objeto de conseguir una inmunidad activa que complemente a la pasiva proporcionada por la inmunoglobulina, debe en estos casos efectuarse la administración de la vacuna con distinta jeringuilla y en lugar alejado del que se ha practicado la inyección de inmunoglobulina.

En el tratamiento de la infección declarada, esta inmunoglobulina específica se ha mostrado altamente eficaz unida a las medidas terapéuticas clásicas: limpieza quirúrgica del foco, sedación, antibióticos, etc.

CONTRAINDICACIONES

Pacientes con antecedentes de sensibilización a alguno de los componentes de su fórmula.

EFFECTOS SECUNDARIOS

La administración del preparado puede dar lugar, en raras ocasiones, a un cierto dolor local, en función de la sensibilidad del paciente, que cede espontáneamente en poco tiempo. Una ligera y leve reacción febril puede, asimismo, presentarse en casos esporádicos consecuentemente a la aplicación de esta fracción plasmática sin que alcance más trascendencia ni obligue a tratamiento alguno.

El método de fraccionamiento empleado para la obtención de esta especialidad, así como las garantías y controles analíticos a que se somete a los donadores, eliminan totalmente el riesgo de transmisión de enfermedades víricas.

INCOMPATIBILIDADES

No existen incompatibilidades conocidas a la terapéutica con inmunoglobulina.

INTERACCIONES

Siguiendo la pauta y metodología de aplicación señaladas, se logra el efecto terapéutico deseado sin que la interacción entre inmunoglobulina y vacuna se acusen en el caso de utilizar ambas.

INTOXICACION Y TRATAMIENTO

No ha lugar por ser un producto homólogo.

mos quiénes hayan de ser)— debería atenerse a la clasificación siguiente:

1. El coeficiente de los que se niegan terminantemente a aceptar y contestar preguntas, del orden que sean.
2. Un segundo coeficiente más, de los que exigen mantener el «ab irato».
3. Aquellos que prefirieron su registro tan sólo mediante iniciales.
4. Los que espontáneos, liberales o independientes, quieren que no se oculten sus nombres, apellidos y demás circunstancias. Resumiendo e interpretando lo antedicho cabe pensar en un verdadero consenso, en todo lo contrario, o sea la negación más absoluta y en las divergencias por barajarse lo privado y subjetivo o bien lo comunitario o más legítimo dadas las finalidades de lo que se pretende.

El secreto más absoluto debe ser norma aplicable a todos al tiempo de publicar antecedentes, datos y otros pormenores similares.

Claro está, que existen personajes porfiadamente suspicaces y no creyentes de una técnica y de una finalidad imparciales a cualquier respecto.

Por eso hemos de merecer a priori, desde todos los ángulos que se

estimen, substancial y adjetivos la mayor de las confianzas.

Si cupiere hablar de un «imperativo categórico», éste tendría que hacerse constar y probar antes, luego y después.

Los españoles, incluidos los catalanes de rancia cepa, son muy propensos compaginando lo temperamental y endógeno y lo que ambiente presiona, no desmentido a veces por la historia, a mostrarse insolidarios, recelosos o enemigos de una acción mutua. Los universitarios, en un porcentaje, ni alto ni bajo, son tan insolidarios recelosos o independientes, adventicia o básicamente como el resto de sus semejantes en áreas o zonas mercantiles, administrativas o rurales.

Triste situación la descrita o enunciada que acaso valga la pena ocultar o silenciar circunstancialmente, pero nunca como uso o finalidad. Esto es lo que nos mueve, respetando posturas y colegas, hoy y mañana sin menoscabo de nuestra omnimoda libertad individual de pensamiento y de acción, a expresar lo que venimos indicando y seguiremos manifestando.

Precisamente ese respeto que, de arriba abajo, nos guía en todo momento y ante cualquiera y más siendo el interlocutor un colega o facultativo, Académico, profesor o dado al ejercicio liberal de una carrera, lleva para nosotros concatenada la máxima decisión de no callar opiniones y esperanzas al respecto.

Que se me escuse la reiterativo de

un sentimiento y de una voluntad, del cumplimiento de un deber que yo justiprecio como Académico y que tal vez no guste o sea contrario al de otros.

El «muestreo» a que venimos aludiendo, habría de comprender a título de módulo óptimo, 200 facultativos (médicos y sanitarios afines), divididos en: A) los 50 Académicos Numerarios que tenemos; B) 50 Académicos Correspondientes, elegidos mediante votación tras una propuesta razonada de sus presentadores; C) 50 facultativos escogidos de Asociaciones culturales libres (sanitarias), y D) 50 médicos prácticos por antonomasia (de poblaciones y zonas rurales), entresacados por sorteo de una lista sometida a nuestro criterio estimativo, por los cuatro Colegios de Médicos de las provincias catalanas.

Los detalles concernientes al «modus faciendi» para elegir, escoger o entresacar nombres de Académicos o Miembros de Corporaciones similares y Colegios de Médicos, no me parecen propios de estos momentos de exposición doctrinal, sometida a un ulterior coloquio, y sí en cambio necesarios al tiempo de diligenciar la técnica del «muestreo» que se resuelva adoptar.

Porque esos detalles a que nos referimos, accesorios después de todo, variarán de aceptarse un tipo u otro tipo o una técnica u otra técnica del «muestreo» que propugnamos.

Cual en otras situaciones análo-

gas, vamos en pos, únicamente, de conseguir «un» muestreo y no «el» muestreo que nosotros quizás aconsejaremos.

Y es que lo de menos es el muestreo y la técnica personales que sabríamos utilizar, ya que lo práctico y mutuo es realmente la técnica y el muestreo vistos con buenos ojos por todos.

En tal estado de cosas, veamos la importancia o la trascendencia de lo que propugnamos, en tres escalas o niveles distintos, a saber: I. El cultural. II. El docente. III. El asistencial. Sin embargo, os odelantar unas sugerencias: a) que en los encuestados se da la misma proporción de médicos y sanitarios afines y normativa para la Real Academia; b) que se recurra a catedráticos o profesores universitarios, a jefes de servicios o médicos, a hospitales públicos y a médicos de cabecera o rurales, equilibradamente; c) que la edad de los facultativos escogidos oscile entre los 30 y los 60 años aproximadamente.

También tendríamos que utilizar, en lo posible, cuestiones sencillas o de índole práctica, sin buscar la so-corrida copia de la moda extranjera.

Corresponden así los tres enfoques del problema a tres Ministerios diferentes, a saber también:

1. Ministerio de Cultura.
2. Ministerio de Educación y Ciencia.
3. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

Si, en lo más fidedigno de su esencia, nuestra Real Academia cumple la función de «Organismo Consultivo del Estado», también entre sus misiones más básicas o preceptivas tiene la de elaborar una historia médica local, tanto por su ámbito geográfico regional o nacional, cual por el de la vida y obra de los personajes que se movieron en su suelo.

La historia médica no puede soslayarse hoy día bajo ningún concepto dado que simboliza una enseñanza perenne y un elemento corrector de factibles yerros, en una marcha de progreso veloz o poco analizada y contrastada.

Las bibliotecas de las Reales Academias de Medicina y sus archivos de documentos, con los Museos de objetos varios, diagnósticos, terapéuticos o similares, son algo inherente a la cultura médica, para estudiosos, disertantes en conferencias y peritos.

Por lo que debe prevalecer la suprema obligación de organizarlos y de tenerlos al día. Sin medios económicos, y es lo ancestral y de rigor, la obligación es pura utopía.

Contemplar exclusivamente lo que se posee, no cabiendo una utilización decorosa, amilana e indigna al más ponderado.

He aquí, un problema que merece una solución rápida y a fondo. Nosotros, lo haríamos objeto de una encuesta.

La función cultural que se nos atribuye de siglos es, a nuestro juicio, doblemente interna y externa,

o sea, peculiar de nuestras aulas y de igual modo, itinerante o realizables en otros lugares del ámbito territorial o geográfico.

Nosotros cuando menos hemos acariciado un proyecto de visitas, de diálogos profesionales y de consejos sanitario-asistenciales, a lo largo y a lo ancho del Distrito. Un autocar, con instalaciones de secretaría y de sala de juntas, facilitaría desplazamientos y misiones a propósito.

Veamos en ellos un segundo tema de encuesta.

Las RR. AA. de Barcelona, que la Corona patrocina según la Constitución vigente, apenas se relacionan entre sí para cometidos mutuos. Y éstos parecen muy necesarios hoy, porque el médico necesita afrontar cuestiones en las que la lingüística, las ciencias físico-químicas, la historia universal, la tecnología moderna, las actividades sanitarias afines, la ecología, etc., representan básicos puntos de orientación.

Tercer problema, susceptible de una encuesta, para muchos de nosotros.

Las Asociaciones y Sociedades, de índole cultural en sus fines señeros, no deberían vivir a espaldas de la Real Academia, de tender unas y otra al bienestar del país, más que nada en su faceta espiritual para goce íntimo de enseñantes, de expertos, de conferenciantes, de discutidores, de simples alumnos o de ciudadanos amantes del saber.

Nos atreveríamos, pues, a perfilar otro motivo de encuesta.

Somos usuarios, ambivalentes e indistintamente, de apoteóticos o magníficos edificios histórico-artísticos del Patrimonio Artístico Nacional, de modernísimos y funcionales inmuebles, que asombran por su distribución e instalaciones de última hora o de vulgares casas de principios de siglo, habilitadas al efecto que se perquiere, dado lo cual el urbanismo, la arquitectónica y el medio más circundante, importan lo suyo en los ángulos de higiene, de seguridad y de belleza.

¿Sería éste un nuevo punto digno de encuesta?

Basta, de momento, con lo enunciado y justificado hasta aquí para iniciar encuestas en el aspecto cultural señalado.

Del reciente instituido Ministerio de Cultura, depende sino todo, bastante de lo que nos interesa en materia de bibliotecas, archivos, edificios y expansión cultural.

La universidad, más concretamente la Facultad de Medicina, en singular o en plural, no es algo que deje de competernos, ya que los Estatutos de las Reales Academias establecen una cierta vinculación al «alma mater».

Consideramos natural, así que las Academias intervengan para sugerir modos, detalles o bien tipos y número de asignaturas, o tendencias en la función docente.

Una gestión cordial, fuera totalmente del marco de la fiscalización

o de la coacción, nos parece a nosotros, médicos prácticos, jefes de clínica, profesores en ejercicio y académicos, mezclada o aisladamente, una misión o un atributo coordinador, respetable y útil.

Ni nosotros, en el feudo de la Academia, debemos ser invulnerables encerrados en una «torre de marfil», sino todo lo contrario, abiertos y prestos a la censura o a la indicación positiva, ni los docentes universitarios un cantón independiente o inabordable, por aquello del «magister dixit» o de previo a disposición y uso, recoletos, de sus habitantes.

Las Facultades de Medicina han de volcarse al exterior en lo más íntimo de sus quehaceres para una convivencia feliz «inter nos» y la obtención de los máximos resultados en la formación del alumnado y en las tareas de investigación científica propias del que enseña y forma a los galenos de un mañana próspero y avanzado.

La post-graduación de los médicos es tarea que ha de merecer «in crescendo», una gestión de nuestra parte, en beneficio de su desarrollo y un buen rendimiento para el ejercicio de la carrera.

Hoy más que ayer, tratar, evitar y predecir dolencias, significa e importa de veras una obligación complementaria de las Facultades de Medicina.

El profesor y el académico, en sus respectivas sendas docente y cultural, tienen que aunar esfuerzos, ini-

ciativas y propósitos al margen de la insolidaridad o del orgullo de casta de ambos.

Ampliar estudios de las disciplinas peculiares del ciclo de licenciatura, es labor intra y extra universitaria, de maestros en la cátedra y de «inmortales» que disertan en sus poltronas.

Entonces, la formación profesional implicará una doble valencia o trayectoria.

Esta doble postura nos apasiona y nos convence.

Antes y después de la Ley de Ruiz - Jiménez (1955), los especialistas médicos profesionales conllevan en sí una grave responsabilidad, por su mayor idoneidad o prestigio.

Cuestión de sabia política universitaria, administrativa y de cultura, que habríamos de justipreciar y ensalzar más ante el mañana, tal vez mejor, que se nos echa encima.

Si el Consejo General de Colegios Médicos no la elude, en el ámbito del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, todavía menos nosotros desde el Ministerio de Educación y Ciencia, al que pertenecemos.

Tampoco es misión muy realista la mutua de investigar científicamente, por médicos y biólogos, en el feudo de lo básico o de lo aplicativo en clínica. Una cosa es cultivarla doctrinalmente y otra tutelar o aconsejar el «modus operandi». Pero lo último visto por la Academia ni es sencillo, ni fácil, ni diáfano.

Los «viejos reinos de Taifas» di-

visan en el horizonte académico a instituciones y personajes.

La investigación en manos de funcionarios, que van en pos de un rutinario cometido en aulas, laboratorios y clínicas es pobre y quizás oscuro.

Irrenunciable este quehacer por y para la Academia, habríamos de enjuiciar siempre su alcance en una órbita bi- o tripartita. ¿En qué situación táctica, cómo, cuándo y dónde, valdría la pena discutirla?

La opinión serena de todos y cada uno de nosotros la estimamos obvia. La misma estructura administrativa de la Universidad, es decir, su burocracia, la consideramos interesante a cualquier respecto.

La doble función de trabajo académico y de cargos rectores, suele producir confrontaciones, más de una inquietud o merma de estímulos y ayudas de seguir una ruta nefasta.

Otras perspectivas de actuación y de logros, las tenemos «in pectore». Basta de momento lo que acabamos de enunciar para marcar posturas.

Ni me seduce, ni me gusta tampoco, ni estimo pertinente aquí, el tipo de cuestionario ni la técnica muy usadas en otras naciones del área occidental.

Adolecemos, con frecuencia, de copiar en el país, sin más, normativas extranjeras.

Craso error, porque el ambiente y lo que se quiere averiguar difiere.

Hemos de abstraernos de la rutina y de la inmovilidad, recurrien-

do a cuestionarios y a una técnica adaptables en lo más óptimo a la indiosincrasia de los moradores de las tierras ibéricas.

Sentado este principio, hay que decidirse a modificar lo que inteli-

gente y oportunamente deparan «test» y preguntas cortas y largas.

A tenor de lo provisional... «que ordinariamente lo mejor es enemigo de lo bueno». Huyamos, así, de la petulancia o del «snobismo».

JOSE CORNUDELLA

Poca cosa puede añadirse a la perfecta descripción hecha por el doctor Rodríguez Arias. Por consiguiente, sólo me limitaré a completarla mediante una pincelada de carácter general en algunas de las temáticas, empezando por las publicaciones.

Datos prácticamente exhaustivos sobre la materia se encuentran en la colección de volúmenes escritos por el doctor Ignacio Aragón Mitjans, en la Revista «Estudios sobre Hospitales».

Una fuente informativa importante es el segundo tomo, de 415 páginas, que contiene los trabajos de la segunda Ponencia del «X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana», celebrado en Perpiñán el año 1976. Son capítulos muy documentados referentes a la «Sanitat als Països Catalans». Tiene la novedad de que el estudio de la Función Social Sanitaria elaborado por nuestros médicos, viene acompañado del de políticos, sociólogos, historiadores, pedagogos, ecólogos y economistas.

Otro volumen interesante es el número 2 de las Actas del «Congrés de Cultura Catalana», 1976-1978. Setenta páginas que resumen las «Resoluciones de los trabajos» que nutrieron el «X Àmbit», dedicado a la Estructura Sanitaria de Cataluña.

Los doctores J. Gol, J. M. de Miguel, J. Reventós, A. Segura y F. Soler Sabarís, en 1978, publicaron un libro de 191 páginas, con un prólogo del profesor Laporte, Rector de la Facultad de Medicina Autónoma de Barcelona, titulado «La Sanitat als Països Catalans. Crítica i documentació». El subtítulo ya presupone el matiz de las temáticas.

En estas épocas tuvo lugar en el Colegio de Médicos, patrocinado por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya, un «Coloquio» denominado «Les terceres vies». Es recomendable su lectura.

El doctor J. Reventós viene publicando en diferentes periódicos sendos artículos tratando temas sanitarios. En uno de éstos preconiza la creación de un Servicio Nacional

de la Salud. Consiste en la creación de un Centro de Salud en poblaciones que superen los 25.000 habitantes. Contendrían un número de camas apropiadas, alguna para urgencias y ambulancias. Tendrían una asistencia médica basada en la conservación de la salud más que en los tratamientos de las enfermedades. Un Centro coordinador de actividades profesionales desarrolladas en otros lugares: hospitales, clínicas, ambulatorios, etc., sin inmiscuirse en sus quehaceres, sólo con la intención de evitar la repetición de fichajes de enfermos, que resultan dispendiosos, y los desplazamientos personales. Resultaría un sitio de reunión de personal sanitario, especialmente de médicos de cabecera y rurales de cercanías.

Debe ponerse de manifiesto la enorme trascendencia que tiene la Seguridad Social en España, puesto que atañe al 85 % de la población, con una cantidad de matices extraordinarios de mucha categoría socio-económica. De hecho hoy es el «papu» de la Sanidad española. Los comentarios pueden ser a granel.

Otro factor importante a tener en cuenta es el burocratismo. Más funcionarios de los indispensables la práctica ha demostrado que no mejoran los servicios sino que los complican.

Hoy está candente el tema de la Medicina Preventiva, casi en frente de la Curativa, y por consiguiente con una vestidura de posibilidades a tener en cuenta como son: rehabi-

litación, control de alimentos, higiene mental y del trabajo, vivienda, educación sanitaria, atención al medio ambiente. Que conviene más asistencia basada en la conservación de la salud que en el tratamiento de las enfermedades. No hace falta ponderar que no puede evitarse una cierta intervención ciudadana.

Debe tenerse en cuenta aún la Medicina privada y sus clínicas, dejándolas libres, si bien con control de calidad. El ambiente social tiene también importancia humanística. El tipo hospitalario particular como el de la Fundación Puigvert, sin duda es válido aún.

HOSPITALES

Continúa siendo un factor de mucha categoría. Ante la absorbente función de las asistencias de la Seguridad Social, el Hospital libre, como el de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, consideramos que debe defenderse. Son la garantía de la conservación del humanismo asistencial. Naturalmente, adaptándole a unas estructuras ciudadanas actuales. Es evidente que el Hospital de la Seguridad Social resulta de un ambiente más o menos frigorífico. Ya veremos si, con el tiempo, alcanzará la cordialidad que, durante cinco siglos, ha tenido el Hospital barcelonés que acabamos de nombrar. Es evidente, también, que ha sabido mantener el carácter científico y estar atento para la creación de las

especialidades, a los avances técnicos, así como a la selección de especialistas, muchos de los cuales han alcanzado renombre internacional. Son una prueba la prematuridad de instalación de los Servicios de Urgencia, de Exploración Funcional Respiratoria, de Coronarias, de Auxilios Intensivos, de Recuperación clínica de todas clases: circulatoria, respiratoria, renal, traumática, etc. Actualmente está en proyecto otra modalidad asistencial hospitalaria llamada de «Cuidados Progresivos». Su principio estriba en reunir a los enfermos que necesitan asistencia de grado y tecnificación similares. Para la clasificación se tendrá en cuenta el tipo de proceso patológico que sufra el paciente y los cuidados técnicos y vegetativos que pueda precisar, para destinarlo a la zona asistencial adecuada. El esquema de clasificación consiste, en principio, en:

- a) Cuidados intensivos.
- b) Semi-intensivos.
- c) Medios.
- d) Mínimos.

Naturalmente, tales Hospitales deben articularse con los de la Seguridad Social, toda vez que ésta dispone de medios económicos públicos. Saldrían ganando unos y otros.

Es indispensable un estudio a fondo de la Regionalización Hospitalaria y de su consecuencia, los Hospi-

tales Comarcales. En octubre de 1969, por indicación expresa del Presidente de la Diputación Provincial de Barcelona, don José María de Muller y de Abadal, y bajo el patrocinio de la Caja de Ahorros Provincial, se publicó un libro, realmente extraordinario, fuera de serie; gran formato, 30 por 23 centímetros, 260 páginas, titulado «Plan General de Regionalización Hospitalaria en Cataluña y Baleares». Fue elaborado por el equipo siguiente: Realizador del informe, Dr. Ignacio Aragón Mitjans; Consultor Hospitalario, miembro F. I. H.; Coautor, José Artigas Candela, Ldo. en Ciencias Hospitalarias por la Universidad de Lovaina; Asesor, José María Muntaner Pascual, Economista; Director del trabajo, Carlos Soler Durall; Dr. of Public Health, ex-Director del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona.

Como puede suponerse, la calidad de los patrocinadores y ejecutores, el índice de materias es exhaustivo, con profusos esquemas y grabados, mapas en color, etc. Sin duda es la obra más completa escrita sobre esta materia. Es de esperar que sea revalorizada en estos momentos que tanto se habla de la Sanidad y de su planificación en todos sentidos; naturalmente los hospitalarios están en primer término. Este libro los trata con espíritu práctico, factible, profundamente humanitarista, y con la intención de colaborar con los diferentes estamentos cívicos y oficiales.

COLOQUIO**FERNANDO JOSA**

Es indudable que nuestra Corporación puede y debe opinar sobre aspectos de la política docente, sanitaria y cultural. No necesita, así, recurrir de ordinario a una técnica de «muestreo».

Pero buscar información y perfilar contrastes, dentro y fuera de los salones académicos, con el fin de extender la base de una documentación en forma de cuestionarios y preguntas la estimo aceptable y hasta conveniente.

Los disertantes han señalado problemas, sin mencionarlos todos, a su juicio, que es también el nuestro. En vista de lo cual estimularía el interés de los colegas para que no quedare ninguno olvidado o inédito.

La técnica que se adopte no habría de ser ni demasiado complicada ni simplista en extremo.

Nos sumamos, pues, al criterio y finalidad defendidos.

A. LLAURADO TOMAS

Creo de veras que los Estatutos y la más natural tradición observada eternamente por la Academia, re presentan en política general del Estado y en el asesoramiento a funcionarios —una de nuestras misiones preceptivas— el motivo o razón de no necesitar siquiera a lo teórico «encuestas».

Dentro de la Academia y por los Académicos cabe opinar todo lo inherente a Sanidad, Docencia univer-

sitaria, Investigación científica y Cultura en las mismas sendas imaginadas por doquier.

Las preguntas que se dirijan a la Real Corporación no diferirían así en «calidad» de lo obtenido a través de cuestionarios.

Sin embargo, alabo el propósito de los disertantes, que pretenden una mayor esfera de acción al sumar datos y tendencias doctrinales de valor político.

B. RODRIGUEZ ARIAS

Agradece las intervenciones efectuadas muy en su punto, de los Académicos Dres. F. Josa y A. Llauradó. Recalca que la proyectada u ofrecida técnica del muestreo, no supone merma de lo preceptuado en los Estatutos vigentes y sí, a título complementario, una mayor información o recopilación de datos dentro y fuera de nuestros salones.

Lo defendido tiene, pues, un significado no excluyente, por lo que es del todo compatible con la Alta Jerarquía cerca de la Administra-

ción, que nos tutela en las sesiones de Gobierno.

Por último, a lo enumerado, que creemos nosotros más substancial, deberían añadirse tal vez otras temáticas, quizás accesorias, pero dignas y susceptibles de ser afrontadas y discutidas.

No nos ceñimos de antemano a lo nuestro por entender que lo de los demás es tan interesante o conveniente en la vida de gobierno que nos compete.

MOISES BROGGI
(Presidente)

Estima que lo planteado y objetado es trascendental a cualquier respecto, si bien más en las trayectorias cultural, docente y asistencial; espera que la Academia en su día lo discuta y llegue si procede a unas

conclusiones, en forma de laudo; y tras felicitar por las ideas o sugerencias expuestas por los Dres. B. Rodríguez Arias y José Cornudella, levanta la sesión.

OPORTUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA AUTO-MEDICACION *

Dr. RAMON JORDI GONZALEZ

Académico Numerario de la Real Academia de Farmacia de Barcelona
Colaborador de la Cátedra de Historia de la Medicina
de la Facultad de Medicina de Barcelona

Señoras y señores:

La tradición, el protocolo como norma, me obligan —y cumplo gustoso el rito por enésima vez— a presentar, quizá mejor saludar, al Académico Numerario de la Real de Farmacia de Barcelona, profesor R. Jordi González.

Va a disertar, especialmente invitado por nosotros, sobre la problemática tan importante de la automedicación, el uso censurable que se hace de ella y su abuso muchísimo peor que las tomas discrecionales, corriendo el tiempo.

El año pasado, varios Miembros Numerarios de esta Corporación, se ocuparon en señalar el alcance y los peligros de esta temida y nociva, a cualquier efecto, automedicación. Mas el enfoque dado por médicos se limitó a lo clínico del asunto debatido.

Hoy, será un farmacéutico, académico, profesor universitario y práctico excepcional en cuestiones de historia y legislación de su carrera, quien nos plantee lo de la automedicación desde otro ángulo cultural. Su presencia en el atril de este salón Turró nos complace de veras porque desarrollará tema con enjundia y sapiencia, muy acorde con la labor corporativa, en el orden científico-estatutario, más peculiar últimamente de las sesiones que venimos celebrando.

En nombre del señor Presidente, y con su venia, le ruego inicie el coloquio programado.

B. RODRÍGUEZ ARIAS

El proceso de la automedicación aparece con el origen del ser humano y evoluciona de manera variable a medida que los conocimientos del hombre se incrementan y las condiciones sociales configuran nuevas culturas. Con amplia visión, puede decirse que, desde la más remota antigüedad, plantas, productos mi-

nerales y animales, tanto como los más complicados productos de síntesis obtenidos por la moderna industria, considerados por el hombre como curativos, han sido y son empleados para automedicarse.

Que no existan estudios históricos, científicos y sociológicos solventes que expliquen la real evolución del

* Sesión del día 6-III-1979.

fenómeno de la automedicación no disimula que éste esté profundamente arraigada en nuestra sociedad. El natural deseo de conservar la salud, sumado a factores de desequilibrio social, político y económico, crea un entorno que nos lanza a un consumo de medicamentos cada día más activos que, arbitrariamente usados, causan más perjuicios que beneficios.

La venta de medicamentos siempre ha mostrado diferencias apreciables que van desde el control riguroso para aquéllos muy activos hasta una tolerancia que ha permitido y permite adquirir sin prescripción médica otros considerados menos activos y menos peligrosos.

Durante los siglos XIII, XIV y XV ya las actividades de médicos, especieros, boticarios, herbolarios, etc., se estructuraron por leyes y ordenanzas promulgadas por los poderes políticos, como protección al ciudadano y en beneficio de la salud pública. La libre venta de sustancias medicinales que no requerían la vigilancia del médico ni el control severo de quienes los vendían estaba prevista, pero también se prevenía la venta de aquellas sustancias activas cuyo uso podía resultar peligroso (1).

Pero no debemos confundir la medicina popular, folklórica y pintoresca con el complicado proceso sociológico que conduce al individuo a automedicarse, aún cuando hallamos múltiples puntos de contacto entre

aquella y la automedicación de cada época, dado que tanto la una como la otra tienen como objetivo común alcanzar una curación o una mejora. Es evidente, creemos, que en nuestros tiempos una medicina popular, que aún existe en amplias zonas, no es comparable con la automedicación mediante los productos activos y sofisticados que nos preocupan que si algo tienen de característica es que sus virtudes y peligros están alejados de la comprensión popular.

Ahondar en este tema nos apartaría del propósito de este coloquio, pero unos ejemplos pueden resultar ilustrativos para ver cómo elementos de una medicina popular se entrelazan con otras sustancias medicinales para automedicarse, siempre trasladándonos a la época de manera más o menos racional y dirigida.

En el «Llibre dels secrets de agricultura» (2), en su edición de 1617, en el capítulo «Los remeys que deu saber la mare de família per les malalties dels seus familiars», se transcriben, como procedentes de un Memorial de los Doctores Carles Esteve y Juan Libaut (3), 79 fórmulas caseras útiles para el tratamiento de las más variadas dolencias: toda clase de fiebres, dolores reumáticos, afecciones de la piel, del sistema de la visión, del aparato digestivo, sistema urinario y sexual, etc. Este texto, que gozó de amplia difusión (4), nos muestra por lo menos, sin entrar en detalles, que a pesar de la arbitrariedad que se observa en algunas de dichas fórmu-

las, éstas obedecían aparentemente a un criterio facultativo, aún cuando no descartamos la posibilidad de que los médicos citados, Esteva y Libaud, fueran simples curanderos, intrusos o personas que ejercían la medicina sin la correspondiente licencia pues hemos podido comprobar, en épocas distintas, la existencia de individuos que ejercían la medicina, la cirugía y de boticarios de manera fraudulenta, o por lo menos ilegal, dando lugar a serias advertencias y medidas punitivas dictadas por el Protomédico que cuidaba de velar por el cumplimiento de las leyes sanitarias (5).

En otro texto, «Medicina Doméstica», publicado en 1786 (6), o sea, más de 150 años después del primer ejemplo, se ofrece al lector una «Lista de las Medicinas Simples y de las preparaciones médicas que puede usar un particular» (7).

Tanto en uno como en otro caso no puede decirse que no figuren en las fórmulas y en la relación indicadas sustancias activas y que sin duda alguna merecían estar supeditadas a la vigilancia del médico; lo cual se pone especialmente en evidencia a la vista de la relación, en la que hemos señalado con un asterisco algunas de ellas (8).

En cuanto al tipo de sustancias empleadas en el «Memorial» de los dos médicos antes citados, junto a vegetales de reconocido valor terapéutico para afecciones normales y corrientes, son citados materiales de arbitrario valor como son la aplica-

ción de vísceras de animales, vapores de suelas de zapatos viejos, piel de serpiente, excrementos, etc., lo que no nos retrotrae a épocas mucho más remotas del siglo XIII y XIV, cuando en medicina popular era frecuente hallar en «fórmulas» usuales estos materiales (9).

A finales del año 1964 la Academia de Ciencias de Nueva York trataba el tema de la automedicación con gran autoridad y con participación de numerosas personalidades médicas y científicas (10). En 1966-67 la Organización Mundial de la Salud patrocinaba un estudio sobre consumo de medicamentos que había sido propuesto por Suecia en el año 1964. En 1960 se había celebrado en Ginebra una importante mesa redonda sobre medicamentos y en 1969 tenía lugar en Oslo un Simposio Europeo sobre su consumo. En 1970 el Congreso de la Federación Farmacéutica Internacional dedicó una jornada a cuestiones relacionadas con el abuso de medicamentos. Y si aún recordamos los tímidos esbozos sobre este tema por nosotros realizados en el año 1960 y 1962 y otros posteriores aisladamente efectuados en nuestro país, lo cierto es que dichos estudios nunca contaron con el apoyo ni el estímulo de la Administración ni de grupos importantes vinculados con la Sanidad (11).

El problema de la automedicación es un problema vivo y quedamos perplejos cuando, salvo raras excepciones, vemos que no ha existido en los estamentos sanitarios españoles

una actitud encaminada a plantear unas mínimas bases dialécticas, como se ha realizado en otros países, para poder juzgar cuál es la magnitud del problema.

Si ésta es una situación a nivel de aquellos estamentos, a nivel de otro tipo de organismos, como son los Colegios profesionales que agrupan a los sanitarios, asociaciones científicas y otras de carácter mixto, tampoco se han ofrecido estímulos satisfactorios para llegar a un punto coherente y socialmente aceptable.

Puede afirmarse que en diferentes países la problemática creada por la automedicación retiene la atención de los expertos de manera creciente y éstos admiten que, en general, ni el médico ni el farmacéutico están hoy por hoy lo suficientemente preparados para adoptar una adecuada actitud socialmente rentable ante esta problemática.

Es ampliamente reconocido que el farmacéutico, en su oficina de farmacia, es el profesional más idóneo, mediante una actitud responsable y científica, para poder controlar satisfactoriamente una gran parte del consumo de medicamentos que no requieren prescripción médica para su despacho, y en beneficio de la reducción de su consumo. Pero, a pesar del preponderante papel que se concede en este campo al farmacéutico, de momento no se vislumbran posibilidades efectivas para que dicho profesional reciba la necesaria información de los centros productores de medicamentos, dado

que la mayor parte de información científica es encaminada hacia los médicos. Creemos que, en beneficio de una automedicación racional, las firmas productoras deberían realizar una publicidad sincera, exponiendo los inconvenientes de determinados medicamentos tanto a médicos como a farmacéuticos, lo que no se da por lo menos a nivel de las necesidades actuales.

Si el farmacéutico ha de desempeñar consciente y responsablemente el papel que le conceden los expertos que han tratado estas cuestiones debe formarse constantemente en el terreno científico y profesional, lo cual, por otra parte, es difícilmente compatible con su personal acusada actividad expendedora.

En los países que se consideran desarrollados es admitido que la automedicación sufrirá progresivos aumentos y los productores europeos y americanos tienden a diferenciar los productos farmacéuticos destinados a la automedicación de los que no son aptos para ella, pero existen corrientes de pensamiento, justificadas por profesionales médicos y farmacéuticos, que no conceden a los medicamentos esta clase de diferenciación sino la de su particular actividad farmacológica, aduciendo que todos los medicamentos deben estar sometidos a las mismas normas de control de calidad, de seguridad, de eficacia, de dispensación y de difusión.

De todas maneras, si existen criterios que lanzan una alerta por con-

siderar la automedicación como algo de carácter intrínsecamente médico, social y ético, a éstos se contraponen aquellos que juzgan la automedicación desde un punto de vista puramente económico para favorecer el consumo de determinados medicamentos por automedicación para economizar así en las Cajas de los Seguros Sociales, comprobada la imposibilidad de atender los crecientes gastos que requieren los actuales planteamientos de una Sanidad masificada.

Es cierto que el carácter inalienable de la libertad de individuo es argumentado por algunos productores de medicamentos como justificante de una automedicación dirigida, pero no es menos cierto que si también defendemos el derecho a automedicarse no podemos admitir que sea de manera inadecuada, desfigurando la función del medicamento. Creemos indispensable equiparar este reconocido derecho con la libertad del individuo, de la sociedad y de las asociaciones profesionales, libertad que por todos los medios debe estar garantizada para evitar abusos de situación.

Compartimos plenamente el criterio sobre la posible potencia que en beneficio de la Salud Pública podrían desarrollar los organismos farmacéuticos actuando en favor de criterios selectivos de los medicamentos destinados a la automedicación, apoyándolos en bases científicas.

Si admitimos el derecho de automedicarse que tiene el individuo, reconocemos que para la realización de este derecho la sociedad actual no ofrece un nivel de garantías suficientes, vista la complejidad de los avances farmacológicos, de los progresos de la técnica y de ciertas presiones que desvirtúan la función esencial del medicamento con acusada gravedad. Y si en el mejor de los casos se precisa que la automedicación sea orientada hacia una eficaz educación sanitaria del público, preservando el incuestionable derecho que tiene todo individuo a automedicarse, se considera que esta educación debe recaer exclusivamente en manos de profesionales sanitarios especializados, siendo precisa para ello la colaboración de la Industria Farmacéutica, pero todo bajo un riguroso control de la Sanidad Estatal que sitúe nuevamente la ética en su adecuado lugar.

Quizá como colofón podríamos afirmar, sin temor a equivocarnos:

- a) Que aún hoy por hoy, situado el farmacéutico en un punto crucial, éste no desempeña el papel que debiera para regir, proteger y orientar a la Salud Pública en lo que a su competencia se refiere.
- b) Que dada la existencia de una sociedad cuyas estructuras económicas y sociales desvirtúan, en muchos aspectos, la función del medicamento, se

apunta el peligro que tal situación representa para la Salud Pública.

- c) Que al no considerar la Farmacia bajo un sentido universal encaminado a la protección y defensa de los derechos del individuo y sí solamente bajo un punto de vista económico, reporta también la progresiva deshumanización de un importante medio que posee la sociedad para la salvaguardia de la Salud Pública.

Fuertemente extendida una inversión de valores a todos los niveles del Estado Moderno, se considera irremplazable para el correcto uso del medicamento una toma de conciencia individual y colectiva en todos los sectores vinculados con la conservación de la Salud Pública y reafirmamos los derechos de la persona humana como ineludible punto de partida que debe condicionar siempre el uso del medicamento.

Sería iluso y erróneo olvidar que las deformaciones impuestas sobre las calidades humanas del individuo por el Estado Moderno como generador de consumo afectan de manera visible al farmacéutico, pero no en exclusiva, y es por este motivo que su clara posición de inferioridad en el plan general de una auténtica línea de control del medicamento plantea la urgente necesidad de una total reestructuración de actividades para romper con los

condicionamientos establecidos por el medicamento sujeto de consumo y no objeto de función.

Como resumen final podemos establecer que a lo largo de los años que llevamos tratando cuestiones relacionadas con la automedicación en nuestro país resaltan los siguientes puntos:

1. Escaso interés en todos los sectores para el estudio sistematizado de la automedicación.
2. Las preocupaciones mostradas en ciertos sectores se centran en el aspecto económico de la misma con marcada preferencia y por encima de otros intereses vitales para una Salud Pública equilibrada.
3. Que el divorcio entre profesionales que pudieran aportar sus conocimientos en favor de la realización de estudios orientados al consumo arbitrario de medicamentos es total.
4. Que el interés mostrado por las ramas sanitarias en otros países no sirve de estímulo ni de motivo de reflexión en el nuestro, lo que parece venir determinado porque en ciertos sectores privan más los intereses de mercado y los políticos que no los propios de la Salud Pública.

NOTAS:

1. JORDI GONZÁLEZ, R.: Mancebos boticarios en el siglo XVIII. «Anal. Real Acad. de Farm. de Madrid», XXXVII (1971), 4; 525, 616.
Véase también del mismo autor:
 - Relaciones de los boticarios catalanes con las instituciones centrales, 2.ª ed. (La Bisbal, 1975), 501 pp.; 34, 31.
 - Boticarios y drogueros barceloneses. Dos deliberaciones del Consell de Cent, 17-11-1533 y 24-11-1533, «Bol. Inf. de Circ. Ftca.» (1975), 72; 30, 36.
 - Legislación de antaño. Boticarios y drogueros barceloneses. Concordia, deudas y discusiones. «Bol. Inf. de Circ. Ftca.» (1975), 73; 111, 127.
 - Boticarios y drogueros en Cataluña (siglos XIV-XIX). «Cuadernos de Hist. Econ. de Cataluña», XIV (1976); 141, 157.
2. Nos referimos al «Llibre dels secrets de agricultura», T. I, II y III. Casa Rústica y Pastoral, del Prior Fray Miguel Agustí. Estampat en Barcelona en la Estampa de Esteve Lliberos en lo carrer de Sant Domingo. Any de la Nativitat del Senyor de MDCXVII. Por haber sido imposible trabajar sobre el original, nos hemos tenido que limitar a trabajar sobre xerocopias del fragmento del mismo que recoge la transcripción, en la edición Princeps de 1617, del Memorial de los médicos Carles Esteva y Joan Libaut.
3. No hemos conseguido obtener datos sobre la personalidad de los médicos Carlos Esteva y Joan Libaut en las relaciones publicadas de médicos, así como tampoco en las aún inéditas consultadas.
4. Otras ediciones de este libro fueron realizadas también en Barcelona en 1649, 1717, 1722, 1744, 1749, 1762, 1770 y una supuesta de 1785. Impresos en Madrid se conocen las ediciones de 1722, 1731, 1762 y 1781. En Perpiñán una de 1626 y en Zaragoza de 1625, 1626, 1636, 1646, 1695, 1702 y 1703. Puede decirse que prácticamente sus reediciones duraron algo más de 100 años.
5. JORDI GONZÁLEZ, R.: Relaciones de los boticarios catalanes (op. cit.), 221-226, 252-261, 373 y 378.
6. Nos referimos a la obra «Medicina doméstica o tratado completo del método de precaver y curar las enfermedades con el régimen y medicinas simples y un apéndice que contiene la farmacopea necesaria para el uso de un particular», Madrid (1786), 680 págs. El ejemplar al que nos referimos, de propiedad particular, señala como autor de esta obra a Jorge Buchan, mientras que Palau cita a Guillermo Buchan como autor de ésta y de todas las ediciones impresas en Madrid los años 1785, 1792, 1798 y 1818 en ediciones abreviadas, no siéndolo otras de 1785, 1786, 1818 y 1878.
7. BUCHAN, J.: Op. cit., 612-614.
8. BUCHAN, J.: Op. cit., 612-614. Véase la citada relación en Anexo I.
9. JORDI GONZÁLEZ, R.: Trotula del Mestre Johan. «Uni-Farma», 1 (1970); 2, 8. Del mismo autor:
 - Flors del tresor de Beautat. «Uni-Farma», 3 (1970), 150, 158.
 - Tres textos curiosos de medicina popular. «Circ. Farm.», 228 (1970), 434, 438.
 - Speculum. «Uni-Farma», 11 (1970), 434, 438.
 - Un curandero y un experto en poderes ocultos preocupados por la salud del prójimo. «Circ. Farm.», 229 (1970), 273, 293.
10. Home medication and the public Welfare. «Annals of the N. Y. Academy of Sciences», CXX (1965), Art. 2, 807, 1024 (diversos autores).
11. Referencias útiles sobre la problemática tratada pueden verse en Anexo II.

ANEXO I

Lista de las medicinas simples, y de las preparaciones médicas que puede usar un particular

Adormideras: * cabezas de	Cortezas:
agárico,	de cascarilla,
almizcle,	de canela,
alumbre.	de mezereon,
Anmitonio crudo (sic) (Antimonio) *	de quina,*
cinabrio de,	de winter o canela alba.
azufre de.	Calamina: piedra levigada,
Azafrán.	Cantáridas.*
Aceytes: esencial	Cardenillo.*
de ámbar,	Castor de Rusia.
de anís,	Cáusticos:
de canela,	común,
de enebro,	lunar.
de corteza de limón,	Cera blanca,
de yerba buena de Inglaterra.	amarilla.
Por expresión:	Cuerno de ciervo calcinado,
de aceitunas,	raspaduras de.
de palmas,	Estaño preparado.*
de trementina.	Esperma de ballena.
Acero: limaduras de	Espíritus * etéreo, o éter,
su orín preparado,*	de cuerno de ciervo,
sal soluble de.	de lavanda compuesto,
Azufre: vivo,	de nitro,
bálsamo de,	de dicho dulcificado,
flores de.	de sal amoníaco,
Bálsamos:	de sal marina,
de Copaive,	de vinagre,
del Perú,	de vitriolo,
de Tolú.	de vino rectificado,
Bórrax.	volátil aromático.
Brea: común,	
de barbada.	

Extractos:

de genciana,
de guayaco,
de heléboro negro,
de zicuta,*
de jalapa,*
de regaliza,
de quina,*
de adormidera.,*
de axenjos.

Flores:

de manzanilla,
de tucilago,
de sahúco,
de romero,
rosas de Damasco,
dichas encarnadas.

Frutas:

almendras,
manzanas amargas,
cañafístula,
higos secos,
ciruelas de Francia,
naranjas chinas,
pimienta de Jamaica,
bayas de enebro,
nuez moscada,
tamarindos.

Gomas:

aloes,
ammoniaca en lágrimas,
arábiga,
asafétida,
alcánfor,
gálbano,
gamboge (1),
de guayaco,
kino,

mirra,
opio.*

Limón, corteza de.

Macis.

Madera de guayaco,
de campeche,
de sasafras,
de sándalo encarnado.

Magnesia alba.

Manná.

Mercurio crudo,

tiope mineral (sic) (Etiópe),
calomel,*
sublimado corrosivo,*
precipitado rojo,*
dicho blanco.*

Naranja, corteza de.

Ostras: sus conchas preparadas.

Plomo:

litargirio,
dicho blanco,
azúcar de.*

Raíces:

de aristolochia,
de cálamo aromático,
de contrahierba,
de ajos,
de genciana,
de exenjibre,
de eléboro negro,
de jalapa,
de hipecacuana,
de lirio blanco,
de malvavisco,
de mezereón,
de ruibarbo,*
de zarzaparrilla,

(1) Goma que se trae de la India a quien también dan el nombre de Gambaya.

de seneka,
de cebolla albarrana,
de tormentilla,
de turmeric (2),
de serpentaria de virginia,
de valeriana silvestre,
de zedoaria.

Resinas:

de menjui,
flores de dicho,
pez de Borgoña,
de sangre de drago,
de incienso,
de storaque líquido,
dicho blanco o encarnado,
de escamonea.

Sales:

armoniaco crudo,
volátil,
de epsom,
de glauberó,
de cuerno de ciervo,
de nitro purificado o prunela,
polichresta,
de la rochela,
de tártaro.

Semillas:

de anís,
de alcaravea,
de cardamomo,
de cilantro,

de cominos,
de mostaza,
de hinojo,
de chirivía silvestre.

Sen.

Tártaro: crema de
emético,*
soluble,
vitriolado.*

Tierras:

de bataneros,
de Japón,
bolo de Armenia,
dicho de Francia.

Tu tía levigada (sic) (Tutia).

Trementina de Venecia.

Vitriolo:

verde,*
azul,*
blanco.*

Yerbas:

centaura menor,
yerba buena de Inglaterra,
yerba de Santa María,
póleo,
sabina,*
trifolio,
uba ursi o gayuba,
axenjos.

Zinc, flores de (3).

(2) Raíz que se trae de la India Oriental, los franceses también la llaman Curcume.

(3) Especie de metal que se trae de Alemania, y al fuego exhala unas hojas muy sutiles que se les da el nombre de flores.

NOTA:

(1) (2) (3) Corresponden a anotaciones del mismo texto que se ha extraído esta relación. Los asteriscos * señalan medicamentos y substancias activas y relativamente activas a nuestro juicio tal y como hemos indicado en el texto.

En la relación se ha respetado la grafía original.

ANEXO II

- BOGANI MIQUEL, E.: Toxicomanías actuales. XI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría (Málaga, 1971), 259 y 261.
- FOUSSARD-BLANPIN, O.: Les multiples aspects du danger des médicaments. «Produits et Problèmes Pharm.», XXVII (1972), 9, 903-904.
- GUIJA, A. G.; PERALES AYALA, M., y AJUSO, G.: Encuesta sobre el uso de hipnóticos, tranquilizantes y analgésicos, en una muestra de la población de Bilbao. XI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría (Málaga, 1971), 222 págs., 333.
- HUSSAR, D. A.: Factors predisposing a patient to drug interactions. «Am. J. of Ph.», CXLIII (1971), 6, 175.
- ISUSKY: Ambiente y polución. «Uni-Farma», VI (1973), 11, 616, 616.
- JORDI GONZÁLEZ, R.: Una encuesta sobre coloración de grageas. «Galénica Acta», XIII (1960), 357, 373.
- JORDI GONZÁLEZ, R.: Una encuesta sobre formas farmacéuticas líquidas coloreadas. «Galénica Acta», XV (1962), 31, 47.
- JORDI GONZÁLEZ, R.: Automedicación. Contribución al estudio de algunos aspectos particulares de la misma. «Galénica Acta», XIX (1966), 191, 213.
- JORDI GONZÁLEZ, R.: Automedicación como fenómeno social. «Circ. Farm.», 216 (1967), 403, 424.
- JORDI GONZÁLEZ, R.: Divagaciones sobre la sociedad del bienestar. Distintos aspectos del dopado humano. «Circ. Farm.», 218 (1868), 2, 31.
- JORDI GONZÁLEZ, R.: El medicamento a la luz de los derechos humanos. XIV Ciclo de conferencias de Federación Ftca., 13-12-1968.
- JORDI GONZÁLEZ, R.: Automedicación. Un tema ingrato. Publicación de la Asociación de Antiguos Alumnos de la Facultad de Farmacia de Santiago de Compostela (La Bisbal, 1973), 36 págs.
- JORDI GONZÁLEZ, R.: Automedicación, ¿toxicomanía en potencia? «Uni-Farma», VII (1974), 11, 541, 558.
- JORDI GONZÁLEZ, R.: Contaminación farmacológica. Actas del «Xº Congrés de Metges i Biòlegs de la llengua Catalana». Vol. II (Perpinyà, 1977).
- JORDI GONZÁLEZ, R.: Propaganda y medicamentos. Antecedentes históricos de un fraude a la sociedad (La Bisbal, 1977), 87 págs.
- KRANTS, J. A.: A philosophical approach to self-medication. «Am. J. of Ph.», CLXII (1970), 1, 7.
- KREIENBERG, M.: Probleme der Selbstmedikation. Bundesvereinigung für Gesundheitsserziehung E. V. Informationstagung. Pharmake und Gesundheit, 23.9.1971.
- MACHI, E.: La publicita dei medicamenti. «Collegamento», XVI (1972), 2, 11-12.
- PREVOST, G. P.: Curtaining the use of selected nonprescription Drug Products. «A. J. Hosp. Pharm.», XXVIII (1971), 937.
- SANCTIS, A. DE: Abuso dei farmaci. «Collegamento», XVI (1972), 2, 8.
- SEVA DÍAZ, A.: Investigaciones sobre el consumo del alcohol, estimulantes y tranquilizantes en el medio universitario. XI Congreso Nacional de Neuropsiquiatría (Málaga, 1971), 320.
- TIERNO GALVÁN, E.: Reflexiones sobre el sentido y el quehacer farmacéutico. «El Mon. de la Farm. y de la Terap.» (marzo, 1973), 2032, 86, 89.
- VICTOR ROSSI, G.: O.T.C. Preparation. Potential for misuse. «Am. J. of Ph.», CXLII (1970), 1, 3.
- El medicamento en la hora de la sociedad de consumo. Selección de Publicaciones Internas del Consejo General (1973), 9, 11.
- Selecciones de Publicaciones Internacionales del Consejo General (1972), 4, 6 (extraído de France Pharmacie) (1973), 9, 11, 15.
- Comisión del Z.D.F.: Segundo programa de la televisión alemana, 2-8-1973.

COLOQUIO

B. RODRIGUEZ ARIAS

Lo que acaba de manifestarnos el consocio Jordi implica una serena reflexión. Dando por sabido que cualquier medicamento no prescrito es potencialmente tóxico, la medicación por cuenta propia debe ser condenada.

Ahora bien, bastantes fármacos son dispensados sin receta en las boticas. Si adventiciamente la pequeña transgresión profesional no supone un gran y legítimo riesgo, en la inmensa mayoría de casos, las especialidades farmacéuticas todas habrían de dispensarse mediante receta médica.

Claro está, que los «estupefacientes» necesitan una receta de «talonario oficial» y un buen porcentaje de medicamentos de síntesis, una receta ordinaria, que sirva de control y de vigilancia en el uso, quizá abuso, de antibióticos, hormonas, analgésicos, psicodrogas, cardiotónicos, etc., etc.

Yo, como neurólogo, aconsejo frecuentemente tomar a un crecido número de mis enfermos diasepán, por ser un psicofármaco de triple acción muy precisa y obtener resultados del todo deseables, pero me consta su mala utilización «ad libitum» por toxicómanos empedernidos.

También los preparados que, en pequeñas o mayores dosis tienen «bencedrina» o anfetamina, los buscan porfiada o angustiosamente drogadictos «major o minor», entre los que destacan obesos genuinos o fóbicos de una obesidad jamás positiva. Siendo así, que la tan cacareada anfetamina es racional, bien manejada, en la terapéutica de muchas distonías neurovegetativas.

Los anfetinómanos se proveen a menudo de vasodilatadores para potenciar más los efectos de la droga. Entonces, hay que vigilar incluso la dispensación de los tan prescritos vasodilatadores en aras de combatir determinadas toxicomanías.

El médico y el farmacéutico deben solidarizar sus esfuerzos en pro de impedir las automedicaciones benignas, medio perniciosas o apocalípticas en el ámbito de la nocividad latente o visible.

Entiendo yo que parangonar los coeficientes de medicamentos dispensados mediante receta y los entregados sin la misma a la vista, serviría de mucho en la lucha contra la automedicación, ya que indicarían el juego de módulos distintos para su corrección.

No quisiera culpar decididamente a nadie, porque en el ejercicio de la profesión, médicos y farmacéuticos o ambos al unísono tropiezan a diario con escollos y dificultades.

Podría extenderme más en consideraciones al respecto o recurrir a más ejemplos que los citados, aunque lo dicho basta para iniciar el diálogo y solicitar más intervenciones.

A mi juicio, reforzar la solidaridad de empeños y normas en el mundo no divisible, en principio, de médicos y farmacéuticos sería dar en el clavo.

Después de todo, la fortuita insolidaridad en sus quehaceres profesionales por lo que sea, no es este el momento de analizarla, se halla en el punto de partida de nuestros comentarios.

La industria químico farmacéutica radicada en España se vale de un «muestreo», archibién organizado, para determinar siempre las os-

cilaciones en la venta de productos por casas o empresas, recaudaciones habidas y cotejo de especialidades iguales (por ejemplo, los de vitamina C).

Pues bien, decidámonos a fijar los vaivenes en el consumo de drogas, separando el por uso propio, sin receta, del regularizado o médico.

Naturalmente, se trata de una sugerencia que someto a la estima de los que me escuchan o en su día me lean.

Ni es fácil, ni simplista, la lucha contra la automedicación, en manos de médicos y farmacéuticos, pero no combatirla o hacerlo de mala forma, simboliza una plaga mayor y un desdoro para los sanitarios.

Apelo —si más no— a la honestidad y al espíritu de consecuencia de unos y otros para no dejar en el aire una problemática, que sonroja, irrita o angustia según las circunstancias.

FERNANDO JOSA

Permítanme que un profano en la materia meta la cuchara en este colquio.

A mi juicio de lo que estamos hablando hasta ahora es de la automedicación porque yo reservaría la automedicación para indicar el hecho de que un profano en la materia

se dirija personal y directamente a un especialista. La automedicación es sólo una licencia lingüística que me he tomado yo para señalar a aquellos que se recetan a sí mismos y se organizan un tratamiento sin haber pasado por un facultativo. De estos últimos ya hemos hablado

bastante. De la automedicación puede decir que no sé si es más o menos grave y frecuente que la otra; lo que sí puedo decir es que ello se debe en su mayor parte a la dificultad de encontrar un auténtico médico de cabecera. Y lo que sí puedo confesar es que yo no sé que haría si se me presentara un paciente afligido, me contara su triste historia y yo después de reconocerle no le encontrara nada. Es una auténtica falta de caridad no recetarle algo, y quizá fuera aún más duro negarse a cobrarle algo porque él podría tomarlo a una desatención a su caso.

Con respecto a la adquisición y dispensación (!) de fármacos yo quisiera contarles una auténtica aventura de una señora que alojándose en el Palace Hotel de Estocolmo sintió dolores en el oído y a las pocas horas un poco de supuración. No era la primera vez que sentía molestias de este tipo estando de viaje, de modo que su estrategia no era difícil de improvisar: unos antibióticos archiconocidos, unos calmantes y unos ligeros barbitúricos para descansar. Nunca un viaje se había alterado por esta razón. Pero es que nunca habían estado en Suecia.

El marido que hablaba inglés se lo explicó al encargado de recepción del Hotel. Este consultó unas notas de su archivo, llamó por teléfono, se notó que encontraba resistencias, pero al final colgó el teléfono sonriente, dio unas señas por escrito

e indicó que había que ir inmediatamente a un otorrino que tenía el despacho cerca. Un despacho estuendo, pero ni una enfermera ni ningún otro paciente. Un reconocimiento rápido, unas cuantas preguntas en perfecto inglés, una receta con cuatro o cinco medicinas, una cifra de no demasiadas coronas y una indicación sobre la farmacia más próxima y una amable despedida después de acompañar al matrimonio hasta la puerta.

La farmacia tiene una taquilla junto a su puerta en la que se entrega la receta contra una ficha numerada. Esperan sentados, como muchos otros, el número cantado en inglés y tantos frasquitos, cada uno con las píldoras contadas según la receta.

La señora ilusionada salió de la farmacia, con tiempo aún para entrar en unos almacenes hasta que cerraron. Era sábado y todos tenían ganas de irse al «Archipiélago». Como un rayo al hotel, llenar un vaso de agua y a la bolsa de viaje a por las medicinas. Primera, segunda y última revisión de los paquetes. Pero la bolsa no apareció sin duda la dejó en una de las cajas de los almacenes, y en ella se quedaron las píldoras para siempre, porque el lunes ya no estarían en Estocolmo.

Lo que se dice bien bien no puede ser que se encontrara, pero el programa de vuelta siguió y la señora no se quejó más.

La «dispensación» en Suecia es tan perfecta que no permite ni leer la receta ni tomar una sola píldora inmediatamente de dispensada. Quiza en las drugdispensas (o «dispensaciones») sea más fácil.

JOSE CORNUDELLA

Subrayo, naturalmente, lo que acaba de manifestarnos el disertante, farmacéutico que sabe de las dificultades inherentes a vender o no vender en su oficina ciertos fármacos, más que nada los peculiares de la temida y nociva automedicación.

Espanta a menudo, comprobar el abuso que se hace indiscriminadamente de medicamentos con efectos yatrógenos, por ejemplo corticoides tuberculostáticos, analgésicos, etc.

Nos parece del todo oportuno que aúnen sus esfuerzos los médicos no recetando a voleo y los boticarios no despachando libérrimamente especialidades químico farmacéuticas cuyo uso debiera ser controlado.

Dolientes con síntomas atribuidos al tractus respiratorio, toman a veces por su cuenta sustancias más que peligrosas.

Aplaudo, pues, el razonamiento hecho y los datos, tan ostensibles como convincentes, expuestos por el doctor R. Jordi.

RAMON JORDI GONZALEZ

Cito algunas de las cifras que poseo sobre el consumo global de determinados medicamentos desde el año 1971 al 1977, y que agrupados por grupos farmacológicos, como son analgésicos no narcóticos, barbitúricos, barbitúricos asociados, tranquilizantes y psicoestimulantes fueron, en unidades de venta, los siguientes:

Año 1971	54.641.700
Año 1972	54.741.400
Año 1973	60.192.200
Año 1974	60.380.600
Año 1975	70.423.300
Año 1976	76.358.600
Año 1977	77.952.800

A. GOMEZ Y GOMEZ
(Presidente)

Antes de levantar la sesión quisiera felicitar a todos los que han intervenido en el coloquio por haber llamado la atención oportunamente sobre lo que simboliza en nuestros días la terrible plaga de la automedicación.

Eventualmente es producto de la frivolidad en que nos vemos sumidos, pero también de la confianza dudosa que de los médicos y farmacéuticos muestran pacientes angustiados o indisciplinados.

El ácido acetil salicílico lo ingieren en ocasiones enfermos con necesidad clínica de su uso y asimis-

mo otros por placer de consumirlo casi a título de alimento diario.

En la mucosa del tubo digestivo y acaso igualmente a distancia, con un metabolismo perturbado, ese medicamento de actividad antirreumática y un si es o no es, no es tónica general cabe observar perturbaciones lesionales y trastornos de función.

Creo que esta temática habría de interesarnos hoy y mañana con el fin de elaborar consejos y precisar medidas de control médico farmacéutico.

Muchas gracias a todos.

CONCLUSION

Fueron abordados por los asistentes a la sesión la arbitraria venta de medicamentos sin la pertinente receta médica, las anomalías existentes en recetas extendidas sin cumplir las disposiciones legales, el valor indiscutible de dicho documento como garantía de la relación interprofesional médico-farmacéutico en beneficio del enfermo y de una terapia adecuada a la persona, calidades de medicamentos y frecuencia de las circulares de la Sanidad Oficial sobre lotes hallados en el

mercado que incumplían los requisitos exigidos como garantía y que por tanto eran retirados por los defectos de fabricación en los laboratorios productores, cifras actualizadas de ventas de medicamentos de los grupos de los analgésicos, tranquilizantes, somníferos, etc., todo lo cual promovió un animado debate que una vez más puso en evidencia la necesidad de afrontar seriamente el uso y abuso de medicamentos, de lo cual, la automedicación constituye tan sólo un aspecto parcial.

LA HISTORIA CLINICA: SU VALOR DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO *

A. GALLART-ESQUERDO

(Vicepresidente de la Real Academia de Medicina de Barcelona)

El médico debe saber interrogar y explorar adecuadamente al paciente. Si con tales datos clínicos puede orientar el diagnóstico —que es lo corriente en Digestología—, ha llegado el momento de recurrir a los métodos exploratorios auxiliares para corroborar aquél, pero no antes, como por desgracia sucede con demasiada frecuencia.

¡Desdichado del médico actual que fiándose sólo en los modernos, y con frecuencia agresivos, métodos complementarios de exploración pretende averiguar la afección que padece el paciente, sin someterlo a la anamnesis y a la exploración clínica detenidas! Podría referir muchos casos de diagnóstico erróneo, basado en un simple hemograma, en una punción-biopsia hepática, en una gammagrafía, en una fibrogastroscopia

con biopsia o sin ella, en una arteriografía abdominal, etc., y enunciado con aquel tono de infabilidad que algunos pretenden dar al resultado de los exámenes complementarios, como si los técnicos que los efectúan no pudiesen equivocarse como se equivoca también el médico práctico.

Desde los más remotos tiempos, el contacto entre el médico y el enfermo ha comenzado con la anamnesis, y durante siglos, el acto médico se reducía prácticamente a aquella y al examen físico del paciente. Ni el tiempo transcurrido ni los más modernos métodos complementarios de exploración han disminuido, *ni podrán disminuir jamás la importancia de la anamnesis*. Esta no sólo sirve para orientar el diagnóstico, sino que al referir sus

* Comunicación al I Congreso Nacional de Reales Academias de Medicina de España, La Coruña, 31 de agosto - 2 de septiembre de 1978. *Inédita*.

males, con frecuencia el enfermo ya se libera de ellos: *Quien se ha descargado con el médico de sus preocupaciones, ya está reconfortado* (LERICHE).

Creemos que los mayores de 65 años estamos en mejores condiciones para señalar los peligros que implica prescindir de los frutos de la experiencia secular en la anamnesis y la exploración clínica del enfermo, y que no podemos fiarlo todo a los nuevos métodos exploratorios, que, cada día más complejos y dispares, aumentan sin cesar.

Se ha afirmado que la bomba atómica no desterrará jamás el fusil y que una buena infantería, como se demostró en la II Guerra Mundial, sigue y seguirá siendo la base de un buen ejército. Asimismo en Medicina lo fundamental es, y seguirá siendo, la anamnesis y la exploración clínica del paciente, basadas en el total conocimiento de éste, que no podrán ser jamás superadas por los modernos métodos exploratorios auxiliares ni por las computadoras, lo cual no quiere significar que unos y otras no sean con frecuencia de utilidad.

La agudización de los sentidos, el orden metódico en la anamnesis y el examen físico del paciente, son y seguirán siendo las bases para es-

tablecer el diagnóstico certero, verdadero arte que sólo se alcanza con larga experiencia, con el aprovechamiento de las enseñanzas de nuestros maestros y con la despierta atención a los descubrimientos de cada día.

La experiencia adquirida con los años ayudará a desbrozar el camino, otorgando a cada nuevo avance técnico el valor que realmente tenga y evitará caer en entusiasmos prematuros, como tan a menudo ocurre.

El paciente acude al médico por su afección y por la repercusión moral y anímica que aquella determina. Confidencialmente le expone los problemas de su psiquismo y le abre todas sus intimidades. Pero para conseguir tal objetivo el médico debe haber inspirado confianza y demostrar interés, y sobre todo respeto, por los problemas del enfermo. El médico que escucha y atiende al paciente ha de saber identificarse con los sentimientos y los pensamientos más íntimos y recónditos de aquél.

Estamos completamente de acuerdo con el malogrado maestro PULACHS cuando decía que la enfermedad provoca en el paciente una conmoción que le afecta integralmente: *repercute en su unidad psicósomática y también en su espiri-*

tu como persona, desencadenando reacciones psíquicas y espirituales de calidad e intensidad dispares.

Muchos de los modernos métodos auxiliares de diagnóstico son ciertamente muy valiosos, pero no han relegado a segundo término la anamnesis y la exploración clínica del paciente, como sustentan algunos. *Es absurdo creer que la mayoría de problemas que nos plantea el hombre enfermo se puedan solucionar con radiografías, sondeos, fibroscopias, gammagrafías, aortografías, tomografías axiales computadas, etc., prescindiendo de lo más noble de que dispone el médico: sus sentidos.*

Cada día nos sorprende más el gran número de médicos, no ya recién salidos de las aulas universitarias, sino con bastantes años de ejercicio profesional, que no saben interrogar ni explorar físicamente a los enfermos.

De una historia clínica bien hecha y correctamente interpretada se derivan la orientación diagnóstica y también las bases sobre las que ulteriormente se asentará el tratamiento. Lo que ocurre es que resulta más fácil encargar un análisis de sangre, de orina o heces, practicar unas radiografías, una fibrogastrosco-pia, una punción-biopsia hepática, etc., que interrogar adecuada-

mente, saber palpar el hígado o el bazo, efectuar el tacto rectal o vaginal, etc.

JIMÉNEZ DÍAZ, en 1954, afirmó con razón: *A hacer o interpretar radiografías u otros documentos se puede aprender siempre, pero la exploración clínica se incorpora pronto al espíritu del médico o ya no se incorpora nunca; el vicio de actitud es prácticamente incorregible; de ello tengo buena experiencia.*

El enfermo es un ser humano al que hay que atender y respetar debidamente, y no un animal de experimentación. GALLART-MONÉS enseñó a diario con el ejemplo que *la anamnesis ofrece las mayores posibilidades para orientar el diagnóstico y que mientras el enfermo sea un ser dotado de cuerpo y alma, ningún método exploratorio complementario podrá sustituir el diálogo con el enfermo, por ser fundamental para comprenderlo y tratarlo adecuadamente.*

No basta que el médico diagnostique correctamente la enfermedad del paciente, sino que es imprescindible que sepa comprender al que la sufre, con los problemas que le plantea, para ayudar a resolverlos.

El médico debe escuchar con atención al enfermo, sin pretender

restar importancia a nada de lo que éste refiera, sobre todo a aquello que para él es lo más importante.

El papa Pío XII dijo a los médicos: *Lo que el enfermo espera de vosotros no es sólo competencia profesional, sino una entera comprensión del hombre y de las condiciones espirituales de su vida.*

La medicina actual obliga al médico a ocuparse en problemas que hace 40 años casi no eran tenidos en cuenta. Aproximadamente el 60 % de pacientes que acuden hoy a nuestra consulta privada de Digestología, antes no se atrevían a exponer sus problemas psíquicos, por considerar que eran triviales y, además, sin relación con los trastornos somáticos que padecían.

El médico general y el especialista no podrán jamás perder de vista la idea cada día más cierta de la unidad psicosomática del hombre. De aquí que el digestólogo deba tener una visión integral del hombre en su función individual y social. No sólo estudiará al hombre como unidad enferma, sino que está obligado a proyectar sus conocimientos sobre tal hombre considerado en sus relaciones sociales, laborales, profesionales, familiares y ambientales, para intuir hasta que punto la afección,

repercutiendo sobre su vida y sus relaciones, ha alterado su psiquismo.

Es fundamental que el médico sepa escuchar al paciente. Desgraciadamente todavía muchos médicos ignoran el valor y los buenos resultados que se pueden obtener oyendo con calma al enfermo. Verbalizar las preocupaciones proporciona alivio, y el simple hecho de que el médico muestre interés y no tenga prisa puede mejorar considerablemente a muchos pacientes que jamás han sido comprendidos por sus familiares o por los médicos que les atendieron con anterioridad.

En principio el médico debe aceptar el valor que el enfermo da a los síntomas, tanto físicos como psíquicos que presenta. Cuando el paciente acude al médico con una afección orgánica leve, pero con gran componente psíquico, y el médico no le da importancia, el enfermo se siente rechazado y desencadena una serie de vivencias (desamparo, ansiedad, agresividad, etc.) muy relacionadas con las de su época infantil. Esto ocurre porque el médico no comprende la angustia y las preocupaciones del paciente, en general por menospreciar sus propios problemas personales.

Comprender totalmente al pacien-

te es de gran importancia en cualquier especialidad, y fundamental en Digestología. Por desgracia todavía muchos especialistas tienen sólo en cuenta el aspecto somático del paciente e ignoran por completo su psiquismo.

La mayoría de enfermos psicósomáticos no aceptan el componente psíquico de su afección, y el mejor ejemplo de ello lo tenemos en las consultas de Pediatría, donde con frecuencia la madre emplea al hijo para expresar sus propios problemas. Suelen ser madres de niños asmáticos, eccematosos, inapetentes, etc., y el pediatra se deja «seducir» por la madre y trata al niño, cuando la que debería ser tratada es aquélla.

Y ahora permitidme unas breves consideraciones sobre lo que ocurre en los ambulatorios del Seguro Obligatorio de Enfermedad.

En general, el enfermo está más o menos angustiado por la afección que padece y siente la necesidad de recurrir al médico. Por tanto, aquél se coloca frente a éste en situación de dependencia, que puede ser de confianza o de desconfianza. Una actitud de confianza era la que ordinariamente existía en nuestro país antes de la implantación del S.O.E., cuando la Medicina y sus especiali-

dades constituían una profesión liberal para la inmensa mayoría de médicos. El paciente acudía, por ejemplo, al digestólogo que le había recomendado el médico de cabecera, que era una persona de su confianza, y, en general, de toda la familia. Otras veces iba espontáneamente al especialista por haber tratado éste con éxito a algún familiar o amigo.

¿Qué ocurre en los ambulatorios del S.O.E.? Casi siempre, según nuestra experiencia personal, —que dicho sea de paso no pertenecemos a él— todo lo contrario. El paciente propende a exagerar la sintomatología porque tiene la impresión, con frecuencia justificada, de que el médico se lo va a sacar de delante lo más rápidamente posible, por disponer de poco tiempo a causa de haber muchos enfermos que guardan turno. Por otra parte, el paciente se ha vuelto exigente, y con frecuencia pide con brusquedad que se le recete éste o aquél fármaco.

Por todo lo dicho el médico suele adoptar, en general sin advertirlo, una actitud que dificulta la relación médico-enfermo, de tan importantes propiedades terapéuticas por sí misma, sobre las que sería ocioso insistir.

El enfermo que acude a los ambu-

latorios, y con menos frecuencia a las residencias sanitarias, del S.O.E. suele sentirse despersonalizado, fragmentado y anulado por el cúmulo de exploraciones que se le practican y el número de técnicos que lo van examinando sin saber nada o muy poco de su personalidad. Al final el paciente se ha convertido en un farrago de dictámenes que hay que clasificar.

Casi siempre el paciente desea la relación con el médico, pero ésta casi nunca es factible tal como está concebido el S.O.E. en las grandes ciudades de nuestro país. El médico está sometido a múltiples presiones o coacciones desde arriba y desde abajo, y se convierte en el intermedio entre el paciente, que acude a él porque es el médico que le «toca», y una burocracia sobre la cual no nos incumbe opinar.

Si el paciente padece una afección orgánica determinada, reviste menos importancia lo antedicho, pero los enfermos psicossomáticos que, guste o no, constituyen la mayor parte de nuestra clientela, precisan del diálogo con el médico. Dado que este diálogo falta, los síntomas del enfermo persisten y se eternizan, o desaparecen unos para sobrevenir otros, pero el paciente no se cura.

A nuestro modo de ver, lo más

grave es que la mayoría de médicos ven en el S.O.E. una fuente de ingresos básica o complementaria, pero ordinariamente no acuden a él para cumplir una finalidad.

El S.O.E. ha sido estructurado por técnicos diversamente capacitados, pero sin contar con los médicos, lo cual nos parece una monstruosidad. Lo mismo cabe decir de la mayoría de directores de los hospitales de nuestro país, que, aun en el caso de ser médicos, están al servicio de una entidad financiera más o menos poderosa (Caja de Ahorros y Monte de Piedad de Barcelona, etc.) o de alguna orden religiosa (Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, etc.).

Veamos lo que decía hace más de cien años, el eminente miembro numerario de la Real Academia de Medicina de Barcelona GINÉ Y PARTAGÁS, referente a la Muy Ilustre Administración del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, porque sus palabras continúan siendo de actualidad: «Ni la distinguida condición de canónigo, ni el no menos respetable carácter de concejal que tienen, respectivamente, los miembros de la Administración del Hospital de la Santa Cruz suponen la instrucción médica que para este cargo se requiere. Y no se diga que la

Administración tiene a su disposición un ilustrado Cuerpo facultativo de quien asesorarse, pues aparte que la experiencia enseña que esta disociación entre el consejo y la acción, entre lo ejecutivo y lo consultivo, es poco productiva, siempre acontecerá que los médicos se tendrán que someter —mal de su agrado— al régimen general de la Casa, establecido *a priori* y por reglamentos que no se avienen con el progreso de la ciencia».

La acción psicológica del médico ha existido desde tiempo inmemorial y continuará existiendo siempre a pesar de las computadoras y de todos los adelantos científicos, aunque el médico no la quiera y tanto si éste se propone hacer psicoterapia como si no, porque el médico, sépalo o no, por el sólo hecho de serlo, actúa simultáneamente sobre el cuerpo y sobre el alma de los pacientes. El mismo tratamiento aplicado en condiciones psicológicas favorables produce un resultado, y en condiciones psicológicas desfavorables, otro resultado completamente distinto.

La Medicina psicosomática tiene el mérito considerable de haber sabido mantener al hombre enfermo en el centro de sus preocupaciones, en lugar de dar importancia desme-

surada a las enzimas, a los electrolitos, a los principios inmediatos y, en general, a los métodos complementarios de exploración, como hacen en la actualidad la Medicina interna y, por desgracia, algunas escuelas de Digestología.

Por ahora, gracias a Dios, la Medicina psicosomática se ha sabido librar de la automatización y de las «máquinas» que están devorando la Medicina interna.

Si la Medicina sigue por los derroteros actuales, el paciente se verá reducido a unos cuantos datos elaborados por una «máquina» o empujado como una ficha del tablero de ajedrez de la ciencia. *Esta deshumanización de la Medicina se percibe en todo el mundo.*

René A. GUTMAN, uno de los mejores digestólogos de Europa, como protesta contra esta nueva Medicina publicó en 1956 un libro excelente sobre *El diagnóstico del cáncer de estómago en periodo útil*, título al que seguía la advertencia: *Este libro no contiene estadísticas.* Y BUSCHER, refiriéndose a la deshumanización de la Medicina actual, pudo exclamar: «Jamás desde la invasión de los bárbaros el peligro ha sido tan grande».

El médico que no esté preparado para comprender la Medicina de la

totalidad no puede proporcionar vistas desaparezcan por inviables, consuelo, comprensión, calor humano como desaparecieron por igual motivo los grandes animales prehistóricos. Es probable que aquél como los técnicos exclusivos.

BIBLIOGRAFIA

1. BUSCHER: Citado por GALLART-ESQUERDO, pág. 12.
2. GALLART-ESQUERDO, A.: *La psicoterapia vista por un digestólogo práctico*. Discurso inaugural de turno, curso 1975, Real Academia de Medicina de Barcelona, «An. Med. Cirug.», 45, 2-5, 7 y 10-12, 1975.
3. GALLART-MONÉS, F.: Citado por GALLART-ESQUERDO, *Historia de la Gastroenterología española*, págs. 67-68. Discurso de recepción en la Real Academia de Medicina de Barcelona, 30 de octubre de 1955.
4. JIMÉNEZ DÍAZ, C.: *Los métodos de exploración clínica y su valoración: el médico explorando a su enfermo*, págs. 10-12. Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1954.
5. GINÉ Y PARTAGÁS: Citado por GALLART-ESQUERDO, pág. 11.
6. GUTMANN, R. A.: *Le diagnostic du cancer d'estomac a la période utile*, pág. 8. G. Doin & Cie., París, 1956. En la actualidad, a pesar de rebasar los 98 años de edad, el A. está en plenas facultades mentales, como pudimos constatar todos los que tuvimos la fortuna de asistir a la conferencia que pronunció sobre «El diagnóstico precoz del cáncer gástrico», en el VI Congreso Mundial de Gastroenterología, que presidido por E. ARIAS VALLEJO, se celebró en Madrid, 5-8 de junio de 1978.
7. LERICHE: Citado por GALLART-ESQUERDO, pág. 2.
8. Pío XII: Citado por PIULACHS OLIVA, pág. 115.
9. PIULACHS OLIVA, P.: *El sentido humano en la clínica*, «Act. Cuerpo Fac. Insj. Policlín. (Barcelona)», 26, págs. 106-115, 1972.

PROPUESTA DE UN ESTUDIO DE GEOGRAFIA CLINICO - NEUROLOGICA BALEAR *

Prof. B. RODRIGUEZ ARIAS

(Secretario General Perpetuo de la Real Academia
de Medicina de Barcelona)

Excmo. Sr. Presidente, muy ilustres Sres. Académicos, Señoras y Señores.

Agradezco de veras las palabras de elogio, inmerecido que ha pronunciado el Dr. Bartolomé Mestre i Mestre. Se trata de un colega de «especialidad profesional» (psiquiatría y neurología o vieja neuropsiquiatría) que sabe de mis actividades docentes, hospitalarias, de investigación aplicada y culturales y asimismo de publicista médico, irradiadas o llevadas a feliz término—más singularmente— desde el Instituto Neurológico Municipal de Barcelona que lo he dirigido durante 30 años (1936-1965).

Quizá haya valorado con exceso mis trabajos a cualquier respecto. Su devoción hacia mí, de académico y consocio amigo le ha llevado a exagerar lo que simboliza mi perso-

nalidad. Lo digo sin la habitual y socorrida inmodestia de rigor.

Pero eso sí, hablar de que no me rendiré jamás ante un obstáculo es cierto y lo proclamo con firmeza.

Muchas gracias y voy a iniciar la «charla» que he preparado más que una auténtica y elaborada «conferencia» reglamentaria o de tipo doctrinal y magistral.

Esponáneamente, aunque haya sido invitado en más de un momento por varios de vosotros, y singularmente, por el condiscípulo y fraternal amigo Dr. Jaime Escalas Real he acudido sin más a disertar en esta atrayente tribuna.

No es la primera vez que piso vuestra importante aula de cultura. En 1942 hablé de «Clínica del Sistema Nervioso Vegetativo».

Volver representa para mí satisfacción, orgullo y distinción entremezclados.

* Tema desarrollado verbalmente en la Sesión del día 4-1-78. Real Academia de Medicina de Palma de Mallorca.

Satisfacción dada una reincidencia que obedece a evocar gratamente un contacto anterior.

Orgullo en virtud de sentirme impelido a pedir o hacer patente una propuesta deseando colaborar en este distrito sobre una labor o tarea geográfico-médica o epidemiológica que juzgo necesaria y trascendente. Siempre he estimado un auténtico camino de triunfo, poder ofrecer ideas, un propósito y una ayuda, en régimen supeditado y no independiente.

En fin, distinción por acudir iterativamente a una Real Academia de Medicina de región hermana y circundante, integrada en las mismas universidades que la nuestra.

Me trae aquí fundamentalmente la amistad, mantenida por encontrarme entre compañeros escolares, por el favor que inspiran pacientes diagnosticados y curados o aliviados de bastantes años, por mis reiterados veraneos en las islas del archipiélago (Mallorca e Ibiza) y además por ejercer sus carreras liberales en la llamada «blanca» mi hermano arquitecto y un sobrino médico ¡quién dudaría pues de una verdadera amistad, ni única ni superficial, ante lo que acabo de evocar y subrayar!

También por la relación que a efectos universitarios (lecciones y cursillos para post-graduados), estudio de dolientes de estas islas e investigaciones conexas e intercambios científicos catalano-balear, me

ha deparado mi trayectoria hospitalaria, sostenida desde el Instituto Neurológico Municipal la Asociación Española de Neuropsiquiatras y la Sociedad Española de Neurología.

Un porcentaje nada escaso de leucotomías prefrontales fue realizado en la Clínica de Jesús, a instancia de su director Jaime Escalas por mi hermano Antonio facultativo del Instituto aludido, en colaboración conmigo.

Alumnos, distinguidos especialistas neuropsiquiatras y colaboradores oriundos de las Baleares, me indujeron siempre a mostrarme deferente y jovial con los nacidos en esta atrayente provincia insular.

Entre otros, más destacadamente, quisiera citar al insuperable Jaime Sard i Oliver (un anatomopatólogo de fuste, domiciliado en Palma por suerte de médicos y pacientes baleares) y el magnífico Eduardo Pons Tortella (nacido en Mahón y radicado en Barcelona) de los pocos neuroanatómicos e histopatólogos del organismo humano que existen en el país.

Por último la apasionante biografía de Mateo Orfila, menorquín universal y discípulo que fue del Real Colegio de Cirugía de Barcelona, constituye un nuevo acicate de quehacer histórico-médico con perfil académico o extra-académico.

No es menos grato propugnar y no extinguir un nexo de trabajos Barcelona y Palma de Mallorca a

través de dos Reales Academias de Medicina, hermanas y limítrofes de dos Distritos uno continental y el segundo isleño.

Una obra epidemiológica doble y comparativa en ambos Distritos significa, creo yo, un filón de datos o una enseñanza inédita o virgen en más de un aspecto. Esta motivación es obvia e importante.

El conocimiento de la geografía médico-nacional, en sus líneas generales o por zonas, encarna una de nuestras obligaciones más útiles y a la par más necesarias de las que se nos atribuyen a nuestras Academias. La epidemiología hoy día dista de ser la propia tan sólo de las infecciones contagiosas o no.

Lo abarca todo y se refiere indistintamente a trastornos funcionales, lesiones de cualquier índole y lo infecto-contagioso

He recordado muchísimas veces que el italiano Baglivo, al publicar sus libros, advertía intencionadamente «escribo en Roma y bajo el cielo romano» lo cual implicaba una fortuita modificación de historias médicas y de conjeturas en otros ambientes o áreas del globo.

Es más difícilmente los extranjeros se lanzan a efectuar una tarea altruista que menos lógicamente le seduce a ellos que a nosotros. Apliquémonos, ergo, a fijar los términos, la metódica y las conclusiones que se obtengan en los trabajos de la epidemiología «nuestras».

Yo como neurólogo clínico he insistido tenazmente sobre el deber que nos incumbe de elaborar una geografía médica de padecimientos o vicios congénitos del sistema nervioso. Me anima el designio de confeccionar un día un mapa neurológico de España.

Las características etiopatogénicas, sintomáticas, evolutivas, pronósticas y de eficacia terapéutica de las neuropatías en España e igualmente la distribución geográfica de las heredopatías o de los vicios morfológicos y errores del metabolismo, congénitos, semi-ignorados o parciales nos angustia al vivir en una nación occidental del mundo.

Menos alardes de casuística esporádica, incoordinada o sutil a veces de relativo valor comparativo o individual y más encuestas mutuas o investigaciones colectivas, al margen del individualismo de un sabio o de una escuela es preciso a mi juicio plantear y llevar a un positivo resultado.

Justificadamente y con reconocimiento anticipado por lo que voy a proponer y deseo conseguir de explicarme bien me hallo disertando entre consocios que antes, como he dicho ya, pertenecen al mismo distrito universitario.

La Asociación que imaginé y fundé con otros en Barcelona (1924) celebró sus Bodas de Oro en Mérida (septiembre 1975) donde fui homenajeado corporativamente por mi

tesón cultural, sanitario y de enseñante, a lo mutuo, nombrándome Miembro de Honor e imponiéndome el Escudo de Oro del Bimilenario de la romana Emérita Augusta.

La Sociedad que Luis Barraquer padre, Antonio Subirana y yo creábamos en 1949, festejó sus Bodas de Plata en el espléndido e histórico Salón de Ciento del Ayuntamiento de Barcelona (diciembre 1974) ofreciéndonos a los fundadores una medalla conmemorativa de plata con nuestras efigies y permitiéndome en un discurso glosar lo epidemiológico y lo social, más que nada, solicitado o explicado en numerosas ponencias y comunicaciones.

Desgraciadamente, la política en España es de vaivenes y de luchas, de logros y de reveses y en febrero de 1939 se decretó el final post-bélico de una conquista, «matando» casi de raíz una Cátedra nueva: Neurología.

Por fortuna, el Instituto Neurológico de Barcelona que su Municipio a instancia mía puso en marcha durante la guerra (diciembre 1936) ha representado un lugar de asistencia nosocomial, de enseñanza profesional libre y de centro de investigaciones y estudios, sustituyendo así en una distinta proyección extra-universitaria un cese «ab irato».

Mi calidad de secretario perpetuo de la Academia más cercana y engarzada a la vuestra me ha facilitado en régimen de suma confianza propul-

sar o brindar estudios varios, no todos concluidos aún.

Pero veamos de defender y explicar concretamente la propuesta objeto de esta «charla».

* * *

La neurología clínica o clínica neurológica, mejor dicho, la clínica de enfermedades del Sistema Nervioso, tal cual se entendía en «La Salpêtrière» al tiempo de causar yo estancia allí (1918-1919), apasiona en múltiples facetas, dejando de lado su enorme validez a efectos nosológicos, epidemiológicos y sociales.

Es junto o enfrente de la Psiquiatría y de la mano de la indispensable neurocirugía un rincón floreciente y extenso de la Patología médica, origen además de numerosas supra o sub-especialidades.

De esta forma cualquier propuesta de geografía clínico-neurológica en zonas nacionales muy singularmente, requiere partir de una clasificación siquiera enunciativa.

Terminada la guerra civil, próspera la trayectoria del Instituto Neurológico concebí la idea de redactar un Manual de neurología de raigambre Ibero-americana. Me hacía ilusión que neurólogos situados en Barcelona, Lisboa y Buenos Aires lo escribieran basándose en la documentación y experiencia inherentes a regir cátedras o institutos neurológicos.

La Cátedra de Neurología que desempeñé en la Universidad Autónoma de Barcelona (1933-1939) sirvió para enseñar a licenciados ante todo y para fomentar la ocupación especializada en problemas clínico-neurológicos, luego, a partir de la clínica «vera efigies» sin olvidar después lo geográfico, lo sanitario, lo forense, lo social, etc., enraizado en la misma.

Desligado a la fuerza de la Universidad y exigiéndome inmediatamente una responsabilidad política (encarcelamiento de cinco meses) citado ha poco en un libro, hube de continuar en el Instituto Neurológico (Escuela libre de post-graduados) la enseñanza anterior en forma de cursos de clínica neurológica y aspectos diversos ligados a ella.

Un intento postrero de establecer una escuela profesional de Neurología y Neurocirugía, en los años 60, me fue vedado al no tramitar reglamentariamente lo solicitado del Ministerio de Educación y Ciencia, por motivos tácticos y fútiles aducidos en el claustro de la Facultad de Medicina.

En el seno de la Asociación Española de Neuropsiquiatras y más teñidamente de la Sociedad Española de Neurología, pude insistir acerca de los postulados candentes de la inefable neurología hospitalaria, sanitaria y cultural.

Representó un poderoso estímulo a lo largo de tres décadas la quime-

ra de editar un libro parcialmente escrito de neurología que habíamos de firmar José Balado, Egas Moniz y yo.

Balado antes de fallecer me envió parte de su manuscrito. Moniz entrañable amigo mío e inválido ya por su metabolismo gotoso, deseaba ser sustituido por P. Almeida Lima que difería la aceptación del cargo y yo absorbido por el impulso dado, creciente, a la asistencia hospitalaria, enseñanza e investigación del Hospital Neurológico, no supe proseguir el empeño.

Sin embargo, me parece oportuno hoy, del mismo modo que cuando ingresé en la Real Academia (27 mayo 1956) hacer referencia a la clasificación de enfermedades nerviosas adoptadas en el «non nato» Manual de Neurología (1941).

He aquí la copia:

1. Neuropatías heredo-familiares (heredopatías nerviosas propiamente dichas).
2. Neuropatías congénitas y degenerativas (anomalías y abiotrofías nerviosas de toda índole).
3. Síndromes de origen neuro-endocrino (neuro-endocrinopatías).

4. Distonías neurovegetativas (genuinas).
5. Alteraciones neuro-metabólicas o discrásicas (neuro-metabolopatías).
6. Estados neuro-avitaminósicos.
7. Enfermedades neuro-hemáticas (neuro-hemopatías).
8. Distrofias neuro-óseas (genuinas).
9. Afecciones neuro-vasculares (neuropatías angioesclerosas y circulatorias).
10. Lesiones traumáticas del sistema nervioso.
11. Tumores del sistema nervioso.
12. Procesos involutivos del neuro-eje.
13. Deterioro inflamatorio del sistema nervioso (neuropatías inflamatorias espontáneas).
14. Neuro-infecciones.
15. Neuro-intoxicaciones.
16. Trastornos nerviosos de aparición paroxística (paroxismos neurológicos).
17. Neurosis.
18. Dolencias nerviosas inclasificables por su naturaleza: miscelánea.

Naturalmente que esa clasificación es una de tantas, con sus defectos y aciertos, según los puntos de vista que se tengan en cuenta. Una más entre muchas. La terminología quizá extraña en la actualidad e igualmente los capítulos y su porqué. Si bien éstos u otros perpetuamente discutibles han de guiarnos en la elaboración de mapas o de distribución geográfica de lesiones y trastornos, sea conceptual sea específicamente.

Así las cosas quiero señalar lo siguiente:

1. Importa de veras averiguar los focos o cepas de neuropatías heredo-familiares, por ejemplo en Baleares, con la fenomenología o sintomatología y curso evolutivo de esas lacras. En España los trabajos publicados no logran todavía resolver «in toto» la epidemiología y los síndromes que cabe observar.

2. Los vicios morfológicos congénitos y los flamantes errores del metabolismo no suelen ser objeto de un registro metódico y de una descripción exhaustiva entre las clínicas maternas y pediátricas.

Desconocemos pues el número, calidad y frecuencia nacionales o provinciales de esas mal llamadas lacras anatómicas o bioquímicas.

3. Los síndromes neuro-endocrinos que se diagnostican en el país no corresponden todavía a una rea-

lidad admisible. Bien es verdad que la endocrinología y la absorbente neuro-endocrinología carecen de límites fijos para consentir un estudio rápido y taxativo.

4. La estigmatización neurovegetativa objetada por Marañón y más de un endocrinólogo internista y las distonías neuro-vegetativas, según Eppinger y Hess alcanzan a mi juicio y bastantes neurólogos de viejo cuño una incidencia notable. Valdría la pena, ergo, conocer su frecuencia en villas y lugares de población autóctona.

5. De la diabetes sacarina se conocen progresivamente más y más extremos aunque el porcentaje sea superior quizá al de los declarados clínicamente. Terrible enfermedad por su frecuencia y secuelas.

De la gota y de la obesidad los conocimientos de índole epidemiológica y social parecen menores siendo así que causan inúmeros desórdenes.

Había que afrontar pues más y más estudios «nostras».

6. Las neuro-avitaminosis, consecuencia de la guerra civil, han desaparecido prácticamente.

Quedan no obstante estados residuales no diagnosticados a efectos etiológicos. Y del mismo modo las intoxicaciones de origen alimentario

cual el latirismo que pude analizar en los ambulatorios y clínicos del instituto. Algunos deben de vivir aún como olvidados con su síndrome paraplégico acuestas.

7. El número y calidad de las dolencias neuro-hemáticas se halla en una fase incompleta de su repetición «inter nos».

Tal vez sean la causa verdad de muchas mielopatías atribuidas a otros factores.

8. La casuística de distrofias neuro-óseas adolece de un sentido colectivo en el feudo de la epidemiología nacional.

9. De cada día más ha de importarnos la geografía médica de estos agoviantes trastornos y lesiones.

10. Las estadísticas de traumatismos que lesionan el sistema nervioso no son tan útiles y relevantes como cupiere apetecer hogaño.

11. Los tumores del sistema nervioso merecerían en el ámbito regional o provincial un diagnóstico histopatológico comparable con el realizado en otras naciones.

Tanto más cuanto que existe aquí la continuidad de la famosa Escuela de Cajal, uno de nuestros premios Nobel.

12. Los procesos involutivos o preseniles (parkinsonianos, dementes orgánicos, arteriosclerosis cerebrales y generalizadas, longevidad con lesiones varias, etc.) se encuentran faltos de una dedicación geográfico-clínica.

Queremos averiguar en Cataluña v. gr. y representa un esfuerzo poco menos que titánico, el número y situación fisiológica o patológica y socio-económica de los senectos de más de 80 años de edad. Por ventura resulte factible en Baleares una encuesta similar.

13. De costreñirlo forzada o menos forzadamente a las afecciones desmielinizantes o parejas, primitivas y secundarias los cuadros clínicos y su etiopatogenia proporcionarían acaso geográficamente estimados una documentación sustancial ¿la esclerosis múltiple es menos propia de la cuenca mediterránea que de las áreas norteñas europeas?

14. Las neuro-infecciones demandan eternamente un análisis geográfico-médico.

Subsiste cual antaño la noción valiosa de genio epidémico.

15. Cualquier tipo de neuro-intoxicación exige, a ciegas, un examen minucioso en el contorno de la más lata epidemiología.

16. De origen idiopático o no los trastornos parasísticos nerviosos son

una muestra inequívoca del tanto por ciento mayor que se imputa en los habitantes de los pueblos occidentales de la civilización moderna.

17. Las neurosis, más bien las órgano-neurosis propiamente dichas en el contexto neurológico, aumentan de día en día y piden a gritos comparaciones en la órbita geográfica de residentes en diferentes lugares, villas o grandes ciudades.

La OMS v. gr. viene favoreciendo la epidemiología de las depresiones en el continente negro.

18. De antiguo la Miscelánea de cuadros morbosos va disminuyendo en los países de óptima medicina.

Estos breves comentarios pueden servirnos de índice de las averiguaciones efectuables desde el punto de vista clínico-neurológico en zonas y grupos de españoles peninsulares e insitos.

* * *

Opino yo —y no constituye una excepción— que el archipiélago balear personifica el más adecuado de los modelos en su vertiente geográfico-médica a diferencia de las regiones del continente.

En efecto, unas islas situadas en el centro del Mediterráneo occidental, equidistantes casi de los pueblos italianos, francés, español y norte-africano con límites indiscutiblemen-

te precisos (marítimos), cinco en total (mayores y menores), disimilares por su extensión, características del terreno y antecedentes étnicos más especialmente, son en el fondo para el geógrafo-médico o el epidemiólogo por antonomasia un patrón notorio.

Los domiciliados permanentemente en dichas islas no rebasan en realidad la cifra de 600.000 que es la décima parte exacta de los que pisan el suelo del Principado de Cataluña, el Distrito de nuestra Academia de Barcelona y éstos a su vez la sexta parte de los inscritos en el censo total de España.

Una encuesta geográfico-médica de medio millón de semejantes nuestros cabe dentro de las posibilidades otorgables a una Academia. Y de otra parte un porcentaje elevado de autóctonos y en su derredor otros porcentajes no mínimos de emigrantes radicados de tiempo en ciudades y pueblos, de emigrantes inseguros sometidos más de cerca o de lejos a la invasión cíclica de un turismo de millones de individuos puede y debe proporcionarnos en chequeos y números peculiares de las estadísticas de morbilidad y mortalidad enseñanzas, testimonios y noticias en el contexto médico de sumo valor y resultados tangibles en la argumentación médica que nos interesa conocer en los trabajos proyectados.

Ibiza no se parece a Menorca, pongamos por caso, la topografía médica difiere en el interior y en

las costas de las diferentes islas, lo aborigen es evidente en muchos lugares y el «boom» turístico ha influido más en la vida familiar, economía y costumbres de unos parajes más privilegiados que los restantes.

Una población fija y heterogénea y otra de viajeros o tráfuga tiene que imprimir un sello característico a las enfermedades de los ciudadanos tanto en lo etiológico cual en lo sintomático y evolutivo y sistemas terapéuticos y profilácticos usados.

No deja de importar fundamentalmente el retorno a su patria chica de más y más emigrados a los continentes europeo, americano y otros como por las enfermedades y costumbres adquiridas en un hábitat distinto a cualquier respecto.

De siempre el isleño balear afortunado o menos afortunado económicamente ha tendido a correr mundo y ganar dinero en lo posible y volver eventualmente cual «indiano» a sus tierras de origen, creando así unos antecedentes geográfico-médicos de valor indiscutible.

Cantera por ende, a mi juicio, de factores hereditarios, innatos o condicionantes de evoluciones acaso «suis generis» y de logros o fracasos en lo curativo, higiénico y profiláctico. Motivos fecundos, pues, para emprender lo que propugnamos en la órbita de una misión académica.

Y es que conviene declararlo, las academias de medicina de Distrito, singularmente las limítrofes pueden

y deben hermanar o hacer coincidir sus metas de estudio.

Y en nuestro caso lo peninsular y lo insular matizarán mejor lo similar o disimilar de una búsqueda.

* * *

Lógicamente he de explicar un «modus faciendi» que bueno o malo óptimo o pésimo cabrá reemplazar siempre por el que suma más adeptos. No hay que empeñarse en defender el «modus faciendi» sobervio o apasionado de cada uno, sino un «modus faciendi» cambiante de no echar al olvido lo proverbial de que «lo mejor suele ser enemigo de lo bueno».

He aquí lo que desearía obtener si lo aprobáis vosotros corporativamente:

1. Trabajo dirigido en su perímetro más obvio por la R.A.M. de Palma de Mallorca.

2. Colaboración inmediata y perseverante del «equipo» del que yo, como secretario general perpetuo de la de Barcelona formaría.

3. Recavar hoy y ulteriormente las adhesiones y la cooperación oportunas de:

a) Diputación Provincial de Baleares.

b) Jefatura Provincial de Sanidad de las islas.

c) Municipios insulares.

Un planteamiento a título de «muestreo» lo he intentado ya con éxito ondulante en varios Municipios catalanes de unos 2.000 habitantes cada uno.

El auxilio técnico demandado de los Secretarios de Ayuntamientos no falló jamás (datos censales y explicaciones de toda índole) pero sí me duele confesarlo, el recibimiento o el talante de mis colegas, quien sabe si en virtud de suspicacias, inercia o excusa marginal de un desinterés o de una incompetencia.

A las órdenes de uno o más Miembros Numerarios vuestros, conmigo en bastantes ocasiones o sin mí en las restantes actuaría un grupo de jóvenes universitarias, dado que su responsabilidad moral, educación cívica y espíritu de sacrificio, los estimaría archieficaces y ponderados.

Contribuiría ese grupo, ya en funciones y con ventajas notorias en nuestra Academia por fortuna, a rubricar la no discriminación de sexos en menesteres académicos del más alto cometido.

Es por esto que me he presentado en vuestra Academia, subrayando lo dicho, acompañado por tres colegas o semi-colegas que aprecio de veras: María de los Angeles Calvo y Torras, María Dolores Montserrat y Collell y María José Camí y Altés.

Angeles, a punto de leer su Tesis Doctoral es farmacéutico e inicia ahora sus estudios de Medicina. En su Facultad actúa como P.N.N. (microbiología). Y en mi Academia, aconsejada por mí, ha elaborado una Topografía Médica de San Justo Desvern (Barcelona) en unión de una casi médico Montserrat Séculi Palacios. Se le otorgó Premio del año 1976 y quedó nombrada Académico Correspondiente Nacional. Muchos la consideran, para mí un orgullo, un «brazo derecho».

Dolores es una de tantísimas hijas únicas con indeclinable vocación universitaria, fraguada entre administrativos y comerciantes. Por sí sola, salvando obstáculos ha alcanzado el período final de la carrera de Medicina.

Probé su dedicación a lo académico encargándole analizar el censo médico de un Municipio heterogéneo de la Costa Brava de 12.000 habitantes largos.

Y María José, nacida y domiciliada en Mallorca que pasó su infancia y parte de la adolescencia en Menorca, hija de catalanes desplazados al archipiélago, la menor de cuatro hermanos cursa Medicina en Barcelona con fervor absoluto y sacrificio evidente de una familia admirable de seis individuos.

Casi a mitad del período escolar y en mi familia donde se mueve como en la suya, la tengo por un «alter ego» o «semi-alter ego».

A licenciados o estudiantes de esta categoría (médicos, farmacéuticos, psicólogos, químicos, historiadores etc.) podrían agregarse muchas más radicadas en las Islas y designadas por vosotros o traídas desde Barcelona y elegidas por nosotros.

Aseguro de no errar en lo concebido, un éxito empresarial, corporativo o académico.

Nuestra misión sería *mutatis mutandis* examinar los censos municipales (número de pobladores, tablas de mortalidad y de morbilidad y nociones conexas), mantener sendas improvisadas con los facultativos (diagnóstico, pronóstico y tratamiento de afecciones asistidas) y entrelazadamente sacar conclusiones de naturaleza etiopatogénica, sanitaria, social y de hábitos populares o de fortuitas costumbres importadas, informándonos al fin de la y a la postre de lo diferencial o de lo perseverante de una clínica de enfermedades nerviosas.

Unas pocas visitas a título de consulta a la Diputación y a la Jefatura Provinciales servirían en lo futuro de refrendo o de ampliación de la documentación obtenida.

Excuso decir que se impondría sin cejar en la tónica de conducta empleada el más indiscutible de los tactos, deferencias y actitud de humildes y sencillos, peculiares del médico a secas, del médico sustancialmente humano y no altivo.

La ayuda que dimane escalonadamente de las sugerencias o consejos recogidos en las organizaciones hospitalarias de la Administración Local de la Seguridad Social, la juzgamos también forzosa.

El calendario de encuestas, visitas o consultas que se acuerde instituir habría de obedecer a una metódica que Palma secundada por Barcelona plasmaría en ciclos no sujetos a demasiado cortos a largos plazos.

Insistimos por tanto en la habilidad estratégica y en la corrección profesional auténtica inspiradas en un «modus faciendi» sin tilde.

No acostumbra a triunfar en circunstancias así el investigador más idóneo sino más bien el sagaz y respetuoso de arriba abajo.

Abrigo la esperanza que hice constar en la Sociedad Española de Neurología de dibujar pronto un mapa neurológico de España, a base de ensamblar los parciales. Y el de Baleares sería justamente el primero y el modélico.

Dos especímenes curiosos servirían de enseñanza previa:

- a) El descubrimiento de contingentes focos de neuropatías heredo-familiares.
- b) La incidencia comarcal por menorizada de trastornos paroxísticos (epilepsia, migraña, asma infantil, etc.).

Las cepas más o menos extensas y diversificadas en sus formas «mayor» y «menor» de verdaderas neuropatías heredo-familiares se van ubicando progresiva y geográficamente en el suelo español.

Algunas de las neuropatías descritas son más genuinas del oeste, del este o de las regiones centrales o isleñas de la nación.

Hay que suponer en consecuencia que existen focos y cepas en las islas Baleares, cuyo análisis clínico, árboles genealógicos y variantes sindrómicos conviene describir bien a efectos comparativos o gentilicios, remedando lo hecho en Canarias, Soria u otras zonas geográficas similares.

De otra parte la incidencia —más significativamente— de epilepsias, migrañas y demás constelaciones paroxísticas clásicas en lugares o pueblos de mediano o pequeño censo de familias autóctonas ha de llevarnos a hacer incapié o modificar la cifra del 7 por mil o del 15 por mil encontrada en Occidente.

De no fijarse muy simplemente el porcentaje tendríamos que lanzarnos a un «check up» exhaustivo por aquello de que bastantes comiciales o jaquecosos desconocen la realidad de su morbo o silencian los diagnósticos formulados, con vistas a no ser privados v. gr. de ingresar como funcionarios en la Administración del Estado, civil o militar, o de que

se les niegue un permiso de conducción de vehículos automóviles, meta soñada de numerosos ciudadanos.

Desde 1926 vengo recalcando el provecho clínico y genético que implica ubicar las enunciadas cepas o focos de neuropatías heredo-familiares.

Y un muestreo efectuado entre aspirantes a permisos de conducción de camiones y ómnibus nos advirtió a C. Soler Dopff y a nosotros mismos la falta normal de epilépticos entre un lote no reducido de solicitantes.

Véase, pues, la gravedad optativa o congeturable de ignorar por apatía la epidemiología fundamental o la geografía-médica de consuetud.

* * *

La investigación de naturaleza epidemiológica que proponemos se verifique, demostraría la falta de similitud etiológica y clínica de dolientes autóctonos o inmigrados, lo cambiante de las formas clínicas y de los cursos evolutivos de los padecimientos a través de las décadas, la latencia o inoperancia de morbos anteriormente floridos en lo sintomatológico y la ondulación segura o factible de la terapéutica y de la profilaxis ordenadas.

El hábitat condiciona, si más no, el «decursus morbi» de infecciones, intoxicaciones exógenas y metabolo-

patías originarias. Los vaivenes en la eficacia de las medicaciones prescritas inmediata o a largo plazo con eventuales secuelas, es otro de los filones inéditos de la encuesta regional que seguimos apoyando.

También en el mismo hábitat, la contraposición de resultados en lo preventivo y en lo curativo de la vieja o arcaica clínica (domiciliaria) y de la obligada al presente (nosocomial), con medios de exploración y de tratamiento eficaces a la par que peligrosos.

El capítulo de la yatrogenia se enriquece innecesariamente y hay que delimitarlo a fondo, sobre todo en ambientes recoletos. No es menos dramático y práctico estabilizar el influjo ambiental, para unos y para otros, de un multitudinario turismo de razas, modos de vivir o calidad socio-económica, etc., de una masa que anualmente quintuplica o más el vecindario normal de un paradisíaco suelo feudal en tiempos y de abigarrada forma en los instantes que discurren.

No doy por terminadas con éstas las posibilidades de averiguación geográfico-médica o epidemiológica en la clínica neurológica Balear.

Extenderse en imaginar o señalar más líneas de pesquisa no nos conduciría a mejores logros y desvirtuaría lo fundamental y tangible de una oferta de operación en común.

* * *

Espero que mis raciocinios produzcan objeciones, matices en el «modus operandi» o asentimiento que justipreciase el haber alcanzado una buena vía de actuación estatutaria.

Para, en último término, conseguir vuestra aquiescencia y hermanadamente proyectar al detalle la marcha de esta obra soñada utilísima y distinguida.

PROLEGOMENOS A LA CLASIFICACION DE LOS TUMORES DEL OVARIO *

Prof. LUIGI PIANTONI
(de Milano. Italia)

La tríada de la taxonomía nosográfica, a través de la cual se manifiesta principalmente la patología neo-formativa de todos los aparatos y en particular del aparato genito-urinario, consta de tres procesos fundamentales: *displasias*, *disontogénias* y *neoplasias*, clásicamente hermanadas bajo la denominación común de *tumores*: benignos (*displasias* y *disontogénias*), y malignos (*neoplasias*).

Al lado de esta «tríada tumoral» se encuentra una «diada» de procesos neoformativos o progresivos o acrescitivos, que tienen en cambio, un significado ora fisiológico, ora patológico. Estos procesos son las *hiperplasias* y las *hipertrofias*, caracterizadas por un aumento numérico y respectivamente volumétrico de los elementos celulares y, por otra parte, por una reprogresividad limi-

tada en el espacio y en el tiempo, normotipia estructural y funcional, finalidad bien definida apreciable, con posibilidad de regresión al statu quo (ejemplo hiperplasia del miometrio durante el embarazo e hipertrofia renal tras extirpación del riñón contralateral).

Pero el interés fundamental de la clínica genito-urinaria se centra en los procesos «progresivos» de la tríada tumoral y, de reflejo, en los procesos «malformativos» que definen la base estructural histoanatómica de partida, en las cuales se injertan todas las disontogénias y las neoplasias de base disontogénica.

Las disontogénias representan por tanto, el punto de entronque, el «carrrefour» de los fenómenos acrescitivos de génesis peristática y de los fenómenos malformativos de noxa disembriogénica.

* Extracto de la Conferencia pronunciada en la Cátedra de Obstetricia y Ginecología del profesor Dr. Manuel Usandizaga, de la Universidad de Barcelona. Año 1975.

Para comprender exactamente el concepto de disontogenia y por consiguiente el concepto paralelo de displasia, es necesario previamente indagar el campo de las malformaciones y de las respectivas subclases.

MALFORMACIONES

Son aquellas anormalidades morfológico-estructurales que superan los límites de la normal variabilidad individual, provocadas por un error de prima formación o un defecto de desarrollo. Se dividen en:

I. *Malformaciones (macroscópicas) del organismo: olosomático*

Interesan al soma en su totalidad, originando monstruosidades pluriviscerales (frecuentemente letales) hasta la posible construcción de monstruosidades dobles generales (gemelos monocriales dicéfalos, coracópagos, cefalotoracópagos). A veces, uno de los gemelos, más pequeño, aparece como un apéndice parasitario del otro; otras veces el monstruo parasitario tiene la forma no de embrión, sino de una parte de embrión, o incluso se reduce simplemente a una masa uniforme, desordenada y monstruosa de tejidos y órganos, más o menos diferenciados

o indiferenciados *embriomas* o *teratomas* (gr. *teras* - monstruo).

Estas masas teratomatosas, frecuentes sobre todo en la región sacrocoxígea, representan en cierto sentido el escalón inferior, el caso límite de las malformaciones gemelares. Su génesis formal es atribuida genéricamente a las inclusiones de gérmenes embrionales pluripotentes o todopotentes (blastómeros), depositarios, por lo tanto, potencialmente, de la capacidad evolutiva de las tres láminas blastodérmicas: *teratomas congénitos* o *gemelares* (según la terminología de Peyron) de las regiones sacrocoxígea y cefálica; mientras para unos autores, se podrían originar por los gonocitos o células genitales, aún más todopotentes: *teratomas partenogénicos* (propios de las gónadas y de la cavidad peritoneal). Aunque puedan originarse en cualquier región (por ejemplo, cefálica, torácica, mediastínica y abdominal, con preferencia en la sede sacrocoxígea), *su sede de predilección son los testículos o los ovarios*.

II. *Malformaciones (macroscópicas) de los órganos: organoides*

Comprenden las anormalidades constructivas de un órgano singular

o de más órganos pertenecientes al mismo aparato (ejemplo, aparato genital), y se distinguen en:

Distopía, o anomalía de sede (gr. topos - lugar). — Ejemplo, ectopía testicular u ovárica.

Dismetria, o anomalía de volumen (gr. metron - medida). — Ejemplo hiperplasia testicular u ovárica.

Dismorfia, o anomalía de forma (gr. morfe - forma). — Ejemplo, riñón en herradura.

Disarritmia, o anomalía de número (gr. aritmos - número). — Ejemplo, anorquidismo o monovarismo.

III. Malformaciones

(microscópicas) de tejido
o histológicas. Constituyen las
verdaderas y propias
disontogenias (y disgenesias)

Según la fase más tardía o respectivamente muy precoz de la aberración ontogenética. En sentido estricto todas las malformaciones, en conformidad con la etimología (dus - disturbio, y ontogénesis - desarrollo) se podrían denominar disontogenias; pero haciendo esto se acabaría por inflacionar el concepto, comprendiendo bajo su égida cualquier proceso teratológico.

Las malformaciones son siempre «congénitas», en cuanto dependientes de errores embriomorfológicos, ora por causas hereditarias genicromosómicas ((*disgenia*), ora por noxa paratípica (tóxicas, infectivas, microbianas o virásicas, hormonales, vitamínicas, físicas, químicas, etc.) que dañan la primerísima fase del desarrollo del germen (blastoforia: gr. blasto - germen, foria - dañar), o, las fases sucesivas del embrión (embrioforia).

En definitiva, las *disontogenias* (y *disgenesias*), no representan otra cosa que casos particulares de malformaciones y precisamente las «malformaciones histológicas o microscópicas». Desde el punto de vista de su génesis formal se subdividen en:

1. *Amartias* (ejemplo, angioma). Combinaciones arquitectónicas de especies celularnormotopas, pero anormales por relaciones cuantitativas y espaciales (gr. amartenein - errar).

2. *Coristais* (ejemplo hipernefoma). — Dislocaciones heterotópicas de los blastómeros de tejidos o de órganos (gr. corizein - separar).

3. *Vestigios o residuos embrionarios* (ejemplo, blastemas arrenoides en el ovario, residuos quísticos paraováricos del conducto de Wolff

y de Müller). — Huellas y persistencias, a causa de una falta de regresión fisiológica, de estructuras embrionarias organoides o hícticas, normalmente destinadas a regresar cuando el desarrollo ha acabado.

4. *Teratomas o embriomas o tumores mixtos* (ejemplo, quistes dermoides del testículo y del ovario). — Inclusiones de blastómeros pluri o todopotentes inutilizados y segregados en un estado de latente «anacoresis», prontas a despertar a la proliferación, en un momento determinado, para originar malformaciones embrionarias complejas, que tienen posibilidad evolutiva mono-bi-tridérmicas, ora diferenciadas e incluso maduras, ora indiferenciadas o embrionarias o inmaduras (gr. terasmonstruo).

Los teratomas —en cuanto originados por el desarrollo polievolutivo secundario de los blastómeros que han quedado inutilizados, por segregación anacorética, durante la ontogénesis, partiendo del cigoto hacia los estadios sucesivos de mórula, blástula, gastrula, embrión, feto—, pueden no sólo ser constituidos por *filiaciones somáticas*, esto es por citotipos provenientes de una o más de las tres hojas blastodérmicas (endo, meso, ectodermo), sino tam-

bién, si la segregación es muy precoz, por *filiaciones trofoblásticas o coriales*, es decir, por blastómeros destacados del esbozo del corión o trofoblasto y, en fin, los teratomas pueden originar un desarrollo «partenogénético» de los elementos germinales o gonocitos (ovogonias y también espermatogonias), repletos, naturalmente, de todas las posibilidades evolutivas embrionarias, según *filiaciones germinales o gonocíticas*: ejemplo clásico de las tres posibilidades contempladas, se da, en clínica genital, por los tumores de las gónadas, femenina y masculina, de causa teratoide, con filiações somáticas (teratomas adultos, tipo quiste dermoide, teratomas indiferenciados o teratoblastoma); filiações trofoblásticas (ejemplo, corio-epitelioma); filiações gonocíticas (ejemplo, seminoma del testículo y del ovario disgerminoma).

En el curso anamnésico de las disontogonias (tanto amatoides como coristoides, tanto teratoides como vestigoales), deben distinguirse obviamente tres fases: una *fase ontogénica* o embriogénica de formación anómala, es decir, de desarrollo *heteroclitico*; una *fase de quiescencia* proliferativa, es decir, de reposo o de latencia más o menos duradera y, en fin, una *fase de despertar neo-*

formativo, caracterizada por vivaz multiplicación mitótica y por procesos, unas veces de «diferenciación» hasta el límite máximo de la «protoplasia», quizás (ejemplo, quiste ovárico endometrial, serosos y pseudomucinosos originados a blastómeros celomáticos); otras veces de «indiferenciación» hasta el límite máximo de la «anaplasia».

La *displasia* (ejemplo, adenoma de la próstata, mioma del ovario), son neoformaciones en parte homologables de las disontogenias (ejemplo, angioma), por cuanto concierne a los caracteres siguientes: crecimiento benigno, limitado en el espacio y en el tiempo —pudiendo ser continuo o discontinuo—, de células con morfología y función homotípica o sólo levemente entípica, con relaciones cuantitativas y espaciales alteradas entre los elementos arquitectónicos, tanto parenquimales como estromáticos. Estas células displásicas originanse de tejidos «euformados», maduros y «diferenciados» en sede normótopa, por la provocación de estimulaciones peristálticas varias (físicas, químicas, tóxicas, hormonales, etcétera).

Por lo tanto las disontogenias y las displasias resumen todos los procesos acrescitivos benignos no flogísticos, es decir, todas las neofor-

maciones que la taxonomía clásica antigua relegaba al campo monopolístico de los llamados «tumores benignos». Esta antigua denominación indicaba por eso, la mayor parte de las neoformaciones, que ahora nosotros subdividimos más lógicamente y distintamente, entre disontogenias y displasias.

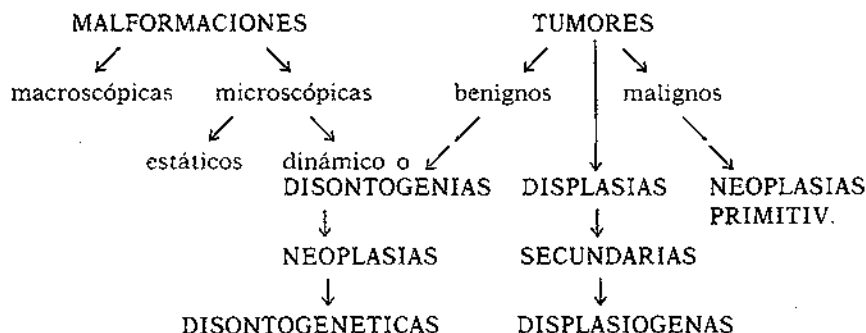
Entre los procesos acrescitivos displásicos y disontogénicos en conclusión, existen puntos de contacto y puntos de divergencia. Los puntos de contacto son: el carácter neofor-mativo, la benignidad del proceso acrescitivo, la circunscripción, la espacial y temporal, la homotopía (o normotipia o isotipia) o como máximo una actipia leve (paratipia o metatipia) morfológica y funcional.

Finalmente hay que definir muy brevemente, las *neoplasias* o *blastomas* que abarcan todos los tumores malignos, cuyos caracteres fundamentales son notoriamente el crecimiento progresivo sin límite de espacio ni de tiempo, por parte de elementos anaplásticos, adiferenciados, atípicos (más o menos monstruosos), afinalísticos, anárquicos (autónomos respecto a la economía restante del organismo), con función específica desviada o abolida. (Por lo tanto no pueden existir, por definición neoplasias benignas).

Las neoplasias pueden surgir «primitivamente» en los tejidos indemnes o por el contrario partir «secundariamente» de un terreno displásico o disontogenético, por aberración heteroplástica de la proliferación, que puede pasar más o menos gradualmente o repentinamente de una «biología benigna» a una «biología maligna», a causa de la conversión de la homotipia y de la ectipia morfológico-funcional, en atipia más o menos pronunciada, diferenciación de las estructuras diferenciadas (anaplasia), aumento y aberración de la actividad cariocinética, monstruosidad e hiperchromatis-

mo nucleares, superación de las barreras mesenquimales, infiltración consecutiva en los tejidos proximales y evasión de la corriente linfática o hemática, con posibles metástasis a distancia.

De todo lo argumentado se deduce que las disontogenias entendidas como «condiciones morfológicas estáticas» son típicas malformaciones; como procesos «morfológico-dinámico» devienen neoformaciones o tumores, es decir, expresiones del crecimiento patológico clasificables bajo la etiqueta de los tumores, según el esquema siguiente:



PERSPECTIVAS ACTUALES Y FUTURAS DE LA CIRUGIA PEDIATRICA ESPAÑOLA

Dr. VICENTE SANCHO CERQUELLA *

(Hospital Materno - Infantil «Virgen de Candelaria»
de la Seguridad Social. Servicio de Cirugía Pediátrica, Sta. Cruz de Tenerife)

Llegada a su mayoría de edad legal, la Especialidad de Cirugía Pediátrica puede ya mirar hacia atrás —en observación de lo conseguido— en su todavía joven existencia.

Una serie de hechos reafirman de facto el reconocimiento legal o de iure que se nos concedió en su día:

1. La existencia de más de un centenar de Especialistas por los distintos Centros Sanitarios Españoles y de Servicios y/o Departamentos especializados de Cirugía Pediátrica en gran parte de las provincias nacionales.
2. La existencia, dentro de la Cirugía Pediátrica, de super (o sub) especialistas, que, desarrollando su actividad exclusi-

va en la patología quirúrgica infantil, se dedican preferentemente a un aspecto determinado de ella, sin perder su práctica y condiciones generales.

3. La organización, en España, de Cursos Internacionales, que gozan de un reconocido prestigio, atraen una nutrida concurrencia, y en muchos aspectos, marcan la pauta en la especialidad.
4. Las ya habituales —por lo frecuentes— Reuniones Conjuntas Internacionales, que se realizan con las diversas sociedades extranjeras (portuguesas, francesas, italianas, escandinavas...) de la especialidad.

* Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica.

5. El espaldarazo oficial, que a nivel mundial, se ha dado a la especialidad española, al haberse celebrado en Barcelona (1977) el IV Symposium Mundial de Cirugía Pediátrica y el Meeting Anual de la Federación Internacional de Asociaciones de la Especialidad.
6. La confirmación —por si no fuera suficiente— de dicho espaldarazo oficial, mediante la concesión a España (Madrid - 1980) del próximo Congreso de la BAPS - Internacional.
7. La inclusión de la Cirugía Pediátrica en los planes universitarios de formación docente del pre y post-graduado. Mucho es, evidentemente, lo conseguido, pero no justifica el recrearnos en la labor cumplida.

Por el contrario y más que nunca, nos impone nuevos deberes. Y nos invoca las necesidades y exigencias, que desde ahora, deben ya enfocarse y dirigirse para su mejor prevención y/o solución futura.

Exponemos seguidamente las a nuestro juicio, más notables de entre ellas.

NECESIDADES Y OBJETIVOS

Tres hitos señalan la segunda mitad del decenio 70-80 para efectuar esta programación:

1. El reconocimiento oficial de la especialidad.
2. El principio de la era pre-democrática española.
3. La creación del Ministerio de Sanidad.

A partir de ellos el replanteamiento de la Sanidad Nacional (y en ella, de la Cirugía Pediátrica), es ya un hecho irreversible y actual.

La forma en que se haga la opción organizativo-sanitaria, el carácter definitivo... están por decidir o decidiéndose aún.

Pero la Cirugía Pediátrica, no puede, no debe, esperar a ese momento más que para adaptarse (o incluirse) dentro de sus grandes líneas maestras. Sin tardanza, una serie de objetivos deben ya plantearse y ser su meta:

A) *En el aspecto extrínseco*

La reafirmación de su personalidad como especialidad plantea algunos problemas:

- Esclarecimiento y concreción definitiva de los aspectos legales de la Especialidad, por la Comisión Nacional de Especialidades.
- ¿Para cuándo el fijar los requisitos necesarios para alcanzar el Título de la Especialidad?

Ya es sabido el deseo generalizado de gran parte de la clase médica en derogar la normativa (Ley de Especialidades) que se opone a dicho objetivo. Hoy por hoy, aún no es viable (oficialmente) la concesión del Título únicamente por la Sociedad, o las Escuelas Departamentales de la Especialidad.

Sin embargo, sí es factible la fijación de estos requisitos (a nivel sanitario) como paso simultáneo a realizar ante nuestra Sociedad. Ello podría hacerse a la manera del Board Americano (exigiendo el examen ante nuestra Sociedad para la concesión del título de Especialista), o bien, haciendo tales requisitos obligatorios para la concesión del Título, en las futuras Escuelas Departamentales.

Entretanto se consigue que el Ministerio acepte dichos principios y decline en nuestra Sociedad y Escuelas la ratificación de especialistas (o legalmente secunde nuestras di-

rectrices y exija nuestros requisitos) el objetivo no se habrá conseguido plenamente.

Un paso previo puede ser el conseguir que se acepte —por el momento— la exigencia de un marchamo de calidad, de un reconocimiento (dado por nuestra Sociedad) previo del aspirante antes de la concesión del Título de especialistas.

- ¿Para cuándo fijar los requisitos a exigir, el baremo a seguir por los miembros de nuestra Sociedad en sus actuaciones como integrantes de los Tribunales de Plazas de Facultativos en la Seguridad Social?

Independientemente, y sin perjuicio de la normativa legal de I.N.P. sobre dicho aspecto, la fijación de un «modus operandi» es necesaria en nuestro propio beneficio. La elaboración de unas normas de valoración de los historiales profesionales, el criterio de examen, el análisis de las actividades y méritos a destacar entre la labor del aspirante... deben ser unánimes, fijados por nuestra Sociedad y de obligatorio cumplimiento para todos sus miembros cuando actúen en los Tribunales.

Sólo así se podrá llegar a unos juicios y a unas normas de actuación únicas, iguales para todos y

con las más justas posibilidades, acabando con fallos dispares, valoraciones diferentes y situaciones anómalas.

- Por supuesto, la promoción de la Especialidad debe ser una meta constante: impulsar la creación de Escuelas Departamentales y Cátedras o Agregaduras Universitarias; la inclusión sistemática —como asignatura— en los planes docentes pre o post-graduados; la dotación de una autonomía y de una categoría de Departamento (o Servicio, en su defecto) Hospitalario a todos los centros de la especialidad que se ubiquen en Hospitales Infantiles y que actúen reconocida y asistencialmente (además de cumplir sus restantes funciones de servicio) como tales.

B) *En el Aspecto Intrínseco*

Una serie de problemas y aspectos concretos de la patología quirúrgica infantil exigen una toma de postura conjunta y la definición pública de nuestra actitud:

- Las relaciones con la Pediatría y Especialidades, Obstetricia -

Ginecología y Cirugía General, deben ser clarificadas e impulsadas al máximo.

- Obra nuestra deben ser las Campañas de Previsión Sanitaria (a nivel de la Especialidad) que atiendan a divulgar el conocimiento, diagnóstico- precoz y terapéutica de los procesos quirúrgico- pediátricos.
- La promoción, programada y conjunta, del Diagnóstico Prenatal de Malformaciones y de la Cirugía Intrauterina.
- La labor conjunta (a escala nacional y canalizada por nuestra Sociedad) de control Estadístico de Malformaciones Neonatales a fin de —conociendo su real incidencia en el país— atender su detección prenatal, mejorar su conocimiento y definir sus posibilidades terapéuticas y las susceptibles de corrección quirúrgica.
- La toma de postura conjunta ante una malformación tan frecuente como las Espinas Bífidas Quísticas y el criterio internacional (cada vez más extendido) de un control de selección posnatal.
- Acentuar el papel de la Cirugía

Endocrinológica en el niño, y conjuntamente, sentar las bases terapéuticas (tácticas y técnicas) y las indicaciones quirúrgicas ante la problemática de los hermafroditismos, intersexos y/o ambigüedades sexuales... etc.

- El desarrollo de la Cirugía Experimental, como medio deontológico de probar nuevas técnicas o promover tácticas terapéuticas distintas.
- Acentuar la coordinación y buena relación de vecindad con las diversas Especialidades Quirúrgicas de Adultos a fin de adoptar una postura de información y colaboración mutuas: definiendo las características distintivas del niño y el adulto; intercambiando conocimientos y aprovechando los avances en ambos campos; en suma, evitando que el límite de edad o la pubertad se transforme en una barrera infranqueable.
- La investigación y perfeccionamiento en materias quirúrgico-pediátricas, que, como la Oncología y la Cirugía Cráneo-Orbita-Facial, exigen una programación y una labor diagnóstico-terapéutica conjuntas, de

modo a mejorar el conocimiento, atender a la divulgación y aprovechar la experiencia colectiva en unos capítulos tan importantes como son el cáncer en el niño y la prevención/corrección de sus displasias craneofaciales.

CONCLUSION

Creemos que con este criterio y afrontando estos problemas, es como debe enfocarse la Especialidad para el futuro. Sólo así podremos responder honorablemente a la personalidad legal, que oficialmente se nos reconoció. Sólo así podremos cumplir con la frase de Sir Dannis Brownne referente a la calidad de nuestra atención y asistencia a las necesidades de la Sociedad.

Ello nos obliga y nos compromete a velar desde nuestro campo, por la salud del niño. El cual, no lo olvidemos, tiene la expectativa de toda una vida por delante, y, el día de mañana, será adulto e integrante en la sociedad.

De esta sociedad que nos reconoce, nos reclama y apoya, y también nos pedirá cuentas de nuestra actuación.

Debemos, pues, responsabilizarnos de esta actuación y programar sus objetivos. Y ello, tanto atendiendo a garantizar al niño —según los casos— una mejor expectativa y/o calidad de vida futura, como evitando comprometerla con una actuación terapéutica demasiado precoz o sin tener en cuenta sus consecuencias en el tiempo.

Podemos decir que la Cirugía Pediátrica está preparada para afrontar sus problemas y deberes futuros. Los Cirujanos Pediatras creemos que los antedichos objetivos —y otros muchos— son ineludibles.

Un verdadero período constituyente sigue abierto para nosotros, fijando y elaborando nuestras necesidades, nuestra organización y nuestros derechos y deberes así como las metas que queremos conseguir.

Cuando la preocupación por la infancia es cada vez mayor en todo el mundo y cuando la OMS ha fijado 1979 como Año Internacional del Niño (y nuestro país se preocupa e interesa por éste), nuestra Especialidad debe responder con todos sus medios y posibilidades. La Sociedad Española, el Niño 1979, así nos lo exigen.



nixyn

hermes®



nixyn ANALGESIA EFECTIVA hermes® FRENTE A LOS PROCESOS DOLOROSOS

INDICACIONES:

Traumatología y Medicina Deportiva: Mialgias, Lumbalgias, Neuralgias, Traumatismos, Epicondilitis, Bursitis, Tendinitis.
Reumatología: Artritis reumatoidea, Artrosis, Espondiloartrosis, Gota.
Otorrinolaringología: Otitis media aguda, Otitis serosa, Amigdalitis hemorrágica, Amigdalitis aguda, Timpanoplastias, Amigdalectomías, Parotiditis, Adenitis submaxilar.
Odontología: Abscesos y Remones dentarios, Extracciones.
Angiología y Cirugía vascular: Tromboflebitis, Trombosis venosa, Post-operatorio de cirugía venosa.
Urología: Expulsión cálculos renales, Procesos inflamatorios testiculares (Orquitis, Epididimitis, Testículos testiculares), Post-operatorio cálculos uretrales, Cólicos renales.

Infecciones diversas: Como coadyuvante del antibiótico. Nixyn hermes crema fluida puede ser utilizada por sí sola o como coadyuvante del tratamiento oral y rectal, siempre que sea necesaria una acción local.
Contraindicaciones: Aunque los estudios realizados no demuestran ninguna anomalía sobre el desarrollo fetal, se recomienda no utilizarlo durante el embarazo.
Incompatibilidades: No presenta.
Efectos secundarios: No se han evidenciado efectos indeseables ni hasta el momento fenómenos alérgicos.
Toxicidad: No presenta fenómeno tóxico y su tolerancia es buena.
Conservación: Conviene mantener el producto en un lugar fresco y seco.
Presentación y Composición: Cápsulas de 400 mg. de Isonixina. Frascos de 30 cáps. P.V.P. 777.- ptas.

Cápsulas de 200 mg. de Isonixina. Frascos de 20 y 40 cáps. P.V.P. 289.- y 528.- ptas. Supositorios 40.- mg. Isonixina excp. c.a.p. 1 sup. caja 12 sup. P.V.P. 334.- ptas. Crema fluida: Frasco 60 ml. Isonixina al 2,5%. Sali-cilato de metilo al 5% P.V.P. 142.- ptas.



LABORATORIOS
HERMES
Barcelona / España