



ARCHIVOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID

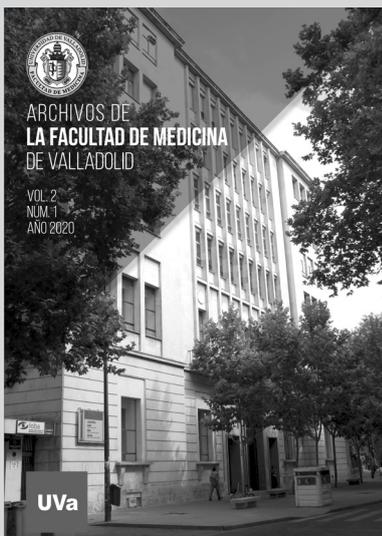
VOL. 2
NÚM. 1
AÑO 2020

UVa





ARCHIVOS DE
LA FACULTAD DE MEDICINA
DE VALLADOLID



VOL. 2
NÚM. 1
AÑO 2020

DIRECTOR:

Prof. Carlos Vaquero Puerta

REDACTORA JEFA:

Prof. Asunción Rocher Martín

EDITA Y DISTRIBUYE:

**Facultad de Medicina
de Valladolid**

Avda Ramón y Cajal, s/n
47005-Valladolid. España

CONSEJO EDITORIAL:

Prof. José Fernández Gómez

Decano de la Facultad de Medicina

Prof. M.ª Isabel Alonso Revuelta

Secretaria Académica de la Facultad de Medicina

IMPRIME:

Gráficas Gutiérrez Martín

www.med.uva.es

DL VA 15-2019

ISSN 2659-367X

Valladolid. España

**La Revista no asume el contenido
de los diferentes artículos que
son responsabilidad exclusiva de
su autor.**

SUMARIO

- 1** EDITORIAL
Carlos Vaquero Puerta 2
- 2** SER MÉDICO EN LA EDAD GLOBAL:
SENDEROS DE RAZÓN COMPASIVA
Martín L. Vargas 3
- 3** PÍO DEL RÍO HORTEGA (1882-1945)
Fernando Gilsanz Rodríguez 6
- 4** BREVES NOTAS DE LA HISTORIA
DE LA MEDICINA A PROPOSITO
DE MESONERO ROMANOS
Luis Fernández Salazar 13
- 5** LUDWIG VAN BEETHOVEN.
UN SORDO EGREGIO
*Elisa Gil-Carcedo Sañudo
y Luis María Gil-Carcedo García* 16
- 6** EL MÉDICO EN LOS RELATOS FANTÁSTICOS
DE TURGUÉNIEV
Luis Fernández Salazar 20
- 7** HISTORIA DE LA ACADEMIA DE ALUMNOS
INTERNOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA
Carlos Vaquero Puerta 24
- 8** LOS MÉDICOS Y LA SOCIEDAD OBRERA
DE SOCORROS MUTUOS «LA SALDAÑESA»
ENTRE 1920 Y 1958
José Ignacio Guerra Aragón 31
- 9** EL IOBA CUMPLIÓ 25 AÑOS
José Carlos Pastor Jimeno 35
- 10** PANORAMAS MÉDICO-LITERARIOS
Santiago Rodríguez García 39
- 11** VIVENCIAS DE UN MÉDICO VALLISOLETANO
DE LA PROMOCIÓN 1980-86
EN LA SANIDAD MADRILEÑA
Jesús Díez Rodríguez 41
- 12** SARS CORONAVIRUS 2,
LA VISIÓN DE UNOS VIRÓLOGOS
Raúl Ortiz de Lejarazu, Iván Sanz y J. M.ª Eiros 45
- 13** EL PARADIGMA CIENTÍFICO
EN LA PANDEMIA DEL VIRUS SARS-COV-2
José Luis Vaquero Puerta 50
- 14** NICOLÁS DE LA FUENTE ARRIMADAS
(1849-1936)
Carlos Vaquero Puerta 54

¿CONOCEMOS NUESTRA FACULTAD DE MEDICINA?

Carlos Vaquero Puerta

[Catedrático de Cirugía. Director de los Archivos de la Facultad de Medicina de la UVa]



Anfiteatro «López Prieto» Facultad de Medicina de Valladolid

Todo el mundo que realiza estudios universitarios se adscribe a un centro de formación pasa en él un tiempo sin lugar a dudas, relevante de su vida, concluye los estudios y en muchos casos tiene un auténtico desconocimiento del centro o de la institución donde se ha formado. Posiblemente esta circunstancia sea intrascendente si la entidad es de reciente creación o no ha experimentado hechos relevantes en su desarrollo. No pasa lo mismo ni con nuestra Universidad ni con nuestra Facultad de Medicina. Ambas son instituciones centenarias, ocho y seis siglos respectivamente y las más antiguas de España, asumiendo en el caso de la primera los años palentinos. Nuestra Facultad de Medicina, aparte de una riqueza de trayectoria institucional, tiene otra bastante menos conocida que no está ligada a su ubicación en el transcurso de los siglos, sino a un perfil mucho más relevante e importante que es el de las personas, profesores y alumnos, que formaron parte de ella. Su presencia y trayectoria e incluso sus aportaciones

es algo generalmente desconocido, incluso por aquellos de los que por su adscripción como profesorado se mantuvieron o mantienen desde décadas en la institución. Posiblemente eso ha hecho que por parte de algunos se hayan ejecutado o incluso se haya pensado tomar decisiones que van en contra de las tradiciones o de su propia historia, no siendo consciente que se destruye con ello su patrimonio no solo estructural sino lo que es peor, cultural. Sinceramente

desentrañar la historia de aquellos que nos precedieron, valorar sus decisiones, evaluar sus aportaciones, aunque para algunos sea violar su posible intimidad, independientemente que lo único que se hace es tratar de aquello que en su momento fue totalmente público, es una actividad enriquecedora cuyo conocimiento nos informa de nuestro pasado, pero también ayuda a planificar el futuro. Es necesario rescatar a personajes que formaron parte de la historia de la Facultad de Medicina, reivindicando y dando a conocer sus aportaciones, lo que hace necesario plasmarlo de forma documental en un medio de fácil acceso para todo el mundo. Ya sabemos que la aportación que podríamos considerar histórica tiene el perfil de quien la informa, pero seguro que nos puede orientar para disponer de una base informativa crítica para su análisis. Los Archivos de la Facultad de Medicina de Valladolid, nació con el objetivo, al que se añaden muchos otros, precisamente de ofertarse de soporte para este tipo de información. <<

SER MÉDICO EN LA EDAD GLOBAL: SENDEROS DE RAZÓN COMPASIVA

Martín L. Vargas

[Área de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la UVa]

«Este artículo forma parte del proyecto “Neurofenomenología: teoría y crítica para una fundamentación antropológica de la psiquiatría”. Línea de investigación “Fenomenología, antropología filosófica y filosofía de la religión». Facultad de Filosofía. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)»

¿Irrupción de la Edad Global?

La primavera de 2020 está resultando extraña. Se ve, pero no se toca. El cielo luce con transparente brillo mientras se escucha la diversidad de cantos de los pájaros. Un vecino documenta en su cuenta de Facebook otra piara de jabalíes colonizando jardines de barrio: safari de confinado. «Es la naturaleza que se defiende contra los excesos del capitalismo», afirman los más visionarios antes de entregarse entusiasmados en su balcón al aplauso de las ocho. Hoy, 22 de abril de 2020, los productores de petróleo pagan a quienes les retiren crudo.

Los cambios que se han iniciado esta primavera tras irrumpir la primera pandemia de la globalización tendrán consecuencias de dimensión histórica sólo equiparables en nuestro pasado reciente con las derivadas de la II Guerra Mundial. Ello no tanto por el número de muertos (sería injusto especialmente con África), sino por su impacto en el imaginario social global. Estas serían algunas de sus claves: movimiento masivo de personas entre continentes, conectividad informativa inmediata, contexto socioeconómico de globalización y tecnociencia, contexto ecológico de calentamiento global y fragilidad de los sistemas públicos de protección social derivados de la crisis económica de 2008.

La propagación de la peste negra en la segunda mitad del siglo XIV facilitó la transición desde la mentalidad medieval hacia el Renacimiento. La pandemia de COVID-19 está catalizando también cambios culturales latentes bajo el

concepto de globalización. ¿Habremos dejado atrás la postmodernidad para iniciar una nueva etapa que bien podría llamarse «Edad Global»? De ser así, las tecnologías de la información y el conocimiento tendrán sin duda un papel preponderante, también en medicina.

Las humanidades médicas tienen valor propio. Son más que un mero aditamento al quehacer técnico y a la ciencia médica. Este breve ensayo pretende contribuir modestamente a la tarea de «pensar la medicina», cometido propio de un área con gran desarrollo actual entre las humanidades médicas: la filosofía de la medicina¹. Concretamente, nos alinearemos con el método de la antropología filosófica de orientación fenomenológica² para pensar la medicina desde la experiencia del presente más inmediato aupados a hombros de apreciados maestros.

Médicos entregados

En la gestión de esta crisis sanitaria global los responsables políticos de muchos países, incluido el nuestro, han promovido desde su inicio la metáfora de la guerra. Lo hicieron sin reparar en colores ni en partidos. Comenzaban a ser numerosos los muertos en la población general y, en proporción superior, las muertes también entre los sanitarios. Al tiempo, se hacía evidente la insuficiencia de medios materiales para la protección epidemiológica de los profesionales. El día 26 de marzo, la médico e ilustradora Mónica Lalanda, alumna que fuera

¹ Cfr. SABORIDO, C., *Filosofía de la Medicina*. Madrid: Tecnos; 2020.

² Cfr. SAN MARTÍN, J., *Antropología y filosofía. Ensayos programáticos*. Estella: Editorial Verbo Divino; 1995.



Figura 1. «Sanitarios, no mártires». Ilustración de Mónica Lalanda

de esta Facultad, publicó una magnífica viñeta llamada a ser tristemente histórica: «Sanitarios, no mártires»³. Ilustraba un importante debate deontológico surgido al albor de la pandemia: ¿está el médico obligado a arriesgar su salud y la de sus familiares por motivo de su profesión?

En un comunicado fechado el día 1 de abril⁴, la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos recordaba el deber de socorro del médico recogido en el artículo 6.2 de su código: «El médico no abandonará a ningún paciente que necesite sus cuidados, ni siquiera en situaciones de catástrofe o epidemia, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente o exista un riesgo vital inminente e inevitable para su persona. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio sanitario.»

La exclusión del riesgo vital inminente en la responsabilidad médica connota que deben de asumirse otros riesgos personales en el ejercicio de la profesión. Como si el médico fuera un soldado protegiendo a su patria o un padre velando por sus hijos. ¿Qué fue, entonces, de la relación médico-enfermo basada en la autonomía propuesta por la deontología médica de inspiración analítica? Esta pregunta invita a sumergirse filosóficamente en el significado de la expresión «ser médico».

La rectificación de los nombres

El significado de algunas palabras depende poco de su contexto de uso. Por ejemplo, y salvando sus variaciones idiomáticas, las palabras «padre», «madre» o «sed» expresan estados mentales similares en cualquiera de sus diferentes usos, en distintas épocas y en diversas culturas. Ello es debido a la nutrida densidad semántica que portan y a su escasa ambivalencia. Podríamos llamarlas «palabras oro» por el gran valor que tienen como portadoras de sentido. No obstante, su nombre es más prosaico: «metáforas». Es de notar que cualquier relato construido sobre una metáfora se explica por sí mismo y justifica los avatares de sus protagonistas. Tanta es la importancia de la metáfora en el engranaje entre el lenguaje y el pensamiento que Ortega decía de ella que era «el verdadero nombre de las cosas». El aforismo «una imagen vale más que mil palabras» ilustra bien este pensamiento analógico o «razón metafórica».

Pero en la argumentación metafórica no es oro todo lo que reluce. Volviendo al análisis de nuestro problema deontológico, aceptaremos provisionalmente la primera imagen: la del médico guerrero. Es sabido que en las guerras hay muertos en ambos bandos, pero ¿dónde están aquí los bandos y las escuadras?, ¿son acaso los ciudadanos y los sanitarios dos escuadras sorprendidas en la lucha contra un bando enemigo, invisible, aunque feroz? Acepta su heroica condición el soldado que entrega la vida por el bien común, pero ¿es este heroísmo también propio del rol social del médico?

Al explicar Pedro Gómez Bosque la importancia de las palabras para organizar la convivencia citaba en su delicioso texto *Palabra, morada del ser*⁵ la recomendación de Confucio sobre medidas políticas para el gobierno justo de un estado: «Lo primero que se necesita es la rectificación de los nombres.» No devaluemos, pues, las palabras, ni utilicemos falsas metáforas. No se trata de un conflicto bélico. Lo que se está produciendo en tiempos del COVID-19 es una catástrofe natural, no una guerra. Y sin guerra no hay soldados. Vaya, pues, una primera conclusión en nuestro análisis.

³ <https://www.actasanitaria.com/sanitarios-no-martires-coronavirus/>

⁴ https://www.actasanitaria.com/sanitarios-no-martires-coronavirus/https://www.cgcom.es/sites/default/files/u1026/n.p._cgcom_ccd_1_4_20.pdf

⁵ GÓMEZ BOSQUE, P., *Palabra, morada del ser*. En: *Gómez Bosque, Pedro Sí a la vida, al amor y a la paz*. Valladolid: Ateneo de Valladolid; 1999, pp. 67-9.

Rectifiquemos: la entrega médica no es la de un soldado. Exploremos, pues, la alternativa de entrega como médico-padre.

Senderos de razón compasiva

En palabras de Heidegger, la existencia humana es un «ser para la muerte». Al saberse radicalmente limitada por la muerte, la esencia de la vida humana toma entonces la forma de existencia. Sacerdotes y filósofos tratan de este límite necesario. Por el contrario, la tarea de los médicos se ocupa de otros dos límites posibles en nuestra existencia: la enfermedad y el dolor. Tal es el papel que la racionalidad occidental atribuye a la medicina.

La Peste de Atenas iniciada en el verano del 430 a.C. dio al traste con el glorioso reinado de Pericles a la par que possibilitó el nacimiento de la Ilustración filosófica griega clásica. La medicina hipocrática se constituyó entonces en un elemento integrador de la imagen del hombre griego, miembro de una sociedad armónica, equilibrada y regida por un logos común (al menos entre los escasos hombres libres). La medicina hipocrática tuvo una función protectora de la *isonomía* –igualdad de derechos entre los ciudadanos–. Puede decirse que la primera medicina científica occidental se orientó hacia la salud pública.

Nos recuerda Laín que la actuación del médico hipocrático se basaba en una triple perspectiva del amor: el amor al arte (*philotekhnía*), que a su vez se asentaba en el amor al hombre (*philanthrópía*) y este en el «amor venerativo y religioso del hombre a su naturaleza y a la naturaleza» (*physiophilía*)⁶. La esencia del médico hipocrático procedía de su virtud de *philia médica*. Aristóteles reconoció dos atributos en el animal humano: el lenguaje y la sociabilidad. **Nótese entonces que el sustrato aristotélico de la relación médico-enfermo asienta más en la biología relacional del ser humano que en cualquier acepción subjetivista moderna del amor.** La *philia médica* sería, pues, un tipo de sentimiento compartido del hombre griego en forma de compasión vehiculada por el

diálogo. Tal diálogo tuvo su cumbre siglos más tarde en la *consolatio* latina.

Olegario Ortiz, el maestro de médicos que tantas veces recorriera los senderos de Torozos, añora una relación médico-enfermo paternalista con aires de amor aristotélico. Define «la senda del amor» como «el buen camino inacabable de la aspiración hacia la verdad, la bondad y la belleza de las cosas de esta vida». Lo hace en su ensayo *Humanismo y Medicina*⁷ atendiendo al «amor instantáneo» lainiano en el que se produce una simpatía entre el médico y el enfermo que incorpora ya un elemento exclusivamente humano y, por ello, emancipado de la mera biología: la libertad de elección en el encuentro médico-enfermo. La compasión griega se reviste ahora de razón moderna en la que la intersubjetividad dialogada resulta un elemento imprescindible. Apelando también a la libertad nos recuerda Gómez Bosque⁸ que el enfermo debe ser cuidado, no manipulado, pues tiene dignidad humana en virtud de su libertad. Es sujeto libre, diferenciado de la mera cosa que se maneja o manipula como objeto pasivo.

Pensando hoy la medicina, puede defenderse que la relación médico-enfermo es una forma de humanización del afecto natural, similar a la que eleva la amistad sobre la hermandad. Es una actualización del amor paterno compasivo en el que la relación entre los dos sujetos conserva una asimetría dispuesta accidentalmente por la naturaleza. Pero es también una relación simétrica y racional por la mutua elección libre. Por ello pensar la medicina es aplicar una forma de razón compasiva. Ser médico en la Edad Global significaría, entonces, la vocación de cuidar con amor y dignidad al enfermo que sufre: razonar la compasión.

La entrega del médico al llamamiento social será, entonces, en su sola condición de ciudadano y no en tanto en cuanto médico. No existen deberes específicos para el médico más allá del marcado por las leyes. La ética médica ha sido conquistada por la ética deontológica. Pero hay otros caminos. El sendero de la razón compasiva es el de la ética de la virtud que se atisba en la voz de Olegario Ortiz: «la medicina es un problema de conciencia». <<

⁶ <http://www.cervantesvirtual.com/obra/la-medicina-hipocratica-0/> (p. 301).

⁷ ORTIZ MANCHADO, O., *Humanismo y medicina*. En: ORTIZ MANCHADO, Olegario, *Semblanzas*. Valladolid: Ateneo de Valladolid; 1999, pp. 123-32 (p. 132).

⁸ Gómez Bosque, P., *La dignidad del enfermo. Reflexiones sobre las actitudes éticas y espirituales que deben guiar el «cuidado» de enfermos y que expresan el respeto a la dignidad del ser humano enfermo*. En: GÓMEZ BOSQUE, Pedro, *Sí a la vida, al amor y a la paz*. Valladolid: Ateneo de Valladolid; 1999, pp. 19-35.

PÍO DEL RÍO HORTEGA (1882-1945).

UN PROFESOR DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID CON PROYECCIÓN INTERNACIONAL

Fernando Gilsanz Rodríguez

[Catedrático de Anestesiología-Reanimación. Prof. Emérito. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid]



El histólogo Pío del Río Hortega

Don Pío de Río Hortega (*figura 1*) (1882-1945) es sin lugar a dudas el médico vallisoletano más importante en la historia de la medicina. La Facultad de Medicina de Valladolid le recuerda con un aula que lleva su nombre y Valladolid le erigió una estatua en el Museo de la Ciencia. En Valladolid lleva su nombre el Hospital Universitario Río Hortega, un instituto de educación secundaria y una calle. En Portillo, una calle, un colegio de educación primaria y un instituto de educación secundaria llevan su nombre. Dos ilustres escultores realizaron bustos del ilustre investigador.

En el Museo de la Ciencia de Valladolid, en la Plaza Norte, podemos contemplar una escultura en bronce para homenajear a Don Pío del Río Hortega. Se inauguró, coincidiendo con el centenario de la concesión del Premio Nobel de Medicina a **Don Santiago Ramón y Cajal** y con el sexto centenario de la inauguración de la Facultad de Medicina de Valladolid, el día 12 de diciembre de 2006. La escultura de cuerpo entero del histólogo, mide 1,80 metros y para que tenga mayor presencia está colocada sin pedestal para dar sensación de cercanía según el escultor **Luis Santiago Prado** (*figura 2*). Al acto de inauguración asistieron el Secretario General de la Consejería de Cultura y Turismo, el Alcalde de Valladolid y el Director del Museo de Ciencia, que hicieron hincapié en la figura del científico.

También, el escultor **Lorenzo Domínguez** (1901-1963), natural de Chile, realizó en 1946 un busto de Don Pío del Río Hortega en piedra, de 38 cm, ubicado en la casa del escultor en Mendoza (Argentina). Lorenzo Domínguez estudió medicina en la Universidad de Madrid hasta el cuarto curso. Aquí conoció al Dr. del Río Hortega. Pudo ser médico pero prefirió ser escultor. Frecuentó el Museo de Escultura de Valladolid. Vivió siete años en Madrid y pretendió ser alumno de la Real Academia de San Fernando, pero desistió por las exigencias de la misma. Estudió en el taller de Juan Cristóbal y Emiliano Barral. Su monumento a Ramón y Cajal, realizado en 1930, y situado en la antigua Facultad de Medicina de Atocha, hoy Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, es su escultura más conocida.

Asimismo, el escultor **Juan Cristóbal** (1898-1961), pertenece a ese grupo de escultores entre renovadores y tradicionales, situados artísticamente entre el realismo tradicional y la renovación del lenguaje escultórico (Julio Antonio, Victorio Macho, Juan Bautista Adsuara, Mateo Hernández, Francisco Pérez Mateo, Emiliano Barral, Daniel González). Ellos son herederos del debate suscitado por la Generación del 98. Juan Cristóbal esculpió un busto en bronce de Don Pío del Río Hortega. Juan Cristóbal pretende captar, en su obra, el hecho diferencial castellano como rasgo trascendental.

Su biografía y aportaciones científicas han sido estudiadas magistralmente, entre otros, por César Aguirre Viani, José María López Piñero, Juan Manuel Ortiz Picón y Rafael González Santander.

El Doctor Pío del Río Hortega nació en Portillo (Valladolid), el día 5 de mayo de 1882, en un castillo medieval, donde estuvo encerrado Don Álvaro de Luna. Más tarde lo adquirió y lo donó a la Facultad de Medicina de Valladolid. Fue el cuarto de ocho hermanos. Su padre era un propietario rural. Licenciado en

Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid (1898-1905). Durante la licenciatura se interesó por la histología, por la influencia del Profesor **Leopoldo López García** (1854-1932), catedrático de esa disciplina, quien despertó su vocación hacia esa especialidad. Fue condiscípulo y amigo de **Ramón López Prieto** (1883-1981), que luego sería Catedrático de Anatomía en Valladolid. Incluso antes de finalizar la carrera publicó un caso clínico de tumoración cervical, con estudio histopatológico, en el Boletín de Alumnos Internos de la Facultad. Se presentó al Premio Extraordinario de Licenciatura, desarrollando el tema de angina diftérica y la úlcera.

A pesar de su falta de vocación hacia la clínica, en 1907, obtuvo la plaza de Médico Titular de su pueblo natal. Permaneció en esta labor asistencial durante tres años, hasta 1910. Sin embargo, la experiencia resultó frustrante y Río Hortega decidió realizar los cursos de doctorado. Se trasladó a Madrid aprobando las cuatro asignaturas reglamentarias del doctorado y defendió su Tesis Doctoral, en 1910 *Las alteraciones del tejido nervioso y síntomas generales de los Tumores del Encéfalo*. La tesis reúne diez casos clínicos, con sus localizaciones anatómicas y estudios anatomopatológicos, con aportaciones a la clínica de los síndromes de hipertensión intracraneal, originadas por los tumores. La orientación de la tesis era enfocada a la anatomoclínica descrita por Charcot. Aunque fue defendida en Madrid, normativa preceptiva de la época, los Directores de la Tesis Doctoral eran los Profesores Leopoldo López García (Catedrático de Histología) y **Antonio Simonena Zabalegui** (1861-1941), (Catedrático de Patología Médica). El material procedía de las necropsias del Hospital de la Facultad de Medicina, de la Clínica Pediátrica de **Enrique Ordoñez** (1878-1941) y del Manicomio Provincial de Valladolid.

En 1911, publicó, en la revista *La Clínica Castellana*, un artículo con los materiales procedentes de la Tesis Doctoral, sobre histopatología del tejido nervioso en los tumores encefálicos. Asimismo, en 1911, regresó a Valladolid. Montó un pequeño laboratorio de análisis clínicos y volvió a colaborar con el Prof. Leopoldo López García. Fue Profesor Auxiliar interino de la Universidad de Valladolid de 1911 a 1913. Las lecciones teóricas que tuvo que dar en sustitución del Catedrático López García le convencieron de que no le interesaba la carrera universitaria:

«Tomé aversión a la cátedra, que era para mí temperamento apocado un pequeño suplicio. El laboratorio me encantaba, pero era de una disciplina basada en hechos de observación, que los estudiantes no podían comprender mediante descripciones literarias».

Río Hortega en sus notas autobiográficas evoca a López García como su maestro:

«D. Leopoldo López García fue uno de los primeros españoles que sintieron atracción por la naciente ciencia histológica. Iniciada en ella por Maestre de San Juan, la cultivó especialmente con Ranvier a cuyo lado adquirió gran dominio de sus técnicas y doctrinas. Hombre dotado de fuerte espíritu de trabajo, hubiera podido-con mayor confianza en sí mismo-dedicarse con fruto a la investigación original, pero no se decidió emprenderla. Severo cumplimiento de sus deberes como Catedrático, aplicó a la docencia todos sus esfuerzos. Pasaba el día entero en el laboratorio con su pléyade de discípulos y, por ello, era tildado de loco por sus colegas, más predisuestos a censurarle que a seguir su ejemplo».

En septiembre de 1912, volvió a Madrid, con una carta de presentación para los Profesores Tello y Achúcarro del Prof. López García, para completar su formación histopatológica. Inicialmente se dirigió al Prof. Tello, quien le autorizó a ir a diario al laboratorio de histología de la Facultad de Medicina. Allí conoció personalmente a Don Santiago Ramón y Cajal. A Don Pío del Río Hortega le pareció que la acogida fue un tanto fría y que las posibilidades de trabajo eran limitadas. Por tal motivo se puso en contacto con Nicolás Achúcarro. Éste le recibió con gran cordialidad en el Laboratorio de Histopatología del Sistema Nervioso de la Junta para la Ampliación de Estudios, que estaba entonces en una sala del Museo Nacional de Ciencias Naturales. Aunque, Achúcarro tenía un halo de *«Bilbaíno un tanto raro y engreído»*, le permitió integrarse en el grupo de investigación que dirigía. A finales de mayo de 1913, la Junta para la Ampliación de Estudios le becó, con financiación del Comité Español para la Investigación del Cáncer, para trabajar en París, Berlín y Londres. Allí, amplió estudios con Marcel Prenant, Maurice Letulle y John Murray. En agosto de 1914, regresó a Madrid, y se reincorporó al Laboratorio de Achúcarro, que había sido trasladado al Museo de Antropología de González de Velasco, en el



Estatua en bronce del científico

Paseo de Atocha. En este mismo edificio, también estaba el Laboratorio de Investigaciones Biológicas de Cajal. Cajal acababa de describir su método del sublimado-oro, que contribuyó de manera decisiva a resolver el problema de la impregnación de la neuroglia de tipo protoplasmático e impulsar junto con el método del tanino y la plata amoniaca la investigación hacia la gliarquitectura. Hortege trabajó con gran tesón en el laboratorio y tuvo relación directa con Cajal. Los artículos originales que publicó entre 1913 hasta finales de 1915 se referían a las técnicas de tinción más recientes de la Escuela Histológica Española. Desde 1916, sus publicaciones están orientadas hacia el método de Achúcarro o a temas relacionados con la neurología. En 1919, obtuvo el «certificado de suficiencia» que la Junta para la Ampliación de Estudios expedía a sus pensionistas, y ese mismo año se le concedió el Primer Premio Achúcarro. En 1920, tras el fallecimiento de su maestro Achúcarro en 1918, se le nombró Director del Laboratorio de Histopatología ubicado con posterioridad en la Residencia de Estudiantes. Asimismo, por oposición obtuvo el nombramiento de Histopatólogo del Laboratorio del Hospital Provincial de Madrid. El

tribunal que le juzgó lo presidía Don Santiago Ramón y Cajal.

La jornada de Río Hortege se iniciaba con el trabajo en el Hospital Provincial, donde permanecía hasta las doce. El resto del día investigaba en el Laboratorio de Histopatología. Durante los años que ambos laboratorios estuvieron juntos el de Cajal y el de Río Hortege, en el Paseo de Atocha, hubo cierta tirantez, roces, incidentes y malentendidos entre ambas personalidades. Probablemente influyó en estos roces la avanzada edad de Cajal y la personalidad de Río Hortege. Como consecuencia de este enfrentamiento el Laboratorio de Río Hortege se trasladó a la Residencia de Estudiantes, al pabellón «*el transatlántico*», junto al resto de laboratorios que allí existían de Negrín, Cabrera y Calandre.

El libro *El maestro y yo*, escrito por Pío del Río Hortege refiere sus relaciones con Don Santiago Ramón y Cajal. Juan Antonio Fernández Santarén ha estudiado el epistolario de Santiago Ramón y Cajal. Estos dos libros nos informan de los avatares acaecidos en sus relaciones. Existe una abundante correspondencia cruzada entre ambos científicos, suficiente para tener una idea de las distintas fases de esta relación. Podemos comprobar en el análisis de la correspondencia que las relaciones entre Cajal y Río Hortege, con el tiempo, llegaron a ser cordiales. Río Hortege tuvo siempre una postura de respeto, admiración y veneración hacia Cajal. Cajal felicitó calurosamente al vallisoleitano por su monografía sobre la oligodendroglía de 1928 y participó en el homenaje a Río Hortege que se celebró en 1932 y le escribió una carta en la que calificó de «magistral» su estudio sobre los gliomas. Asimismo, en 1925, en un artículo de Cajal sobre la neuroglía en la Parálisis General Progresiva, rectificó y con lealtad escribió:

«Se debe a Del Río Hortege el mérito de haber encontrado un método especial capaz de mostrar completamente, hasta sus más finas ramificaciones, la microglía cerebral normal y patológica. Gracias a esta preciosa contribución técnica, aplicable al hombre y a los mamíferos, se ha demostrado que la Stäbchenzellen, las células "intersticiales" de Achúcarro y todos los corpúsculos repletos de granulaciones, conocidos con los nombres de Gitterzellen, Füllzellen y Abraümzellen, no son más que simples variedades de la microglía normal que estaría dotada de una facultad de emigración

y un poder fagocitario sorprendente. Resulta justificado que Spatz haya dado a estos elementos el nombre de *células de Hortega*. Nosotros creíamos al principio, fiándonos de un resumen de Cerletti, que Robertson había sido el primer precursor del descubrimiento de la microglia normal; sin embargo, en la actualidad, mejor informados, hemos cambiado de opinión. La mayor parte de las células mesogliales descritas por el autor inglés constituyen una variedad de neuroglia llamada por Río Hortega oligodendroglía».

Durante estos años sus investigaciones incluyen entre otras, la invención del método del carbonato argéntico amoniacal (1918) y el descubrimiento de la microglía (1919). Su prodigiosa capacidad técnica le hace crear ese método de tinción, de uso hoy en numerosos laboratorios. En las células que Cajal llamaba «tercer elemento», identifica dos tipos celulares diferentes en su embriología, morfología y función: la oligodendroglía o glía de escasas ramificaciones y la microglía u Hortega-zellen de los autores alemanes. Estos descubrimientos fueron decisivos en la historia de la biología.

La labor histológica de Río Hortega desde 1921 hasta 1930, puede ser resumida en cinco grandes temas:

- a) *Sobre microglía*. En 1919, publicó su primer trabajo: «*El tercer elemento de los centros nerviosos: la microglía en estado normal*». En él, con el carbonato de plata vió que el «tercer elemento» no es adentrítico, diferenciando dos tipos de estos, uno en la sustancia gris que llamó microglía y otro en la sustancia blanca que él llamó glía interfascicular o células polares de sustancia blanca. En 1921, publicó: «*Histogénesis y evolución normal: Éxodo y distribución regional de la microglía*». En él, estudió la histogénesis de la microglía en distintos centros nerviosos (cerebro, cerebelo, médula, etc.) y describiendo los fenómenos de migración de los microglioblastos hasta su asentamiento en la sustancia gris y blanca.
- b) *Sobre la oligodendroglía*. En 1921, publicó: «*la glía de escasas radiaciones (oligodendroglía)*» en el que estudió unos nuevos elementos o la glía interfascicular, dotada de escasas prolongaciones y poco divididas, que no presentan relaciones íntimas con los vasos, pero sí se relacionan con las neuronas, y particularmente con las fibras

meduladas, a las que siguen y rodean con sus prolongaciones. En 1922, señaló que la glía de escasas radiaciones, se comporta, en relación con las fibras mielínicas del sistema nervioso central, como lo hace la célula de Schwann con las fibras nerviosas mielínicas periféricas. En 1928, estableció de manera definitiva las características morfológicas generales, las topologías celulares normales y patológicas y la equivalencia funcional de los oligodendrocitos con las células de Schwann. Este artículo lleva el título: «*Tercera aportación al conocimiento morfológico e interpretación funcional de la oligodendroglía*». Esta monografía, la considera su discípulo Ortiz Picón: «*el trabajo más original y mejor acabado que ha producido Río Hortega*».

- c) *Sobre la estructura de diversos órganos*. Río Hortega publicó varios artículos sobre: la constitución reticular del bazo, la fibrinogénesis en el hígado, las epiteliofibrillas, el tejido conjuntivo en los órganos amiloides, los cuerpos de Negri, la placa motriz. Estudió la estructura de la epífisis que continuaba siendo una cuestión oscura y discutida. Cajal había descrito un rico plexo de fibras simpáticas en sus tabiques conjuntivos. Achúcarro y los hermanos Sacristán confirmaron estos hallazgos, y señalaron la existencia de retículos neurofibrilares en los elementos celulares de sus lóbulos. Río Hortega señaló que la epífisis era un órgano fundamentalmente glioepitelial. Su técnica de tinción de carbonato argéntico le permitió estudiar la histología de la glándula pineal.
- d) *Sobre diversas estructuras intracelulares*. Publicó artículos que trataron sobre: la estructura del ovario, tejido muscular liso, células cancerosas, células de Paneth, banda de cierre en los epitelios, células del apéndice vermiforme, el centrosoma de las neuronas, el origen de las glio-fibrillas, etc.
- e) *Sobre técnicas*. Sus aportaciones técnicas se basaron en la utilización de sales argénticas, a partir del método de Achúcarro y de Bielschowsky, con los que descubrió la microglía, la oligodendroglía, y pudo teñir selectivamente la trama reticular del tejido conjuntivo de los órganos.

Los descubrimientos de Río Hortega tuvieron una importante difusión nacional e internacional. El número de citaciones de sus artículos

aumentó considerablemente. Fue invitado a dar conferencias, cursos, dirigir trabajos de investigación en múltiples instituciones científicas. Así, dió un curso en 1918 en la Societat de Biologia de Barcelona, invitado por el microbiólogo Dr. Ramón Turro. Rechazó las invitaciones para investigar la histopatología de los gliomas del *Peter Bent Brigham Hospital* de Boston, en 1923, y del *Johns Hopkins* de Baltimore en 1924. Por el contrario, aceptó dar dos conferencias en la *Société de Biologie* de París, en 1925, sobre la regeneración nerviosa en el reblandecimiento cerebral y otra sobre la placa motriz. También en 1925, invitado por la Institución Cultural Española y la Junta para la Ampliación de Estudios impartió cursos en Argentina y Uruguay. El prestigio internacional de Río Hortega llevó a que diversos investigadores extranjeros, que reseñaremos más adelante, vinieran a trabajar en su laboratorio.

En 1928, Río Hortega fue designado Jefe del Laboratorio de Histopatología del Instituto Nacional de Oncología. Compaginó su trabajo en la Residencia de Estudiantes y en el Instituto del Cáncer. En esta Institución sus investigaciones se enfocaron a los procesos oncológicos. Con la Republica, el Instituto Nacional de Oncología paso a depender de la Dirección General de Sanidad. En 1932, obtuvo por oposición la plaza de Director del Instituto Nacional de Oncología. Al año siguiente fue nombrado Consejero de Sanidad. Desde su posición en el Instituto de Oncología publicó cinco artículos en los Archivos Españoles de Oncología, la revista del instituto. Estos originales estaban relacionados con tumores del sistema nervioso central.

Vicente Gilsanz García (1911-1992), Catedrático de Patología y Clínica Médica de la Universidad Complutense de Madrid, que trabajó con Don Pío del Río Hortega en el Instituto Nacional de Oncología en esas fechas escribe:

«Terminada la carrera en 1933, hice oposiciones a una plaza de Medicina, de becario del Instituto Nacional de Oncología, y yo, hombre afortunado, pude conocer así a Don Pío del Río Hortega, de quien acabé por ser médico, suyo y de su familia. Me invitó a ver preparaciones y a trabajar en su laboratorio, y el primer día que llegué a la Residencia de Estudiantes, quedé impresionado por la bronca que en aquel momento estaba dirigiendo a una mujer de la limpieza, y es que entre las virtudes de Don Pío estaba la de cuidar los menores detalles, el orden peculiar, lo que de manera

superficial podía equivocadamente interpretarse como pequeñeces. El «maestro de la glía» mereció también ser Premio Nobel, porque su influencia en el estudio de los tumores cerebrales, clasificación de los mismos, etc., unido al trabajo de la microglía, ha sido trascendente».

En los años treinta, según López Piñero, el laboratorio de la Residencia de Estudiantes, a pesar de su sobriedad, tenía dieciocho microscopios provistos de los mejores medios técnicos de la época, entre ellos, un equipo de microfotografía de Leitz y otro de microcine Kodak.

En 1933, publicó *Anatomía Microscópica de los Tumores del Sistema Nervioso Central y Periférico*, que se tradujo al inglés en 1962 (*The microscopic anatomy of tumors of the central and peripheral nervous system. Editorial Charles Thomas Springfield*). Esta publicación constituyó la ponencia que presentó al Congreso Internacional sobre Cáncer de 1933, celebrado en Madrid. Con posterioridad, en 1945, estando exiliado en Argentina, publicó *Nomenclatura y Clasificación de los Tumores del Sistema Nervioso*. Con motivo de estas publicaciones el Dr. Pío del Río Hortega, recordó y citó los estudios de su maestro el Prof. Leopoldo López García:

«Nuestras primeras observaciones histológicas de tumores meníngeos tuvieron lugar, hace mucho tiempo, junto a nuestro maestro, el venerable profesor López García, quien, en 1903, hizo un notable estudio de los endoteliomas de la duramadre en el Congreso Internacional de Medicina de Madrid».

En septiembre de 1936, Río Hortega viajó a Bruselas para asistir al Tercer Congreso Internacional contra el Cáncer. Allí, recibió el encargo de escribir un capítulo sobre Tumores del Sistema Nervioso, para el Atlas Oncológico de la Unión Internacional contra el Cáncer. Aunque pudo no regresar a España, decidió reincorporarse a trabajar en el Instituto Nacional del Cáncer. Este centro estaba situado en la Ciudad Universitaria de Madrid, en zona de conflicto bélico.

El 23 de noviembre de 1936, la Junta de Defensa le ordenó irse a Valencia, que había pasado a ser la capital de la República, junto a otros intelectuales, científicos y artistas. En Valencia trabajó en la Cátedra de Histología regentada por su discípulo Luis Urtubey Rebollo. En enero de 1937, por orden del Ministerio de Sanidad se trasladó a París:

«a fin de continuar las investigaciones necesarias para el capítulo correspondiente a tumores del sistema nervioso del Atlas Diagnóstico de los tumores que prepara la Unión Internacional contra el Cáncer».

Por este motivo, solicitó y obtuvo de la Junta para Ampliación de Estudios la condición de pensionado para realizar estas investigaciones en París. Trabajó en el laboratorio del Servicio de Neurocirugía del Prof. Clovis Vicent en el Hospital de la Pitié. Río Hortega escribió a Tomás Navarro Tomás, Secretario de la Junta:

«En el laboratorio donde trabajó hay copiosísimo material de estudio, pero sólo existe un buen microscopio que debemos usar alternativamente tres personas, molestándonos mutuamente».

Por ello, le solicitó que le enviase el microscopio que tenía en Valencia que había llevado de la Residencia de Estudiantes de Madrid. Durante su estancia en París, viajó a las Universidades de Praga y Leiden para pronunciar conferencias acerca de sus investigaciones.

El neurocirujano Hugh Cairns, en septiembre de 1937, le invitó a organizar y dirigir un laboratorio de neurohistología normal y patológica en la Universidad de Oxford. Río Hortega aceptó la invitación. En una carta fechada en mayo de 1938 escribe:

«Un rincón de trabajo casi idéntico a los de la Residencia de Estudiantes. Todo el mobiliario y la instalación del laboratorio se han hecho según indicaciones mías, y gracias a ello, trabajó en mesas idénticas a las de Madrid y con medios, hasta el microscopio, idénticos».

Severo Ochoa, que residía también en Oxford, señaló:

«Cuando vi por primera vez (el nuevo laboratorio) me pareció una copia exacta inglesa».

Además en Oxford, vivían otros intelectuales relacionados con la Institución Libre de Enseñanza: Alberto Jiménez Fraud (Director de la Residencia de Estudiantes), Paulino Suárez (Jefe del Laboratorio de Microbiología de la Residencia). En Londres residía; José de Castillejo, exsecretario de la Junta para la Ampliación de Estudios.

El enorme prestigio científico de Río Hortega motivó sus nombramientos de *Lecturer*, Miembro Honorario del *Trinity College* y Doctor

Honoris Causa de la Universidad de Oxford. La ceremonia de esta última distinción, se celebró en febrero de 1939, cuarenta y cuatro años después que la de Don Santiago Ramón y Cajal en la Universidad de Cambridge. A Don Pío del Río Hortega le emocionó que al acto académico del nombramiento de *Honoris Causa* acudiese el neurofisiólogo y Premio Nobel Sir Charles Scott Sherrington, que era un entusiasta de Ramón y Cajal.

La estancia de Río Hortega en Oxford fue interrumpida, una vez más, por la II Guerra Mundial, que alteró la vida académica de la Universidad. Por este motivo, estudió las ofertas de trabajo provenientes del Gobierno de Méjico, Universidad de la Habana, de Penfield en Canadá y de Moisés Polak, que trabajaba con él en Oxford para trasladarse a en Argentina. Se decidió por un nuevo exilio en Buenos Aires, decisión que estuvo influenciada por sus recuerdos de Argentina y las gestiones de su discípulo Polak.

En agosto de 1940 viajó de Oxford a Buenos Aires, donde permaneció hasta su fallecimiento. Su labor docente y científica comenzó, en Buenos Aires, impartiendo un curso de histología e histopatología del sistema nervioso, organizado por la Institución Cultural Española. Esta Institución creó un centro de investigaciones histológicas en diciembre de 1941, instalado en el último piso de la sede de la Institución. Este nuevo laboratorio era una réplica del Laboratorio de la Residencia de Estudiantes. Durante esta etapa final de su vida, colaboraron en sus trabajos de investigación: Moisés Pollak, Julián Prado, León Zimman, David Celenet. En 1942, editó, con el patrocinio económico de la Institución Cultural Española, la revista *Archivos de Histología Normal y Patológica*. En esta etapa, sus publicaciones científicas versaron sobre la neuroglía y diversos tumores del sistema nervioso. Asimismo, inició la revisión de sus principales aportaciones: método del carbonato de plata, sistematización de las unidades elementales de la neuroglia, análisis de las alteraciones celulares del sistema nervioso y una nomenclatura y clasificación de los tumores del sistema nervioso.

En sus laboratorios de anatomía patológica de formaron distinguidos investigadores europeos y americanos, entre ellos, el francés Prof. Jean Turchini, de Montpellier; el británico C. Da Fano, el cubano León Mir, el italiano D'Ancona, el húngaro Miskolcky, los argentinos

Moisés Pollak, Joaquín Llambias y Bianchi, y el norteamericano Wilder G. Penfield.

Sus discípulos más importantes fueron; Felipe Jiménez Asúa, Carlos Collado, Juan Manuel Ortiz Picón, José Miguel Sacristán Gutiérrez, Dionisio Nieto Gómez, Manuel Pérez Lista, Manuel Morales Pleguezuelo, Enrique Vázquez López, Isaac Costero Tudanca, Julio García y Sánchez Lucas, Manuel López Enríquez, Antonio Llombart Rodríguez, Román Alberca Lorente, Rafael Vara López, Salustio Alvarado.

Recibió múltiples honores, además de los reseñados: Miembro Honorario de las Academias de Medicina de Lima, Buenos Aires, Budapest, y Méjico; de las Sociedades de Biología de Buenos Aires, París, La Habana y Montevideo; de las de Neurología de París, New York y Buenos Aires. Asimismo, es nombrado Profesor Honoris Causa de Montevideo, La Plata y Oxford; Miembro Honorario de la Sociedad de Anatomía Normal y Patológica de Buenos Aires, del Ateneo de Cancerología de Buenos Aires. Propuesto para el Premio Nobel de Medicina en 1929 y 1934.

Gonzalo Rodríguez Lafora, describió otra de las injusticias que turbaron la vida de Río Hortega. No fue elegido académico de la Real Academia de Medicina en 1934, cuando la reputación internacional del ilustre científico estaba en su máximo apogeo y reconocimiento.

En los últimos meses de 1944, la labor investigadora de Río Hortega disminuyó por un tumor maligno, cuyo diagnóstico anatómopatológico realizó el mismo. El 3 de enero de 1945, ingresó en el Sanatorio de Avelino Gutiérrez, cirujano de origen santanderino e impulsor de la Institución Cultural Española. Falleció el 1 de junio de 1945 en Buenos Aires. Desde octubre de 1986, sus restos mortales descansan en el Panteón de Hombres Ilustres de Valladolid.

En uno de los múltiples homenajes que recibió, el Premio Nobel Bernardo A Houssay, con quien había mantenido una cordial amistad desde 1924, dijo en su necrológica:

«Tenía arraigados sentimientos de democracia y de devoción a la libertad y dignidad humanas. Por lealtad a ellos sufrió el destierro, que le fue muy penoso. Y es triste ver aún hoy a su patria, tan querida para nosotros, privada temporalmente de muchos de sus hijos eminentes, interrumpidas sus mejores escuelas científicas y en espera de reanudar su magnífico renacimiento de las tres primeras décadas de este siglo».

Pierre Masson, en 1945, escribe:

«...la vida laboriosa de Del Río Hortega es un modelo que se puede ofrecer de ejemplo a todos los investigadores. Su obra es una de las que le han hecho más honor a la histología universal. Su nombre está inscrito en el Panteón de los grandes devotos de la ciencia pura». ‹‹

Bibliografía

- AGUIRRE VIAMI C, JIMÉNEZ CARMEN JJ. *Pío del Río Hortega*. Colección Villalar. Edita Junta Castilla y León. Consejería de Cultura y Turismo, 1991.
- BOZAL V. *Pintura y Escultura Españolas del Siglo XX (1900-1939)*. Summa Artis. Historia General del Arte. Espasa Calpe. Madrid, 1992.
- CANO DÍAZ P. *Una contribución a la ciencia histológica: la obra de don Pío del Río Hortega*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense. Madrid, 1972.
- CASTRO F de. *Cajal y la Escuela Neurológica Española*. Editorial Universidad Complutense de Madrid, 1981.
- DEL RÍO HORTEGA P. *El Maestro y Yo*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, 1986.
- EL CÍRCULO DE BELLAS ARTES. *Homenaje al Escultor Juan Cristóbal*. Sala Goya. Catálogo. Madrid. Febrero, 1972.
- FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID. 1404-2006. VI Centenario. Junta de Castilla y León. Consejería de Educación, 2006.
- GILSANZ GARCÍA V. *Tratamiento del Infarto Cerebral*. Discurso para la recepción pública de Académico. Instituto de España. Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, 1979.
- GONZÁLEZ SANTANDER R. *La Escuela Histológica Española*. IV. Expansión y Repercusión Interancional. Cajal, Río Hortega, y sus discípulos. Servicio de Publicaciones. Universidad de Alcalá, 2000.
- LAFORA GR. *Disgustos, peripecias y grandes desengaños de que fue víctima el Dr. del Río Hortega*. Rev. Esp. Oncología. XII; 45-52:1965.
- LÓPEZ PIÑERO JM. *Pío del Río Hortega*. Biblioteca de la Ciencia Española. Fundación del Banco Exterior. Madrid, 1990.
- MASSON P. *L'oeuvre scientifique de Pío del Río Hortega*. Journal de l'Hotel Dieu. 6;405-416. 1945.
- MOYA G. *Nicolas Achúcarro (1880-1918) Su vida y su obra*. Ediciones Taurus. Madrid, 1968.
- OLIVA ALDAMIZ H. *Cajal y la anatomía patológica española, una historia compartida*. Con una introducción a la historia de la patología portuguesa e iberoamericana. Biblioteca Médica de Bolsillo. Salvat. Editores SA. Barcelona, 1984.
- ORTIZ PICÓN JM. *La obra neurohistológica del Doctor Pío del Río Hortega*. Archivos de Neurobiología. 34; 39-70:1971.
- ORTIZ PICÓN JM. *Una vida y su entorno. (1903-1978). Memorias de un médico con vocación de biólogo*. Granada, 1979.
- SÁNCHEZ RON J M. *Cinzel, martillo y piedra. Historia de la ciencia en España siglos XIX y XX*. Taurus. Madrid, 1999.

BREVES NOTAS DE LA HISTORIA DE LA MEDICINA

A PROPÓSITO DE MESONERO ROMANOS

Luis Fernández Salazar

[Profesor titular del Aparato Digestivo. Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología de la UVA]

Ramón de Mesonero Romanos (1803-1882), también conocido como el «Curioso parlante», fue un periodista y escritor madrileño, investigador de la historia y las costumbres de su ciudad, y considerado «Cronista de Madrid». Don Ramón describió la vida de Madrid de los dos primeros tercios del siglo XIX en: «Panorama matritense» (1832-1835), «Escenas matritenses» (1836-1842) y «Tipos y caracteres» (1843-1862). A la segunda serie pertenece el relato titulado: «Una noche de vela».

Don Ramón escribe «Escenas matritenses» durante la regencia de María Cristina. Durante esta se lograría una constitución liberal moderada; España sufriría el hambre, el cólera y una guerra más, la primera guerra carlista, llevando la propia regente al pretendiente, don Carlos, hasta las puertas de Madrid; y tendría lugar la reforma agraria poniendo fin al feudalismo y pasando la posesión las tierras de unas manos a otras.

En cuanto al desarrollo científico en España, partiendo ya de una situación de desventaja respecto a otros países al final del reinado de Carlos IV, el primer tercio del siglo XIX (guerra de la independencia y oscurantismo del retrógrado Fernando VII) no fue propicio para que en nuestro país surgiesen hombres que pudieran emular a Claude Bernand, Koch, Virchow o Pasteur, por lo menos hasta bien avanzado el siglo. Entonces en España, eso sí, se hablaba y se publicaba mucho de ciencia, que ya era algo, pero sin hacerla. Los médicos españoles sin ser investigadores por formación y medios, discutían en reuniones académicas y otras de rango menor, y tomaban partido por las diferentes corrientes científicas (sobre todo el vitalismo pero también el organicismo de los anatomoclínicos, y otras como la homeopatía o el magnetismo) que desde Francia, Alemania o Inglaterra, explicaban el misterio de enfermar y de curar.

Esto lo vemos en «Una noche de vela», un relato ambientado antes de 1838, en el que con



Don Ramón de Mesonero Romanos. Litografía de Pedro Hortigosa a partir del retrato de Rosario Weiss ahijada y discípula de Goya, quien pudo fallecer de cólera en 1843.

cierto humor negro, el autor muestra las peculiaridades, costumbres, vergüenzas y miserias de los personajes que rodean la vida del frívolo conde de Tremedal, quien tras una noche de baile y acaloramiento vuelve a casa destemplado. El caso es que lo que el conde padecía no era un leve resfriado, evoluciona a peor, y a los siete días, y después de haber propuesto las distintas y limitadas opciones terapéuticas (purgas, cataplasmas y sanguijuelas), el médico de la casa decide convocar una junta de siete médicos prestigiosos (precedente de la sesión clínica) que diluyese la responsabilidad del previsible desenlace y diese fe de que este se había producido siguiendo las normas académicas debidas.

En España como en el resto de Europa, en el siglo XIX y hasta bien entrado el siglo XX, la asistencia médica se hacía en los domicilios de

los enfermos siempre que era posible, y por médicos bien considerados, como se ve en el relato de don Ramón. Sin embargo, las familias con recursos más limitados tenían que recurrir a médicos con menor prestigio y honorarios, o a otros profesionales no médicos y sin formación académica. Los hospitales eran el último recurso, no estaban bien dotados, los enfermos estaban hacinados, y por el elevado riesgo de infecciones la mortalidad era muy alta. En el medio rural las cosas eran peor que en las ciudades por las enormes dificultades de transporte que había entonces. En este aspecto, algunas cosas hoy en día no han cambiado tanto.

Los 4 médicos convocados a la junta llegan en distintos tipos de coches de caballos, se muestran diferentes en edad, en comportamiento y aspecto, y son seguidores de diferentes corrientes científicas y terapéuticas. El primero en llegar es el de más edad, sobrealimentado, aseado, con traje «anacrónico», bastón con empuñadura de oro y peluquín grasiento. Es seguidor de Brown (1735-1788) quien publicó en 1870 sus «Elementa Medicinae». Esta obra tuvo feroces seguidores y detractores. La excitabilidad del individuo, la intensidad del estímulo externo y la excitación como respuesta, son las bases que explican la fisiología Browniana. Ante la enfermedad el médico no debe esperar, según Brown, a que la naturaleza actúe. Debe reequilibrar el balance con relajantes, dietas o purgantes suaves en el caso de la «estenía», o alimentos excesivos y condimentados, licores y estimulantes en caso de «astenia». Los tratamientos debían ser, además, precisos. Se criticaron los tratamientos de Brown de excesivamente enérgicos. Y así, el primero de los médicos reacciona con carcajadas a las propuestas de sus colegas, y recomienda una infusión con 32 ingredientes, fórmula magistral que debía prepararse, además, en una botica concreta.

El segundo médico, más joven y desenfadado, seguro en sí mismo, y hombre de ciencia, es seguidor de Broussais (1772-1838) quien proponía una «medicina fisiológica». El concepto «irritation» en el que se basaba su popular



Portadilla de «Escenas matritenses» de Ramón Mesonero Romanos. Imprenta de Yenes, 1842

doctrina procedía de las teorías brownianas. Los fisiólogos daban importancia a los síntomas espontáneos, sobre todo cuantificables como la fiebre, mientras que la medicina anatomoclínica de Laennec, que iría ganando peso a lo largo del siglo XIX, se basaba en los signos detectados en la exploración física. Dice Laín Entralgo que Broussais sentía terrible entusiasmo por las sangrías. Y esto es lo que recomienda el reflexivo segundo médico al conde: Seis docenas de sanguijuelas y 4 sangrías, con un azucarillo si el enfermo se debilitaba.

El tercero es más joven, inquieto, descuidado y menos cortés, ácrata, y empirista. Es

un antisistema que ha leído el libro «La medicina curativa o la purgación» de Le Roy (1726-1779, profesor en Montpellier y enciclopedista) y se lo cree a pies juntillas. Le Roy rechaza todas las teorías que explican la causa y tratamiento de las enfermedades. Concluye con que solo hay una causa de todas las enfermedades (desde la hidropesía hasta los piojos) y que solo hay una cura, la suya, siendo el resto inútiles. Así, el tercer médico recomienda que el paciente salga de la cama, se dé un paseo y tome, cada dos horas, 14 cucharadas del «vomi-toni-purgui-velocífero» de Le Roy. Este autor fue popular pues el licenciado Gerónimo Sánchez de Tola, boticario de Zamora, publicó una réplica en 1829 titulada «Sigan las purgas. El LeRoy español al LeRoy francés».

El cuarto médico, de aspecto cosmopolita, médico de las damas, y con afán de aparentar, es el representante de la homeopatía. Esta corriente apareció a finales del siglo XVIII y su fundador fue Hahneman (1755-1843). Su fundamento es que la enfermedad se cura con lo que la produce. Su terapéutica se basaba principalmente en: dilución al máximo y dosis mínimas. La homeopatía tuvo muchos seguidores fuera y dentro de la profesión médica en Europa y España. En Madrid, se crearon cátedras e ilustres médicos la aceptaron y siguieron. Esto, en cualquier caso, no es muy raro teniendo en cuenta, como ya se ha dicho, la escasa eficacia que entonces

tenía la farmacopea convencional. Don Ramón también critica esta corriente al poner en boca de este médico el increíble tratamiento que propone. Este además muestra su furia cuando el médico antisistema bromea a propósito de la homeopatía y la cojera de Talleyrand (ministro francés de Napoleón, que cojeaba por padecer un síndrome de Marfán, y que prefirió no prohibir la homeopatía y que fuese el tiempo quien demostrase si era o no una falacia).

Hay cosas comunes a los cuatro médicos. Los cuatro inician la junta bebiendo y fumando o inhalando rabe, y los cuatro reciben sus honorarios, pero además llama la atención el contraste entre el interés que muestran por defender sus doctrinas y el poco interés que muestran por el paciente. A lo largo del siglo XIX confluyeron unos hechos que, independientemente de la soberbia o fatuidad de los cuatro médicos, explican esto. Uno de ellas fue el «nihilismo terapéutico», la escasa esperanza que se tenía en los tratamientos debido al más lento avance de su desarrollo comparado con el de las posibilidades diagnósticas, y otro que me parece más importante, porque entonces empezaba a hacerse evidente pero que persiste hoy, es la despersonalización tanto del enfermo, que pasó a ser objeto de análisis e investigación, como de la propia Medicina, que pasó a ser un derecho de los ciudadanos y una obligación del Estado.

Don Ramón publicó «Memorias de un Setentón natural y vecino de Madrid» en 1880. Entonces ya había cierta tranquilidad en España, la monarquía borbónica había sido restaurada, y las calles de Madrid se iluminaban con luz eléctrica. Este libro se incluye el relato «El Cólera morbo» que narra la llegada del cólera a Madrid en 1834, es por tanto la misma época del relato anterior.

Desde 1830, las autoridades españolas habían tomado medidas diplomáticas y de vigilancia para conocer el progreso de esta epidemia que se había originado en Calcuta en 1817. También entonces, el conflicto económico que suponía restringir el comercio internacional condicionó las medidas de prevención como lazaretos o cuarentenas.

Muchas de las cosas que narra don Ramón resultan tristemente familiares. Es curioso que recuerde con nitidez aquella noche de julio de 1834 en la que no se encontraba del todo bien. Lo que hizo, con quién anduvo y con quién salió de la tertulia y estuvo paseando por Madrid. Solemos recordar dónde estábamos o lo que hacíamos en

el momento en el que nos damos cuenta de que algo importante está ocurriendo. Me ha llamado la atención cómo, también entonces, los asuntos pendientes, el trabajo y las obligaciones (entregar un libro a la imprenta) fueron interrumpidas de manera imprevista y pasaron a un segundo plano; cómo también hubo antes de la crisis, vagos e inquietantes rumores a los que se intentaba quitar importancia, y que se desmentían por los propios médicos considerando que la salubridad del clima madrileño haría imposible una epidemia. El propio médico de don Ramón, al enfermar éste, negó la existencia de la enfermedad hasta que la realidad se impuso y, entonces ya asustado, reconoció que eran ya «mil quinientos los atacados». La epidemia hizo enloquecer a la población que buscó culpables en los monasterios y conventos madrileños, por difundirse el rumor, el bulo, de que los religiosos habían envenenado las fuentes públicas. Esto supuso más muertos todavía. A lo largo de la historia, en otras ciudades y otras epidemias, los culpabilizados fueron los judíos, los panaderos, o los médicos.

Don Ramón sanó, pero perdió a su madre, y a muchos amigos y vecinos. Y también entonces los partidos políticos se enfrentaban, y los fondos públicos se perdían, aunque, eso sí, España entonces, además, sufría desde poco meses antes una guerra civil. De hecho el movimiento de las tropas liberales desde Madrid hacia las vascongadas pudo favorecer la llegada del cólera a Valladolid. ◀◀

Bibliografía

- HURTADO Y PALENCIA. *Historia de la literatura Española*. 3.ª edición. Madrid, 1932.
- RAMÓN DE MESONERO ROMANOS. *Escenas matritenses*. Colección Austral. Espasa Calpe. 3.ª edición. Madrid, 1964.
- La época del liberalismo*. En: *Historia de España*. JOSEF FONTANA Y RAMÓN VILLARES. Crítica. Marcial Pons. Vol. 6. Barcelona, 2007.
- La patología general en España durante el siglo XIX*. JOAQUÍN HERRERA YERBA. Trabajos del Instituto Arnaldo Vilanova. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, 1955.
- Historia, Medicina y Sociedad*. JUAN RIERA. Ediciones Pirámide, S. A. Madrid, 1985.
- Historia de la Medicina*. LAÍN ENTRALGO. Salvat Editores, S. A. Barcelona, 1978.
- La medicina curativa, o purgación*. LE ROY. 6.ª edición. José Ferrer de Orga. Valencia, 1829.
- Sigan las purgas. El LeRoy español al LeRoy francés*. GERÓNIMO SÁNCHEZ DE TOLA. Ibarra. Madrid, 1829.
- http://www.cervantesvirtual.com/obra-visor/memorias-de-un-setenton-natural-y-vecino-de-madrid--0/html/ffc4936a-82b1-11df-acc7-002185ce6064_12.html#I_2_
- Historia de las epidemias en España y sus colonias (1348-1919)*. JOSÉ LUIS BETRÁN MOYA. La esfera de los libros, 2006.

LUDWIG VAN BEETHOVEN.

UN SORDO EGREGIO

Elisa Gil-Carcedo Sañudo | Luis María Gil-Carcedo García

[Profesora de la Facultad de Medicina, UVa]

[Catedrático de la Universidad. Miembro de la Asociación Española de Médicos, Escritores y Artistas]

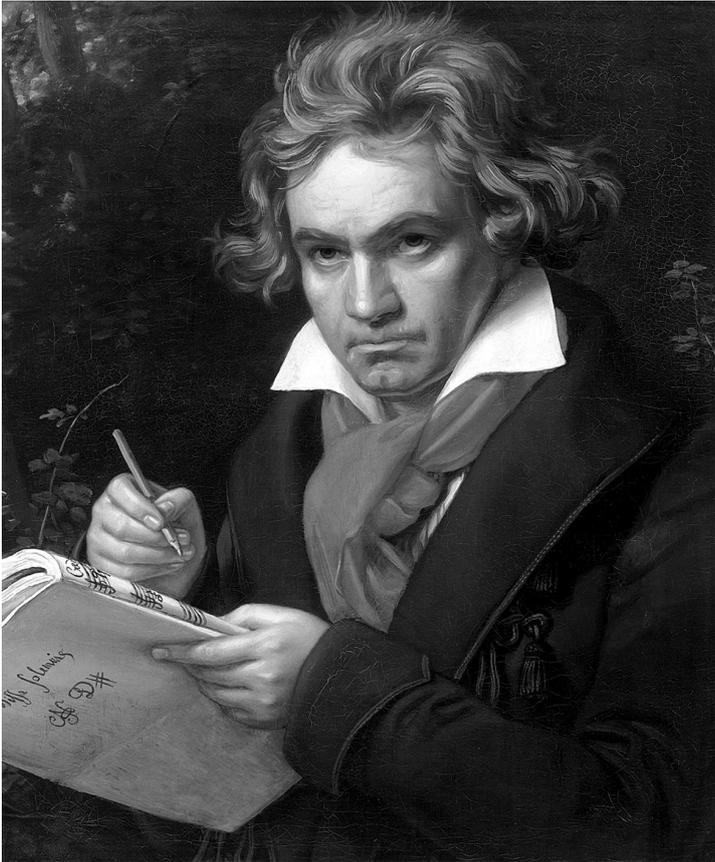


Fig. 1. Retrato de Beethoven, 1820 (por Joseph Karl Stieler)

Ludwig van Beethoven (Bonn 1770-Viena 1827) aparece entre dos siglos, en una coyuntura histórica singular: el clasicismo ha alcanzado su perfección (Mozart y Haydn) y una nueva clase –la burguesía– comienza a ocupar un lugar importante en la sociedad. Se vislumbra la llegada del romanticismo, el músico va a ser un adelantado de la tendencia romántica¹.

La infancia de Ludwig transcurre en la pobreza. Sufre doblegado ante los castigos crueles de un padre alcohólico que le hace trabajar ante el clavicémbalo durante jornadas interminables². Cuando vuelve a casa después de sus frecuentes orgías despierta al niño a altas horas de la noche y le obliga a recibir sus clases y las

de su amigo Pfaiffer, compañero de música y juergas.

El pequeño es sometido a un brutal régimen de estudios musicales, su padre quiere que sea un niño prodigio. El empeño paterno es tal que Ludwig está a punto de aborrecer la música. A los once años (1782) publica su primera composición: «Variaciones sobre una marcha de Erns Christoph». Su adolescencia es triste: huérfano de madre desde 1787, soporta los malos tratos de su padre. La muerte de su progenitor es una liberación para él³.

Con veintidós años, a primeros de noviembre de 1792, el joven genio fija su residencia en Viena, centro de la música y la cultura de su tiempo, desde entonces la capital austriaca es su hogar. Allí empieza a liberarse y a desarrollar su personalidad y su gran habilidad como pianista. Por su genio innato como virtuoso y como compositor que promete, es aceptado y admirado en los más altos círculos sociales. Disfruta de la amistad de las más sobresalientes figuras de la época⁴.

Los hermanos de Beethoven se trasladan de Bonn a Viena en 1795. Ludwig, que ha logrado una destacada posición social, no se avergüenza de su modesta familia, ayuda económicamente a sus hermanos hasta que logran la colocación que les proporciona una situación despejada: Karl como cajero de la Staatsschuldenkasse y Johann como boticario.

La cultura en general y sobre todo la música están de moda en todas las grandes ciudades. Viena está por encima de las demás debido a la brillantez de sus profesionales, a la calidad de los entendidos y a la prodigalidad de unos mecenas que rivalizan en mantener orquestas privadas y en organizar sesiones de música de cámara. Para acercarnos a aquella situación recordemos que

el oratorio «La Creación» (Haydn) se estrenó en el Palacio de Schwarzenberg y que la sinfonía «Heroica» de Beethoven lo hizo con la orquesta del príncipe Lichnowsky.

Desde 1797, con veintisiete años, empieza a experimentar una progresiva pérdida de audición, los síntomas comienzan a ser alarmantes cuando Beethoven tiene unos treinta. Poco después de presentar su «Primera Sinfonía», cuando empieza a despuntar su carrera de compositor, Ludwig van Beethoven comienza a notar los primeros síntomas de sordera. Precisamente cuando su vida se presenta más halagüeña y empieza a recoger los frutos de muchos años de disciplina, trabajo y sufrimientos, se inicia su desgracia, asoman las primeras manifestaciones inquietantes de su pérdida de audición.

En julio de 1798 escribe a su amigo el violonista Karl Amenda una carta en la que refiere sus síntomas:

«Mi audición en los últimos dos años es cada día más pobre; los ruidos en los oídos se hacen permanentes y ya en el teatro tengo que colocarme muy cerca de la orquesta para entender al autor. Si estoy retirado no oigo los tonos altos de los instrumentos. A veces puedo entender los tonos graves de la conversación pero no entiendo las palabras. Mis oídos son un muro a través del cual no puedo entablar ninguna conversación con los demás».

El músico, desesperado, acude a distintos médicos que, lógicamente en aquel tiempo, no pueden encontrar remedio para su padecimiento.

Hasta 1800 la pérdida de audición no es aún excesivamente incapacitante, puede pasar desapercibida para los demás ¡son las distracciones de un genio! Pero lo que no fue profundo en su comienzo se agrava lentamente; durante varios años procura esconder su problema al público, solo comunica su mal a dos de sus grandes amigos de Bonn: Karl Amenda y el médico Franz Gerhard Wegeler. En una carta a este último dice:

«(...) he evitado casi toda reunión social, me es imposible decir a la gente “hable más fuerte que estoy sordo” (...). Si tuviera cualquier otra profesión esto sería más fácil, pero en la mía el hecho es algo aterrador (...)».

En los años 1813, 1814 y 1815 llega al máximo el prestigio y la popularidad de Beethoven; su prosperidad va a la par, tiene una situación

tan desahogada que puede invertir 8.000 florines en acciones bancarias. En 1815 muere su hermano Karl y lega la tutela de su hijo de nueve años a Ludwig. El compositor emprende acciones para separar al pequeño Karl de su madre, cuya poca moral es una mala influencia para el niño. Por cierto, Karl, su hijo adoptivo, causa muchos disgustos al músico. El muchacho, a los 19 años, se convierte en el típico joven libertino, se dice de él que conoce a todas las mujeres de mala reputación de Viena. En 1826, acosado por las deudas, Karl intenta suicidarse, Beethoven, que le quiere sinceramente, escribe en su diario:

«El que quiera recoger lágrimas que siembre amor».

Cuando el músico se acerca a los cincuenta años la dificultad auditiva es ya muy profunda. A partir de 1818 Beethoven tiene que usar cuadernos en los cuales sus amigos y visitantes deben escribir lo que quieren comunicarle (son los conocidos como «cuadernos de conversación»). Esta grave dificultad funcional no altera su capacidad creativa. Algunas de sus obras más grandiosas son compuestas cuando nuestro maestro está ya completamente sordo (**figura 1**).

La sordera tiene un fuerte impacto en el estilo de sus composiciones⁵. Según un grupo de investigadores holandeses, el carácter de sus partituras evoluciona a medida que avanzaba la pérdida de audición, las frecuencias que oye peor las va utilizando menos. Después de analizar varias de sus obras y observar los registros, el tipo de notas, la instrumentación, etcétera, los investigadores concluyen que, efectivamente, su patología parece haber influido en su arte:

«Al principio, la pérdida de audición empezó con las notas más agudas (...). A medida que la sordera avanzaba, tendía a usar (en sus composiciones) las frecuencias bajas y medias».

¿Por qué se queda sordo Beethoven? Son varias las posibilidades etiológicas a considerar. En la historia clínica del músico no figuran antecedentes familiares de sordera. En su niñez tiene viruela, queda con cicatrices faciales permanentes. A los 16 años sufre frecuentes catarrros de vías altas y comienza a tener ataques asmáticos que se acompañan de cefaleas. No hay noticia de que estos catarrros den lugar a otitis que puedan lesionar el conjunto tímpano-oscicular. En

contra de algunas opiniones, no existen datos que orienten a que padeciera procesos inflamatorios del oído medio.

Su mal puede ser una hipoacusia neurosensorial genética de aparición tardía, estos cuadros se suelen presentar en la segunda o tercera décadas de la vida. Aunque no se conocen antecedentes de sordera en la familia del músico⁷, no puede descartarse esta posible etiología, pues las alteraciones hereditarias a veces «saltan» varias generaciones, haciendo difícil detectar en el árbol genealógico otros casos previos.

Una causa muy probable para su sordera es la predisposición genética al trauma acústico, esta propensión hereditaria hace que las células ciliadas caigan en apoptosis con estímulos menos intensos y frecuentes que lo que se considera necesario⁶. Se sabe que la casi totalidad de los músicos profesionales muestran elevaciones del umbral para la frecuencia 4000 Hz (trauma acústico grado I), pero generalmente no desarrollan sordera importante diseminada por otras frecuencias como le ocurre a Beethoven a edad relativamente temprana. El músico, desde su más tierna infancia, dedica muchísimas horas a practicar con el piano, si a esto se une la hipotética predisposición genética, la causa de su sordera podría ser una destrucción progresiva de células ciliadas a lo largo de todas las espiras cocleares, comenzando por la espira basal (destrucción inducida por la sobrestimulación acústica).

En 1986 dos médicos, Porot y Miermont, publican que la sordera del genio de Bonn tiene su causa bien en una laberintitis ocasionada por la sífilis, bien en una otosclerosis muy agresiva.

Cuando está superando la treintena el comportamiento del músico es claramente inmoral, lo que le lleva a discutir con sus amigos y a ser grosero con sus protectores. Si las citas de sus médicos son fiables, la relajación en la vida sexual del músico es tal que le auguran que más tarde le llegará su justo castigo. En una carta a su hermano Johann dice Ludwig:

«Espero que gozarás cada vez más de tu vida en Viena. Pero ten cuidado, hay toda una pandilla de mujeres de mala vida»

¿Es el consejo de un golfo escarmentado?

No está completamente probado que Beethoven padeciera sífilis, análisis de sus cabellos parecen indicar que no recibe los fármacos que se recetan para la enfermedad⁸. De padecerla, como parece cierto, hubiera adquirido la sífilis entre

los 45 y los 48 años; sin embargo sus problemas de audición comienzan mucho antes, a partir de los treinta. La cronología descarta la posibilidad de una etiología luética para su sordera. Una meningitis con laberintitis luética podría haber sido la causa que buscamos, pero ni Beethoven ni sus amigos citan nunca que padezca vértigo (que indefectiblemente ocurre en la laberintitis).

Podríamos considerar la sordera del músico como una otosclerosis con la subsiguiente fijación progresiva del estribo. Se sabe que se ayudaba amplificando su audición con el uso de una trompetilla acústica. Indudablemente en la otosclerosis una ayuda acústica apoyada en el conducto auditivo externo óseo puede mejorar algo el rendimiento de la reserva coclear existente, pero la misma amplificación puede beneficiar también si la hipoacusia es neurosensorial, por lo que este dato no tiene valor diferencial.

Hans Bankl (Anatomía Patológica) y Hans Jesserer (Medicina Interna), de la Universidad de Viena, achacan la sordera del músico a otosclerosis. El médico vienés Franz Romeo Selgimann tiene en su poder desde 1863 tres huesos del cráneo del músico. En los años ochenta del pasado siglo Thomas Desmines, descendiente de Selgimann vive en Francia, Bankl y Jesserer entran en contacto con él y pueden estudiar los huesos 160 años después de la muerte de Beethoven (*El País*, domingo 22 de marzo de 1987). Pero desgraciadamente entre los huesos conservados no está ninguno de los temporales, por lo que su estudio no es válido para determinar el diagnóstico de otosclerosis.

¡Qué sorprendente el músico motivo de este escrito! Trastornada ya su existencia por la sordera puede componer obras tan exigentes y de tan profundo sentido romántico como la «Novena Sinfonía», su última y más grandiosa composición magistral (figura 2). La obra de Beethoven es de extraordinaria fecundidad: nueve sinfonías, una ópera, gran cantidad de música de cámara, conciertos, obras corales y 32 sonatas para piano.

Ya completamente sordo aprovecha algunos motivos escritos antes para componer obras tan importantes como la «Misa en Re» o la citada «Novena Sinfonía». Desde 1820 hasta su muerte la sordera de Beethoven es total⁹. En esos años escribe sus mejores composiciones ¿tiene influencia la hipoacusia en la originalidad, esplendor y delicadeza de sus obras?

El 24 de marzo de 1827, Beethoven recibe la extremaunción y la comunión según el rito católico. Esa misma tarde entra en coma, no

despierta hasta dos días más tarde. Su hermano Nikolaus Johann, su cuñada y su admirador incondicional Anselm Hüttenbrenner le acompañan en el trance final. El moribundo, irredento, confía en que el caldo del Rin alivie sus males, sus últimas palabras fueron dirigidas al vino que se había encargado y no llegaba:

«demasiado tarde, demasiado tarde».

Hüttenbrenner el 27 de marzo de 1827 presencia los últimos momentos del compositor, lo relata así:

«Permaneció tumbado, sin conocimiento, desde las tres de la tarde hasta las cinco pasadas. De repente hubo un relámpago, acompañado de un violento trueno, y la habitación del moribundo quedó iluminada por una luz cegadora. Tras ese repentino fenómeno, Beethoven abrió los ojos, levantó la mano derecha, con el puño cerrado, y una expresión amenazadora, como si tratara de decir: ¡Potencias hostiles, os desafío!, ¡Marchaos! ¡Dios está conmigo! o como si estuviera dispuesto a gritar, cual un jefe valeroso a sus tropas ¡Valor, soldados! ¡Confianza! ¡La victoria es nuestra! Cuando dejó caer de nuevo la mano sobre la cama, los ojos estaban ya cerrados. Yo le sostenía la cabeza con mi mano derecha, mientras mi izquierda reposaba sobre su pecho. Ya no pude sentir el hálito de su respiración y el corazón había dejado de latir».

Hermosa descripción de la desaparición del genio, desde luego Hüttenbrenner es un romántico. Parece ser que la causa de la muerte es una avanzada cirrosis.

Si tenemos que arriesgar una opinión final sobre el porqué de su sordera nos inclinamos hacia que la causa es un trauma acústico crónico que comienza con los sonidos intensos que sufre desde la infancia. Esto, posiblemente sumado a una predisposición genética al daño auditivo inducido por el ruido, creemos que es lo que le deja completamente sordo¹⁰.

Tres días después de su fallecimiento, el 29 de marzo, tiene lugar el funeral, que se celebra en la Iglesia de la Santa Trinidad, cercana al domicilio de Beethoven. Se interpreta el «Réquiem en re menor» de Wolfgang Amadeus Mozart. Al entierro asisten más de 20.000 personas, entre las que se encuentra Schubert, gran admirador del compositor. A las puertas del cementerio de Währing (ahora Schubert Park.3) el actor Heinrich Anschütz lee la oración fúnebre escrita por el poeta Franz Grillparzer. <<

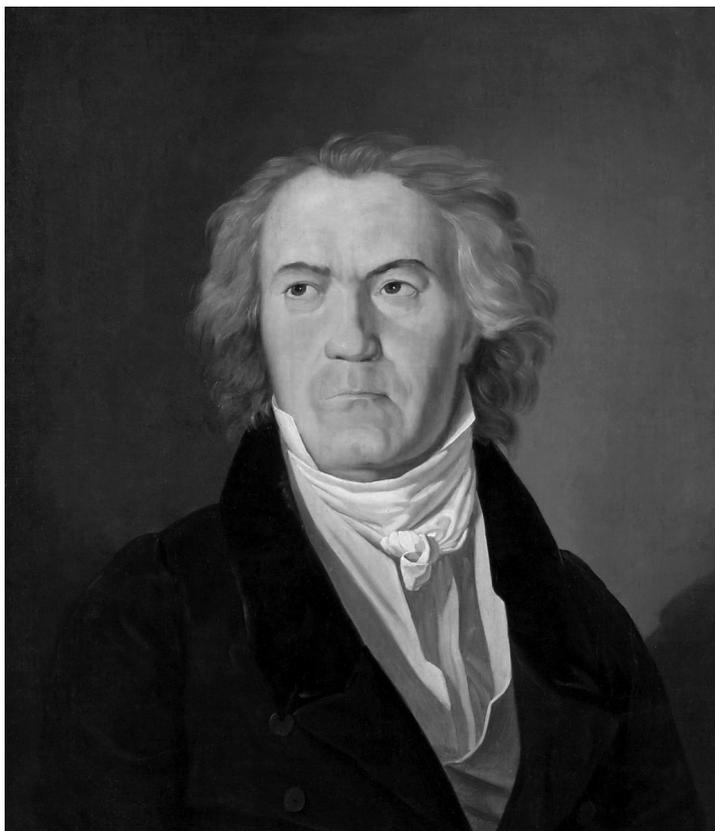


Fig. 2. Ludwig van Beethoven, 1823 (por Ferdinand Georg Waldmüller). Este retrato se realiza el año en el que termina la Novena Sinfonía

Bibliografía

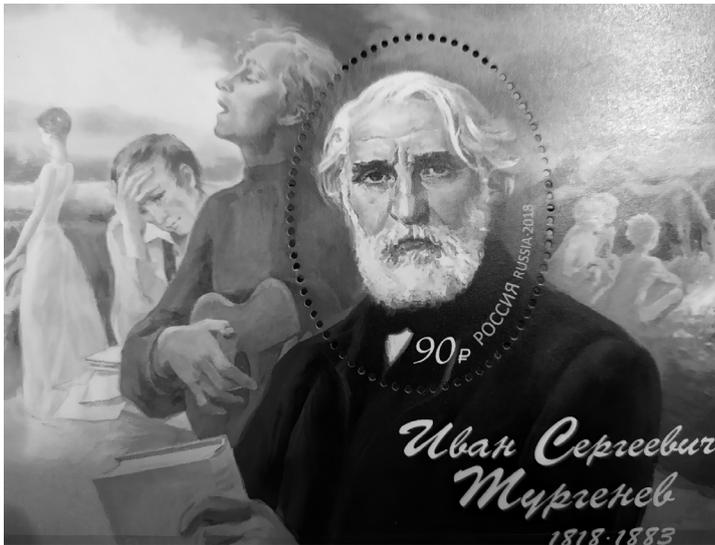
1. BOYER J. LE «Romantisme» de Beethoven. Ed Didier. París, 1939.
2. BERLIOZ H. *Beethoven*. Ed. Espasa Calpe. Madrid, 1980.
3. BOUCOURECHLIEV A. *Beethoven*. Antoni Boch editor. Barcelona. 1980.
4. BOETTCHER H. *Beethoven*. Ed Fielser. Augsburg, 1928.
5. PEREZ DE ARTEAGA JL. *Beethoven*. En: Enciclopedia Salvat de los Grandes Compositores. Vol. 2. Ed. Salvat. Pamplona, 1980.
6. GIL-CARCEDO LM. *La Música*. En: *Fisiología de la Audición. El Ruido y la Música*. Edit. Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Ed. Sever-Cuesta, 2005.
7. GIL-CARCEDO LM, VALLEJO LA, GIL-CARCEDO E. *Otología*. 3.ª Edición. Ed Med Panamericana, 2011.
8. VELASCO A, LORENZO P, SERRANO JS, ANDRES-TRELLES F. *Farmacología (Velázquez)*, 16.ª edición. Ed. Interamericana-McGraw-Hill, pp. 1131-1139, 1993.
9. SCOTT MM. *Beethoven*. Ed. Salvat, S. A. Barcelona, 1985.
10. GIL-CARCEDO E, GIL-CARCEDO LM, VALLEJO LA. *Factores que influyen en las alteraciones que produce la sobreestimulación acústica*. En: *Efectos del ruido en la salud humana*. GIL-CARCEDO E, GIL-CARCEDO LM, VALLEJO LA. Ed. Universidad de Valladolid. ISBN 978-84-8448-476-9, pp. 121-129, 2008.

EL MÉDICO

EN LOS RELATOS FANTÁSTICOS DE TURGUÉNIEV

Luis Fernández Salazar

[Profesor titular del Aparato Digestivo. Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología de la UVA]



Sello postal ruso conmemorando los 200 años del nacimiento del autor

ván Serguéievich Turguéniev (1818-1883) es, junto a lo más conocidos Dostoievski y Tolstói, representante del realismo literario ruso del siglo XIX. Turguéniev describe en sus libros, entre los que destacan *Memorias de un cazador* y *Padres e hijos*, la sociedad rusa a partir de personajes que conoció y de circunstancias en las que vivió, sobre todo en su infancia, que no fue fácil. Juan Eduardo Zúñiga dice en su libro *Las pasiones inciertas de Iván Turguéniev* que «acaso nunca supo que estaba haciendo un verdadero historial clínico de su época y de sus personajes».

Sus libros, sin intención provocadora, tuvieron repercusiones en la sociedad rusa y un éxito variable, tanto entre los lectores más tradicionales como entre los más jóvenes e impetuosos que ansiaban cambios profundos. Estos, de hecho, consideraron al autor, un escritor conservador y acomodado. Es cierto que Turguéniev era hijo de propietarios rurales adinerados con miles de siervos y, por tanto, personificaba la Rusia más tradicional, pero, por otro lado, por su educación; por sus viajes y por sus ausencias, sus compatriotas le consideraban occidentalizado. En palabras de Andre Maurois «Había, en efecto, en Turguéniev,

por encima de un ruso intacto, un cosmopolita superficial».

Además de sus novelas realistas, Turguéniev escribió novelas cortas y cuentos, con temática fantástica. En ellos se narran acontecimientos sobrenaturales, apariciones o hechos inexplicables. Este tipo de cuentos se popularizó a lo largo del siglo XIX como respuesta al desarrollo de la ciencia y el positivismo que lo caracterizaron. Turguéniev también se sintió atraído por experiencias o creaciones oníricas de difícil explicación. Me ha parecido interesante, al leer estas narraciones, describir o tratar de interpretar el papel que los médicos o los actos curativos tienen en estos relatos misteriosos. Otras narraciones del autor, como *El médico rural*, incluido en

la segunda serie de *Memorias de un cazador*, y la novela *Padres e hijos*, cuentan con médicos como personajes de peso y podrán ser motivo de reflexión en otro momento.

Estos cuentos con contenido onírico o irreal, fueron reunidos en época del escritor por un editor parisino. Yo, para mis comentarios, me he basado en dos ediciones en castellano de estos cuentos. *Cuentos extraños*, de la editorial Bruquera con traducción de José Fernández Sánchez, que incluye 7 de ellos. Y *Relatos fantásticos*, de la editorial argentina Adriana Hidalgo, con traducción de Luisa Borovsky, que comprende 6 relatos incluidos en el libro de la editorial Bruquera más otros 3. Alguno de ellos está, también, incluido en otras colecciones. He de decir que estos cuentos fantásticos no merecieron ningún comentario por parte de Nabokov en su *Curso de literatura rusa*. Únicamente, refiriéndose al autor, afirma: «Sus fantasmas no ponen la carne de gallina, o sí la ponen, pero de puro malos». Por otra parte, Juan Eduardo Zúñiga sí dedica comentarios a algunos de ellos en su obra *Las inciertas pasiones de Iván Turguéniev*.

A continuación me refiero a cada uno de estos relatos.

1. *Toc... toc... toc... (Estudio)*

El narrador del relato cuenta cómo Illá Teglev se entrevistó con el médico de San Petersburgo que atendió a Masha antes de morir esta. Illá Teglev quería «confirmar» la causa de la muerte de la mujer. Illá Teglev pretendía que Masha se había envenenado pero el médico lo negaba pues la mujer había muerto de cólera (enfermedad a la que Tuguéniev temía de manera obsesiva y la personificaba como una decrepita bruja amarillo verdosa, maloliente y vieja). El médico, ante tanta insistencia por parte de Illá Teglev, finalmente le da la razón quitándosele de encima. El médico se refiere al gran occipital de Téglev como un indicador de la testarudez. La frenología se hizo muy popular entre médicos y clase media en la primera mitad del siglo XIX. El narrador cuenta que cuando el médico no aparentó ninguna sorpresa o interés cuando supo que Iliá Téglev sí se suicidó tras la entrevista en la que le dio la razón por agotamiento. El personaje del médico juega, en el relato, un papel muy secundario apareciendo al final, aunque en realidad con su opinión concluye el relato.

2. *El sueño*

En este relato, un médico aparece en dos ocasiones y en ambas ocasiones la intervención tiene escasa importancia clínica o literaria. En la primera, la sirvienta de la madre del protagonista acude por el grito y desvanecimiento de su señora. Esta, en realidad, ha presenciado la aparición de quien años antes la había acosado y violado y a quien ella creía muerto. El médico recetó un calmante o sedante a la paciente, sin que ella le contase la causa del desvanecimiento. La segunda vez que aparece un médico en el relato es cuando la madre cuenta a su hijo el ataque y violación ocurridos años antes. No hay ningún motivo para pensar que, tampoco ésta primera vez, la mujer contase al médico o a su esposo lo realmente ocurrido. El médico es quien permite al matrimonio dejar San Petersburgo y volver a casa una vez recuperada la paciente.

3. *Un relato del padre Aleksei*

Este relato cuenta el enorme sufrimiento de un padre, sacerdote, por su hijo Iákov, que, tras un inicio prometedor como estudiante de ciencias

en Moscú, sufre un trastorno alucinatorio que el lector interpreta como una posesión diabólica. En este relato, por dos veces se intenta una acción curativa, pero no por un médico. La primera vez es una vecina, la viuda de un coronel, Marfa Sávishna, «una mujer razonable y tranquila pese a que era joven y de buen ver», o bien «sensata y reposada a pesar de ser joven y bella», quien consiguió, recibiendo al joven varias veces en su casa, una mejoría solo temporal del paciente. La segunda acción con intento de curar a Iákov fue mediante una peregrinación a San Mitrofán en Vorónezh.

Quizá el medio rural, con menos recursos, en el que se desarrolla este relato, explique que se recurriese a medios curativos menos académicos.

4. *Después de la muerte (Clara Millich)*

Mil ochocientos ochenta y dos fue el año en el que aparecieron los síntomas del tumor de médula espinal que causó la muerte de Turguéniev. También es el año en el que escribe este relato. En él, el personaje del médico está bastante más desarrollado que en el resto de los relatos. También hace su aparición en una escena final, apreciándose una serie de aspectos propios de la propedéutica del momento y otros que están aún vigentes.

Platónida Ivanovna solo confiaba en un médico amigo suyo, Paramón Paramónovich. Y solo confiaba en él por no beber y por estar casado con una alemana. Gran parte de la sociedad rusa consideraba a los médicos alemanes mejor preparados que los rusos. Muchos universitarios viajaban a Alemania a estudiar. No estaba permitida la disección anatómica en las facultades de Medicina rusas. El propio Turguéniev completó sus estudios de filosofía en Berlín donde un siervo suyo, hijo natural de su padre, aprendió Medicina. Otros rusos con un sentido más nacionalista no pensaban igual de los alemanes y, como veremos más abajo, los veían como extranjeros aprovechados.

Aratov, el paciente, se sorprende de ver entrar al médico en su habitación e incluso hay que rogarle que le permita explorarlo. Paramón, examinó la lengua y el pulso del paciente, le hizo unas preguntas y anunció que debía auscultarlo. El médico lo inspeccionó, auscultó y percutió, dijo «hum» (o «ejem») con sorpresa, y le prescribió unas gotas y una poción / mixtura, y evitar las emociones fuertes. Los

honorarios fueron 3 rublos. El paciente presentaba todos los «síntomas dióptricos de una cardialgia nerviosa febril». Platónida Ivanovna le pidió que evitase los latinajos con ella, «los médicos del distrito sobre todo si van uniformados alardeaban de términos científicos», el diagnóstico final fue «No está bien del corazón y tiene un poco de fiebre» e insistió en el reposo y en evitar las emociones fuertes. Es curioso que en sus últimos días Turguéniev le contase por carta a Tolstói que sus médicos no sabían cómo designar su enfermedad, «neuralgia estomacal gotosa», un diagnóstico extraño, en cualquier caso.

Aunque el pronóstico de Aratov no era grave inicialmente, el paciente rechazó las medicinas considerándose el hombre más sano y feliz del mundo y siguió padeciendo emociones fuertes falleciendo unos días después.

5. *El perro*

También en este relato escrito aproximadamente en 1867, las referencias a los médicos y curanderos están presentes. Un viejo con barba de chivo llamado Serguei Projórovich, es quien interpreta y pone remedio a las visitas nocturnas sobrenaturales que un perro fantasma hace al protagonista. El viejo no aceptó los tres rublos que se le ofreció por sus servicios.

El personaje principal del relato es Trésor, un perro real, al que un curandero (un portentoso campesino que murmurando unas palabras sobre agua con saliva de víbora, que da a beber, produce curaciones milagrosas) cura las heridas producidas por otro perro rabioso. Me parece interesante la presencia de la rabia en el relato. Veinte años después, Pasteur experimentaría con éxito la vacuna de la rabia en un niño mordido por un perro rabioso, y el príncipe Alejandro III donaría cien mil francos para la investigación de esta vacuna.

El dueño de Trésor, aprovecharía el viaje a la ciudad (también la historia parece tener lugar en el medio rural) para hacerse una sangría, «que viene bien para los sustos, aunque sacando la sangre del menudillo, y no del brazo, y así sale más alegre la sangre. Algo que los médicos desconocen porque son unos mangantes, esos parásitos alemanes... Son los herreros quienes sangran de forma adecuada.» Estas reflexiones, por desgracia, no dejan de ser algo familiares hoy en día.

6. *Una historia extraña*

En este relato no hay referencias a la profesión médica o la medicina.

7. *Canto del amor triunfante*

Este relato está ambientado en Italia en el siglo XVI. En él, Fabio y Mucio, dos amigos de juventud se enemistan y se baten por el encantamiento y sometimiento al que Mucio está sometiendo a Valeria, la mujer de Facio. Mucio resulta herido de muerte en la lucha y su siervo malayo lo resucita. Fabio es testigo oculto, y horrorizado, de la curación. La descripción de la curación puede recordar a las sesiones de hipnosis y de tratamiento con pacientes con histeria en el hospital de la Salpêtrière, por parte de Jean-Martin Charcot, médico de Turguéniev en sus días finales.

8. *Espectros (una fantasía)*

En este relato hay una breve mención a diferentes personajes del mundo frívolo parisino y se incluye el anuncio de las consultas gratuitas del doctor Charles Albert. También al final del relato, hace su rápida aparición un médico diagnosticando anemia al protagonista. Así el lector confirma sus sospechas en cuanto a la naturaleza vampírica de Elise. Turguéniev pudo considerar que algunas de las mujeres con las que convivió también tenían esa naturaleza. La recomendación del médico fue viajar a Gastein.

9. *Tres encuentros*

En este relato no hay alusión alguna a médicos o curaciones.

10. *Fausto (Relato en nueve cartas)*

El relato está escrito en 1853. Es un relato en el que Zúñiga identifica el reflejo de algunos aspectos de la vida y personalidad del autor. El doctor Fausto puede identificarse en Ladánov, abuelo de Viera, la protagonista. Ládanov, que vivía en Italia, estudiaba la cábala, anatomía, química, pretendía prolongar la vida humana, y era considerado un hechicero. Además el mito de Fausto se interpreta de otra curiosa manera, en el relato, en relación con la eterna juventud y pureza de la protagonista, rotas con

la lectura del Fausto de Goethe y su enamoramiento. Esto conduce a que Viera caiga enferma súbitamente, delire y diga haber visto a su difunta madre. El médico aparece también al final de este relato. Inicialmente no es capaz de diagnosticar la enfermedad pero finalmente la enfermedad se manifiesta y Viera fallece.

En estos relatos, los curanderos y hechiceros, aunque no tienen demasiado éxito en muchas de sus acciones, son personajes más accesibles, generosos y están mejor descritos que los representantes oficiales de medicina, lo que por otra parte es esperable en unos relatos con esta temática. Los médicos y su actividad, en general, no están muy caracterizados salvo en el caso del relato *Clara Milich*, y resultan fríos (como en *Toc, toc, toc*), poco atractivos en general, y desde luego poco resolutivos.

Es frecuente la aparición del médico al final del relato como representante de la ciencia y la lógica, y parece que Turguéniev enfrenta lo inexplicable y sobrenatural de la trama con el mundo real y científico. En algunos relatos como *Clara Milich* o *Espectros*, una vez terminada la lectura, a la vista del diagnóstico, el lector se pregunta con justicia si todo lo narrado y vivido por el protagonista (visiones, alucinaciones, obsesiones) podría ser explicado por la enfermedad diagnosticada y así la ciencia podría realmente explicarlo todo. En cualquier caso, la sensación general que se tiene con la lectura es que la interpretación, por parte del médico, de lo que está ocurriendo está muy lejos de la verdad y lo ocurrido.

La falta de resolución que caracteriza a la mayoría de los médicos de estos relatos, independientemente de ser necesaria para el desenlace del relato y el fatalismo característico de Turguéniev, puede explicarse, en parte, por las limitaciones reales de la medicina de entonces (Turguéniev fue contemporáneo de científicos que transformarían la medicina para siempre como Claude Bernard, Louis Pasteur, Rudolf Virchow, y el propio Charcot), y de las experiencias del propio escritor. Turguéniev era probablemente un hipocondriaco, que consideró espantoso no poder consultar a su médico de Moscú durante su reclusión forzada, con 34 años, en su propiedad rural en 1852; que aquejaba diferentes dolencias y viajó a Londres, Italia y Suiza, buscando la atención de diferentes médicos; y que era, además, un lector compulsivo de los diccionarios de

Medicina. En 1877 se describía así mismo como un «vasallo de la gota», y fuese hipocondría o padeciese realmente alguna dolencia orgánica, lo cierto es que Turguéniev falleció en 1883 a causa de un tumor de la médula espinal cuyos síntomas fueron inicialmente considerados por Charcot consecuencia de una cardiopatía isquémica. Los dolores que padeció apenas fueron aplacados hasta unos días antes de fallecer.

Otra explicación, probablemente menos firme, de la aparente falta de resolución de los médicos en estos relatos tenga que ver con la personalidad del propio Turguéniev que Zúñiga describe como falta de firmeza en su carácter, o como un crítico le definió: «En la vida era esencialmente un espectador, un observador, y en consecuencia un débil». Ha sido considerado «una persona irresoluta, sin ninguna línea de acción segura», que «hizo realismo mirando a otra cosa». Es cierto que Turguéniev creía más en un cambio social gradual y no en una revolución. Sin embargo, como se dijo más arriba, fue arrestado y recluido en sus propiedades en 1853 por escribir una necrológica tras la muerte de Gogol; sus novelas tuvieron importantes repercusiones sociales e incluso *Memorias de un cazador*, pudo influir en que el zar Alejandro II suprimiese el régimen de servidumbre en 1861; y además es significativo el relato *La ejecución de Troppman* de 1870 donde expresa su repulsa a las ejecuciones públicas y a la pena de muerte. <<

Bibliografía

- Cuentos extraños*. IVAN TURGUÉNIEV. Bruguera, S. A. Barcelona. 1.ª edición, 1984.
- Cuentos fantásticos*. IVAN TURGUÉNIEV. Adriana Hidalgo editora, S.A. Buenos Aires. 1.ª edición, 2010.
- Páginas autobiográficas*. I. S. TURGUÉNIEV. Alba Clásica. Edición formato digital. Alba Editorial SLU, Barcelona, 2013.
- TURGUENIEV. *Andre Maurois*. Colección Austral. Editora Espasa-Calpe. Buenos Aires. 2.ª edición, 1947.
- Las inciertas pasiones de Turguéniev*. JUAN EDUARDO ZÚÑIGA. Editorial Alfabeta. Santillana, S. A. Madrid, 1996.
- La narrativa posromántica rusa*. En: *Historia de la literatura universal*. MARTÍN DE RIQUER, JOSÉ MARÍA VALVERDE. Editorial Gredos, S. A. Madrid, 2007. Tomo 2, pp. 435-451.
- Iván Turguéniev (1818-1883)*. En: *Curso de literatura rusa*. VLADIMIR NABOKOV. Ediciones B, S. A. Barcelona. 1.ª edición, 2016. pp. 139-191.

HISTORIA DE LA ACADEMIA DE ALUMNOS INTERNOS

DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Carlos Vaquero Puerta

[Catedrático de Cirugía. Exalumno Interno de la Academia]

La presencia de alumnos internos en la Facultad de Medicina y sus hospitales adscritos, se recoge previamente a la fundación como asociación de la propia Academia o Ateneo como se denominaba inicialmente; y hay referencias de la relevancia de su función en diferentes documentos como la del Prof. De la Orden sobre la escasez de los mismos en su clínica quirúrgica, *al ser solo seis y precisar por lo menos diez*, en una Memoria presentada en el año 1861. En las actas de Facultad de Medicina de la Universidad Literaria de Valladolid, como así se llamaba, de los años 1894, 1895, 1896, 1899, 1904 y 1905 se hace mención a los alumnos internos, incluso reflejando las calificaciones en sus oposiciones de interino, y también hay claras referencias a la convocatoria de oposiciones para acceder a esa condición, y la referencia a la existencia de plazas pensionadas, por lo que se entiende que este puesto o cargo estaba por lo menos en algunas plazas retribuido.

Siempre se ha considerado pertenecer a la Academia como un honor, aunque en el momento actual no sea considerado la pertenencia desde el punto de vista curricular. Solo en tres Facultades existe la figura del alumno interno en cada una con peculiaridades. En otras el Alumno es Agregado Voluntario como en la Complutense de Madrid. Ser alumno Interno y pertenecer a la Academia se ha mantenido durante muchas décadas con un perfil elitista al tener que desarrollar una oposición para el acceso e incorporación al Cuerpo de Alumnos Internos, disfrutar de un reconocimiento dentro de la Facultad de Medicina y Clínicas hospitalarias, en algunos casos tener remuneración económica, ostentar una situación de privilegio en la participación académica, docente y asistencial, aunque a sus integrantes se les exigía una participación en el trabajo que

les dejaba en franca desventaja en calificaciones al tener menos tiempo libre para preparar los exámenes. Lo cierto es que los Alumnos Internos casi siempre eran los alumnos más brillantes y compensaban estas situaciones. Como referencia del elitismo de los Alumnos Internos, lo tenemos en la convocatoria de un premio, el denominado Morales Aparicio en la celebración de las bodas de plata de la Cátedra que se convoca con la condición indispensable para optar al premio de ser Alumno Interno por oposición de la Facultad de Medicina, y el mismo estaba dotado con la nada despreciable cantidad de 4.000 pesetas.

La Academia de Alumnos Internos de Medicina (AAIM), fue fundada en 1897 aunque Duran Sacristán en su discurso a los Exalumnos internos en el año 1989 señala 1827. Es la asociación más antigua de la Universidad de Valladolid y la más antigua con este perfil de España. Su objetivo fue y en parte se sigue manteniendo, promover, entre los alumnos de la Facultad de Medicina de Valladolid el interés por la práctica clínica y el contacto diario con el enfermo, para facilitar la formación integral, profesional y humana de los mismos. Se ha soportado su funcionamiento, no de forma muy rigurosa en unos Estatutos que se han ido modificando a lo largo del tiempo.

La Academia como previamente se ha comentado, se denominó inicialmente Ateneo de Alumnos Internos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, hasta los años 1940 que paso a tener la denominación actual. La Academia ha tenido fundamentalmente su vinculación al complejo docente hospitalario Facultad de Medicina y Hospital Clínico y Provincial, inaugurado en 1889 correspondiendo a la adscripción de este hospital, los años más brillantes y fructíferos de esta asociación estudiantil. En 1989 es la única academia que

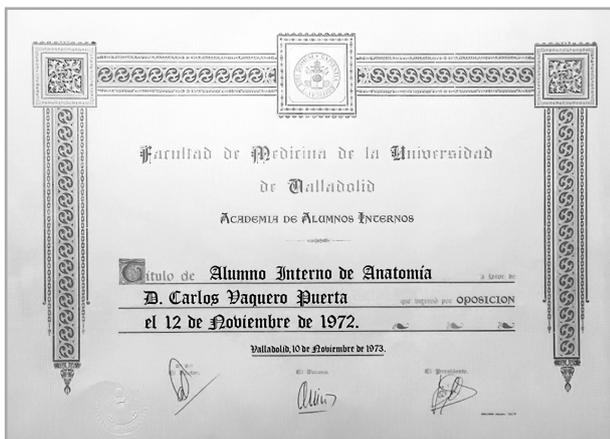
persistía aunque posteriormente se han fundado otras como la de Granada o Salamanca.

No existen documentos que soporten la historia de la academia, posiblemente porque nunca se han originado o porque los escasos existentes no se han custodiado. Siempre su historia se ha transmitido verbalmente, casi siempre soportada en anécdotas o en la personalidad, o perfil profesional de aquellos que fueron alumnos internos. Ha existido un libro de guardias manteniendo la tradición de reflejar la información e incidencias de la guardia. Sí que existen pequeñas referencias en Actas o documentos que dan fe, del funcionamiento de la Facultad de Medicina, aunque recogidas las referencias, más dedicadas a los alumnos internos que a la Academia como asociación. Esto se pone de relieve en las numerosas referencias que del alumno interno se hacen tanto en Actas de la Facultad de Medicina como en las hospitalarias. Sirva de ejemplo la consideración que se hace a esta figura en la Memoria de la Junta local de Sanidad de Valladolid eleva al Consejo de Sanidad del Reino, en cumplimiento del Decreto de 23 de marzo de 1894, donde se recoge que «*la asistencia sanitaria del hospital Clínico dentro del complejo Hospital Clínico, Hospital Provincial y Facultad de Medicina, se halla al cargo de los Catedráticos, profesores clínicos y alumnos internos, siendo el Jefe el Sr. Decano de la Facultad*».

Podemos afirmar que tras la revisión histórica realizada sobre el tema, los alumnos internos han sido en Valladolid, durante centurias soporte de la atención a los pacientes en los hospitales clínicos, tanto en el de la Resurrección, al que se le puede considerar el primer hospital clínico de Valladolid, como en El Provincial y Clínico de Valladolid. Para acceder a

pertenecer a esta asociación en el máximo estatus de Alumno Numerario, se realizaba por oposición, ante un tribunal constituido al efecto. Además de la situación de Alumno Interno Numerario por oposición, se podría pertenecer a ella ocupando las plazas no cubiertas como Alumno Interno Interino, hasta el momento que las mismas, fueran provistas, aunque incluso se hacían oposiciones para ocuparlas, curiosamente de forma temporal con este perfil. No obstante, en las Cátedras y Clínicas Hospitalarias, existían otras situaciones de alumnos no integrados en la organización estudiantil, pero que en estas áreas docentes y clínicas actuaban casi como tal como Alumnos Internos agregados. La asociación, por este carácter ha tenido una Junta Directiva que la gestiona y los cargos han sido con discretas variaciones, Presidente, Secretario, Administrador, Tesorero, Bibliotecario y Director de la Revista. Recientemente se han añadido Vicepresidencias correspondientes a las nuevas áreas o secciones creadas. Durante mucho tiempo la entrega de Diplomas acreditativos se realizaba en un acto solemne diferenciado con la participación del Profesorado. En el momento actual se hace dentro de las celebraciones académicas de la Facultad de Medicina, el día de San Lucas.

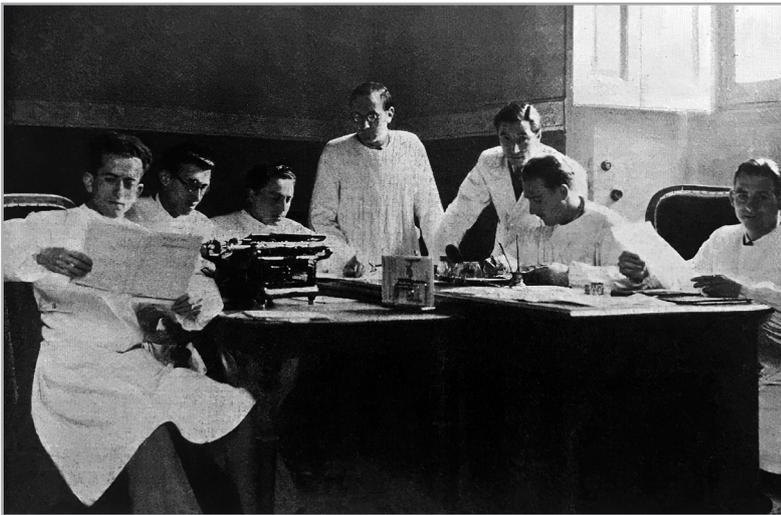
Durante mucho tiempo han existido Alumnos internos de **Cátedras básicas y las de Clínicas**. El Programa de acceso, era específico para las de cada Cátedra y común para las de clínicas, eligiendo plaza de acuerdo con el número sacado en la oposición. Era posible el cambio de Cátedra o Clínica por el perfil de antigüedad, en contra del criterio a veces del Catedrático o Director de Clínica. Ser el número uno de la oposición ha representado durante mucho tiempo un mérito valorado desde el punto



Título acreditativo de Alumno Interno por Oposición año 1972



Orla del Ateneo de Alumnos Internos Curso 1930-1936



Integrantes de un Comité de Redacción de la Revista Boletín del Ateneo de Alumnos Internos, redactando un número extraordinario

de vista curricular. Más recientemente se han aumentado otros perfiles de Alumno Interno como de investigación y de Logopedia.

Sobre la vida de los Alumnos Internos y su asociación la Academia, comentar que además de sus actividades implicadas en el nombramiento de la plaza, está plagada de numerosas anécdotas.

El Alumno Interno de Cátedras, tenía un papel muy relevante al tener adscritas tareas de gran responsabilidad actuando en muchos casos con competencias compartidas con los médicos más jóvenes, este era el caso fundamentalmente en las Cátedras de Anatomía, con preparación de piezas anatómicas, conservación de cadáveres o colaboración en labores de laboratorio, incluso participando de forma activa en la docencia de las asignaturas. Estas actividades eran también desarrolladas por los alumnos internos en los Departamentos de Bioquímica y Fisiología, Farmacología, Medicina Legal, Radiología, Microbiología y en general de los de ciencias básicas.

En los de clínicas la actividad fue también muy relevante. El alumno Interno era parte fundamental de su funcionamiento donde realizaba funciones de elaboración de historias clínicas, exploración de los pacientes, pruebas diagnósticas y en los quirúrgicos curas y sobre todo asistencia como ayudante de los cirujanos de la Clínica Quirúrgica a los que a veces se les permitía cierta actividad, en muchas ocasiones en reconocimiento y premio a su labor.

Siempre ha existido una reivindicación por parte de los integrantes de la academia, que por cierto han tenido épocas de gran peso en

la Facultad de Medicina, desde el punto de vista de participación en actividades en la exigencia de sus jefes en lo que se refería a dedicación de funciones sin ningún tipo de compensación y más bien con una desventaja del resto de alumnos al poder dedicar estos últimos más tiempo al estudio y por lo tanto poder obtener mejores calificaciones.

Las actividades de la Academia como colectivo asociado, ha sido variada pero quizá a resaltar las sesiones clínicas y conferencias tanto de alumnos como profesores invitados, recientemente añadiéndose otras como talleres, cursos y otras de aspecto práctico como pruebas ECOE.

En la época de esplendor de la Asociación se realizaba la apertura y fin de curso en actos individualizados que solían terminar con una cena de hermandad donde acudían los integrantes de la Academia acompañados por los profesores de mayor rango y prestigio la Facultad.

La irrupción de una mayor presencia de la **mujer** como Alumna Interna se ha producido especialmente en la década de los años 60 y 70 del siglo pasado hasta llegar quizá a una mayor presencia que del Interno varón en el momento actual, de acuerdo a la distribución por sexos del alumnado. Como dato curioso comentar que las primeras internas en las guardias a partir de las 10 de la noche se iban a casa a pernoctar y eran sustituidas porque no estaba bien visto que durmieran en el hospital, algo que posteriormente de acuerdo a la evolución de la sociedad, cambió.

El Alumno Interno durante mucho tiempo su situación tenía independientemente de su nombramiento, reconocimiento académico que ha llegado a ser laboral con su **remuneración económica**, relación contractual y de nombramiento oficial de la Universidad, sueldo por otro lado, aunque no muy cuantioso, para algunos nos supuso el primero y una ayuda para gastos, aunque si bien es cierto, durante un periodo largo de tiempo éste parcialmente se retenía por el bedel adscrito a la actividad de la academia, en base a que prestaba servicios, como acudir al domicilio del alumno interno a recoger sábanas devolviéndolas posteriormente para el día de guardia hospitalaria, función

que durante varias décadas realizaba el siempre recordado bedel Julián Niño. La remuneración fue durante décadas, pero en otras épocas, motivo reivindicativo por los integrantes de la Academia intentando su incremento, aunque ya hace años, que fue suprimida.

La *Revista Clínica*, inició su publicación como *Boletín del Cuerpo de Internos de la Facultad de Medicina de la Universidad Literaria de Valladolid*, con perfil de periódico de aparición quincenal con suscripción de 1 peseta al mes, 2.50 al trimestre y 5 pesetas al semestre. Número 50 céntimos de peseta y número atrasado 1 peseta. Fue fundada como portavoz del Ateneo de Alumnos Internos en 1897, recibiendo el nombre inicialmente de *Boletín del Ateneo de Internos* y ha sido un elemento fundamental en la historia de la asociación, aunque durante algunos años y épocas, se dejó de publicar como en el periodo de 1981 a 1989. Ya desde hace años sólo se viene publicando un solo número anual, aunque manteniendo la información relevante de la vida de la Academia, el funcionamiento de la misma y como no, con importantes aportaciones científicas de los alumnos internos o por el profesorado invitado. En muchos casos se ha financiado su edición por la publicidad de empresas vinculadas con el mundo sanitario, que por el número de anuncios que contenía se nos antoja en algunos números muy numerosa, aunque desconocemos la cuantía del anunciante. Sin embargo, posteriormente no ha tenido soporte económico más que la ayuda institucional. Ha existido casi siempre un Director de la Revista, elegido entre los internos, acompañado de un equipo de Redacción.

Las *guardias* de los internos, realizadas inicialmente en el Antiguo Hospital de la Resurrección ubicado en el local que ocupa la casa Mantilla entre las calles Miguel Íscar y Plaza Zorrilla, posteriormente en el Hospital Provincial y Clínico fueron parte relevante de la actividad del Alumno Interno y donde se tenía la oportunidad realmente no solo de desarrollar y aplicar los conocimientos médicos, sino adquirir responsabilidades de gran valor formativo. Las guardias en largos periodos sólo supervisada por el médico de guardia la formaban un equipo de dos alumnos internos en

denominado antiguo de mayor experiencia y de cursos superiores y el moderno, con menos experiencia y se procuraba que uno tuviera interés en la parte médica y el otro en la quirúrgica buscando complementariedad. Se actuaba en los Servicios de urgencias, que, en el periodo más largo de la historia de la Academia correspondiente al hospital Provincial y Clínico, estaba ubicado en la entrada del hospital entre las salas de San Vicente y San Miguel y el quirófano en la planta superior. La colaboración en la atención de los enfermos se recibía por parte del conserje de la institución, los mozos llamados enfermeros, las Hijas de la Caridad y enfermeras y estudiantes de enfermería. Se dormía en el Hospital, durante los últimos años, en habitaciones en dependencias anexas al laboratorio de análisis clínicos que en su día montó el Prof. Morales Aparicio, con difícil acceso por un largo pasillo y que los internos denominábamos «laberinto membranoso». Largas las noches que se pasaban los internos acompañando a las Hijas de la Caridad de Guardia o estudiantes de enfermería tomando un café con leche aguado pero caliente, al que invitaban las monjas. El Servicio de Urgencias en los últimos años, pasó a ubicarse en el sótano, donde se habían construido unas instalaciones y quirófano bastante dignas a la espera de la apertura del nuevo Hospital Universitario. El Servicio de Urgencias en el Hospital Provincial y Clínico, como previamente se ha indicado formaba un único cuarto de atención al que se accedía por un vestíbulo, entre las entradas de la Sala de San Vicente y San Miguel cerca de la



Disertación del Dr. Casas en conferencia organizada por el Ateneo de Alumnos Internos con la presencia de relevantes profesores de la Facultad de Medicina como los Prof. Durruti, Monterde, Bañuelos, Costero, Argüelles y Cuadrado, sentados en la primera fila



Entrega de Título de Alumno Interno en 1972 por el profesor Beltrán de Heredia

entrada principal del Hospital Provincial. El aviso de la llegada de pacientes lo daba el conserje que localizaba al interno. El quirófano se situaba en la segunda planta al lado de la sala de Resurrección en una ampliación del hospital. Además de atender la urgencia externa se hacía y especialmente por la tarde y noche, cuando no había médicos en el centro hospitalario, de los pacientes ingresados en las diferentes Salas, donde predominaba un perfil de paciente crónico con patología relevante y donde el interno cuando era requerido por el agravamiento del enfermo hacía lo que podía y solo en caso extremos llamaba al médico de guardia. El interno acogía a los enfermos quirúrgicos que valoraba y si consideraba que debería de atenderle el cirujano de guardia, le llamaba, pero en la mayoría de los casos lo era para realizar la consabida operación quirúrgica con la casi exclusiva ayudantía del alumno interno tanto antiguo como moderno. Las comidas de los internos que se hicieron en diferentes lugares, desde el propio hospital, cafetería de la Facultad, cafeterías y restaurantes de la zona, alrededor de la Facultad incluida la mítica cafetería Pigalle.

En 1974, se trasladó el servicio de urgencias al sótano con entrada por el patio interior entre el edificio del hospital provincial y la Facultad de Medicina, con cuartos para internos y médicos, cuarto de exploraciones de almacén y sobre todo un quirófano octogonal debajo del octógono de acceso del hospital. Se cerró con el traslado del Hospital Provincial y Clínico al nuevo Hospital Clínico Universitario en 1978.

Otra constante en la reivindicación, ha sido la **Sede de la Academia** que ha pasado a lo largo de su historia por diferentes ubicaciones, casi siempre en espacios reducidos y con problemas de mobiliario a veces insuficientes para poder tener un lugar de trabajo digno y suficiente, limitación que a lo largo del tiempo ha repercutido por no disponer de una documentación que soporte un patrimonio de la Academia y ni tan siquiera un fondo documental, que casi ha quedado reducido al conocido registro del guardias donde se anotaba en el libro las incidencias. A esta situación ha contribuido los numerosos traslados de sede, la temporalidad de la permanencia del alumno como Interno y sobre todo los periodos donde la Academia ha soportado los momentos más difíciles casi al borde de la desaparición.

Hay referencias que en el Hospital Provincial y Clínico de que, en el pasillo central, se ubicó la clausura de las Hijas de la Caridad y al lado el cuarto de los internos, aunque generalmente la sede estaba en el edificio de la Facultad de Medicina.

La apertura del Hospital Clínico Universitario en el año 1979, fue un duro golpe para la Academia. Esta apertura conllevó la llegada de los **Médicos Internos y Residentes (MIR)**, aunque cinco años antes se había introducido su presencia en la denominada Residencia Sanitaria Onésimo Redondo; y también el funcionamiento del hospital organizado en servicios hospitalarios jerarquizados que relegó inicialmente a los integrantes de la academia en sus antiguas competencias y sobre todo la organización del servicio de urgencias, ya por especialidades, que hacía casi innecesaria la presencia del Alumno Interno al ser asumidas sus actividades por la de los médicos en formación del Sistema MIR, por lo que se ciñó sus competencias, a aspectos casi exclusivamente con perfil docente, teniendo que ceder a los nuevos Médicos de Urgencias y a los especialistas en formación, las actividades que en otra época fueron soporte de su función como eran las asistenciales.

La Facultad de Medicina también se reorganizó en **Departamentos docentes**, desapareciendo las Cátedras como unidad docente investigadora, aunque evidentemente se mantuvieron los Catedráticos, Profesores Adjuntos después Titulares y los denominados profesores no numerarios o Profesores Ayudantes de

Clases prácticas, perdiendo también el alumno Interno su protagonismo al incorporarse al departamento otros alumnos que sin oposición realizaban funciones. Además, también se empezaron a incorporar los becarios, postgraduados generalmente con funciones investigadoras.

Dentro de anecdotario, una de las curiosas actividades en las que participaron los alumnos internos, sobre todo en la segunda mitad del siglo pasado, fue la organización y participación en una **cuestación y cabalgata**, donde los alumnos de medicina salían a la calle con huchas para recaudar fondos para soportar gastos del pabellón de los niños tuberculosos ubicado en el Prado de la Magdalena. Se celebraba en una mañana festiva de domingo que culminaba con una cabalgata desfile con carrozas y donde colaboraba desde la industria local hasta el ejército prestando medios de automoción. Desapareció con el cese de funcionamiento de la unidad hospitalaria en los años 80.

Anécdotas de la Academia hay muchas, como la costumbre después de la cena de internos y profesores, continuar la fiesta los primeros tocando la campana de la esquina de la fachada del Palacio de Santa Cruz elevando al bedel de la Academia Julián Niño, rompiendo con algarabía el silencio de la noche.

Han existido personajes especiales ligados a la Academia y entre ellos están Julián Niño Asensio el bedel de la Academia y Teodora Diez de las Heras, enfermera que anímicamente acompañaba y ayudaba a los internos en lo que podía.

La Orla de los alumnos internos, generalmente se realizaba años alternos. Siempre ha sido un bonito recuerdo y un soporte documental que ayuda a conocer junto a la Revista Clínica, la historia de la Academia y quienes formaron parte de ella. Algunas se custodian en la Sede de la Academia, siendo deseable la recuperación de muchas de ellas,



Curiosa fotografía de la cabalgata para recaudar fondos para el Pabellón de niños tuberculosos organizada por la Academia de Alumnos Internos a su paso por la denominada Avda. del Generalísimo Franco en aquella época, hoy Avda. Recoletos de Valladolid

como soporte de esta institución ya centenaria.

Como Alumnos internos honoríficos, tuvieron el reconocimiento los profesores Hipólito Duran Sacristán, César Aguirre Viani, Pedro Gómez Bosque, el bedel Julián Niño, y la enfermera Teodora de las Heras.

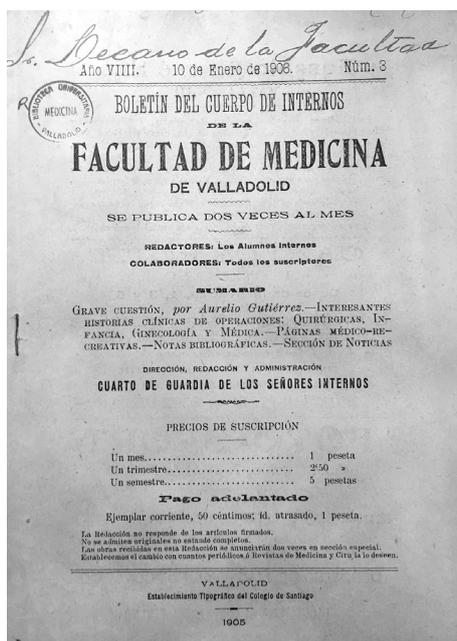
Por último, transcribimos literalmente el informe elaborado por los propios integrantes de la Academia sobre la situación de los alumnos Internos y la asociación actualmente en la Facultad de Medicina de Valladolid:

Figura regulada por los Estatutos de la Academia de Alumnos Internos de Valladolid
Diferenciamos:

– *Departamentos de investigación: el alumno debe superar un examen con un temario determinado por el departamento que debe preparar por su cuenta; siempre y cuando haya superado las asignaturas de primer curso.*

– *Departamento clínico: realizan un examen con un temario que se divide en dos partes: «síndromes clínicos» y «urgencias-médico-quirúrgicas» y hay apuntes bastante buenos realizados por antiguos alumnos. También hay un número determinado de plazas y sólo se puede opositar si se ha aprobado 1.º, 2.º y patología y farmacología de 3.º. Una vez dentro, por orden de calificación en el examen, los alumnos eligen a que departamento quieren pertenecer dentro del hospital.*

Las plazas son fijas hasta el último curso de carrera y los alumnos clínicos pueden cambiar de departamento cada 6 meses.



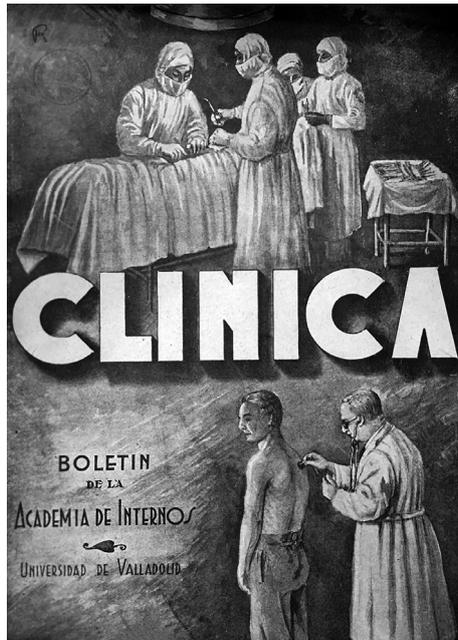
Boletín del Cuerpo de Internos de 1905

En caso de que no se hayan cubierto todas las plazas, existe la figura de «alumno interino» a la que se accede de forma directa sin examen. En este caso la plaza no es fija y eligen departamento después de los alumnos internos.

El trabajo consiste en integrarse en un servicio, realizar las guardias pertinentes, organizar cursos y conferencias, publicación de artículos propios en la revista *Clínica* dirigidos por un tutor, etc.

Estar en un departamento como alumno investigador, es completamente compatible con llevar al día la carrera, porque a pesar de que se exigen un número mínimo de asistencias semestrales, el propio alumno fija fecha y número de horas que va a estar hasta que complete la labor encomendada. La parte de alumno clínico es algo más complicada ya que tienen que realizar 10 prácticas de 10-12 horas al semestre que coinciden con clases y otras prácticas. Sin embargo, al ser casi 60 personas dentro de la academia, siempre se puede pedir un cambio de guardia con cualquier otro compañero.

Desde hace un par de años, al cambiar el director de la academia, la figura del alumno interino está siendo algo más conocida. Sin embargo, la mayoría de las personas no se interesan por las labores de investigación y esperan hasta 4.º para poder presentarse al examen de clínicas. Los propios alumnos internos, están tan



Portada de la Revista *Clínica* de 1940

contentos con la actividad que allí se realiza, que por norma general nadie quiere dejar de serlo. Los profesores ayudan en lo que pueden a los alumnos internos ya que entienden su interés y motivación para hacer tantas horas de investigación/urgencias. «

Bibliografía

DEL ÁGUILA, J. *Las Academias de alumnos internos, ¿cómo funcionan?* Elsevier, 31 de mayo de 2016.

DURAN SACRISTÁN, H. *La época de esplendor de la academia de alumnos internos Clínica*. Época V, n.º 1. Diciembre 1989, pp. 87-92.

GONZÁLEZ CALVO, V. *Aquellos tiempos del Ateneo de alumnos internos*. *Clínica*. Época V, n.º 1. Diciembre 1989, 84.86.

Memoria de la Junta local de Sanidad de Valladolid eleva al Consejo de Sanidad del Reino en cumplimiento del Decreto de 23 de marzo de 1894. Ayuntamiento de Valladolid, 2006.

VAQUERO, C. *Hospital Clínico Universitario de Valladolid. 40 años de historia*. SACYL-ICSCYL. Gráficas Gutiérrez Martín. Valladolid, 2018.

VAQUERO, C. *La cirugía en Valladolid en el pasado siglo XX. Recuerdo histórico*. Discurso Inaugural Solemne Sesión Inaugural del Cuso Académico Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid año 2019. Cargraf Impresores. Valladolid, 2019.

VAQUERO, C., GARCÍA SAINZ, I., SAN NORBERTO, E. *Hospital Provincial y Clínico de Valladolid. Apuntes históricos*. *Anal Real Acad Med y Cir Vall*. 2018;55,1:181-195.



Miembros del Ateneo de Alumnos Internos en 1936

LOS MÉDICOS Y LA SOCIEDAD OBRERA DE SOCORROS MUTUOS «LA SALDAÑESA»

ENTRE 1920 Y 1958

José Ignacio Guerra Aragón
[Administrativo. Facultad de Medicina de la UVA]

En 1920, se fundó en Saldaña, Palencia, una Sociedad Obrera de Socorros Mutuos con un fin muy sencillo: posibilitar que los obreros, cuando enfermaran, tuvieran qué comer durante los dos primeros meses de su baja. Y ello se lograba por un sistema igualmente sencillo: cada socio, cada obrero, pagaba una peseta al mes con el fin de formar una caja de «resistencia», una caja de beneficencia mutua.

Obviamente, los únicos que estaban capacitados para decidir la baja o el alta de dichos obreros, básicamente agrícolas, eran los médicos o los facultativos (de estas dos formas se los denomina en la documentación original de la Asociación, apareciendo el término «doctor» mucho más tarde), por lo que su relación con la Sociedad Obrera de Socorros Mutuos «La Saldañesa» fue intensa:

«Para recibir socorro es preciso presentar una nota firmada por un facultativo dando al enfermo de baja y haciendo constar clase de enfermedad o accidente que padece y día que se quedó en cama o cesó de trabajar», según el reglamento de la Sociedad de 1920.

«Para disfrutar del socorro de que trata el artículo anterior, el socio enfermo mandará presentar documento firmado por su médico al presidente de la Sociedad en el cual se hará constar la enfermedad que padezca», según el reglamento modificado de 1927.

También se hizo saber a la Junta General el acuerdo de la Dirección de modificar el artículo 10 del Reglamento adicionándole lo que sigue: «La baja por enfermedad será dada por el médico que asista a cada socio activo; pero la Junta Directiva, previo el informe de los visitadores, podrá suspender el socorro al socio que maliciosamente demorase pedir el alta». En estos términos fue aprobado por la General, en 1951.

Pero las funciones del médico otorgadas por las normas internas de la Sociedad Obrera eran mucho más amplias, como nos lo muestran las siguientes citas extraídas de sus archivos, las primeras en relación al ingreso en la Sociedad Obrera:

«Una vez terminados todos los trámites necesarios para llegar a obtener el reconocimiento de la Sociedad podrán seguir admitiéndose socios hasta sesenta y cinco años, quedando obligados al reconocimiento facultativo» (1920).

«Se acordó que todo obrero que deseara ser asociado a esta Sociedad y llegara a la edad de cincuenta y cinco años será admitido bajo las condiciones siguientes: 1.º Serán reconocidos por el Sr. Médico» (1925).

«Todo el que reuniendo las anteriores condiciones desee inscribirse en esta Sociedad, presentará al efecto solicitud de demanda ante la Junta Directiva de la misma. En este escrito, que además de la firma del solicitante, o de otra persona a su ruego si ella no sabe firmar, ha de llevar la de dos socios, expresará aquel su edad y profesión. Para justificar la edad y buena salud, acompañará también dos certificados, uno del médico y otro del párroco» (1927).

«También se acuerda admitir como socio de esta Sociedad a Pedro Cofreces con la condición de que cada vez que se dé de baja por enfermedad que padece en su pierna, según dictamen facultativo, no tendrá derecho a ningún socorro» (1931).

«Habiendo presentado instancia y certificado del Señor Médico, el obrero Claudio Díez, para ingreso en esta Sociedad, y se aprueba con fecha uno de noviembre» (1943).

«Lectura del certificado del médico para el ingreso en esta Sociedad a los obreros Severino Rebolleda y Antonio Rebolleda» (1946).

En relación con los socios que temporalmente han estado o están trabajando fuera de Saldaña, existen las siguientes notas:

«Los que por necesidad salgan a trabajar fuera de la Villa por más de dos meses, si están al corriente de sus cuotas, pueden pedir la baja, pudiendo ser admitidos a su regreso con solo el informe del médico, que declarará su aptitud para el trabajo y la solicitud correspondiente» (1920).

«Para que el socio que enferme fuera de esta población pueda tener derecho a socorro, mandará al presidente de la Sociedad certificados que pueden ser en un mismo documento y con algún sello que revele su autenticidad del médico que le asista, Sr. Cura de la Parroquia a que pertenezca el domicilio donde se encuentre o del alcalde del pueblo» (1927).

«Se acordó (que) los socios que no tengan su residencia en esta Villa no perciban ningún derecho hasta no vuelvan a esta Villa y sean socios: Siendo reconocidos por el Sr. Médico» (1933).

En relación con el cumplimiento de los preceptos prescritos por los médicos, se hallan las siguientes notas:

«Se acuerda que al socio Eutiquio Laso se le imponga una peseta de multa por no presentarse al médico para pedir el alta hallándose enfermo y sí lo hizo por intercesión de su mujer» (1934).

«Se acuerda imponer al socio enfermo Marcelino Pérez la multa 6 pts. por falta: no estar en casa al tiempo de la visita y haber salido sin autorización del médico y presidente» (1937).

«El socio que durante su enfermedad no se sujete al método que el facultativo le haya prescrito, pierde el derecho al socorro estipulado desde el día que cometa la falta» (1946).

«Habiendo estado enfermo el socio Carlos Calvo, y no habiendo pasado aviso el Sr. Facultativo debido a carecer de impresos en los cuales conste la baja, y una vez probado según comunicaron los Srs. Visitadores, esta Directiva acordó pasarle la cuota de dos pesetas que en total hacen seis pesetas; cantidad que le fue entregada en el local de la Asociación» (1920).

«Habiéndose dado de baja por enfermedad el socio Damián García, la Junta Directiva acuerda consultar con el Sr. Médico la causa de su enfermedad» (1940).

«Se procedió a abonar al socio enfermo Marcelino Pérez siete días de baja, con anterioridad a la baja, fecha uno de enero, que por ausencia del Sr. Médico no pudo ser presentada» (1943).

Por estos trabajos los médicos no cobraban, por lo que la Sociedad Obrera, desde el principio, tenía «detalles» esporádicos con ellos:

«Que dispone (la Sociedad Obrera) de una participación de lotería N° 31.183 de la lotería que se sorteará en Navidad el día 22 de diciembre del mil novecientos veintitrés... Dicho número participarán todos los socios, tanto activos como protectores, de una peseta en el número indicado y los Srs. Facultativos participarán de una peseta» (1923).

Detalles que se repiten año tras año, aunque únicamente transcribo tres referencias:

«En concordancia de todos los socios se acordó hacer un regalo a los dos facultativos de la misma Sociedad» (1923).

«Que se haga un regalo a los médicos para Navidades como los años anteriores» (1924).

«Se acuerda se haga el regalo a los señores médicos como en años anteriores» (1944).

¿En qué consistía dicho regalo? ¿Era siempre el mismo?

Desde 1923, tenemos el desglose de los gastos de la Sociedad Obrera, curiosamente el mismo año en que hay constancia del inicio de los regalos a los médicos, y sobre los gastos del mes de diciembre aparece: «De dos pavos que se regalaron a los facultativos de esta Sociedad, 37,00 pesetas».

Por lo que hay que pensar que en Saldaña había dos médicos por esos años o que, por lo menos, dos de ellos trabajaban desinteresadamente por la Sociedad Obrera; y que los pavos eran un artículo de lujo, porque 18,50 pesetas costaba cada pavo. ¡No está nada mal, si consideramos que con ese dinero se podría pagar la baja de un obrero durante una semana! 7 días por 2,50 la ayuda por día, ¡igual a 17,50 pesetas!

Al año siguiente se repite la cita: «Por dos pavos, 32,00 (pesetas)»; veinte años después, en 1944, también: «Dos pavos de regalo a los Sres. Médicos, 150,00 (pesetas)». Por cierto, en este año cada pavo costaba 75,00 pesetas, con lo que se podría pagar la baja de un obrero durante 25 días, ya que entonces la ayuda únicamente había aumentado a 3,00 pesetas al día (por el contexto sabemos que esta indemnización se había quedado muy escasa, por lo que en los años siguientes se incrementó sustancialmente, aunque el pavo seguía siendo un artículo de superlujo).

Pero a pesar de que Saldaña tenía 1.550 habitantes en 1920 y diversos médicos trabajaban en la Villa, hay que esperar al año 1945 para tener noticias concretas en la documentación de la Sociedad Obrera de uno de ellos, por cierto, la primera vez que se le denomina «doctor»:

«Expuso el socio Nicolás Rojo se hiciera el regalo de Navidad al Sr. Doctor Ignacio Herrero, como de costumbre a los demás médicos. La Junta Directiva examinando dicho acuerdo no cree conveniente aprobar dicho acuerdo».

Y de 1958, la segunda referencia a un médico en concreto:

«En segundo lugar se expone a la Junta General la iniciativa de la Directiva de hacer un obsequio a D. Mariano Magide García con motivo de su jubilación y en prueba de agradecimiento por su labor de asistencia desinteresada a todos los socios de esta Entidad, durante los 38 años que la misma va de existencia. La Junta General aprueba unánimemente esta iniciativa de la Directiva y se acuerda obsequiar a D. Mariano Magide García con una placa de plata conmemorativa de la efeméride de su jubilación».

¿Quiénes eran estos doctores? ¿Fueron alumnos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid? Desgraciadamente, no tenemos datos del primero de ellos, pero sí del segundo ya que los descendientes de D. Mariano Magide García siguen viviendo en Saldaña y por ellos sabemos que nació el 14-8-1886 en el pueblo

palentino de Sotobañado y que estudió en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, licenciándose durante el curso 1907-1908. Como curiosidad, cabe señalar que en aquel curso el Decano de la Facultad era el Dr. Salvino Sierra y el Rector Magnífico, el Dr. Didio González Ibarra.

Firmas originales del expediente del Dr. Mariano Magide

Gracias a estos datos y a la colección de orlas que conserva la Facultad de Medicina podemos contemplar su semblante, con 21 años, recién licenciado:

Y gracias a la documentación conservada en el Archivo Universitario de la Universidad de Valladolid (ES. 41786.AUVA LEG-0000624/64) conocemos los siguientes datos de su persona:



Foto extraída de la orla de su promoción, 1907-1908, Facultad de Medicina

Con 14 años, el 20-6-1901, realiza los dos exámenes para obtener el Título de Bachiller, en el instituto de Palencia, sin demasiada brillantez: dos aprobados.

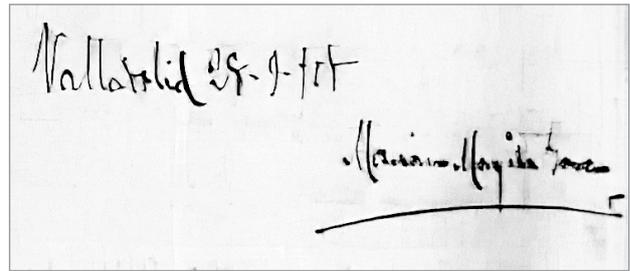
Con 15 años, curso académico 1901-1902, realiza los estudios preparatorios de la Facultad de Medicina, donde su rendimiento es altamente satisfactorio: un aprobado, un notable y dos matrículas de honor.

De los 16 a los 21 años (desde los cursos 1902-1903 hasta el 1907-1908), cursó los seis años de la licenciatura de Medicina con sus veinticuatro asignaturas: tres aprobados, cinco notables, cuatro sobresalientes y doce matrículas de honor. Un currículum espectacular.

Con 21 años, los días 13, 14 y 15 de junio de 1908 realiza los exámenes para obtener el Grado de Licenciado y los supera con sobresaliente.

Con 22 años recién cumplidos opta al Premio Extraordinario de Licenciatura, lográndolo con un examen sobre el «Concepto moderno de las infecciones».

Al poco de concluir sus estudios se debió de instalar en Saldaña como uno de sus médicos,



Fecha y firma del examen con que optó al Premio Extraordinario de Licenciatura

ya que en 1958 se jubiló, recibiendo diversas muestras de cariño por sus 48 años de labor médica en la Villa. Entre estos homenajes destaca el que partió de la Sociedad de Socorros Mutuos «La Saldañesa», ya que había desarrollado una ingente labor asistencial en favor de los obreros miembros de la misma desde su fundación, en 1920, y durante los treinta y ocho años siguientes.

Por cierto, la placa de plata del homenaje debió ser de buena calidad, por su coste: «Obsequio al Doctor D. Mariano Magide..... 2.000,00 pesetas», lo que equivalía a la cuota mensual de 200 socios, cuando la Sociedad Obrera tenía 243 socios en el mes de su homenaje, julio de 1958. <<



Sociedad de Socorros Mutuos «La Saldañesa» al servicio del obrero. Año 1958

EL IOBA CUMPLIÓ 25 AÑOS

José Carlos Pastor Jimeno

[IOBA. Instituto de Oftalmobiología Aplicada de la UVa]

A finales de diciembre de 1994, el BOE recogía el Real Decreto de constitución del Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada de la Universidad de Valladolid (UVa), creado al amparo de la LOU, que pasaba así a ser el primero de los dedicados a Oftalmología y Ciencias de la Visión de España y el primer instituto de la L.R.U. (Ley de Reforma Universitaria) de Castilla y León.

La historia había comenzado mucho antes. En 1976, tuve la oportunidad de acudir al congreso de la Academia Pan-Americana de Oftalmología, que se celebró ese año en Miami. Allí comprendí, de forma ciertamente traumática, cuál era el concepto que se tenía fuera de España de la oftalmología española. Para un joven oftalmólogo español formar parte, de alguna manera, de la saga de nombres ilustres como los de Arruga, Castroviejo o Barraquer era no solo un motivo de orgullo, sino que provocaba incluso un cierto sentimiento de superioridad en aquella generación. Por eso, comprobar que mientras que en mi país las lentes intraoculares estaban «prohibidas», por algún oftalmólogo muy «poderoso» ubicado en el noreste español, en Estados Unidos se estaban poniendo 400.000 por año. Y que cuando ese mismo oftalmólogo español se levantó para hablarles a los asistentes de la Pan-Americana de lo malas que eran las lentes intraoculares y los «grandes» de la oftalmología norteamericana que estaban presentes en la sala se levantaron de sus asientos y se fueron, aquello causó en mí un sentimiento de estupor. Es verdad que nos conocían, pero como algo exótico y con un pasado glorioso. En ese momento comprendí, de forma bastante traumática, que la oftalmología española de aquel entonces pintaba muy poco en el concierto internacional.

Al día siguiente, teníamos unas horas libres y me fui a ver el Bascom Palmer, el Instituto de Oftalmología de la Universidad de Miami. Allí tropecé con otro español que también había ido a curiosear y juntos contemplamos boquiabiertos los expositores de metacrilato

donde estaban los diferentes prototipos de un aparato para operar que era como el sueño de cualquier oftalmólogo que se quisiera dedicar a la patología de la retina: el vitreotomo. El instrumento estaba siendo desarrollado en el McKnight (centro de investigación anexo al Bascom Palmer) por el genial Robert Machemer y, por el no menos genial, Jean Marie Parel, físico francés que es uno de mis referentes y a quien me honro en conocer. Dos ideas nos quedaron claras: que o desarrollábamos investigación o no pintaríamos mucho en el concierto internacional y que nuestra investigación debería ser fundamentalmente aplicada. Por cierto, desde mi llegada a Valladolid, el aparatito de marras (el vitreotomo) ha sido mi principal instrumento en el quirófano.

Años más tarde, en 1987, tuve la inmensa fortuna de ser vicerrector de Investigación de la UVa, en el equipo del profesor Fernando Tejerina, (todo un lujo para mí y para nuestra Universidad), involucrándome en el desarrollo e implantación de la LRU. Allí aparecía una figura extraña, sin apenas desarrollo normativo, creo que en artículo 4, que eran los Institutos Universitarios de Investigación. Dicho y hecho. Tras el apoyo del rector, se hizo la propuesta de creación de uno dedicado a la Oftalmología y las Ciencias de la Visión, que fue aprobado por el Consejo de Gobierno de la Universidad, en 1989. Por cierto, el primer director fue el profesor José Luis González Martínez de Zárate, catedrático de Farmacología quien acuñó el nombre de Instituto de Oftalmobiología Aplicada, recalando ya desde el inicio su carácter traslacional.

La propuesta viajó a Madrid, a la ANECA y, finalmente tras cinco años de evaluación, se dio luz verde al IOBA, nombre lleno de anécdotas como la del compañero que sutilmente nos corregía la B por V porque pensaba que IOBA era el Instituto de Ojos de Valladolid y que aun estará desconcertado de que tuviéramos esas faltas de ortografía, viviendo aquí en Castilla. En ese Real Decreto quedaron claras sus tres funciones: la asistencial, la formadora y, por supuesto, la investigadora.

Han pasado 25 años. Desde hace casi cuatro, es director del IOBA el profesor Miguel Maldonado y bajo su dirección se ha celebrado una jornada para repasar y hacer un poco de memoria de lo que ha sido este cuarto de siglo. Y para dar las gracias.

La lista de personas a las que tenemos mucho que agradecer es enorme y nos dejaríamos fuera a muchos. Por eso, y como representación de todos ellos hemos seleccionado al profesor Juan Cuevas Álvarez, profesor de Anatomía Patológica de la Universidad de Santiago, a quien conocí en 1979 cuando tuve la fortuna de estar dos años de profesor Agregado del incomparable Don Manuel Sánchez Salorio, catedrático de Oftalmología de esa universidad, aún vivo y con una cabeza privilegiada.

En esa jornada, presidida por el rector de la Uva, se comentaron algunas cifras que tenemos siempre presentes porque cada cinco años tenemos una evaluación de la ACSUCyL, la agencia de evaluación de la calidad del sistema universitario de Castilla y León. No es fácil entresacar las más relevantes. Para aquellos que tengan más interés, los animo a brujulear en la web del IOBA o de la Universidad. Pero aquí van algunas y también algunos hitos.

Casi 100 tesis leídas de las que 28 tienen mención internacional. Un programa de doctorado interuniversitario que compartimos con las universidades de Santiago, Complutense, Alcalá de Henares y Murcia.

Nuestra participación en la creación de los estudios de Óptica-Optometría en 1996. Su calidad docente está contrastada, pero además algunos de nuestros ópticos-optometristas están escalando a las cotas más altas del profesorado universitario, los profesores Raúl Martín, María Jesús González o Alberto López.

El edificio. El IOBA inició su andadura en la Facultad de Medicina (hoy Ciencias de la Salud) con una serie dispersa de huecos repartidos por todo el edificio gracias a la comprensión y benevolencia de los diferentes decanos. Por fin, gracias al apoyo de la Universidad, siendo rector Jesús María Sanz Serna, se consiguieron fondos FEDER para construir el actual edificio ubicado en el Campus Miguel Delibes. El área Clínica se trasladó en 2008 y el resto en 2009.

La formación en el exterior. El IOBA inicio muy pronto, en 1986, el programa de estancias de sus profesionales en el exterior. Este ha sido y es una cuestión crucial para garantizar

una adecuada formación, unas ideas abiertas al mundo y una buena red de contactos profesionales. La primera estancia fue la de M. Calonge en Boston, luego la de María Antonia Saornil también en Boston, Lucía Manzanos en Boston, MI López en California, JM Herreras en Chicago, Rosa Coco en Londres (profesora Titular), Ana Vallelado en Canadá, David Galarreta en Londres, Diebold (también Titular), F. Ussa en el Reino Unido, M.J. Gonzalez en Australia, S. Pastor-Idoate en Manchester, L. Cocho en Boston y muchos otros más... y así hasta ahora.

La investigación necesita recursos y aunque en los primeros años hubo una curva levemente creciente del porcentaje del PIB dedicado a I+D+i, en España nunca hemos pasado del 1,2%. Y para colmo de males, a partir de 2009 empezaron los recortes, que han sido brutales y que han hecho desaparecer a muchos grupos de investigación lo que, en nuestra opinión, es un drama. Por eso cobra más valor que el IOBA, con luces y sombras, ha conseguido en estos años unos 18 millones de euros tanto de convocatorias europeas, como nacionales, regionales y contratos con empresas.

El IOBA es uno de los motores científicos de la Uva junto con muchos otros grupos que aportan prestigio, recursos y futuro a esta casi ocho veces centenaria Universidad. El IOBA ha llevado a cabo numerosas investigaciones que han supuesto un incremento significativo del conocimiento existente, o en términos de transferencia de tecnología a la sociedad, materializada en patentes o registros de la propiedad intelectual. No obstante, dichos avances no hubiesen sido posibles sin la existencia de los grupos multidisciplinares, a los que hemos tenido la fortuna de pertenecer, especialmente en colaboración con otros grupos de investigación de la Uva como los de la Facultad de Ciencias de la Salud, de Ciencias, de Ingeniería de Telecomunicaciones, de Educación y Trabajo Social, o el IBGM con los que el IOBA colabora de forma continua en beneficio de toda la comunidad universitaria.

Proyección nacional en ciencia. El IOBA ha mantenido siempre una política de participación activa con otras universidades españolas y centros de investigación. Uno de los ejemplos es el Programa de Doctorado Interuniversitario. Pero también formamos parte del CIBER-BBN, Centro de Investigación Biomédica en Red de Bioingeniería, Biomateriales y Nanomedicina; de

la Red Temática de Investigación Cooperativa Sanitaria (Oftared) de la que somos centro coordinador; de la Red de Terapia Celular (Tercel). A nivel regional, formamos parte del Centro en Red de Medicina Regenerativa y Terapia Celular de Castilla y León y se mantienen colaboraciones muy activas con grupos de las Universidades de Salamanca y León.

La terapia celular (células madre), ha sido una de las apuestas más serias del IOBA por la transferencia con la ayuda insustituible del IBGM. Los trabajos los inició el grupo de la Prof. Margarita Calonge hace más de 15 años y se ha desarrollado y publicado el primer ensayo clínico en el mundo con células madre mesenquimales. Se han trasplantado, gracias al buen quehacer del Dr. José María Herreras, más de 70 pacientes con éxito en más del 86% de los casos. Hoy somos la referencia de España en este campo.

La retinopatía diabética. Entre 1993 y 1998, la Dra. Maribel López realizó la primera campaña presencial de detección precoz de retinopatía en la población rural de Valladolid. Se atendieron 8.500 diabéticos y obtuvo el premio internacional SANOFI, en 1997. Ahora se ha transformado en el programa de cribado de retinopatía por Teleoftalmología que cubre ya Valladolid y Palencia, y que se piensa extender próximamente a Zamora. Más de 8.000 diabéticos se han beneficiado ya de esta tecnología que ha permitido que solo 118 hayan tenido que ser derivados a sus hospitales.

La formación de los profesionales se inició en 1996, con los másteres profesionalizadores para oftalmólogos, el máster de enfermería oftalmológica, el de rehabilitación visual y el de optometría clínica. Más de 110 oftalmólogos de todo el mundo, ópticos optometristas y enfermeras que ejercen en los más diversos países llevan el «sello» de la formación de la Universidad de Valladolid.

Nuestra gente. Los que están aquí y los que han buscado desarrollar sus carreras en otros lugares, son sin duda el mayor potencial del IOBA. Todos son magníficos profesionales, pero algunos han llegado a cotas muy altas en sus carreras profesionales. A los que siguen con nosotros se suman el profesor Alfredo García Layana en Navarra, Alfonso Antón en Barcelona, Jesús Merayo en Oviedo, Pablo Argüeso o Laura Contreras en Harvard, y muchos jefes de Servicio



En Sarasota (Florida), asistiendo a ARVO (Association for Research in Vision and Ophthalmology) en 1989

repartidos por toda España (Begoña Goldaracena, José Luis Olea, María Rosa Sanabria o Enrique Rodríguez de la Rúa, entre otros). Nuestros investigadores preclínicos, auténtico valor diferenciador del IOBA, Yolanda Diebold, Amalia Enriquez de Salamanca, Itiziar Fernandez, Teresa Nieto, Ivan Fernández-Bueno, Girish Srivastava, Ricardo Usategui, Sara Galindo, Marina López y muchos otros más. Nuestros ópticos-optometristas, las enfermeras, auxiliares y celadores que colaboran en la asistencia clínica y en la formación. Y, ya puestos a destacar, tres de nuestras enfermeras Eva Sobas, Inmaculada Pérez y Verónica Velasco ya han conseguido el grado de doctor y no van a ser las únicas.

La repercusión en la ciudad. No hay duda de que nuestra ciudad se siente orgullosa del IOBA. Muchos de los pacientes y de los alumnos de nuestros cursos vienen de fuera. Usan nuestros servicios, visitan nuestros museos y colaboran a extender una imagen de Valladolid, ciudad amable con una extraordinaria calidad de vida, segura y limpia. Hay un simple test que sirve para corroborar esta afirmación. Coja un taxi, salude y diga: «por favor al IOBA»... es suficiente. Uno de los cursos que



En la apertura de las consultas del IOBA en la Facultad de Medicina en 1989

más ha hecho por la ciudad es el de glaucoma, dirigido por los Dres. Fernando Ussa y José Ramón Juberías, que atrae desde hace 39 años a unos 100 participantes en cada edición.

El futuro del IOBA. Es también uno de sus valores. El IOBA será lo que la Universidad desee que sea. Muchos de los rectores que han compartido esta aventura lo han apoyado de forma inequívoca. Y esperemos que así sea. Pero también tiene mucho que decir las nuevas generaciones que van asumiendo responsabilidades: el profesor M. Maldonado, actual director, el Dr. A. López secretario del instituto. D. Juan Borreguero director de gestión y una

larga serie de post-doctorales jóvenes y, sobre todo, pre-doctorales que sin duda continuarán extendiendo el prestigio del IOBA. Y todo ello apoyado por un magnífico equipo de administración y servicios sin los que nada de lo anterior hubiera sido posible.

En el momento de enviar estas líneas al equipo editorial de la revista, a los que queremos expresar nuestro agradecimiento, el IOBA va saliendo del periodo de confinamiento por el Covid-19 que marcará para siempre nuestras vidas. Durante esos dos meses hemos ayudado haciendo pantallas faciales, prestando nuestros respiradores al Hospital Clínico, continuando con el programa de Formación Continuada vía on-line y atendiendo a los pacientes urgentes.

Ayer, 11 de mayo, iniciamos la actividad asistencial adoptando todas las medidas de protección individual y colectiva que están recomendadas y los pacientes han percibido, y así nos lo han expresado, que eso de que «están en buenas manos» es algo más que un eslogan. Gracias al equipo rectoral actual por haber comprendido inmediatamente el valor social que tenemos y el que previsiblemente vamos a tener.

Ahora solo queda que los científicos vuelvan a ocupar sus laboratorios. Porque nuestro lema no es otro que: «investigamos para curar mejor». <<



PANORAMAS MÉDICO-LITERARIOS

Santiago Rodríguez García

[Catedrático jubilado de la Facultad de Medicina de la UVA]

CROMOSOMAS Y AMAPOLAS

Tengo doce años. Mi amigo Mario me explica que todo depende de unos hilos que llaman cromosomas; son 23 pares.

Nosotros en el par 21 tenemos tres y yo no lo comprendo.

Mi madre está contenta conmigo; estoy con ella y veo amapolas, Cuando la aprieto nada me apena, tan sólo lloro si me duele por dentro.

Mi padre es bueno; si hablo de amapolas sonrío y me acaricia. Quiere que yo aprenda con las manos y con la memoria: me lee poesías, me enseña paisajes y dibujos.

Mario es mayor y va a la Universidad; es un mongólico muy listo, me habla de cosas muy difíciles, como lo de los de cromosomas.

Mario dice que somos una singularidad de la especie, lo mismo que los superdotados, que también dan problemas; y que además, a veces, podemos oír el ruido estelar del universo.

Cada domingo escribe en los periódicos. Ayer, en uno muy importante publicó «Epístola inmoral a Carla». A mi madre le gusta y llora, yo no lo entiendo y lloro.

Le da ideas a Carla, una periodista, para acabar con la horda mongólica:

Así, oh Carla, tras la coraza de la ciencia, despreciado el misterio, acabareis con ellos.

Al terminar le dice:

—Tan precoz delación alberga razones de una mente sellad.,

—¡Sé irracional, sé humana!

Mario no le perdona a Carla que sea adicta a destruirnos antes del contacto, que quiere decir antes de nacer, porque si nos ven ya nos quieren.

—¿Cómo será este mundo cuando no haya mongólicos? Me miró fijamente con sus ojos redondos, claros como si fueran lágrimas grandes; me abrazó y me dijo muy bajito: *eso nunca*

ocurrirá; sin los abrazos de niños como tú el mundo no existe.

Cumplí ya los cincuenta, la vejez del mongólico, por eso murió Mario.

Mi padre se fue con los ojos llenos de amapolas, un amigo me explicó lo del canto del cisne. Mi padre no cantó, pero yo lo vi lleno de flores.

A mi nuevo amigo le expreso mi miedo a morir; me consuela y dice que el silencio despoja de trabas:

—¿Qué sería Dios sin nosotros? Quizá una abstracción, una idea poco consistente...

Me recuerda a Mario, pero sabe de otras cosas.

SENTIDOS AL BORDE DEL EXITUS

Los ojos, dos coágulos de lágrimas opacos a la vela de la vida.

Los oídos, de mugre receptores, esperan el mayor de los silencios.

La nariz, antesala de dos fosas donde moco y aroma se entremezclan.

La boca, una caverna con hedores presentes en el tráfico de besos.

La piel, la dulce piel, sólo es un saco de vísceras y sangre bien repleto.

AUTOPSIA AL HUIDO

En la plaza del pueblo el rumor que precede al silencio el juego desbarata y congela los cuerpos.

Uniformes verdes encabezan el séquito. Detrás, al son del arriero, una mula grande de cascos negros cabalgada por un muerto, pantalones de pana y botas de cuero.

—Es un huido, farfullan dos hombres.

—Un hombre malo, dicen dos niños molestos.

Por la calle arriba, la pequeña comitiva hacia el cementerio: las dos parejas, los niños y un viejo, la mula y su mercancía y una mujer con velo.

Habla el cincel y el martillo, la sierra, y el escalpelo. Balas le sacan del corazón y el cerebro.

Los guardias fuman, llora el viejo y los niños, reprendidos, vuelven al juego.

En la sala fría solo quedan el cuerpo, ensañado por ley, y el sepulturero, que lo abraza y llora.

—Era sensato y valiente, no seguí sus pasos por falta de arrestos.

La mujer del velo recuerda los besos de sólo tres noches atrás cuando a las claras del día, bajo un olivo, se rompió el silencio:

—En menos de un año, Morena, ya no habrá sediciosos, aunque entonces cabalguen los muertos.

EL RETO

En una revista científica leo dos artículos.

Ciertos genes evitan malposiciones del embrión: la cabeza arriba, los pies abajo, la columna vertebral detrás...

Es asombrosa tal complejidad; unas moléculas, que actúan como si fueran cerebros, indican a otras qué tienen que hacer en cada momento, dónde situarse, cuándo aflorar, cuándo ocultarse...



El otro artículo se refiere a uno de los meollo de la física cuántica: la observación consciente de un hecho puede modificar el desarrollo del mismo.

Eso no lo entiende el cerebro, al fin y al cabo, el responsable de la observación consciente.

El cerebro, la física cuántica... Alguien espera paciente a que se alcance la explicación definitiva que nos devuelva a la esencia de la naturaleza y a comprender la existencia.

TRASPLANTE

La bomba que en el pecho desfallece
y late ya sin ritmo y sin potencia,
precisa con urgencia cirugía.
Cortada la envoltura con esmero,
el músculo, de vínculos librado,
de la oquedad se extrae. Inerte yace
en la batea al fuego destinado.
Mas otro, de la muerte redimido,
renace a forma y a la función espera.
La incertidumbre del momento enciende
el sudor, tensa el cuerpo. Un golpe eléctrico
reanima a la víscera: la vida arranca sigilosa
y se ilumina el rostro emocionado del experto.
Son pocas las palabras pronunciadas
por los labios resacos del esfuerzo.
Aquí el valor se da al conocimiento.

VIVENCIAS DE UN MÉDICO VALLISOLETANO DE LA PROMOCIÓN 1980-86 EN LA SANIDAD MADRILEÑA

Jesús Díez Rodríguez

[Servicio de Urología. Hospital Clínico Universitario de Valladolid]

No me ha resultado difícil aceptar la invitación de la Profesora Asunción Rocher, para compartir con alumnos y profesores mi experiencia profesional en la Urología Madrileña y las impresiones del regreso al Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV). Aceptar este ofrecimiento me ha obligado a hacer un ejercicio de memoria y prudencia en el análisis, para no molestar a unos ni a otros. Mi único objetivo es describir, tal y como yo he vivido la evolución de la Sanidad de Madrid en sus aspectos asistenciales, docentes e investigadores.

Dice el Profesor Carlos Vaquero al presentar el nuevo proyecto de la revista: «... *Archivos permite la expresión humanística o*

literaria de los que quieran participar en ella y que se sientan universitarios, permitiendo la posibilidad de transmitir algo y plasmar opiniones o inquietudes». Pues bien, nada más leer esas líneas consideré que era suficiente para aceptar el reto y utilizar este foro como lugar de expresión.

Aunque han sido 30 años repartidos en 3 etapas, nunca perdí el contacto con Valladolid. Buena culpa de ello la tuvieron mis padres, la familia, compañeros de promoción 1980-86 y la propia Facultad de Medicina a través de los cursos del Doctorado y la Tesis Doctoral. Además, Madrid estaba repleto de compañeros que habían estudiado en Valladolid. Sería imposible nombrar a todos y no olvidarme de ninguno, pero me sentía



Promoción 1980-86, celebrando el XXV aniversario



Biblioteca postgrado de la Facultad de Medicina, 1989

especialmente orgulloso de conocer a Sonia García San José, Directora Médico del Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS), en mi última etapa (2008-2018), con la que compartí la biblioteca postgrado de la Facultad preparando el MIR. Desde 2014, la Dra. García San José ocupó cargos de responsabilidad en el Ministerio de Sanidad (Subdirección de Calidad y Cohesión), Dirección Médica del Hospital Universitario Puerta de Hierro y actualmente Directora-Gerente del Hospital Universitario Gregorio Marañón.

Otro vallisoletano de pro, el Dr. José Carmelo Albillos, Jefe de Servicio de Radiodiagnóstico del HUIS y hoy Jefe de Servicio del Hospital «12 de Octubre». Inolvidables las Sesiones Clínicas quincenales entre los Servicios de Urología, Oncología, Anatomía Patológica y Radiodiagnóstico en las que Pepe Albillos ejercía de maestro de ceremonia, aportando luz al diagnóstico por imagen y ofreciendo novedosas técnicas de «radiología intervencionista».

Muchas anécdotas en el ejercicio profesional me evocaron recuerdos de la Facultad y sus profesores. Por ejemplo, cuando entró en la consulta un paciente chino de 70 años, Francisco Lam Bosque. ¿Cómo

era posible que un ciudadano chino se llamase Francisco? Todo tenía una explicación. Fue apadrinado por el Profesor D. Pedro Gómez Bosque, lo que le permitió estudiar medicina en Valladolid y obtener la licenciatura en 1972. En agradecimiento a D. Pedro, incorporó el apellido «Bosque» a todos sus documentos de identidad. El Dr. Lam, se había especializado en Obstetricia y Ginecología en el Hospital Gómez Ulla y ejercía en una consulta privada en la que tenía enmarcada el «Acta original de nombramiento» de D. Pedro Gómez Bosque como Senador

del PSOE por Valladolid en las Cortes Constituyentes de 1977.

Otras veces fueron los propios pacientes, concedores de mi amor por todo lo que venía de «Pucela», quienes me hablaban de Valladolid y de un familiar, Ángel Sancho Álvarez, socio del Real Valladolid y auténtico impulsor del deporte en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Claro que me acordaba de Ángel Sancho, profesor de ORL. Pues bien, en una ocasión se presentaron con unas fotografías del Dr. Sancho, con dedicatoria incluida. Muchas gracias, profesor.



Para Jesús M^{re} Díez

*Me siento orgulloso
que me recuerdes con
carinho.*

*Con todo mi afecto,
de tu Profesor de O.R.L.*

Ángel Sancho

Valladolid 4 de Mayo de 2017

Profesor D. Ángel Sancho Álvarez

Para facilitar la «odiosa comparación» de los tiempos, he dividido mi «carrera profesional» en tres etapas, que al final han sido «tres residencias». Mi primera etapa se inicia en los años 90 tras superar las pruebas selectivas y adjudicación de la plaza MIR en el complejo Hospitalario Móstoles-Alcorcón. Para comprender la evolución del sistema de trabajo, hay que situar las herramientas de documentación en el «siglo pasado». La historia clínica era en papel y las pruebas radiológicas en placas. Eso era un problema, sobre todo para el residente que tenía que presentar la sesión clínica con los casos quirúrgicos de la semana. El Jefe de Servicio programaba los quirófanos con suficiente antelación para disponer de las historias en 24-48 horas. Otro inconveniente de aquella historia clínica era el manejo de las imágenes radiológicas para la sesión clínica. La lectura de las placas en el negatoscopio obligaba al residente a tener ordenadas las placas si no quería «pasar un mal rato» en la sesión. También se utilizaba el negatoscopio para proyectar «transparencias» en las sesiones bibliográficas; luego vinieron las «diapositivas» y finalmente el «PowerPoint». En fin, todo aquello generaba un trabajo desproporcionado si lo comparamos con la historia clínica electrónica actual.

Estoy especialmente satisfecho de haber realizado la tesis doctoral en un hospital «no universitario». Si bien la formación asistencial y docente era robusta en el complejo Hospitalario Móstoles-Alcorcón, los residentes teníamos verdaderas dificultades para sacar adelante la tesis en un ambiente en el que lo importante era lo asistencial. Aunque realicé el Programa del Doctorado «Investigación en Cirugía» impartido por el Departamento de Cirugía de la Facultad de Medicina de Valladolid (Profesor C. Vaquero) en los cursos 91/92 y 92/93, no fue hasta el año 2000 cuando pude defender la tesis doctoral titulada: «Disfunción neurogénica vesíco-uretral en las ataxias hereditarias: datos demográficos, clínicos y urodinámicos» dirigida por los Prof. D. Jesús Salinas Casado, del Hospital Clínico San Carlos de Madrid y codirigida por D. Ernesto Fernández del Busto, Jefe de Servicio de Urología del HCUV.

Una vez más se confirmó la teoría de Thomas Paine: «cuanto más difícil sea el problema, más glorioso es el triunfo». Y en efecto, llegué a tiempo de incluir la Tesis y el nombre de la Universidad de Valladolid en el

libro «1975-2000: 25 años de Investigación Española en Urología a través de las Tesis Doctorales». La Tesis Doctoral suele marcar el perfil profesional del doctorando. Después de recibir en 2001 el premio «Profesor Ponce de León» de la Asociación Española de Urología (AEU), tuve varias propuestas de contratación hasta obtener la plaza definitiva en 2005. Además, se me abrieron las puertas del Grupo de Urología Funcional Femenina y Urodinámica (GUFFU) de la AEU con sucesivas participaciones en ponencias y reuniones científicas.

La segunda etapa profesional (2005-2007) fue una Comisión de Servicios en el Hospital Universitario Ramón y Cajal (HURC), siendo Jefe de Servicio el Dr. Ángel Escudero. Esa estancia en un hospital de tradición universitaria vino a confirmar lo que suponía. Allí había otras inquietudes y se daba más importancia a la docencia e investigación. Fue para mí una «segunda residencia», aprendiendo nuevas técnicas y procedimientos, con estudiantes de medicina y residentes de urología, todo ello muy enriquecedor. En el HURC era una tradición la «continuidad asistencial» desde el diagnóstico, intervención quirúrgica, hospitalización y seguimiento en consulta. En 2005, en el HURC se estaba produciendo una metamorfosis de la historia clínica, siendo un «híbrido» entre papel y pruebas complementarias de acceso electrónico.

El principal cambio sobre la organización del trabajo y la historia clínica lo experimenté en la tercera etapa (2008-2018), al trasladarme a uno de los «nuevos hospitales» de Madrid, el Hospital Universitario Infanta Sofía (HUIS), siendo Jefe de Servicio el Dr. Luis Martínez-Piñeiro, quien mantuvo la responsabilidad del cargo hasta octubre de 2016, fecha en la que obtuvo la plaza de Jefe de Servicio del Hospital Universitario La Paz. Los llamados «hospitales sin papeles» desarrollaban las tres funciones clásicas de los hospitales (asistencial, docente e investigadora) con especial atención a la «función gestora» para optimizar los recursos. No es mi intención entrar en cuestiones políticas, sino describir el cambio de un modelo asistencial. El Servicio de Urología del HUIS atendía una población de referencia de 316.000 habitantes, con una plantilla de 9 especialistas de

urología, sin residentes, pero con la inestimable ayuda de la historia electrónica y la «enfermera gestora».

La enfermera ya no tenía que estar necesariamente en la consulta para «rellenar volantes» ni preparar la consulta del día siguiente. Tampoco había que solicitar la historia al archivo y «la inmediatez» era la norma. El hospital no es referencia de ningún «centro de especialidades» siendo el propio hospital «principio y fin» del proceso asistencial. La «enfermera gestora» aplicaba los protocolos de derivación entre atención primaria y especializada, de forma que los pacientes tuvieran desde la primera cita los análisis y las pruebas básicas realizadas. Los protocolos habían sido consensuados por los coordinadores de Centros de Salud, Jefe de Urología y firmados por las respectivas Gerencias de Atención Primaria y Especializada. En este sistema de trabajo, determinadas pruebas no se solicitaban, directamente se hacían (ecografía, cistoscopia, etc). Una vez valorado el paciente en estas «consultas de alta resolución» era dado de alta con informe al médico de Atención Primaria, o bien, se incluía directamente en lista de espera quirúrgica. La enfermera estaba autorizada a citar con carácter preferente las alertas radiológicas, alertas de anatomía patológica e interconsultas de urgencias, de forma que se evitaba la inútil peregrinación del paciente hacia atención primaria y centro de especialidades. En el HUIS estaba especialmente desarrollada la «cirugía mayor ambulatoria» realizándose procedimientos que también implicaban a las enfermeras en el proceso de continuidad asistencial.

La vinculación del HUIS inicialmente con la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y posteriormente con la Facultad de Ciencias Biomédicas de la Universidad Europea de Madrid, me permitió ser «profesor colaborador» de docencia práctica durante los cursos académicos 2010 a 2015. Se trataba de un papel honorífico que personalmente me gratificó y mantenía viva una vocación docente nunca desarrollada.

El regreso al HCUV en octubre de 2018, ha sido motivo de satisfacción porque me ha recibido un hospital con «40 años de historia» lleno de antiguos compañeros y «viejos profesores». He descubierto un Servicio de Urgencias y un Área Quirúrgica renovados, estando en proyecto la construcción de nuevas consultas externas. En la parte negativa, estoy sufriendo un «déjà vu» en el tránsito hacia la historia clínica electrónica, que conllevará sin duda, un cambio en el modelo administrativo y de gestión.

El Servicio de Urología y su Jefe de Servicio, el Dr. José Ramón Cortiñas, pueden estar orgullosos de realizar cirugías con un alto nivel de complejidad, similar al realizado en los grandes hospitales de Madrid y ser uno de los hospitales nacionales con mayor experiencia en trasplante renal. En el año 2019, se realizaron 83 trasplantes, superándose la cifra de 1.000 trasplantes desde el inicio del programa, en 1990. Es de justicia felicitar a todo el Servicio y especialmente a la Dra. María Dolores Rivero, actual responsable de la Unidad de Trasplante. Finalmente, expresar mi agradecimiento al Director de la revista y a la Redactora Jefe por permitirme compartir 30 años de vida que «no son nada» y pedir disculpas si mis comentarios y opiniones no fueron del agrado de todos. <<

Bibliografía

- VAQUERO PUERTA, C. «Desarrollando el nuevo proyecto». En: Arch. Fac. Med. Uva. Vol 1, Núm. 2, 2019.
- VAQUERO PUERTA, C. «Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Cuarenta años de historia» Gráficas Gutiérrez Martín, 2018. ISBN: 978-84-09-00944-2.
- DÍEZ RODRÍGUEZ, J. M. «Disfunción neurógena vesico-uretral en las ataxias hereditarias: datos demográficos, clínicos y urodinámicos». En: «1975-2000: 25 años de Investigación Española en Urología a través de las Tesis Doctorales». Drug Farma, 2001. S. L. ISBN: 84-95033-X.
- MEMORIA 2015. Hospital Universitario Infanta Sofía. Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad. Pública Madrid. Edición, Mayo 2016.html.

SARS CORONAVIRUS 2, LA VISIÓN DE UNOS VIRÓLOGOS

RAÚL ORTIZ DE LEJARAZU, IVÁN SANZ Y JOSÉ MARÍA EIROS
[Centro Nacional de Gripe de Valladolid]

En 1918, hace poco más de un siglo, en Fort Riley, Kansas, el mundo se enfrentó a la mal llamada pandemia de Gripe Española; uno de los mayores desastres sanitarios de los que se tiene recuerdo. Su resultado es conocido: más de 50 millones de muertos en el mundo que en aquel momento contaba sus muertos, y casi cien millones según otras estimaciones más aproximadas. Un tercio de la población mundial afectado en tres ondas epidémicas, de las cuales la segunda resultó devastadora con secuelas de dolor y muerte que aún se recuerdan.

Nada de eso pasará en la pandemia actual por SARSCov2 en el mundo civilizado. Aunque en estos momentos, superando ya los cinco millones y medio de casos, no podemos decir lo mismo de las consecuencias sociales y sanitarias que sufrirán todos los países y especialmente los países eufemísticamente denominados «en vías de desarrollo», o sea, los pobres. El mundo es de otra manera, las diferencias entre países persisten y eso hace que el peso de la pandemia se sienta de desigual forma dependiendo de la parte del mundo donde tenga lugar.

A pesar de que en 1918 los medios de locomoción y transporte no tenían parangón con los actuales, los hechos ocurrieron tan rápidamente que la segunda onda de Gripe Española en EE. UU. tardó algo menos de tres semanas en cruzar el país de costa a costa. Con la pandemia de Covid19 ha sucedido lo mismo, ante la sorpresa de todos. El relato oficial de los hechos muestra que, desde el 31 de diciembre de 2019, cuando se notifican oficialmente a la OMS 27 raras neumonías en Wuhan, al 11 de marzo en que se declara la alerta pandémica, el virus surgido en China ha sido capaz de alcanzar los países más remotos del mundo (Tabla 1).

Paulatinamente se tendrá un conocimiento mejor de los hechos y se contestarán muchas de las preguntas que hoy se hacen dirigentes y epidemiólogos de todo el mundo. Lo que iba

Tabla 1. Evolución de acontecimientos en la pandemia de SARSCoV2

- 31/12/2019: comunicación de 27 neumonías en Wuhan (OMS)
- 07/01/2020: Identificación del SARS-CoV-2 (China)
- 12/01/2020: Publicación de su secuencia genética
- 30/01/2020: Declaración de la 6ª ESPII (OMS)
- 11/03/2020: Declaración de la Alerta Pandémica (OMS)

a ser como una gripe estacional, se ha convertido en un tsunami infeccioso que a la hora de redactar este artículo ha matado a más de 350.000 personas entre 5.500.000 personas confirmadas por PCR en todo el mundo, lo que supone un 6,5% de mortalidad, lejos de lo comunicado y transmitido por medios y «expertos» a partir de las primeras informaciones procedentes de China. A pesar de la declaración de Emergencia de Salud Pública Infecciosa Internacional y el conocimiento del silencio oficial chino impuesto al Dr. Li Wenliang, primer médico en llamar la atención sobre el hecho epidémico y fallecido después infectado por el nuevo virus, el mundo oficial ha permanecido anestesiado e inmóvil con la excepción de unos cuantos países que reaccionaron con algo más de diligencia al comprobar una vez más que los virus no reconocen fronteras ni huéspedes.

Las cifras registradas no tienen en cuenta el fenómeno de iceberg que se da en todas las infecciones respiratorias con cadenas silenciosas de casos asintomáticos, por ello el tiempo venidero nos dará las estimaciones del impacto real de la pandemia de Covid19. En España a partir de las cifras de la primera oleada de la encuesta serológica nacional, aproximadamente 2.350.000 españoles habrían podido ser infectados por el nuevo coronavirus de los cuales, con las cifras actuales, solo se han confirmado por diagnóstico de laboratorio alrededor de un 10%. Las cifras globales de mortalidad sobre infectados procedentes de China, que cifraban en un 2,4%, pronto se han revelado como cuestionables sin considerar, por otra parte, que la gran pandemia de Gripe

Española tuvo una mortalidad estimada de alrededor del 2,7% y un n.º reproductivo básico (R0) similar o ligeramente inferior al de este virus. Al considerar que el diagnóstico había de centrarse en los casos sintomáticos y asumir que solo correrían riesgo las personas mayores o con patologías previas, se asumió que podía controlarse una enfermedad vírica de transmisión respiratoria sin otras medidas de distanciamiento social. Esa fue la primera asunción falsa.

Los coronavirus, esos grandes olvidados en nuestras asignaturas, que muchos se apresuran a estudiar y recitar como si hubieran pensado en ellos toda la vida. Desgraciadamente no ha sido así. A pesar de que en 2017 la OMS los incluyó en su lista de patógenos prioritarios por su tendencia a intentar colonizar nuevos huéspedes y las amenazas anteriores del SARS e intermitentes y actuales del MERS, casi ningún virólogo especializado lo apreció en la mejor financiación de sus proyectos o en un interés mayor de las administraciones sanitarias. Nada nuevo bajo el sol.

En la actualidad conocemos siete coronavirus capaces de infectar a los seres humanos, cuatro de ellos son endémicos y causan distintos cuadros respiratorios, en general leves y de predominio invernal. Otros dos de ellos son epidémicos, responsables de brotes más o menos extensos, el SARSCov desapareció en 2004 tras producir más de 8.000 casos con un ~10% de mortalidad y el MERSCoV continúa causando casos graves en brotes limitados, con cadenas cortas de transmisión cuando las circunstancias son propicias. El séptimo, el nuevo SARS CoV2, es el responsable de la actual alerta pandémica (figura1).

y genéticamente más estables que otros virus RNA. Sin embargo, el gran tamaño de su RNA (29.900 Kb) que codifica más de 20 proteínas no estructurales hace que «acepten» con relativa facilidad RNA foráneo o de otros coronavirus en forma de recombinaciones que, si alcanzan éxito biológico, se expandirán compartiendo a otros huéspedes. De forma muy esquemática los coronavirus se caracterizan por buscar su expansión biológica a través de nuevos huéspedes mediante salto de especie. Mientras que en la gripe este salto tiene lugar desde las aves acuáticas –auténtico «banco genético» en el que sin otra presión biológica que la derivada de su propia patogenicidad hacia las aves– saltan a los humanos a través del reordenamiento genético. Los coronavirus están ampliamente distribuidos en numerosas especies animales (mamíferos, aves e incluso reptiles) y saltan a través de recombinaciones con otros coronavirus con los que intercambian material genético en huéspedes intermediarios. A este respecto, los murciélagos hace tiempo que se revelaron como un «especial santuario natural» de coronavirus y de muchos otros virus más. Ahora que se usa la gripe como referencia comparativa con el SARSCoV2, es ilustrativo conocer que los dos últimos subtipos de virus de la gripe (H17 y H18) han sido descritos en murciélagos y poseen un tipo estructural de hemaglutinina más próximo funcionalmente a la hemaglutinina del virus de la gripe C y a la proteína HE de los coronavirus. Enigmas de la evolución comparada.

En general, los virus aprovechan para su difusión las oportunidades o errores en el comportamiento humano. Es clásico asumir que adquirimos ciertas infecciones no por lo «que» hacemos sino por «como» lo hacemos, de ahí que las medidas de protección individual sean el primer eslabón para frenar la transmisión del nuevo virus. El éxito biológico futuro del nuevo coronavirus radicará en el delicado equilibrio necesario para mantener una alta tasa de replicación en el nuevo huésped (carga viral) que permita una elevada excreción viral (dosis infectantes) a ser posible, con ausencia de una patología grave en la mayor parte de los infectados. Si hay muchos portadores asintomáticos o paucisintomáticos, las probabilidades del virus de expandirse y difundir se multiplicarán de manera exponencial, permitiendo que los virus más capaces de hacerlo se impongan genéticamente a los otros. Darwinismo en estado

Figura1. Coronavirus humanos endémicos y epidémicos



Los coronavirus son virus provistos de RNA mc de polaridad positiva, no segmentado con una RNA polimerasa virus dependiente y un mecanismo de corrección parcial de errores que les hace menos proclives a mutaciones

puro. De esa forma se están imponiendo algunos de los clados predominantes en los que ya ha hecho divergencia el nuevo virus. Cuando se produce un salto de especie, las diferentes presiones que se ejercen sobre el virus tienen efectos en la variación genética. Hasta el momento actual solo ha sido de tipo adaptativo, para lograr mayor fitness viral y en absoluto ligada a cambios sustanciales que afecten a una mayor virulencia o a las dianas del receptor (espícula S) o la proteasa, dianas terapéuticas fundamentales para bloquear la replicación del virus.

Tras la llegada del virus a Italia y la declaración de la alerta pandémica de la OMS se confirmaron los peores escenarios. Los países europeos reaccionaron de distintas formas, de acuerdo con sus valores ciudadanos y constitucionales e incluso de forma espontánea. Resulta relevante conocer cómo muchas de las grandes corporaciones internacionales habían implementado medidas de distanciamiento social (teletrabajo, reducción de eventos masivos dentro de la empresa, etc.) semanas antes de la declaración gubernamental. Un buen ejemplo fue el Mobile World de febrero en Barcelona; los motivos de su cancelación provocaron ríos de tinta y sesudos editoriales de toda condición que probablemente se vean desde otra perspectiva en el momento actual. Fueron las grandes corporaciones asiáticas las que decidieron no asistir como medida de prudencia y responsabilidad sanitaria, a pesar de los argumentos en contra que se les dio desde distintas instancias. Lo mismo sucedió con todos aquellos eventos de masas nacionales e internacionales que testarudamente se empeñaban en mantener personas con escasa formación sociosanitaria. Esta negación reiterada hizo que algunos países europeos cambiaran sus planes sobre la marcha. España ha sufrido el confinamiento más duro, restrictivo y brusco de todos los países occidentales. Las condiciones en las que se han impartido las distintas órdenes contrastan con el comportamiento ciudadano mayoritario demostrado a lo largo del periodo de reclusión. Esos factores mantenidos han contribuido a detener la difusión masiva que había tenido lugar a lo largo del mes de febrero.

La ignorancia y el miedo han estado presentes, y todavía continúan, en sectores de la población. Entre todos los eslóganes de «resistir, vencer, unidos o entre todos lo paramos» y otros de épica nacional, se echa en

falta campañas de educación serena en forma de cartelera o «píldoras» cortas audiovisuales que eduquen e informen a la ciudadanía permitiendo a esta ser conscientemente responsable, además de ciegamente obediente a regulaciones cada día más prolijas o pormenorizadas. Esa despreocupación formativa a menudo sustituida por clichés o estereotipos hizo que al inicio de la pandemia algunos ciudadanos estigmatizaran a residentes orientales en España, a pesar de que muchos de ellos advertían ya a los españoles de origen que no se tomaba en serio la emergencia de salud pública decretada. De igual modo, cuando el brote se ensañaba con más virulencia en las residencias de mayores, se confundió a estos como un foco de infección en lugar de como víctimas de la imprevisión. Si no actuamos en este aspecto, todas estas conductas pueden repetirse e incluso persistir.

Al inicio, la justificación reiterada de las escasas muertes al recaer en personas que ya habían vivido muchos años o que eran víctimas de sus patologías subyacentes, confundiendo por enésima vez esta infección con la gripe estacional, fue el peor anestésico para una sociedad que en tres días pasó de la nada al todo. Cuando se comprobó que la difusión del virus era sostenida, continua y eficaz, que los tratamientos clínicos a veces eran de prueba y error y que los sanitarios, médicos, enfermeras, auxiliares, celadores o conductores se infectaban sin las suficientes medidas de protección, se pidieron explicaciones sin obtenerlas. Así se justificó otro superconfinamiento de Semana Santa que no produjo cambios sustanciales en la evolución de la curva ya «tocada» por tres semanas previas de confinamiento duro, ni experimentó modificación significativa tampoco cuando aquel se levantó para continuar con el estado de confinamiento que existía previamente.

En realidad, el perfil de la curva de nuevos casos confirmados merecerá análisis posteriores por especialistas ya que el aplanamiento de la curva ha tenido un máximo que se alcanzó a la semana y media del confinamiento y a partir de ahí se inició el descenso de nuevos casos con altibajos propios del sistema de declaración que se resiente en los fines de semana. Es preciso conocer si confinamientos menos lesivos para la sociedad producen el mismo efecto sobre la difusión del virus.

Otro fenómeno social destacable en la pandemia fue el descubrimiento de palabras del

vocabulario habitual médico, epidemiológico y virológico que han fascinado a la mayoría de los medios de comunicación y de las que han usado y abusado, confundiendo conceptos. Las medidas de distanciamiento social (cierre de guarderías, colegios, universidades, culto, eventos multitudinarios, etc.) incluido el confinamiento se han confundido con la distancia de seguridad de 1,5 a dos metros dando lugar a veces a peregrinas expresiones u ordenanzas. Otro tanto cabe decir de los «test masivos» o de la «carga viral», medida habitual de control y seguimiento de algunas infecciones víricas (VIH, VHC, CMV, etc.) con un concepto que suponía que las personas que se movían en entornos presumiblemente llenos de infectados iban aumentando su «carga de virus» hasta sufrir formas más graves de la infección.

Los anticuerpos generados tras la infección ha sido otro lugar común que ha promovido bastantes quebraderos de cabeza, primero al ser usados para el diagnóstico del triaje de batalla en las primeras semanas de la pandemia y después al ser considerados para algunos como justificantes de un pasaporte biológico que hubiera dado lugar a problemas mayores que los que, con la mejor intención e ingenuidad, pretendía resolver.

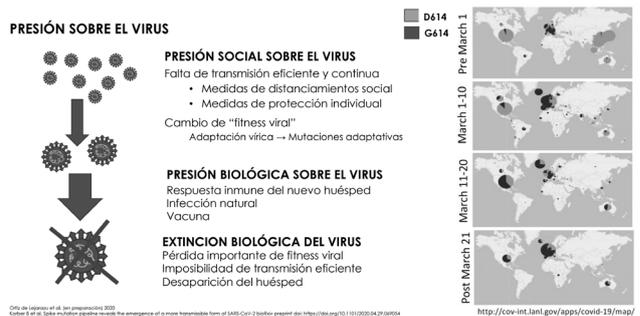
Es difícil explicar a ciudadanos y a dirigentes profanos, que no siempre las infecciones dan lugar a una respuesta protectora o incluso, si es protectora, «esterilizante» y además de por vida. Hay certezas que todavía no tenemos y de ellas depende, en gran medida, el futuro de este recién llegado coronavirus al universo «sapiens» y nuestra actitud futura frente a él.

Cada año se estima que ocurren entre tres a cinco eventos zoonóticos que entrañan riesgo humano; la mayoría de las veces esa emergencia no culmina con éxito para el microorganismo. Aproximadamente el 70% de los microorganismos tienen un origen zoonótico. Cuando los primeros homínidos se pusieron de pie en las sabanas africanas los microorganismos, incluidos los virus, ya estaban allí para infectarlos. ¿Qué es lo que presiona a un virus? ¿Por qué a veces desaparece? En los coronavirus esta pregunta es absolutamente pertinente. El mundo teme una segunda onda, o más bien, precisando algo más la cuestión, no puede permitirse el lujo de no preverla anticipadamente. Sin embargo, pudiera ser que

la futura evolución fuera en forma de brotes esporádicos o locales, sin la extensión masiva de una segunda onda.

La presión que se puede ejercer sobre un virus puede ser social y biológica, según se muestra en la figura 2. Las medidas de distanciamiento social junto con las de protección individual dificultan la difusión interhumana, pero no acaban con el virus si este logra hacer cadenas silenciosas de portadores asintomáticos. La presión biológica mayor la ejerce el propio huésped mediante su respuesta inmune y la dinámica biológica de replicación propia del virus. En la figura 2 se puede apreciar cómo la mutación G614 ha permitido al virus mutado sustituir a la cepa antigua D614, en la mayoría de países de los que se tiene constancia, debido a una mayor capacidad de difusión no asociada a mayor virulencia. Los virus pandémicos tienden, por ello de forma paulatina, a estacionalizarse si permanecen en el nuevo huésped. Es el resultado de distintos factores entre los que están los ciclos repetidos en un huésped nuevo, la pérdida de patogenicidad por la mayor difusión de las cepas responsables de casos asintomáticos que las de casos graves o mortales y la respuesta inmune del huésped, que se opone a la infección del nuevo virus.

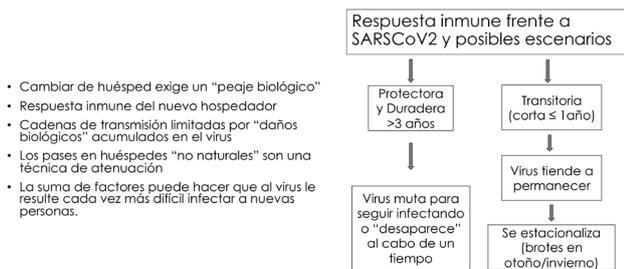
Figura 2. Factores que ejercen presión a un virus emergente



Esta respuesta global como especie, denominada inmunidad de grupo, poblacional o inmunidad colectiva, refleja mucho mejor la protección que una población en su conjunto ofrece a la difusión del virus que la vulgar y fascinante expresión para los medios de «inmunidad de rebaño», traducción directa del inglés en donde se acuñó el término por corto y por epizootias animales. En esta infección se ha especulado con una inmunidad colectiva alrededor del 60-70% sin una base sólida o

probada para la estimación de dicho porcentaje. Quizás sea más importante en el futuro la capacidad de adaptación del virus mediante mutaciones y la duración de la respuesta inmune en el huésped, sumada a las respuestas heterotípicas por infecciones frente a otros coronavirus endémicos próximos filogenéticamente que compitan directamente con el nuevo (Figura 3). En este panorama, la irrupción de una vacuna que confiriera inmunidad esterilizante cambiaría por completo el futuro devenir de la pandemia, aunque seguirían existiendo las amenazas de nuevos saltos desde el reservorio zoonótico. Si este virus es capaz de sobrevivir de forma estacional y «civilizada» en los *sapiens* como lo hacen desde hace muchos años sus parientes endémicos 229E, NL63, OC43 y HKU1, o desaparece, como lo hizo su pariente epidémico del SARS, lo sabremos en los meses venideros.

Figura 3. Factores determinantes de la extinción biológica de un virus



Hay otras lecciones que caben extraerse de esta pandemia, entre ellas la necesidad de apoyar y fortalecer las instituciones sanitarias relevantes existentes en cada comunidad. Por ello «confiar en Madrid», como siempre,

relegando a las propias instituciones a un papel secundario y subordinado, no debe ser nunca una opción. Sin sustraerse a la colaboración leal al servicio de una información amplia, la comunidad de Castilla y León posee elementos de sobra para haber dado una información veraz desde el inicio de la difusión pandémica del SARSCoV2. Cuando se asevera que «nadie lo vio venir» puede que haya un 80% de certeza, pero hay que admitir también, y existen pruebas de ello, que instituciones como el Centro de Gripe de Valladolid había puesto a punto reactivos y técnicas diagnósticas desde el inicio de los casos. Las personas que directamente o indirectamente han obstruido y dificultado su trabajo son un ejemplo a evitar en el futuro. La pandemia ha permitido situar nítidamente a cada persona, mostrando lo mejor y lo peor que es capaz de dar. Sobrarían los ejemplos. La ciudadanía ha cumplido de sobra lo que le han conminado a hacer y esta España, «camisa blanca de mi esperanza», superando los graves y tristes momentos vividos, debe encarar el próximo futuro con animosidad renovada.

Hace 14 años terminaba así un editorial de Medicina Clínica: «El crecimiento demográfico, con más de 6.300 millones de habitantes en el mundo, el esfuerzo requerido para alimentarlos y la gran movilidad en un mundo global hacen que las interrelaciones animales-hombre persistan con distintos niveles de intensidad, alterando esa sutil relación establecida durante millones de años. Quizá hoy estemos más desarrollados técnicamente, pero tal vez seamos más vulnerables como especie. Profético ¿no? <<

EL PARADIGMA CIENTÍFICO

EN LA PANDEMIA DEL VIRUS SARS-COV-2

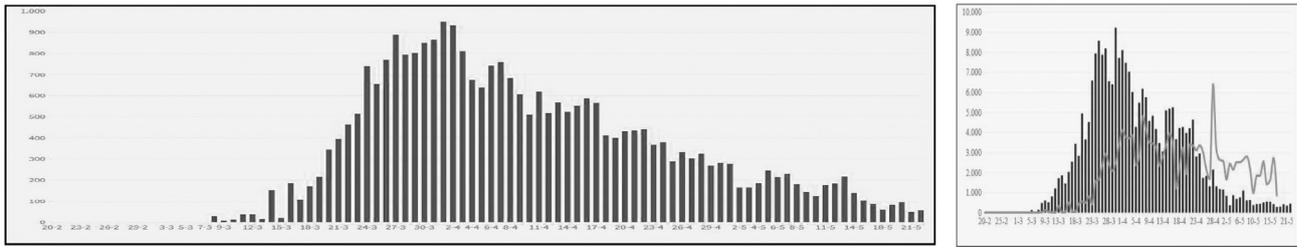
José Luis Vaquero Puerta

[Exjefe de Servicio y Profesor Asociado de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Hospital Universitario Río Hortega y Universidad de Valladolid]

En la historia de la ciencia, siguiendo a Thomas Kuhn, se producen y mantienen paradigmas científicos, que en el momento en que cobran su mayor pujanza se convierten en incontrovertibles actos de fe o dogmas. Nadie se atreve a salirse de ellos al temer ser tachado de heterodoxo o acientífico. El mismo prestigio de la ciencia genera una adhesión generalizada que actúa como barrera de contención frente a opiniones alternativas. Sin embargo, según el pensador Karl Popper todo lo que la ciencia quiere sentar como ley firme ha de someterse a un proceso de falsación, o sea, ser admitido solo mientras otras evidencias no demuestren lo contrario y, además, es necesario promover el que se produzca esa controversia. Según la importancia o impacto que la admisión del hecho científico tenga sobre la vida de las personas este tipo de reflexión pasa de ser una mera disquisición teórica a ser una cuestión extremadamente grave y que de ninguna manera se puede pasar por alto, sobre todo si se derivan decisiones contundentes, como es el caso de la pandemia de Covid-19, que ha acabado por alterar las costumbres, la economía, la política y la cultura de todo el planeta.

La urgencia con la que se presentó y extendió la enfermedad y la misma gravedad con la que se manifestó no dio tiempo a estudiar serenamente las posibles opciones de aplicación inmediata de medidas para contenerla; sin embargo, el método de la falsación de Popper requiere reflexión detenida y tiempo para situarse ante las alternativas de interpretación y, en consecuencia, de acción. Con la Covid-19 enseguida prendió un paradigma que venía asociado con el primer conocimiento de la existencia de la infección. Ésta procedía de un territorio remoto para la mayoría de la gente del Occidente, la región china de Wuhan, y a la par venía con la información sobre lo que se había hecho allí

para frenarla, que se presumía como lo único factible. Hay que reconocer que en el mundo occidental en un principio produjo asombro cuando nos enteramos de que el método se basaba en confinar a todo un territorio que abarcaba decenas de millones de habitantes, y, no solo éso, sino además en aislar dentro de sus casas a cada una de esas personas, paralizándolo toda vida cotidiana. El método, también hay que reconocer, es muy coherente con el modelo político y social imperante en dicha población de carácter autoritario, en el que el poder público decide absolutamente sobre la vida de los súbditos. Enseguida se proclamó el éxito del modelo, del que indudablemente disfrutaban los ciudadanos del territorio confinado, pero que en absoluto sirvió para evitar la propagación a otros territorios, primero a parte de Italia y luego a España. Cuando llegó a ellos se abrazó tal modelo con una adhesión superior al de otras prácticas sanitarias usualmente desarrolladas en el ámbito occidental. Luego en otros países occidentales tuvo una acogida generalmente más tibia y, combinado con otras prácticas, no fueron tan castigados por la infección. Las acciones de reducción de los ámbitos territoriales a la inmovilización y la inactividad se podían calificar de inéditos. Rememoraban, incluso en los términos, como cuarentena, a las intervenciones medievales ante las epidemias de peste y otras infecciones en expansión. El reflejo de épocas más recientes era literario, la novela de Albert Camus «La peste», aunque en un escenario muy reducido, la ciudad de Orán, y sin llegar a la reclusión domiciliaria. Vistas retrospectivamente las curvas de mortalidad, aceptando una media de una semana de periodo de incubación y tres de evolución al fallecimiento, resulta que la infección ya estaba en España presente un mes antes de admitirse su extensión y presentar públicamente los registros de mortalidad (véase Figura).



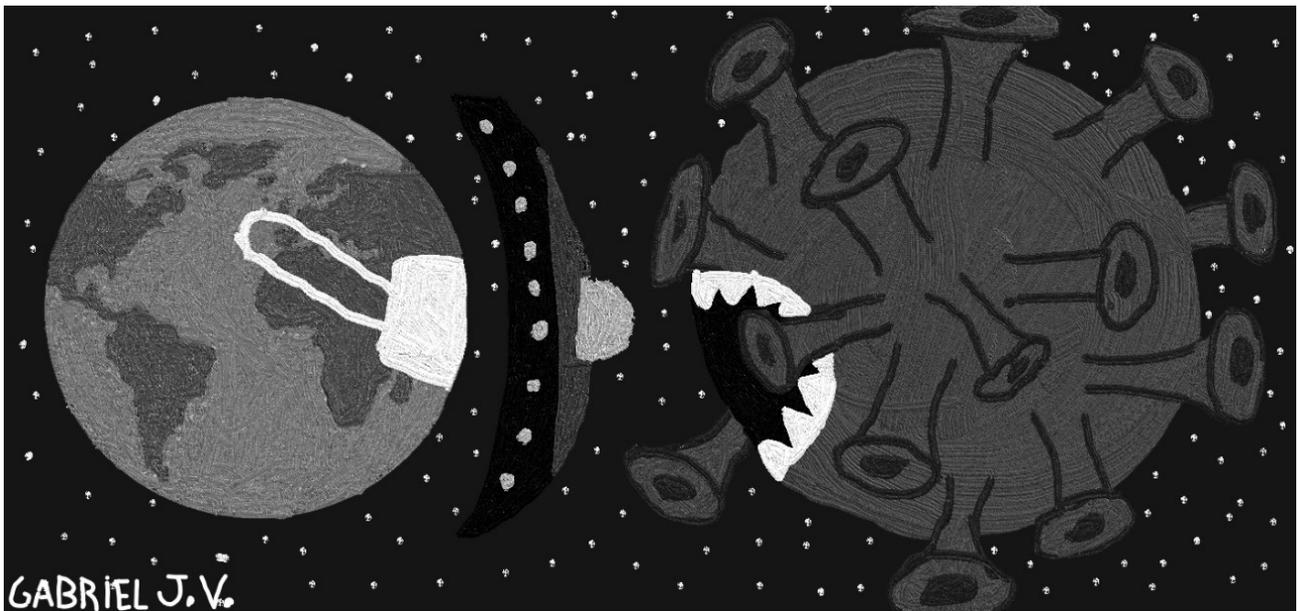
Transposición de imagen temporal de la curva de mortalidad por COV-19 en España en relación a la curva de incidencia diaria, estimado un mes de anticipación del contagio respecto a la fecha del fallecimiento (Composición personal, figuras de «Cinco Días» del 22 de mayo de 2020)

Durante siglos en Europa se había construido toda una ciencia, la epidemiología, con autores puntales que van de Girolamo Fracastoro a John Snow o Phillip Ignaz Semmenweiss, por señalar algunos de los más destacados. Se construyeron las teorías sobre la transmisibilidad infecciosa, la contagionista y la miasmática, llegando a prevalecer ésta en la época ilustrada, que culpaba precisamente a unos teóricos agentes del aire, las miasmas, de la propagación de las infecciones en ciertos medios, los hospitales entre otros. A pesar de lo erróneo de su interpretación respecto a varias epidemias, a base puro pragmatismo, observación y recuento se produjeron magníficos resultados en su lucha, por ejemplo, de la mano de Florence Nightingale de forma destacada. Desde finales del siglo XIX con el descubrimiento del papel jugado por los microorganismos (De Kruif), el conocimiento de la especificidad causal reforzó la epidemiología y, a la par, introdujo sueros, vacunas, antisépticos, desinfectantes y otros avances preventivos que elevaron el nivel científico de la clásica sanidad. La incorporación del método estadístico refinado con las pruebas de validación a inicios del siglo XX colocó al método epidemiológico en la vanguardia científica, llegando a aportar a las demás ramas de las ciencias de la salud la herramienta de los ensayos clínicos. Se había construido la base científica de la salud pública como un refuerzo más del bienestar social.

En esas estábamos cuando el Covid-19 nos deja desconcertados. Más aún que los sobresaltos del VIH, del Ébola y otras fiebres hemorrágicas, del SARS-1. Ya venía siendo un capítulo preocupante el de las llamadas infecciones emergentes, pero no parecía que repentinamente la acción científica más moderna tuviera que dejar paso momentáneamente

a otra a la vez más elemental y contundente protagonizada por métodos coercitivos sobre las poblaciones. De entrada se hace notar la limitada presencia del usual lenguaje epidemiológico (Last), de conceptos como los de contacto, portador sano, periodo de incubación, incidencia, densidad de incidencia, riesgo relativo, OR, estudio estratificado, prevalencia de punta, letalidad, parámetros estadísticos con sus intervalos de confianza, validez de las pruebas, muestreo, encuesta en racimo, EDO, etc. y se imponen otros como aplanamiento de la curva, confinamiento o rastreador.

Estamos frente a una enfermedad vírica, que se propaga por el aire y por contacto y ante la que se carece de vacuna, que son los elementos de la tormenta perfecta. El virus SARS CoV-2 recorre los tres eslabones la cadena epidemiológica: la fuente que le emite, el aire al que pasa y el posible receptor o huésped al que llega. La fuente del virus es un ser humano que estando infectado, puede aparecer como asintomático (portador sano) o como sintomático (enfermo), y sobre el cual caben diversas acciones preventivas, dependiendo de su estado, inclusive el aislamiento, de un tipo concreto que llamamos «aislamiento de fuentes». El huésped sería cualquier persona que inhala el virus o contacta con el sin estar inmunizado, ante el que se podría aplicar la vacuna, cuando esté disponible, y si se trata de persona especialmente vulnerable protegerle con otro tipo de aislamiento diferente, el «aislamiento protector». Actuar sobre la fuente y sobre el potencial huésped, incluidos el uso de mascarillas (sea por la población general o por los más expuestos, en sus diversas modalidades), la protección de manos por el lavado, antisepsia y/o guantes, la desinfección en el entorno al infectado, que son medidas en puridad higiénicas, se cifra en disponer de un



sistema sanitario fortalecido, con los medios profesionales y herramientas de la epidemiología, la higiene, la farmacia, la medicina preventiva, la medicina asistencial y los cuidados de enfermería.

La intervención sobre el recorrido que realiza el virus de la fuente al huésped, por el aire, es lo que se ha convertido en un gran problema, dadas las graves repercusiones que llega a tener sobre el desenvolvimiento de la vida doméstica, la producción y la economía, la educación y hasta las libertades cívicas. Así pues, es imprescindible afinar el conocimiento sobre el fenómeno, las partículas liberadas que contienen el virus; sobre su tamaño, superior (gotitas de Pflügge) o inferior (núcleos gaticulares de Wells) a 5 micras. Si, como parece, son mayores estarán menos tiempo en el aire porque caerán antes por su peso, lo que justifica la separación física (que no social) de la fuente a una distancia de 1,5 a 2 metros. Pero al caer van a depositarse sobre las superficies con lo que al riesgo de su inhalación se añade el del contacto con las superficies contaminadas, los objetos clásicamente llamados «fómites». Aspectos a tener en cuenta son la fuerza de su expulsión (tos, por ejemplo) y el origen orgánico, siendo las más gruesas las de infecciones asentadas en vías aéreas superiores. En el caso del Covid-19 la microbiología ambiental ha de decidir si las partículas que soportan el SARS-Cov-2 son muy finas o más gruesas porque no es lo mismo dar por contaminado todo el espacio exterior, incluidos playas, parques y jardines, como se suele dar

a entender, o solo los entornos más próximos a los infecciosos. En cuanto al aire potencialmente contaminado hay que distinguir entre el aire exterior y el aire interior de los recintos domésticos, laborales, hosteleros o de ocio. Si del aire exterior se trata, se entiende que se pretende excluir todo rastro de contaminación y, en todo caso, teniendo presente que, en caso de existir partículas infectivas hay que contar con el efecto de dilución y al cabo con la caída al suelo de unas partículas extremadamente dispersas y si, después de un tiempo de flotación, los virus en ellas contenidos por cuanto tiempo mantienen su virulencia. En tanto se llega al control de la población hasta su confinamiento, lo que deriva en intervenciones de orden público, con duras prohibiciones e imposiciones y las mencionadas previsibles consecuencias severas. Se aceptan por los afectados como el recurso más radical bajo la presión de anteponer la vida y la salud por encima de todo, sin darse ocasión de evaluar su eficiencia.

En cuanto al aire interior, que importa en varios sectores, como el laboral, el educativo, el comercial, la hostelería o los transportes públicos, las posibilidades de dispersión de partículas son menores y a veces nulas. Para evitar la exposición a ellas se habilitan soluciones problemáticas, desde impedir el uso de los espacios hasta distanciar dentro a las personas que los habitan, generándose un conflicto presencial en limitados superficies y volúmenes. La instalación de mamparas de separación no impide la permanencia de las partículas

infectivas. Sin embargo, no se ha contemplado la utilidad de la moderna tecnología de uso común, que permite el mantener la atmósfera interior con una limpieza radical (Vaquero, M. T.) haciendo circular el aire, renovado constantemente con aire limpio y extrayendo el potencialmente contaminado, por instalaciones HVAC y filtros HEPA, en la entrada y/o salida al exterior. En muchos casos se trata de un medio completa y forzosamente cerrado (un avión, por ejemplo). En otros casos el cerramiento puede ser habilitado solo por la razón de que el personal que esté dentro pueda disfrutar de un aire con unas condiciones estables termohigrométricas, de renovación, velocidad de circulación y, lo que viene al caso, de pureza, lo que es aplicable, por ejemplo, en una vivienda, un taller, un aula, un recinto hospitalario o sanitario, una residencia o un espacio de confinamiento. También puede tratarse de un lugar semicerrado, que cuenta con un tránsito de personas con cierta permanencia, como un restaurante o unas instalaciones hoteleras y habría que valorar el juego de presiones y direccionalidad del aire en relación con los huecos abiertos.

La interrupción de la actividad laboral es un asunto muy grave, dadas sus repercusiones bien descritas por los economistas. Está muy bien el teletrabajo, pero no siempre es posible. En dicho ámbito hay que tener en cuenta las previsiones legales de la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales, con su reglamentación y la existencia de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, que han de procurar todo tipo de protección a sus trabajadores, de las Directivas Europeas sobre salud y seguridad en el trabajo, y sus transposiciones al ordenamiento legal español, particularmente las relativas a riesgos biológicos. Se podría contar con la colaboración con las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales cuando se trate de pequeñas empresas que no dispongan de Servicio propio o concertado y aún como apoyo de las que sí lo tienen. El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo tenía redactadas toda una serie de normas técnicas. Y de ello derivan previsiones que debe de tomar el empleador bajo la indicación de tales profesionales, como el

disponer de equipos de protección personal (EPIs), antisépticos o la organización segura de las actividades. Causa estupefacción que dispositivos tan elementales como algunos EPIs (las mascarillas, por ejemplo) no hayan podido ser fabricadas masivamente y a tiempo por los países tecnológicamente más avanzados.

En conclusión, no nos podemos permitir una nueva inmovilización de tareas y movimientos ante una epidemia o pandemia que nada garantiza que no se pueda repetir por este u otro microorganismo. En el caso presente hay que revertir la lucha desde una acción de orden público, mejor limitada a sus mínimos, a la del escenario higiénico-sanitario, muy adecuadamente fortalecido, lo cual es posible implementando la red asistencial, especialmente la hospitalaria, y actualizando todo lo conocido desde hace tiempo sobre epidemiología y prevención anti-infecciosa, lo cual parece haberse relegado a un segundo plano. En esa trayectoria es necesario, y además posible, el relanzamiento de las actividades productivas, educacionales y culturales, aprovechando normativas de progreso existentes y tecnologías modernas como la desinfección, la depuración del aire interior, el diseño, el acomodo de espacios o la educación sanitaria. Salvo una vacuna y los antivíricos específicos no hay mucho más que inventar. <<

Bibliografía

- KUHN, Thomas S: La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica de España. 2013.
- POPPER, Karl: La lógica de la investigación científica. Editorial Tecnos. Madrid, 1977.
- LAST, John M: Diccionario de epidemiología. Salvat. Barcelona, 1989.
- DE KRUIF, Paul: Los cazadores de microbios. Editorial Porrúa. Mexico, 2010.
- CARRERAS PANCHÓN, Antonio: Miasmas y retrovirus. Fundación Uriach 1838, Barcelona, s/f.
- VAQUERO DE LA HOZ, María Teresa: Calidad del aire interior en las edificaciones hospitalarias (Tesis Doctoral). Universidad de Valladolid, 2011.
- CAMUS, Albert: La peste. Gallimard. Francia, 1947.

NICOLÁS DE LA FUENTE ARRIMADAS (1849-1936), CATEDRÁTICO DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA, DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Carlos Vaquero Puerta
[Catedrático de Cirugía. Facultad de Medicina de la UVa]

Si ha habido personajes pintorescos en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, posiblemente uno de los más peculiares haya sido D. Nicolás de la Fuente Arrimadas, Catedrático de Patología Quirúrgica, teóricamente cirujano, aunque nunca parece ser que operó ni tan siquiera frecuentó la sala de operaciones; pero que sin embargo se le reconoce como un excelente docente y fueron conocidas también sus cualidades como escritor y especialmente escultor, del que se conservan algunas de sus obras.



Don Nicolás de la Fuente Arrimadas

De personalidad peculiar, era una persona que mantenía una especial forma de vestir y resultaba frecuente verle pasear por Valladolid con su chistera deslustrada y su levita raída acudiendo a dar sus clases en la Facultad de Medicina, acceder a las dependencias académicas de la Universidad de Vallisoletana donde ocupó numerosos cargos incluido el de Rector, pasear por la ciudad o acudir al Círculo de Recreo del que era asiduo visitante para jugar al ajedrez o participar en eternas tertulias comentando y analizando la actualidad del momento. Fue un asiduo y empedernido paseante por Valladolid exhibiendo su aspecto romántico y trasnochado, propio de otras épocas.

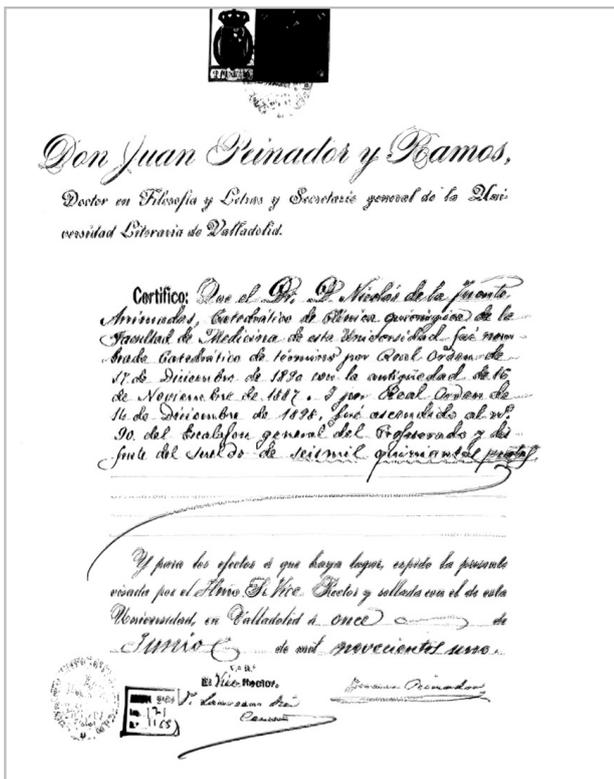
Don Nicolás de la Fuente Arrimadas, nació en el Barco de Ávila (Ávila) el 6 de diciembre de 1849. Sus padres fueron Julián de la Fuente y Doncel, natural de Salamanca, y Petra Arrimadas de San Martín, natural de Mazuecos de Campos de la provincia de Palencia.

Los estudios primarios los realizó en su población natal, desarrollando sus estudios de bachiller

en Artes en la Universidad de Valladolid. Más tarde comenzó los estudios en la Licenciatura en Medicina y Cirugía, donde ocupó una plaza de alumno interno en 1870 obteniendo en este mismo año el título de Ayudante del Director del Museo Anatómico de la Facultad de Medicina de Valladolid. Terminó la carrera y se graduó el 27 de mayo de 1873, logrando posteriormente el grado de doctor.

En el mismo año que concluye sus estudios de medicina, 1873 año coincidiendo con el fallecimiento del Profesor Emeterio

Iñigo García, se hizo cargo de su Catedra al ser nombrado por el Claustro General de la Universidad el 20 de mayo de ese año, Profesor Auxiliar. Posteriormente por Real Orden se le reconoce en el cargo Catedrático con fecha 28 de julio de 1875. Nicolás de la Fuente Arrimadas, obtuvo definitivamente el cargo de 22 de febrero de 1879, confirmándosele en el mismo en 1880. Por oposición llegó a ser catedrático de término de Patología Quirúrgica en la Universidad de Valladolid, nombrándosele a tal efecto por Real Orden de 17 de diciembre de 1890, en la que se le reconoce además antigüedad en el escalafón desde el 16 de noviembre de 1887. Muy pronto obtuvo un gran prestigio por su competencia especialmente en la docencia y como profesional de la medicina, por lo que ya de forma precoz, en 1873, se le había nombrado socio de número por oposición de la Academia de Medicina y Cirugía de Castilla la Vieja; al año siguiente en 1874, había sido incorporado como académico correspondiente en la Academia de Medicina de Sevilla, y posteriormente en 1875, de la de Cádiz. Años después, en 1886, tras numerosos



Nombramiento de Catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Valladolid

trabajos docentes y de investigación, que habían acrecentado su inicial prestigio, fue elegido académico de la Real Academia Española.

El 4 de noviembre de 1900 fue elegido académico de la Real Academia de Bellas Artes de la Purísima Concepción de Valladolid por su vinculación a las Artes, ya que se le reconocía como un excelente escultor.

Fue Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid desde 1877 a 1895, sucediendo a Don Andrés de la Orden López y a él le sucedió en el cargo Don Vicente Segarra Lascurain, los tres cirujanos.

En 1901 fue nombrado Senador por el Claustro de la Universidad de Universidad de Valladolid en el cupo que disponía la Universidad de Valladolid para este cargo en la Cortes Generales del Reino.

Fue nombrado Rector de la Universidad de Valladolid en 1910 por Real Decreto, permaneciendo y ostentando este cargo durante seis años, desde 1910 a 1916.

Fue Decano de la Facultad de Medicina de Valladolid en el periodo de 28 de octubre de 1918 al 6 de octubre 1919, que es el año cuando se jubila. Su participación en la gestión de la Facultad, fue muy activa si nos atenemos al contenido de las Actas de la Reuniones del equipo decanal y de la Junta de Facultad.

Entre sus mayores aportaciones a la profesión médica se le atribuye la creación de la Revista, *La Clínica Castellana* que fue durante mucho tiempo órgano de expresión de la medicina vallisoletana. Fue su director y comenzándose a publicarse con periodicidad mensual, desde el mes de mayo de 1910, manteniéndose su publicación hasta diciembre de 1930. Esta revista tuvo su redacción y administración en la calle Macías Picavea en los números 38 y 40 de la capital vallisoletana.

Por otra parte y en relación también con publicaciones periódicas, fue redactor y director de las revistas *La Fraternidad Médica* y *La Medicina Castellana*.

Fue autor de diferentes tratados y textos docentes además de otros trabajos científicos, escribiendo por otro lado obras y aportaciones de carácter literario.

Sin lugar a dudas que fueron sus aficiones artísticas, políticas y de gestión las que más marcaron su vida sobre otras incluidas sus destrezas quirúrgicas. Todo ello hizo que siempre fuera considerado como un cirujano teórico, nada amigo de la práctica quirúrgica, existiendo referencias de quien le conoció señalando que no era asiduo de visitar el quirófano y menos de realizar una intervención quirúrgica que parece ser delegaba en sus profesores auxiliares y ayudantes.

Hombre de profundas convicciones y con perfil religioso, pertenecía al Círculo Católico de Obreros.

Por su ayuda a los heridos en la Guerra del Norte, fue condecorado con la Gran Cruz de Isabel la Católica, sin haber podido determinar por nuestra parte cual fue su participación ni los méritos para el reconocimiento. Posteriormente obtuvo la Medalla de Oro conmemorativa del juramento de Alfonso XIII.

Residía en la calle de Mendizábal, número 4. Habitual del Círculo de Recreo de Valladolid, es decir el casino, jugaba al ajedrez, siendo sus partidas generalmente seguidas por numerosos asistentes.

En 1898 fue cuando escribió su famoso *Tratado de Patología y Clínica Quirúrgicas*, que servía de libro de texto para el alumnado y que fue utilizado por largo tiempo por las diferentes generaciones en la Facultad de Medicina.

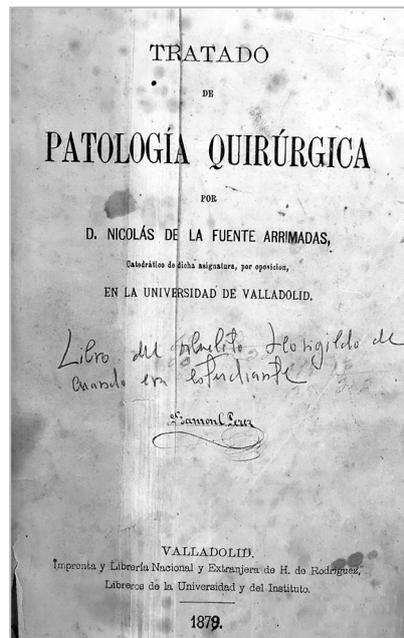
Además de su *Tratado de Patología Quirúrgica*, De la Fuente Arrimadas se le recuerda por un libro no médico sobre su tierra natal el titulado *Fisiografía e historia del Barco de*

Ávila publicada en 1925 por la imprenta de Senén Martín, en Ávila. Libro de gran extensión oscilando de 300 a 800 páginas dependiendo de la edición. Arrimadas escribió que «intentando conocer algo de las causas genéticas del modo de ser de mis paisanos y mío, y dolido de la sobriedad del único historiador del Barco Luis Álvarez, dediqué ratos del hogar a la investigación de la historia de estas tierras... 50 años de magisterio me han inducido a aprovechar toda ocasión de enseñar deleitando, y a ello se debe que la historia de mi pueblo sea la de España mirada desde el Barco de Ávila». Sorprendentemente este libro se ha hecho referencia como obra póstuma del autor.

El 26 de diciembre de 1936, aunque en algunas biografías aparece el año 1927, como el año del deceso, falleció en el Barco de Ávila don Nicolás de la Fuente Arrimadas, señalándose en la comunicación del evento, «Hijo, don Félix de la Fuente Gordaliza. Hija política doña María Josefa García O. de los Ríos. Nieta, doña Antonia María Solís. Hermanas, doña Rafaela y doña Manuela. Hermano político, don Benito Solís. Ex Rector de la Universidad de Valladolid, ex Decano de la Facultad de Medicina, ex Senador del Reino».

Obras:

- Tratado de Patología Quirúrgica*, Valladolid, Hijos de Rodríguez, 1878.
- Tratado de Clínica General médico quirúrgica*, Valladolid, Hijos de Rodríguez, 1883.
- Principios que han de informar una ley de instrucción pública* (discurso inaugural leído en la Universidad de Valladolid por el Doctor D. Nicolás de la Fuente Arrimadas en la solemne apertura del curso de 1889 a 1890), Valladolid, Imprenta de Luis N. de Gaviria, 1889.
- Tratado de Patología y Clínicas quirúrgicas. Cirugía General*,



Tratado de Patología Quirúrgica

Valladolid, Jorge Montero, 1898. Contestación al Discurso leído en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid para la recepción pública del académico electo Raymundo García Quintero, el día 31 de mayo de 1903, Valladolid, Imprenta Julián Torres Sanz, 1903.

-Contestación al Discurso leído en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid para la recepción pública de Eloy Durruti Saracho, Valladolid, Est. Tipográfico de F. Santarén, 1910.

-Contestación al Discurso leído en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid para la recepción del académico electo Dr. Luis Moreno Santos el día 4 de mayo de 1913, Valladolid, Imprenta Santarén, 1913.

-*Fisiografía e historia del Barco de Ávila*, Imprenta de Senén Martín, en Ávila. 1925. <<

Bibliografía

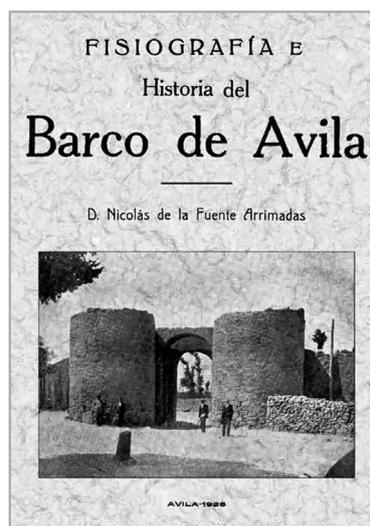
- AGUADO P. Historia de la Facultad de Medicina de Valladolid (1857-1936). Tesis del Doctorado. Universidad de Valladolid, 1981.
- BOLETÍN DE LA ACADEMIA DE INTERNOS. Número Extraordinario. Valladolid, 1936.
- CORAL Y MAESTRO L. *La Facultad de Medicina de Valladolid*. Anuario Médico de España. Madrid 1927.

CORTEJOSO L. *Académicos que fueron*. Valladolid, 1986.

GARCÍA GONZÁLEZ R. *Licenciados en Medicina Cirugía en la Universidad de Valladolid (1871-1936)*. Valladolid, 1979. ROJO VEGA A, RIERA J. *Cien años de Medicina vallisoletana (1889-1989)*. Valladolid, 1989.

RIERA J. *La Facultad de Medicina de Valladolid*. 11-27 en GARCÍA R, RIERA J, RIERA L. *Medicina Vallisoletana contemporánea*. Acta histórico-medica vallisoletana 54. Universidad de Valladolid, 1998.

VAQUERO C. *La cirugía en Valladolid en el pasado siglo XX. Recuerdo histórico*. Discurso Inaugural Solemne Sesión Inaugural del Cuso Académico Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid año 2019. Cargraf Impresores. Valladolid, 2019.



Libro de Fisiografía e Historia del Barco de Ávila, la publicación más famosa y difundida de D. Nicolás de la Fuente Arrimadas





ARCHIVOS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE VALLADOLID

ISSN 2659-367X

