

Actividades Científicas de la Real Academia de Medicina de Barcelona

(Mes de Octubre de 1953)

Día 13. — El académico corresponsal doctor Antonio GALLART ESQUERDO expone una conferencia con el título de *Hernia del hiato esofágico*. Empieza diciendo que esta clase de hernias se ven con mucha mayor frecuencia de lo que se había supuesto hasta el presente. La mayor parte de ellas se producen a través del hiato esofágico. La pretendida clasificación de las mismas tiene el inconveniente de que incluye la mal llamada hernia de esófago corto, que no es una verdadera hernia. Se clasifican en tipo 1, 2 y 3.

El tipo 1 corresponde al esófago corto congénito, que hace que el estómago o parte del mismo ocupen la región intratorácica; las de tipo 2 y 3 tienen el esófago normal. El tipo 1 no es aceptado por todos los autores y, en opinión del doctor GALLART ESQUERDO, el esófago no es congénitamente corto en ninguna hernia, aunque las imágenes radiográficas parece que demuestren lo contrario. No quiere decir con ello que niegue la posible existencia de esófagos cortos congénitos, sino que esta clase de hernia no la ha encontrado nunca, aunque haya autores que así la califican. Tampoco quiere decir que sea imposible que el esófago se pueda retraer, dando lugar a un ascenso del estómago.

Estas hernias pueden ser deslizables o fijas. Las hernias irreductibles son consideradas generalmente como hernias de esófago corto; pero lo que ocurre es que están fijadas, y cuando se abre el abdomen se las ve deslizar.

A continuación presenta el disertante una serie de radiografías entre las cuales se ven tipos de esófago aparentemente corto, con una ulceración en una de las paredes y el estómago herniado a través del diafragma. Lo importante en esas imágenes es poder observar bien los pliegues de la porción herniada y otras se les ve por encima y por debajo del hiato.

Los síntomas de estas anomalías tienen unas veces carácter fijo y otras son intermitentes; pero, empleando una técnica adecuada, casi siempre pueden ponerse de manifiesto radiológicamente. En las hernias de tipo irreductible, los síntomas más frecuentes consisten en dolores casi siempre

borrachera de vino tinto, pero a pesar de ello, esta vez se decidió a ser operado y, después de la intervención tuvo una hematemesis de verdad, porque se le había reproducido la hernia; entonces aceptó una nueva operación por vía transtorácica, y esta vez quedó definitivamente curado.

La exploración radiológica es esencial: 1.º Para acertar el diagnóstico. 2.º Para distinguir entre los tipos 1, 2 y 3. 3.º Para determinar el volumen de la hernia. 4.º Para saber si es fija o no. 5.º Para diagnosticar las eventuales lesiones que puedan coexistir. Es de suma importancia examinar al paciente en distintas posiciones, porque puede tratarse de hernias deslizables, que sólo aparecen en determinado decúbito. También es muy importante, aunque a veces difícil, determinar la posición del extremo inferior del esófago, para averiguar si está desplazado, si se trata de un esófago corto, etc. Sin embargo, en todos los casos en los cuales el disertante ha aconsejado la intervención, y que son más de veinticinco, el esófago ha sido siempre lo suficientemente largo para que el cardias pudiera llevarse a su posición normal subdiafragmática.

No es aconsejable recurrir a determinadas maniobras para descubrir la hernia, como, por ejemplo, poner sacos de arena o bien distender el colon con gas; con estos procedimientos parece que pueden provocarse hernias que de otra manera quizá no hubieran existido. Con un buen interrogatorio, el médico puede fácilmente sospechar o diagnosticar la hernia. Por otra parte, al radiólogo no le puede pasar inadvertida si examina al enfermo en diversas posiciones.

El doctor GALLART MONÉS interviene para decir que puede casi asegurarse que el llamado esófago corto no existe. Puede parecer que, en efecto, lo sea, pero ocurre algunas veces que al disponerse a intervenir al enfermo, por la sola influencia de la anestesia se encuentra el cirujano con que el estómago ha vuelto a su sitio a través del hiato, porque lo que ocurría era que el esófago estaba encogido por la acción del neumogástrico, cuya influencia desaparece por efecto de la anestesia. Es preciso pensar en estos casos y no diagnosticar a la ligera la existencia de una úlcera gastroduodenal, pues algunos enfermos que se diagnostican como tales pueden tener, en realidad, una hernia de hiato esofágico.

Día 27. — El académico corresponsal doctor don Juan VANDRELL CRUELLS profesa una conferencia que lleva por título *El factor vascular en la génesis de la amenorrea*.

Esta conferencia ha sido publicada en los "Anales de Medicina y Cirugía", por lo cual bastará decir que el conferenciante justificó su tema por la importancia mayor que cada día va adquiriendo el factor vascular en el

determinismo de la menstruación, lo cual justifica que se revise todo lo que hace referencia a la fisiología de los trastornos menstruales.

Explica detalladamente la anatomía vascular de toda la baja pelvis y órganos contenidos en la misma y las influencias que intervienen en su fisiologismo, haciendo un estudio muy detallado de los factores enzimáticos, los estrógenos y las sustancias que pueden provocar espasmos vasculares, lo cual hace que las dificultades circulatorias de los genitales puedan ser de tipo funcional o de tipo orgánico. Entre las enfermedades corrientes de tipo funcional pueden incluirse los estados patológicos de la pelvis; procesos focales; cardiopatías hipertensivas, flebitis, etc. Y entre las orgánicas, la insuficiente irrigación del ovario, las lesiones del ovario quístico, las afecciones inflamatorias del endometrio, etc. Deben tenerse en cuenta las amenorreas de origen neurovascular, como, por ejemplo, las provocadas por el frío y las emotivas. Su mecanismo de producción es complejo. Pero pueden atribuirse a un efecto indirecto de origen hipofisario o de otros centros encefálicos.

Si se tienen en cuenta todos estos antecedentes, se puede orientar mejor el tratamiento de ciertas amenorreas que no responden a la terapéutica corriente por los estrógenos.

Todo ello explicaría los buenos resultados que se obtienen a veces con el empleo de sustancias tales como el arsénico, que facilita la permeabilidad capilar, la acetilcolina, sola o asociada a la papaverina, la prostigmina, estriknina, etc.

El académico numerario doctor NUBIOLA hace resaltar el interés de la conferencia del doctor VANDRELL, que demuestra una inquietud para investigar en un tema tan oscuro como el de la fisiología genital; y es admirable el trabajo realizado para demostrar la influencia vascular en el desarrollo del menstuo.

Evidentemente, la menstruación responde a un hecho que se verifica en el ovario; si éste está incapacitado para ello, es evidente que no puede existir verdadera menstruación. Esto apasiona porque es tangible, pero, sin embargo, lo importante es averiguar lo que ocurre en la cortical del ovario, ya que, hoy por hoy, es preciso confesar que estamos incapacitados para aclararlo. El problema es complejo. La relación de efecto de endometrio sobre ovario o de ovario sobre endometrio no está, a su juicio, bastante aclarada; y así como el ovario necesita ovulación, también el útero necesita endometrio y éste ha de estar vinculado a dificultades de circulación y a sustancias, de la naturaleza que sean, circulantes en la sangre.

El Presidente, doctor COROMINAS, después de agradecer al disertante su magnífica aportación que, como todas las suyas, revela un espíritu ob-

servador e inquieto para buscar la solución de los problemas oscuros, dice que no parece estar absolutamente demostrada esta acción hormonal para restituir siempre una menstruación perdida; debe tenerse en cuenta no caer en el error de confundir la normalización de las funciones ováricas con la aparición de flujo sanguíneo, pues parece ser que el abuso de los estrógenos puede provocar, quizá influyendo sobre esta acción vascular a que se ha referido el doctor VANDRELL, un flujo sanguíneo que no tiene relación alguna con el menstuo, sino que es debido únicamente a la provocación de hemorragias uterinas.

Estos problemas son muy difíciles de resolver por la dificultad de estudiarlos experimentalmente, toda vez que el flujo menstrual sólo es patrimonio de la raza humana, lo cual hace que sea muy de agradecer todo lo que se haga investigando y aportando las propias experiencias a estas conferencias académicas como ha hecho el doctor VANDRELL.

(Mes de Noviembre de 1953)

Día 10. — Complicaciones de las hernias del hiato esofágico, fué el título de la conferencia que dió en este día el académico numerario muy ilustre señor doctor don Joaquín TRÍAS PUJOL.

Dice que su aportación se limitará a la exposición de algunos casos que fueron motivo de preocupación de orden diagnóstico en años anteriores, todo ello como complemento a la magnífica conferencia que anteriormente había expuesto el doctor GALLART ESQUERDO.

Proyecta algunas radiografías de los casos a que ha aludido, que pasa a explicar. Dice que uno de los síndromes que más se prestaban a confusión era el hemorrágico, que se prestaba a interpretaciones equivocadas, pero que ahora, por haberse apreciado lesiones leves, aparentemente insignificantes del esófago, se ha podido comprobar que la anemia que acompaña a estos enfermos de hernia del hiato esofágico es debida a pérdidas de sangre que pasan inadvertidas al que las sufre.

Hay dos tipos de hernia del hiato; en uno de ellos vemos en la pantalla la forma característica de cúpula, que se continúa hacia abajo con el resto del estómago, y alrededor de ella se ve el diafragma. El peritoneo reviste a la viscera, y cuando al operar se busca una úlcera no se encuentra; como tampoco se encuentra una verdadera estenosis, ya que al tener la forma de

cúpula el orificio del diafragma se halla ensanchado. Estos enfermos son los que, por la radiografía, dan la impresión de que puedan tener el esófago corto, pero no es así, ya que tirando del estómago hacia abajo, desaparece la cúpula; de manera que no hay esófago corto, sino fruncido, siendo el estómago atraído por una fuerza negativa, y es curioso ver como al tirar del estómago hacia abajo, si se suelta es atraído nuevamente hacia arriba por la aspiración torácica.

Por lo general no hay úlcera en esta parte, pero puede haberla en otras porciones del estómago. El enfermo experimenta un dolor de quemadura gastroesternal. Puede también notar molestias al paso del bolo alimenticio. En otros casos el enfermo no nota nada, pero se producen engrosamientos de la mucosa y formas congestivas, que ocasionan hemorragias, dando lugar a las anemias persistentes de estos enfermos. Gracias al ángulo formado por el esófago y el estómago, o sea el llamado "esófago fúndico", y alrededor del diafragma existen siempre unos vínculos, lo que se ha llamado por algunos "diafragma frenoesofágico". En los niños, esta alteración morfológica suele ir acompañado de otras, como imperforaciones anales o alteraciones de topografía intestinal, sobre todo por falta de mesenterio, lo cual hace que muchos de estos niños no puedan sobrevivir.

No sólo hay formas congestivas, ya que si el reflujo es intenso pueden aparecer úlceras pépticas que dan lugar a perforaciones en la pleura. Otras veces, la úlcera es extensa y da lugar a estenosis, que son gravísimas, ya que sólo queda el recurso de extirpar toda la región. Todas estas formas de hernias por deslizamiento o ectopias del estómago, no provocan compresión alguna, pero sí reflujo, que es el que provoca la esofagitis y, consecutivamente, la hemorragia.

Describe luego el conferenciante diversas formas de hernia diafragmática, una de las cuales es la que arrastra mesocolon y colon que pueden llegar a regiones altas formando la llamada hernia paraesofágica. En otras se arrastran conjuntamente estómago y colon a través de un orificio estrecho, dando lugar a las formas oclusivas.

Las otras anomalías que acompañan a esta clase de hernia demuestran que su origen es congénito, y aunque no aparezcan en los primeros años de la vida, no por eso su punto de partida deja de ser embrionario.

La hernia del hiato no tiene más síntomas que el que le dan sus complicaciones, pudiendo clasificarse en dos grupos: uno, hernias por deslizamiento, cuyos síntomas son reflujo, regurgitaciones o no, esofagitis, etc.; otro, hernias paraesofágicas o de compresión, intrínseca por el contenido de la hernia, o bien compresión periherniaria por los órganos vecinos.

Día 17. — El académico corresponsal doctor don Martín GARRIGA ROCA expone una conferencia titulada *El mito de la desproporción fetopelviana*.

Después de un largo exordio de carácter filosófico, en el que habla de los diferentes períodos evolutivos de la medicina, dice que, si es verdad que muy a menudo la fisiología ha sido la que ha dado origen a descubrimientos anatómicos y que si no hubiesen existido enfermedades quizá no se conocería la anatomía del cuerpo humano, así también puede decirse que la obstetricia se conoció a través de las distocias. Se tardó en saber de obstetricia porque al hombre le estaba vedado asistir a los partos y no fué hasta el siglo XVII que se empezó en el Hotel Dieu de París a dar lecciones de obstetricia y asistir a partos. Pero así y todo el médico no era llamado más que en los casos de urgencia, y no podía, por lo tanto, saber cuáles eran las causas que habían determinado la anormalidad del parto. El médico se veía reducido a resolver un problema de mecánica y por eso era mecanicista la explicación del parto difícil. Pero así y todo, limitándose la intervención a la extracción mecánica del feto, la operación no es tan sencilla ni inocua, porque no se trata de un hecho mecánico, sino biológico.

El doctor GARRIGA expone el concepto que le merece el parto intervenido y dice que cuando se interviene a una parturienta no puede decirse que la mujer quede igual que antes de ser intervenida, pues se va contra la naturaleza, ya que entonces la matriz, en lugar de expulsar el feto lo retiene. Es indudable que una mujer puede tener doce partos normales sin ninguna dificultad; pero, en cambio, después del primer parto en que se haya tenido que extraer el feto mediante una aplicación de fórceps, el organismo de aquella mujer sufre un descenso funcional.

Los primeros casos que se presentaron al estudio de los tocólogos fueron los de que el hijo no podía nacer por sí solo, e imbuídos por la escuela francesa del mecanismo y el estudio de la anatomía, que describe perfectamente la pelvis y la cabeza fetal, con todos los planos y actitudes de la misma, se dijo que siempre que un parto no podía terminar normalmente era porque había dificultad en el paso de la cabeza. Y este fué el primer concepto de la llamada desproporción fetopelviana. Tanto fué así que un autor de mucho renombre, J. W. Estanley, decía que el fórceps sirve para extraer el feto reduciendo el diámetro de la cabeza y le añadió un aparato por el cual sabía cuánto tenía que apretar los tornillos para reducir el diámetro y extraer el feto. Es innegable que hay casos en que la cabeza del feto tiene un tamaño excesivo con relación a la pelvis de la mujer, pero éstos son muy raros no pasando de 1 por 100.000. Estos casos sólo pueden resolverse por operación cesárea, y todos los hijos que tenga aquella mujer deberán ser extraídos de la misma forma, ya que nunca podrá

expulsarlos por las vías naturales. En este caso sí que podemos decir que existe desproporción fetopelviana.

Pero los hay en que la tal desproporción no es absoluta, sino relativa, y consisten en que, si el feto no puede pasar y hay que operar en todos los partos porque la desproporción sea absoluta, puede ocurrir que no pase en el primero por no encajar bien, pero en los siguientes se puede extraer mediante fórceps; entonces decimos que es que no hay tal desproporción, pues de lo contrario tampoco los siguientes partos podrían haber sido normales.

Revisando las estadísticas de la clínica de maternología referidas a primíparas se observa que muchas mujeres que hubieron de ser intervenidas en el primer parto, tienen un segundo normal con fetos de 3.500 a 3.600 gramos. Pues bien, esto permite afirmar que estos casos no pueden ser de desproporción, además de que el fórceps practica una operación de extracción, pero no de reducción. De manera que si el primer parto ha sido con cesárea y los demás fueron normales, debe desecharse la desproporción como causa de distocia.

Hoy es frecuente oír hablar de un concepto, que debería suprimirse: el de dilatación suficiente. Con ello se quiere decir que el operador cree que el feto podrá pasar porque se podrá completar una dilatación insuficiente, y en esto estriba el error, que ya reconocieron los tocólogos del siglo pasado cuando decían que era difícil hacer la extracción bajando un pie y dejando que se hiciera el parto espontáneo. Esta manera de obrar tenía su razón de ser, pues con la intervención podía provocarse una rotura uterina, por cuya razón aquellos tocólogos esperaban que la resolución fuese espontánea.

Si no hay desproporción, ¿a qué es debida la distocia? Si es verdad que sólo hay desproporción cuando todos los partos obligan a practicar la cesárea y que los que se han resuelto con una aplicación de fórceps o por maniobras adecuadas es porque no existía desproporción, lo que ocurre es que fallan las fuerzas de expulsión.

Hay otras razones que así lo demuestran; tales el llamado parto médicamente dirigido de la escuela de Estrasburgo o parto de Kreis, que en vez de dar ocitósicos, administra espasmolíticos para aumentar la fuerza expulsiva del útero, con lo cual se obtienen mejores resultados que con la administración de los primeros. De ello se deduce que la causa de la distocia estriba en la resistencia pasiva o activa de las partes blandas y, por asociación de ideas, se pregunta el conferenciante, ¿por qué una mujer de 20 años, primípara, tiene un parto prolongado, de 12 a 18 horas, y en cambio una mujer múltipara puede tener un parto rápido? Examinando todos los

elementos que tiene a su favor la mujer de 20 años se ve que tiene: juventud, perfecta hígidez, una matriz que se contrae, etc.: y, en cambio, su parto es largo. La múltipara tiene la pelvis igual que a los 20 años, quizá con un poco de cambios.

Supongamos ahora que se trata de una mujer de 20 años que no ha completado su desarrollo, pero, por el hecho del embarazo, al tener gran cantidad de hormonas, este primer parto ya le procura un desarrollo igual al de una mujer madura. Toda mujer asténica, en el primer parto completa perfectamente su desarrollo, de manera que al practicar las pelvimetrías de las gestantes vemos que son perfectamente normales, y si hay algún pequeño error es explicable porque no se puede hacer la medición directamente, sino a través de una capa de grasa. Pero este hecho sólo puede dar una diferencia de un centímetro, que no es suficiente para explicar la diferencia de comportamiento entre los dos tipos.

El parto de Kreis ha demostrado que el uso de los antiespasmódicos facilita el parto, lo cual es un dato a favor de que no son las dificultades óseas las que lo impiden.

La diferencia entre una primípara y una múltipara está precisamente en aquello que ofrece resistencia, o sea en las partes blandas, habiendo habido una relajación, incluso una rotura, y un fenómeno al cual hasta ahora no se le había dado importancia, que es la confianza en la persona que la asista. Toda mujer primípara llega al parto con un terror enorme, instintivo, imbuído quizás por los dolores que ya siente, y todo ello la predispone a las contracturas y a los espasmos. En cambio, la múltipara, como ya lo ha pasado otras veces soporta los dolores con mayor facilidad. Esto es lo que explica el parto sin dolor por medios psicológicos, reeducando a las pacientes.

Hoy día se ha puesto en boga reeducar a toda mujer primípara, para suprimirle el miedo a los dolores y el temor a las consecuencias. En el Hotel Dieu de París se hace de una manera práctica esta asistencia a los partos. Se le explica a la mujer lo que es el parto y se le sugiere la confianza de que todo ha de resultar bien. En el momento del parto se les aconseja una relajación completa y se les invita a practicar inspiraciones intensas, y así, abandonando enteramente el cuerpo y con conciencia de que lo que va a ocurrir es una función fisiológica, se puede llegar a menospreciar los dolores y, por convicción, puede tenerse el parto sin espasmos ni dolores.

El hecho de admitir que pueda existir normalmente la aludida desproporción fetopelviana que obliga a practicar una serie de manipulaciones para terminar el parto, nos obliga a decir que no hay derecho a sustentar

esta teoría. Así, por ejemplo, cree el doctor GARRIGA ROCA que es una herejía la afirmación de cierto profesor de Goetingen, que decía que sólo el 55 % de los partos podían llevarse a término de una manera espontánea y que el 45% restante debía ser intervenido; decir esto es establecer públicamente el criterio de que una mujer no está bien constituida para tener hijos de una manera normal. Ello es antilógico y anticristiano, porque suponer que el Sumo Hacedor ha hecho que la mitad de las mujeres no puedan tener normalmente un hijo, es una herejía. No puede admitirse este concepto, que el disertante considera absurdo. En cambio, considera el conferenciante que es lógico y normal negar la existencia de esta desproporción fetopelviana, que lleva involucrado el concepto de constitución deficiente de la mujer, ya que la distocia no es anatómica en su origen, sino funcional y ello explica que la persuasión dé tan buenos resultados por provocar la relajación del cuerpo y la supresión de los espasmos.

Relata luego el conferenciante lo que ocurre en los países de Oriente, China y Japón, en los que desde pequeños se acostumbra a los niños a despreciar el dolor. Asombra leer en la historia obstétrica china de todos los tiempos, que allí se emplean los mismos métodos que hoy se ponen en práctica en el Hotel Dieu de París. A toda mujer en acto de parto se le aconseja que duerma. Aquí se reirían si les dijésemos esto. Allí, el ambiente de la sala de partos es obscuro, dulce, cálido, sin ruidos, y el médico va diciendo: no hay dolores, sólo son contracciones fisiológicas, no le puede ocurrir nada, etc. De esta manera, en completa tranquilidad y en relajación absoluta, la parturienta tiene los hijos sin dificultad. En cambio, la mayor parte de distocias vienen provocadas por mentes desviadas, influidas por una serie de factores ambientales.

Afirma el conferenciante que se cree con derecho a hacer la afirmación de que es un mito la llamada desproporción fetopelviana desde el momento que, según las estadísticas, ésta no existe más que en un 1 por 100.000 de los casos, lo cual no es suficiente para elaborar una teoría.

El académico numerario P. PUJULA agradece al doctor GARRIGA ROCA su aportación, con la cual está del todo conforme desde el punto de vista de la biología. Dice que si hay alguna cosa extraña en una función biológica no es normal, y por tanto hay que dar a todas las cosas el valor que tienen. La naturaleza no puede preparar las cosas mal. Si alguna vez ocurre así, será por una causa exógena o patológica; por lo tanto, normalmente la proporción pelvifetal ha de ser siempre correcta. Es indudable que el estado psíquico de la parturienta puede influir en la marcha del parto.

Día 24. — El académico corresponsal doctor José María PIGEM SERRA expone una conferencia que trata de *La psicoterapia en la práctica médica diaria*. Dice que es necesario siempre que se establezca un contacto de confianza entre médico y enfermo para que éste recobre más fácilmente su normalidad. Y así cree que debe considerarse mejor médico aquel que en su consultorio recibe más de una vez la visita del mismo enfermo, lo cual quiere decir que éste ya ha depositado su confianza en el médico, y es más fácil, por lo tanto, que obtenga la curación de su estado. Esto ya supone que una gran parte de la curación de muchos enfermos, reales o imaginarios, depende de la psiquis.

La psicoterapia puede dividirse en: espontánea, que se hace sin pensar, y sistemática, que se apoya en principios teóricos.

La psicoterapia tiene la ventaja de que no hace correr ningún riesgo al enfermo, o sea que puede plantearse una duda diagnóstica y se puede llegar a una actuación terapéutica que, a pesar de ello, dé soluciones definitivas. Ahora bien, el médico que quiera hacer psicoterapia debe tener una buena preparación somática, ya que puede practicar la psicoterapia, aun cuando exista una lesión orgánica que debería ser tributaria de un tratamiento más enérgico. Así, por ejemplo, se da el caso de que puede mejorarse una afonía de tipo psíquico, cuya causa sea la existencia de una lesión laríngea grave. En este caso, la psicoterapia puede mejorar temporalmente la afonía, pero ésta no curará de una manera definitiva sin que se trate la causa orgánica debidamente. O sea, que el psicoterapeuta ha de pensar siempre en la posible existencia de una lesión orgánica. Por esto se puede afirmar que la psicoterapia no es peligrosa, siempre que se haya hecho un buen diagnóstico clínico.

La psicoterapia, tanto en enfermos con manifestaciones psíquicas, como cuando existen lesiones orgánicas, modifica siempre la actitud del paciente con relación a su enfermedad. ¿Cómo se consigue esto? Primero, por el consuelo, o sea procurando quitarle importancia a su afección. Esto tiene valor, no por las palabras que se digan, sino por el médico que las dice. Es decir, que en psicoterapia el médico ha de quedar incorporado como agente terapéutico en primer plano. En la forma como se digan estas primeras palabras, el paciente pierde muchas veces el miedo al carácter amenazador que tenía su dolencia, y así la lleva mejor. En otras ocasiones, es bueno dar al enfermo toda clase de explicaciones sobre su posible enfermedad, procurando darle a entender que tiene menos importancia de la que él se figura, sin, no obstante, decirle que no tiene en absoluto nada, cosa que difícilmente creería. Dice el conferenciante que, jugando la conocida frase de "mientras hay vida hay esperanza", cabe decir, como afirma

el sociólogo doctor CARRERAS ARTAU, "mientras hay esperanza hay vida".

El médico puede hacer mucho bien y mucho mal, ya que, a veces, el comentario del médico ha dejado en el ánimo del enfermo la idea de que está peor de lo que realmente está o de que su enfermedad no tiene solución. Debe tenerse mucho cuidado en no hablar de herencia, constitución, predisposición, etc., pues con ello el enfermo puede creer que su enfermedad no tiene escapatoria posible.

Es preciso que el médico sepa perder la noción del tiempo y armarse de paciencia, para saber escuchar al enfermo en todo lo que él quiera decirle para que quede con la impresión de que nunca le habían visitado de una manera tan completa. Al hacer esto, el médico debe procurar, sin que el enfermo se dé cuenta de ello, encauzar a su conveniencia la conversación. Para poder llegar a comprender los estados de ánimo se ha de tener en cuenta que éstos son siempre difíciles de expresar por medio de palabras.

Para averiguar el estado de ánimo del enfermo y la posible causa de su trastorno psíquico recomienda el doctor PIGEM la prueba ideada en unión del doctor CÓRDOBA, que consiste en preguntar al enfermo ¿qué le gustaría ser, de no haber podido ser una persona? La contestación sugiere casi siempre un estado anímico, que pone al médico sobre la pista del estado emocional. Esta pregunta suele acortar la distancia entre médico y enfermo y hace que éste se decida a exponer su verdadero estado anímico. Esta pregunta no se puede hacer en cualquier momento, sino sólo cuando ya se tiene cierta confianza con el enfermo.

Termina el doctor PIGEM su conferencia dando lectura a las palabras pronunciadas por Su Santidad el Papa Pío XII en ocasión de celebrarse la clausura del Congreso Internacional de Psiquiatría de Roma en las que, entre otras cosas importantes, dijo:

"La psicoterapia y la psicología clínica deben considerar siempre al hombre: 1.º como unidad y totalidad psíquica; 2.º como unidad estructurada en sí mismo; 3.º como unidad social, y 4.º como unidad transcendente, es decir, tendiendo hacia Dios.

"En cuanto al primer extremo, dijo Su Santidad que los psicólogos y los terapeutas deben tener presente que la existencia de cada facultad o función psíquica se justifica por el fin del todo. Lo que constituye al hombre, es principalmente el alma. De ella procede, en último término, toda la vida humana y de ella arraigan todos los dinamismos psíquicos con su estructura propia y su ley orgánica. De este dato ontológico y psíquico se deriva que sería separarse de lo real el querer, en teoría o en práctica, confiar el papel determinante del todo a un factor particular, por ejemplo,

a uno de los dinamismos psíquicos elementales y atribuir así al timón un poder secundario.

"En cuanto al segundo postulado, el hombre es una unidad y un todo ordenados; un microcosmos, una especie de estado, cuya constitución determinada por el objetivo del todo subordina a este todo la actividad de las partes según el verdadero orden de su valor y de su función.

"Quien estudie la constitución del hombre real debe tomar como objeto el hombre *existencial*, tal como es, tal como lo han hecho sus disposiciones naturales, las influencias del medio, la educación, su evolución personal, sus experiencias íntimas y los acontecimientos del exterior. Únicamente existe este hombre concreto; y, no obstante, la estructura de este yo personal obedece en sus menores detalles a las leyes ontológicas y metafísicas de la naturaleza humana. El hombre *existencial* se identifica en su estructura íntima con el hombre *esencial*. La estructura esencial del hombre no desaparece cuando se añaden a ella los caracteres individuales, como tampoco se transforma en otra naturaleza humana. Por consiguiente, sería erróneo fijar para la vida real normas que se separasen de la moral natural y cristiana. La ley de estructura del hombre completo no hay que inventarla, sino aplicarla.

"En cuanto al hombre como *unidad social*, debe tenerse en cuenta que lo psíquico comprende también las relaciones del hombre con el mundo exterior. El psiquismo social tiene que ver también con la moralidad. En unas ocasiones, la aplicación del psiquismo social peca por exceso y en otras por defecto. Existe un malestar psicológico y moral, que es la inhibición del yo, de la cual la ciencia se ocupa de descubrir sus causas. Sería un error creer que cuando esta inhibición interfiere en el dominio moral, como por ejemplo, cuando se trata de dinamismos como el instinto de dominación o de pretendida superioridad, o de instinto sexual, sería un error, dice Su Santidad, tratar esta inhibición del yo como una especie de fatalidad, como una tiranía de la impulsión afectiva, que surge del subconsciente y que escapa del dominio de la conciencia y del alma. No debe rebajarse al hombre al rango del bruto.

"Al referirse al método utilizado a veces por el psicólogo para liberar al yo de su inhibición en los casos de aberración del dominio sexual, piensa Su Santidad que la iniciación sexual completa, que no quiere callar nada, ni dejar nada en la obscuridad puede ser una sobreestimación perniciosa del saber. En este terreno debe procurar el psicólogo como, por otra parte, en toda educación, lograr del alumno o del enfermo el dominio de sí mismo y la formación religiosa.

"El error por exceso consiste en la exigencia de un abandono total

del yo y de su afirmación personal. A este propósito, Su Santidad hace resaltar dos puntos: un principio general y un punto de práctica psicoterápica. Existe un error, por lo demás lógico, psicológico y ético en considerar que la extraversión incondicionada del yo, constituye la ley fundamental del altruismo. Existe una defensa, una estima, un amor y un servicio de sí mismo, no solamente justificados, sino exigidos por la psicología y la moral. *Amarás al prójimo como a ti mismo*: El Señor propone, pues, como regla de amor al prójimo, la caridad hacia sí mismo, no lo contrario. La psicología aplicada despreciaría esta realidad si calificara toda consideración del yo como una inhibición psíquica, error, regresión a un estadio de desarrollo anterior, bajo pretexto de que se opone al altruismo natural.

Su Santidad se eleva contra el peligro, en la utilización del psicoanálisis, de querer, por principio, evocar enteramente lo inconsciente para hacerlo consciente. Hay secretos que es necesario absolutamente callar, incluso al médico, aun a despecho de inconvenientes personales graves.

"Por lo que se refiere al cuarto postulado, o sea al *hombre como unidad transcendente, tendiendo hacia Dios*, llama la atención sobre tres problemas. En primer lugar, la investigación científica atrae la atención sobre un dinamismo que, como fuerza independiente, la más fundamental y la más elemental del alma, crea un impulso afectivo que conduce inmediatamente a lo divino, como la flor, sin saberlo ella, se abre a la luz del sol, o como el niño respira inconscientemente desde que ha nacido. A las relaciones transcendentales del psiquismo pertenece también el *sentimiento de culpabilidad*, la conciencia de haber violado una ley superior, cuya obligación, no obstante, se reconoce, conciencia que puede trocarse en sufrimiento e incluso en trastorno psíquico. Sería un error creer que un tratamiento puramente psicológico podría curar una culpabilidad real; la intervención médica, bien por autosugestión o por persuasión inculcada podrá borrar el sentimiento de culpabilidad, pero la falta permanece y la psicoterapia se engañaría si, para borrar el sentimiento de culpabilidad, pretendiera que ya no existe la falta. No es raro, en nuestros días, que en ciertos casos patológicos el sacerdote envíe a su penitente al médico, pero en estos casos es más bien el médico quien debe dirigir su cliente a aquellos que tienen poder de perdonar la propia falta en nombre de Dios.

"Una conclusión se deriva para la psicoterapia: frente al pecado material no puede permanecer neutra, pero no debe dar al enfermo el consejo de cometer tranquilamente un pecado material, pues lo haría sin falta subjetiva, y este consejo sería también erróneo si el médico lo creyera necesario para el alivio psíquico del enfermo y, por lo tanto, para el alivio de

la curación. No se puede aconsejar jamás una acción consciente, que sería una deformación, no una imagen de la perfección divina."

El académico numerario doctor CÓRDOBA, después de elogiar como se merecía la brillante exposición del doctor PIGEM, refiere algunos casos personales observados en Marruecos durante nuestra Guerra de Liberación, que confirman las teorías expuestas por el disertante.

(Mes de Diciembre de 1953)

Día 15. — El académico corresponsal Dr. D. José MALARET expone una conferencia titulada *Beneficios de la roentgenterapia paliativa en neoplasias inoperables*.

Para centrar bien el enunciado del tema es necesario saber cuáles son los mecanismos curativos de los rayos X; éstos actúan de cinco maneras: por activación o sensibilidad, por hiperboración o inflamación, por excitación al crecimiento o regeneración y por necrobiosis. La zona de aplicación puede dividirse en cinco grupos: transtornos funcionales y neuralgias, inflamaciones agudas, aminouria, floraciones y tumores malignos.

Al decir que lo roentgenterapia es paliativa, se quiere decir que atenúa el mal, no que lo cure definitivamente, como hace en los casos de enfermedades no malignas, sino que se limita a prolongar la vida de los enfermos o, por lo menos, aliviarles en los últimos momentos.

No obstante, puede producir una acción perjudicial cuando su aplicación no esté indicada o cuando se aplique mal. En este sentido, no siempre la responsabilidad corresponde al radiólogo, ya que muchas veces éste se limita a cumplir indicaciones de sus colegas, que incluso, a veces, se permiten indicar las dosis, cosa que debería dejarse siempre a criterio del radiólogo.

Es recomendable en diversidad de neoplasias, entre ellas el cáncer, en cuya dolencia ha llegado a veces a provocar curaciones tan radicales que el médico ha creído que se trataba de un error de diagnóstico. Más de una vez se han curado con ella sarcomas, lo cual ha dado lugar a que a posteriori se dudase del primer diagnóstico. Expone el conferenciante unos cuantos casos personales para demostrar los magníficos efectos obte-

nidos con este tratamiento en casos aparentemente incurables, algunos de ellos empleando sólo las dosis llamadas paliativas.

Estas aplicaciones encuentran principalmente su indicación en los casos de metastásis, que sin este tratamiento hubiesen llegado a reproducir la neoplasia inicial.

En la roentgenterapia paliativa antitumoral se ha encontrado, siempre que las indicaciones y la técnica hayan sido acertadas, una buena ayuda y en bastantes ocasiones incluso una solución. Es lamentable que se olvide muchas veces en perjuicio del enfermo y se le quite importancia por no considerarla un medio curativo, pues con ella es posible obtener una apreciable disminución o desaparición del dolor; reducción de las hemorragias; curación de las ulceraciones; reducción importantísima o desaparición del tumor. Constituye el tratamiento ideal de las metastásis óseas y puede prevenir las fracturas de huesos; curación aparente temporal por recuperación, que permite una supervivencia con vida útil; se evita que el paciente caiga en manos desaprensivas o poco escrupulosas; proporciona, en último término, el consuelo tan necesario a enfermos y familiares, y al médico la satisfacción de que, si no puede curar, alivia los últimos momentos de ese temible mal llamado cáncer.

El académico corresponsal Dr. SOLÁ SURIS hace hincapié en que las neoplasias pueden ser inoperables por varios conceptos, ya que pueden ser inoperables o inextirpables no sólo localmente, sino por el mal estado general, y cita el caso de una enferma de 80 años que, habiéndose negado a que se le extirpara una tumoración maligna de la glándula paratiroidea, que llegaba a provocar síntomas de parálisis facial, fué tratada por el Dr. MALARET con aplicaciones radioterápicas con feliz resultado y total curación.

El académico corresponsal Dr. Miguel MOLINS dice que no ha podido llegarse de una manera completa a decidir si es preferible aplicar radioterapia antes de la operación en aquellos casos que hayan de ser sometidos más tarde a una intervención quirúrgica o hacer las aplicaciones después de la intervención. Según su experiencia personal, ha visto casos que han curado bien después de una aplicación radioterápica de las llamadas preventivas y otros en los cuales ha sido necesario aplazar, a veces por espacio de hasta meses, la intervención quirúrgica por el mal estado de los tejidos como consecuencia de aplicaciones radioterápicas.

Día 22. — El académico numerario Dr. Alfredo ROCHA, en unión del Dr. BERGADÁ, expone una conferencia con el título de: *Las resinas de intercambio catiónico y la cortisona en las nefrosis*.