

6

RAFAEL VARA LOPEZ

DOCTOR HONORIS CAUSA

EL CIRUJANO
ANTE LA MUERTE

DISCURSO EN EL ACTO DE INVESTIDURA

PRESENTACIÓN

IGNACIO M.^a ARCELUS IMAZ



UNIVERSIDAD DE GRANADA

1980

2 400 40

Sanja

MADE IN SPAIN

6

RAFAEL VARA LOPEZ

DOCTOR HONORIS CAUSA

EL CIRUJANO
ANTE LA MUERTE

DISCURSO EN EL ACTO DE INVESTIDURA

PRESENTACIÓN

IGNACIO M.^a ARCELUS IMAZ



UNIVERSIDAD DE GRANADA

1980

R. 49.589

RAFAEL VARA LOPEZ

DOCTOR HONORIS CAUSA

EL CIRUJANO ANTE LA MUERTE

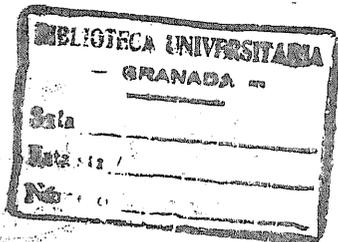
DISCURSO EN EL ACTO DE INVESTIDURA

PRESENTACIÓN

IGNACIO M.º ARCELUS IMAZ



BIBLIOTECA UNIVERSITARIA GRANADA
N.º Documento <u>204940</u>
N.º Copia <u>447692</u>



Tip. Ntra. Sra. de las Angustias - Granada

UNIVERSIDAD DE GRANADA

1980

15307827

PRESENTACION

Excmo. Sr. Rector Magnífico de la Universidad de Granada.

Excmos. Sres. Vicerrectores y miembros del Claustro Universitario.

Ilustrísimas autoridades que nos hacen el honor de participar en este solemne acto académico.

Señoras, Señores, queridos amigos:

Me corresponde hoy el alto honor y la grata tarea de exponer ante Vds. algunas facetas de la excepcional personalidad del hombre que hoy recibe la investidura de Doctor «Honoris Causa» por la Universidad de Granada.

Ante todo quiero agradecer muy sinceramente a la Junta de la Facultad de Medicina y al Claustro Universitario el que aceptaran por unanimidad, e hicieran suya, nuestra propuesta, demostrando con ello que la Universidad de Granada se complace en reconocer y ensalzar los méritos de los hombres que, como el Prof. Dr. D. RAFAEL VARA LOPEZ, Catedrático de Patología y Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid y Académico de la Real Academia Nacional de Medicina han dedicado su vida entera a la tarea de engrandecer y prestigiar a la Universidad Española, de elevar el nivel científico de nuestra Patria, y de hacer el bien a sus semejantes con su ejemplar y apasionada dedica-

ción al cuidado del hombre enfermo, desde su vertiente profesional de cirujano universitario.

Podríamos calificar en justicia, de gigantesca, la labor realizada por el Prof. VARA LOPEZ durante 40 años como Catedrático de Patología Quirúrgica, desde que en 1934 inició sus responsabilidades de Profesor Universitario, hasta que las concluyó oficialmente en Madrid, por imperativos administrativos en 1974. Pero en ese momento el Prof. VARA LOPEZ no se refugia en un bien merecido descanso tras una vida profesional tan dilatada, se encuentra en la plenitud de sus facultades físicas e intelectuales, y en el punto culminante de una valiosísima experiencia profesional y docente acumulada durante tantos años, y siente el deber de que esta experiencia siga siendo útil a la sociedad. Por ello desde 1974 brinda generosa y desinteresadamente a la Universidad de Granada sus mejores afanes y su participación activa en las tareas docentes, asistenciales y de investigación en nuestra Facultad de Medicina, donde por imprevisibles designios de la Providencia, dos de sus discípulos —el Prof. Vara Thorbeck y yo— somos actualmente catedráticos de Patología y Clínica Quirúrgica, y donde en el año 1970 otro de sus discípulos, el malogrado Prof. Manuel Sastre Gallego, nuestro querido e inolvidable amigo y compañero, catedrático también de la misma disciplina, falleció prematuramente cuando estaba trabajando en el quirófano en el cumplimiento de su deber, siendo ésta una pérdida irreparable para nuestra Universidad.

La vinculación afectiva y de participación activa del Prof. VARA LOPEZ con la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, se remonta pues, a muchos años, y es fácilmente comprensible que como Decano actual, y como su discípulo más antiguo, hiciera yo la propuesta de su incorporación a nuestra Universidad como Doctor «Honoris Causa».

El «curriculum vitae» del Prof. VARA LOPEZ es auténticamente ejemplar por su fidelidad y dedicación absolutas al desarrollo de una vocación muy tempranamente sentida. Sólo los que hemos tenido el honor y el privilegio de ser sus discípulos podemos comprender que se pueda alcanzar, por la labor de una sola persona, una biografía tan repleta de logros pro-

fesionales y científicos. En efecto, los que hemos permanecido al lado de nuestro Maestro durante muchos años, conocemos el secreto de tan admirable «curriculum», que es la concurrencia en el Prof. VARA LOPEZ fundamentalmente de tres cualidades: una inteligencia fuera de lo común con un afán inagotable de saber, una capacidad de trabajo absolutamente excepcional y una vocación apasionada por la docencia, la investigación y la medicina en su más amplio sentido.

Permitidme que pueda glosar en este momento algunas facetas de su biografía. En primer lugar la labor del Prof. VARA LOPEZ en la docencia e investigación como Maestro Universitario, en segundo lugar su dedicación como cirujano al cuidado del hombre enfermo y finalmente sus cualidades humanas que constituyen el entramado fundamental de su rica personalidad.

La vocación investigadora del Prof. VARA LOPEZ se inició muy tempranamente, ya durante el período de la Licenciatura, siendo todavía Alumno Interno por oposición con el número uno en el Hospital de San Carlos de la Facultad de Medicina y también en la Beneficencia Provincial de Madrid.

En esa época obtuvo una serie de premios por oposición, y comenzó su entrenamiento en trabajos de investigación con Maestros de prestigio internacional, como D. Pío del Río Hortega, en Histología normal y Patológica, y D. Juan Negrín, en Fisiología. Obtuvo las máximas calificaciones en las asignaturas de la Licenciatura y tuvo el privilegio de trabajar como Alumno Interno con Maestros tan prestigiosos como Medinaveitia, Sánchez Covisa, Hernando, Cardenal y Gregorio Marañón, que desde entonces le distinguieron siempre con su amistad y consideración.

Quisiera señalar en este momento el singular fenómeno, tan peculiar de lo que podríamos denominar Historia Natural de la vida universitaria, con la simbiosis Maestro-Alumno. En efecto, el alumno con decidida vocación por el estudio, futuro docente e investigador en potencia, busca a los Maestros que han de orientarle y ayudarle en su empeño. Por otra parte el auténtico Maestro —a diferencia del Profesor rutinario— se distingue por

ser un buscador de vocaciones entre sus jóvenes alumnos a los que ha de alentar, aleccionar y dirigir en su formación.

Tengo el convencimiento de que los Alumnos Internos de las Facultades de Medicina constituyen una auténtica cantera de promoción de vocaciones.

Así ocurrió con el Prof. VARA LOPEZ, quien al alcanzar el magisterio universitario, repitió a su vez el ciclo, dedicando una especial atención y ayuda a los que fuimos sus alumnos internos. Vaya por delante que debo a mi Maestro —entre otras muchas cosas— mi vocación universitaria. Quiero señalar también que este sistema natural de selección mutua Maestro-Discípulo, peligra gravemente en el momento actual por imposición extra-universitaria del sistema de selección de residentes.

En su periodo de Post-graduado, y tras alcanzar las máximas calificaciones de Sobresaliente con Premio Extraordinario en la Licenciatura, y Sobresaliente con Premio de la Real Academia Nacional de Medicina por su Tesis Doctoral sobre «Osteitis fibrosa (contribución a su estudio experimental y clínico)», obtiene varias becas que le permiten ampliar estudios en el extranjero con Maestros que en aquel momento estaban en la cúspide del prestigio científico internacional en el campo de la Patología Quirúrgica, como el Profesor A. Bier en la Universidad de Berlín, y el Doctor Feld en el Instituto Robert Koch también en Berlín. Más tarde trabaja bajo la dirección del Prof. Laewen en la Clínica Quirúrgica Universitaria de Koenisberg, realizando durante este tiempo varias publicaciones y su Tesis Doctoral.

No me es posible detallar el deslumbrante «curriculum» del Profesor VARA LOPEZ hasta obtener por oposición la Cátedra de Patología y Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Cádiz en 1934.

Tras del paréntesis de la guerra civil durante la cual organizó la primera clínica neuroquirúrgica que funcionó en España y donde también por primera vez en nuestro país pudo disponer de un electroencefalógrafo

que le permitió realizar valiosos y originales trabajos de investigación en el campo de las epilepsias post-traumáticas, abscesos cerebrales, etc., obtuvo en 1943 por concurso, la Cátedra de Patología y Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid, donde tuvimos la fortuna de que fuera nuestro Profesor, y trabajar a su lado como Alumno Interno.

Quiero referir, aunque muy brevemente, el impacto que causó en nosotros, entonces jóvenes estudiantes, la incorporación del Prof. VARA LOPEZ a la Cátedra de Patología Quirúrgica. Preparaba concienzudamente las lecciones teóricas, las ilustraba con un procedimiento didáctico excelente, mediante carteles tipo «poster» con esquemas, cuadros sinópticos, estadísticas, etc., que a diferencia de la brevedad de las proyecciones a oscuras, podían ser cómodamente estudiadas por los alumnos. Por otra parte trasladaba al aula y ponía a nuestra disposición gran cantidad de piezas patológicas de su colección particular, adecuadamente preparadas y conservadas en recipientes transparentes que daban un gran realismo a su lección didáctica, y además exponía el contenido de la disciplina con un conocimiento directo y gran experiencia personal en todos los campos de la Patología Quirúrgica.

El Prof. VARA LOPEZ, tenía además un carisma especial, e infundía simultáneamente un profundo respeto y un gran afecto a su persona. Era exigente en hacer cumplir nuestras obligaciones, pero predicaba con el ejemplo, exigiéndose a sí mismo una tarea en ocasiones agotadora. Cuidaba con esmero la justa evaluación de los exámenes y alentaba al grupo de alumnos que se destacaban sobre el nivel medio, siendo muchos los que estimulados por su capacidad didáctica, alcanzaron las máximas calificaciones. Pronto nos dimos cuenta que teníamos la suerte de recibir las enseñanzas de un verdadero Maestro Universitario, y fuimos varios los discípulos que decidimos seguirle cuando se trasladó por concurso a Madrid en 1953.

En la Universidad Complutense de Madrid pudo desarrollar con ma-

yor amplitud el magisterio universitario en su triple aspecto docente, investigador y asistencial. Además de los medios didácticos antes referidos utilizó los que eran entonces casi una novedad, obteniendo innumerables diapositivas en color e incluso películas filmadas en su Departamento y costeadas a sus expensas, llegando a realizar hasta un total de 27 películas de 16 milímetros que suponen un coste económico muy elevado.

Es nombrado Director del Servicio de Cirugía Experimental, y el impulso dado a la investigación quirúrgica en su Departamento está en parte reflejado por su labor de dirección de 25 Tesis Doctorales, y por la relación impresionante de publicaciones (reseñadas en su «curriculum») en revistas nacionales y extranjeras hasta un total de 179, muchas de ellas de investigación clínica o experimental. Es realmente abrumadora la labor realizada por el Prof. VARA LOPEZ, ya que podríamos decir que en sus publicaciones se registra su experiencia personal en todas las especialidades quirúrgicas, ocupándose también de los problemas del pre y post-operatorio. Por otra parte ha publicado 13 monografías y libros de diverso contenido doctrinal, docente o de investigación.

Su inquietud intelectual le lleva también a realizar trabajos de investigación histórica, como su monografía «La craniectomía a través de los siglos», y su preocupación por los problemas de la docencia, está reflejada en su monografía «Enseñanza de la Cirugía» y sus publicaciones «Formación del Cirujano» y «Pasado, presente y futuro de la Cirugía».

En 1957 organiza la primera Escuela Profesional de Neurocirugía de España, de la que es nombrado Director, y desarrolla en ella una extensa labor que se prolonga hasta su jubilación. Durante este tiempo, crea por primera vez en España, Servicios de electromiografía, de ecoencefalografía y de reometría electro-magnética.

Durante los veranos de los años 1954-55 y 56 organizó en la ciudad de Burgos, unos cursos de ampliación de estudios para post-graduados, patrocinados por la Excm. Diputación Provincial de Burgos y por la Universidad de Valladolid, con la colaboración de prestigiosos profesores na-

cionales y extranjeros. Desarrolla también una labor de extensión universitaria en otros ámbitos de nuestra Patria, y se reseñan en su «curriculum» los 110 discursos y conferencias sobre los más variados temas.

Sus ampliaciones de estudios en Centros extranjeros del máximo prestigio, se iniciaron ya en su época de estudiante y fueron continuadas con asiduas y prolongadas visitas a dichos Centros a lo largo de toda su vida profesional. Podríamos decir en síntesis apresurada, que ha visitado las más destacadas instituciones docentes, asistenciales o de investigación de Alemania, Suiza, Austria, Francia, Canadá y Estados Unidos (con una prolongada estancia en estos dos países durante el año 1947), Suecia, Dinamarca, Inglaterra, Japón, Rusia, diversos países hispano-americanos, y recientemente (1977) una detenida visita a los Centros más importantes de China.

Su participación como ponente o presentando comunicaciones a 35 Congresos nacionales y a otros 32 extranjeros, atestiguan su intensa actividad en este campo tan importante del intercambio científico, habiendo alcanzado un gran prestigio y aprecio personal entre las máximas autoridades científicas de la Cirugía mundial, como he podido apreciar personalmente en el último Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía, celebrado el pasado verano en San Francisco de California, y para el que fue nombrado Vice-Presidente. En este mismo sentido es preciso señalar que forma parte como Fundador Miembro de Honor, o Socio de 35 Academias y Sociedades Médicas Nacionales y Extranjeras, habiendo sido Presidente de muchas de ellas. Quiero destacar también que es Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina desde 1961, Miembro del Comité Científico de la Société Internationale de Chirurgie, y Delegado Nacional de dicha Sociedad en España.

Está en posesión de una preciada condecoración alemana concedida en 1939, y también de la Gran Cruz de Alfonso X el Sabio.

En cuanto a su dedicación como cirujano al cuidado del hombre enfermo, es decir su labor asistencial en los diversos Hospitales y Centros

Quirúrgicos que ha dirigido a lo largo de su fructífera vida profesional, podemos calificar su tarea de titánica, con más de 50.000 pacientes operados.

Su pericia quirúrgica y la amplitud de sus conocimientos médicos, los aplica no sólo al acto operatorio, sino también al cuidadoso estudio pre-operatorio y del delicado período post-operatorio, con todas sus posibles complicaciones.

Pero sobre todo, el Prof. VARA LOPEZ nos enseñó siempre a considerar al enfermo como una persona humana, como un ser menesteroso que necesita no sólo nuestra asistencia técnica, sino también nuestra comprensión y afecto.

Finalmente quisiera expresar en breves palabras, pero que obligadamente han de estar cargadas de emoción, mi apreciación personal de la figura humana del Prof. VARA LOPEZ.

Don Rafael, como cariñosamente le llamamos sus discípulos, es un hombre de una generosidad sin límites.

Generosidad, como Maestro Universitario que ha pretendido transmitir en todo momento, su inmenso caudal de conocimientos a sus discípulos. Generosidad al poner a nuestra disposición su espléndida biblioteca y hemeroteca, su archivo de historias clínicas y hasta los medios de trabajo y de investigación de su propiedad particular. Generosidad al hacer posible nuestra supervivencia, cuando al trasladarnos con él a Madrid, no disponíamos de otros recursos económicos que los que él nos proporcionó a sus expensas. Generosidad en fin al brindarnos su amistad y afecto, y al saber disculpar y perdonar nuestros muchos defectos e imperfecciones. Pero además D. Rafael, es un hombre profundamente bondadoso y afectivo, que ha sufrido con nuestras desgracias, y se ha sentido feliz con nuestros éxitos.

Nosotros sabemos que entre los muchos honores que ha recibido nuestro Maestro a lo largo de su vida profesional, éste de hoy constituye para él

uno de los más preciados, pero espero no equivocarme al transmitir al Profesor VARA LOPEZ, el sentir de todos los claustrales, que también para la Universidad de Granada constituye un honor el recibirle en su seno como Doctor «Honoris Causa».

I. M. ARCELUS IMAZ



INTRODUCCION

Excmo. Sr. Rector Magnífico.

Excelentísimos e Ilustrísimos Señores.

Señoras.

Señores.

En este solemne y para mí tan emotivo acto, mis primeras palabras han de ser de rendida gratitud.

Gratitud al Prof. IGNACIO ARCELUS IMAZ, catedrático de Patología Quirúrgica y actualmente Decano de esta Facultad de Medicina, que tuvo la idea de proponerme como Doctor Honoris Causa de esta Universidad. Gratitud que hago extensiva al Magnífico Rector y Claustro General de la Universidad que accedió unánimemente a los deseos de mi antiguo discípulo, y entrañable colaborador de tantos años.

Una de sus bellas cualidades es su inmensa bondad y leal amistad, de la que me dio innumerables muestras, durante nuestra larga convivencia.

Con este acto de hoy culmina mi carrera universitaria. Nunca pude soñar, con un remate tan honroso, que coronase los sueños, las ilusiones y las esperanzas de un cirujano universitario.

Hoy, entre los pliegues de mi memoria se superponen y tratan de aflorar, imágenes, sentimientos y agradecimientos de los más diversos, que fueron decantando en ella, durante el misterio del tiempo, y marcando nuevos horizontes de posibilidades y esperanzas; unos alegres, otros tristes y amargos.

Yo tuve la suerte de tener un padre, universitario y científico, de gran carácter, rígido y autoritario; una madre bondadosa. Nací en el seno de una familia católica, de clase media; tanto mis hermanas como yo, sufrimos y añoramos el trabajo duro desde nuestra adolescencia, que transformamos en placer; a éstas, y a la compañera del viaje de mi vida, así como a mis hijos, les tengo que agradecer, el que haya podido fomentar mi vocación, arraigada y verdadera, de cirujano; profesión que reclama un constante esfuerzo y una responsabilidad, y a la que he sido fiel toda mi vida. Para mí el ejercicio de esta bella actividad compensa ampliamente las fatigas de su esfuerzo.

En este momento, que marca un hito en mi vida, es de justicia agradecer y reconocer que he sido el fruto de los maestros que elegí para mi formación: RÍO HORTEGA, MEDINAVEITIA, HERNANDO, MARAÑÓN, CARDENAL, etc., entre los españoles, y de los mejores cirujanos alemanes de mi época (BIER, SAUERBRUCH, KIRSCHNER, FÖRSTER, etc.), que no sólo me enseñaron cosas, sino modos, que marcaron una impronta, en mi espíritu.

En esta hora de serenidad y melancolía, tengo que rendir mi más profundo agradecimiento a todos los colaboradores, amigos, alumnos y enfermos que se sometieron a mis cuidados, en las distintas etapas de mi vida, que con diferentes retos, me obligaron a mantener viva la llama de la fe en la cirugía, al mismo tiempo, que me incitaron, al trabajo clínico, y a una modesta investigación, con arreglo a nuestras escasas posibilidades.

Todos unidos en común destino, en un ambiente de concordia, de paz y de trabajo, soslayando, la envidia, los celos, propios de todos

los humanos, tratamos de vislumbrar nuevos horizontes de ilusiones y de esperanzas.

El tiempo que me tocó vivir en la Universidad española, no fue nada fácil, tiempo de indigencia, de falta de los imprescindibles medios, para la enseñanza y la investigación, de incompreensión, de cacería, de hospitales mal dotados, que contrastaban con los lujosos y superdotados de la Seguridad Social.

Hube de moverme en un ambiente de mediocridad, de vulgaridad, de indiferencia, de pasividad, en esta zona gris y miserable de la condición humana, que me enervaba.

Gran parte de mi esfuerzo, tuvo que emplearse para luchar, con férrea voluntad, con objeto de obtener los medios para poder trabajar, enseñar e investigar. Esta continua brega merma la capacidad de investigación, y al final de mi vida, me pregunto. ¿Qué es lo que hice yo? ¡Combatir denodadamente para poder trabajar!

Esperemos que en un futuro se modifique el medio ambiente, puramente vegetativo, y que la voluntad y el trabajo desarrollado, no se emplee para obtener los medios, sino para los fines del cirujano universitario, que son los de una eficaz enseñanza y una original investigación.

Si no hubiese sido por la generosidad de la Clínica Quirúrgica II de esta Facultad de Medicina, que me brindó la posibilidad de seguir trabajando con la ilusión y el afán de toda mi vida, con la colaboración entusiasta de todos sus asistentes, la mayoría de los cuales son antiguos alumnos míos, (sin olvidar, a Hermanas de la Caridad, enfermeras, instrumentistas, personal de todo tipo de la Sala de operaciones, y de sus secretarías Srtas. M.ª Angeles y M.ª Carmen), a todos los cuales les doy mis más sentidas gracias, mi vida hubiese quedado reducida a una reclusión en mi celda, inmerso en el paraíso de mis recuerdos y torturado pensando en el futuro de mi soledad.



Yo creo, que es imprescindible que la Universidad española institucione un estamento que permita a los que se jubilen y lo deseen, seguir trabajando; ahora bien, sin interceptar el curso de posteriores generaciones, que deben alcanzar forzosamente, a su debido tiempo, direcciones y responsabilidades en el trabajo clínico. Pero también creo se tiene que aprovechar, el juicio sereno y la experiencia de los «seniors», tanto para la enseñanza como para la investigación.

Grandes fueron mis dudas, al elegir un tema que fuera propicio para esta recepción académica.

Rechacé desde el primer momento, todos aquellos específicos de mi especialidad quirúrgica, y opté por uno que fuera adecuado para todos los humanos.

La imagen, que se tiene del cirujano, es la de un profesional dotado de conocimientos y habilidades técnicas capaces de curar, mejorar o prolongar la vida de sus semejantes, pero la otra cara de Jano de esta noble actividad, es la que tiene que enfrentarse, no sólo aliviando el dolor de los que sufren, sino prestando solícitos auxilios, haciéndose solidario de las angustias y sufrimientos en la suprema soledad de la muerte.

Muerte y temporalidad son los fundamentos de la infelicidad del hombre. Al médico y al cirujano para que sea cabal, hay que enseñarle, también, cómo debe comportarse ante la suprema soledad que es la hora de morir, momento en el que desaparece no sólo una realidad sino también una posibilidad. Por esto elegí este tema del «cirujano ante la muerte», ya que él, más que nadie, es espectador de este evento, y como la vida siempre termina con la muerte, el cirujano debe conocer, cuál debe ser su actitud ante este irremediable acontecer.

EL CIRUJANO ANTE LA MUERTE

En el hombre gravemente enfermo, su vida biológica depende, dentro de ciertos límites, de los conocimientos del cirujano y de su adecuada aplicación técnica, tanto en el tiempo como en el espacio. Pero la actuación del cirujano no debe limitarse a procurar prolongar la vida biológica, sino que debe ser sabedor de conocimientos psicológicos que ayuden y sirvan de apoyo en aquellos estados del hombre-enfermo (no firme), así como en su terminación o fin biológico.

El deber del médico, del cirujano, y esta es la auténtica prueba de fuego de esta profesión, es estar junto al moribundo, a su lado, en solidaridad humana, y para esto se precisa no sólo una gran fortaleza espiritual, sino un elevado concepto de la unión entre los hombres.

He vivido el tránsito del ejercicio profesional de la sociedad burguesa a la socializada, en la que las «masas» de pacientes se benefician de los progresos técnicos. Estos, a su vez, exigen complejas y costosas instalaciones en grandes hospitales.

Todo ello modificó la actuación del cirujano en el tratamiento postoperatorio de sus pacientes.

En efecto, en la década de los años veinte podíamos distinguir tres tipos de cirujanos:

- 1) Los que consideraban que su función se limitaba a la prác-

tica de una operación, cuya indicación la efectuaba un médico internista que creía ser el único capaz de hacer un diagnóstico certero.

2) Cirujanos con los suficientes conocimientos fisio-patológicos, que hacían diagnósticos precisos, establecían indicaciones operatorias y las realizaban.

3) Existían, por último, otros cirujanos que, una vez finalizada la intervención, si el enfermo evolucionaba mal en el post-operatorio, le abandonaban en manos del internista. Muy escasos cirujanos seguíamos luchando para prolongar su vida, y le acompañábamos exterior e interiormente durante su agonía, hasta la muerte.

La Unidad de Vigilancia Intensiva.

Hasta un pasado reciente, la mayoría de las personas afrontaban la enfermedad y la muerte en sus hogares, rodeados de familiares que conocían sus necesidades y sus deseos. Le ayudaban así a tener una muerte lo más dulce posible, pues el paciente moría rodeado del amor y afecto de amigos, vecinos y familiares. El médico le consolaba con su simple presencia, pues siempre el enfermo había confiado en él.

Sólo morían en el hospital los desheredados de la fortuna.

En la actualidad, todo ha cambiado en pocos años; ahora el 80% de las muertes tienen lugar en los hospitales.

Esto se debe a dos razones fundamentales:

En primer lugar, a que en estos últimos años, en la sociedad de consumo, se disgregó la familia, no sólo por trabajar todos los miembros en lugares más o menos distanciados, sino también porque casi están rotos los vínculos familiares.

Este proceso es el habitual en las grandes urbes. Como consecuencia de ello, cuando una persona cae enferma, no puede ser aten-

dida en su domicilio, ya que se encuentra sola. Los demás familiares y amigos no pueden interrumpir su trabajo. El enfermo es, por tanto, trasladado a un gran hospital.

La segunda razón es, que en el hospital se dispone de adelantos técnicos, instrumentales complejos, que no pueden trasladarse al domicilio del paciente. Esta razón adquiere verdadera importancia cuando el enfermo precisa una intervención quirúrgica.

La adquisición de variados y nuevos conocimientos fisiopatológicos sirvió de base para el tratamiento postoperatorio. La responsabilidad del cirujano, hoy día, no sólo se circunscribe al acto operatorio en sí, sino que continúa en el postoperatorio, durante días o semanas, evitando o combatiendo las complicaciones que puedan presentarse en este período.

Es cierto que una gran mayoría de nuestros enfermos quirúrgicos en esta etapa del postoperatorio, no necesitan de unas medidas complejas para sobrellevarla. El organismo, mantiene una serie de sistemas en reserva que le permiten, casi sin ayuda exterior, una pronta recuperación de su estado de plenitud. Así ocurre cuando la naturaleza de la enfermedad que ocasionó el acto quirúrgico es benigna y cuando el sujeto es un hombre joven.

Ahora bien, debido al perfeccionamiento de la técnica y a los conocimientos recientemente adquiridos, se han ampliado las indicaciones de la cirugía; por otro lado, la mayor supervivencia ha dado lugar a que tales medios extraordinarios para la recuperación de la salud se apliquen en ancianos, cuyos sistemas de reserva se encuentran disminuidos.

Estas son las dos causas determinantes de la existencia creciente de enfermos de alto riesgo quirúrgico, en los que, para obtener su recuperación, se precisa el empleo de todos los recursos de la moderna reanimación postoperatoria.

En un principio, fue el propio cirujano, con sus colaboradores, el encargado de la aplicación de tales medidas en el postoperatorio. Se realizaba esta labor de una forma individual en la propia habitación del enfermo.

Pero la progresiva complejidad del tratamiento, la necesidad del dominio de unas técnicas de laboratorio y de otras ramas de la Medicina, así como el uso de aparatos altamente costosos, dio origen a que:

- El cirujano fuese rebasado en sus conocimientos, por lo que al perfecto dominio de las distintas técnicas postoperatorias se refiere.
- A la aparición de las denominadas Unidades de Cuidados Intensivos, ya que la riqueza de los medios auxiliares obliga a una centralización de los enfermos en una sala común, especial.

Esta nueva organización determina el desarrollo de una nueva especialidad médica, los llamados «intensivistas».

Tal especialidad se encuentra favorecida por el propio cirujano, que intenta, de esta forma, rehuir la responsabilidad final. En definitiva, se entrega al enfermo en dichas U.V.I. y se elude, por tanto, el desarrollo, a veces trágico, de su enfermedad.

El enfermo ingresa en una sala, desligado totalmente de su ambiente familiar, sala que parece más de ciencia-ficción que real. Si está consciente (nunca podemos saber hasta qué punto un enfermo grave entiende y escucha), va a asistir a un cuadro tremendamente dramático, que se desarrolla a su alrededor, en las personas de otros semejantes más graves.

Su única relación con el mundo afectivo, en el mejor de los casos, queda limitada a la visión, a través de un cristal, de un rostro querido.

Origina todo este ambiente una tremenda angustia interior y, consecuentemente, como reacción de defensa, un espíritu de egoísmo, que intenta centralizar la atención de médicos y enfermeras hacia su persona.

Esta nueva situación se agrava si consideramos el cambio de mentalidad que acontece en los propios médicos sobre los que recae esta misión. La falta de conocimiento humano del enfermo da lugar a que el médico le considere como un objeto. Se olvida el nombre del paciente y se sustituye por un número o carpeta, en donde, de forma progresiva, se llena de gráficas y se anotan secuencias que, en definitiva dan lugar a una total deshumanización. Posiblemente, también como un sistema defensivo e inconsciente del propio médico, como intento de evasión de la tragedia que le rodea.

El problema se agudiza cuando el caso clínico se complica, cuando es necesaria la colaboración de distintos especialistas. Entonces, el enfermo empieza a ver caras constantemente desconocidas: unas, preocupadas por su riñón; otras, por su pulmón o su corazón, y, en definitiva, nadie preocupado por el ser, por el conjunto de esa unidad cuerpo y alma que fue creada como individualidad, como algo irrepetible y unitario.

De esta forma se impide que el hombre muera, pero nadie le ayuda a vivir.

No quiere decir esto que no deban existir dichas unidades de vigilancia intensiva; su necesidad, ya lo hemos visto, viene dada por la complejidad de su utillaje y la falta de personal.

Pero es imprescindible su humanización. Es necesario que, si bien todo el equipo colabore, el cirujano, el único que ha conocido al enfermo en un estado previo, no se inhiba en este período. Es él quien debe asumir el liderazgo de esta difícil situación. El paciente debe intuir que el cirujano tiene un verdadero interés por él. Ha de propor-

cionarle la seguridad de que quienes se ocupan de él participan de su situación y le acompañan. Ha de procurarse tranquilizarle, explicándole cada nueva dificultad, así como la forma de resolverla. Una actitud comprensiva y de confianza proporciona aliento y seguridad.

La misión del cirujano no es impedir que el individuo muera sino que alcance la plenitud de todas las posibilidades para su auto-despliegue.

Y en aquéllos que tal situación no sea alcanzable, es necesario que se produzca una interrelación afectiva entre el «tú» y el «yo», de forma que aquel tú se sienta acompañado y fortalecido de amor en el momento culminante de su creación.

El progreso médico no debe negar a una persona su derecho a morir con dignidad humana.

La Agonía.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua, se define la agonía como: 1) Angustia, congoja del moribundo. 2) Pena o aflicción extremada. 3) Ansia o deseo vehemente. 4) Pl., hombre apocado y pesimista.

En el «Diccionario de Ciencias Médicas», de CARDENAL, esta palabra procede etimológicamente de *agon* = lucha, combate; y admite dos significados: dolor grave, sufrimiento extremo, o estado que precede a la muerte en los enfermos que se extinguen lentamente.

Según BERGER, es el «conjunto de fenómenos que sirven de paso entre la vida y la muerte, pero este paso es todavía parte de la vida». Se puede también definir como la manera de reaccionar (en el sentido de desplazamiento de energía) física y psíquicamente ante la aproximación de la muerte, y las modificaciones que conlleva en el medio exterior.

La agonía es un proceso susceptible de modificación por una actitud propia o ayudando al enfermo a mejor vivir en la aproximación de su muerte.

Los siete estados de la Agonía.

Los trabajos de KUBLER-ROSS, así como los del seminario que dirige desde 1965 en el Hospital Billings, de Chicago, demuestran la existencia de varios estados de la agonía.

El moribundo atraviesa siete diferentes estados de conciencia:

1) Choque. 2) Denegación. 3) Cólera. 4) Depresión. 5) Regateo. 6) Aceptación y 7) Decathesis.

1) Cuando un hombre conoce que tiene una enfermedad que en breve tiempo le llevará a la agonía, padece siempre un choque, de duración variable, que desencadena diferentes efectos psicológicos, según la edad, la formación, la fe religiosa, la estructura y el carácter del sujeto. Es el choque tanático, que produce modificaciones permanentes en su personalidad.

Como dice R. JAY LIFTON («Deaths in Life Survivors of Hiroshima», Time, enero 1973), el individuo pasa de una existencia normal a encararse con la muerte. No quiere integrar el trauma en su vida, durante semanas o meses.

El trauma tanático siempre lo recibe el hombre bruscamente; una nueva realidad, inesperada, hace irrupción en su conciencia.

«El orden humano del ser, es desmantelado», según la expresión de MARTIN BUBER. Es entonces cuando, por vez primera en su existencia, entrevé su soledad y desnudez; las percibe, pero no las puede aceptar. Durante algún tiempo se engaña, como si nada fuese con él, entregándose con tenacidad a las actividades más fútiles.



2) Pasado el choque tanático, aparece la nueva realidad que habita en su conciencia, que transforma progresivamente su personalidad. Trata de sobreponerse al choque psíquico, así como también de encontrar el sentido de la muerte. Se cree diferente a los hombres que le rodean. Se da cuenta del distanciamiento entre su conciencia y los objetos que percibe. Comienza la racionalización del evento, que siempre toma la forma inicial de denegación, más o menos intensa y elaborada. Trata por todos los medios de encontrar a un médico que niegue el diagnóstico de la enfermedad que le produjo el trauma. Pero, poco a poco, se impone la evidencia, que acepta parcialmente, entregándose a los médicos para seguir sus prescripciones.

3) La aceptación le aleja del mundo de los vivos, llegando incluso a considerarles como enemigos. Se da cuenta de que nunca más podrá participar de este mundo. Entonces, su comportamiento se hace agresivo, desesperado, tanto más cuando más dominante posición ocupase. Se separa gradualmente del mundo real, ya que se rompen los lazos que le unían a él. Aparece un estado de cólera.

4) La repulsa o negación inicial se hace total. Es la fase más larga; produce una seria depresión. Piensa en el devenir de su familia, privada de su apoyo. Se siente culpable de ocasionar grandes gastos a los suyos. Pierde la comunicabilidad; no cree en la mentira misericordiosa de los médicos por lo que respecta a la gravedad de su enfermedad. Ve en ellos una estrategia elaborada para engañarle y ocultarle su situación real. Disminuye su interés por el tratamiento. Aparece apatía, desconfianza y soledad.

5) La depresión cesa bruscamente, se representa a sí mismo como combatiente de cara a la muerte, personificada y amenazadora. Trata de pactar con ella, con Dios, haciendo promesas. Aparece un regateo: «Si me curo, haré esto o lo otro...». Pretende, no sólo él, sino también la familia, comerciar con la muerte.

Es frecuente ver, en las más diversas iglesias de Europa, los ex-votos más variados.

6) De repente, el agonizante entra en un período de aceptación. Se cuida de los suyos, arregla sus negocios. Sigue las instrucciones de los médicos, no como si se tratase de él, de su propio cuerpo, sino de un ser extraño, que pasajeralemente habita en él.

La aceptación de la muerte se presenta bajo una doble vertiente: por una parte se aleja del mundo de los vivos, pero piensa, habla y razona con relación a su vida pasada. Al mismo tiempo, espera a la muerte; algunos la desean, tienen una intensa curiosidad por lo que hay al otro lado de la vida.

Llega un momento en la agonía, en que el enfermo tiene que rendirse, mirar la muerte cara a cara. La aceptación no significa rendición de la voluntad de vivir, pero existe un nuevo dintel de percepción, hasta entonces desconocido e ininteligible.

7) El último estadio es la decathesis (final). Se pierde toda comunicación. El cuerpo del agonizante conserva sus parámetros biológicos, vive, pero su conciencia está invadida por la percepción de una realidad en la que no puede participar ningún ser vivo.

El moribundo nunca pierde la esperanza, que es constitutiva del hombre, aunque su inteligencia le diga lo contrario.

Llega un momento, en este estadio de la agonía, en la que el paciente tiene un estado de conciencia lejano, todo lo que le rodea aparece vago. Es el momento de la terapia del silencio.

En este momento, dice ZIEGLER (ZIEGLER, E.: «Les vivants et la mort»... Seuil, París, 1975), se invierten los papeles; los vivos, médico, capellán, la familia, no saben nada; es el agonizante el que lo sabe todo. En estos instantes su vida pasada se percibe en fracciones de segundo, su visión sobre los seres y sobre él mismo, adquieren una lucidez extraordinaria: tiene una nueva percepción. No tiene comunicación con el ambiente que le rodea; aparece en su cara un aspecto nuevo y desconocido. La muerte tiene lugar en calma; pasa, probable-

mente, hacia un mundo y un modo de existencia que el agonizante entreveía.

El hombre lleva en él una muerte que es propia y perceptible, por un sistema de señalización.

Procesos defensivos contra la angustia en la agonía.

Así como, desde el punto de vista biológico, existen una serie de sistemas que intentan la prolongación de la vida, se produce, a nivel del psiquismo, en estos enfermos graves, otros mecanismos más complejos, que intentan luchar contra la idea de la muerte.

La naturaleza íntima de tal sistema defensivo permanece en la oscuridad, pero podemos observar una serie de reacciones que acontecen en el agonizante, que no son sino la expresión de dichos sistemas de defensa.

La negación es una forma frecuente de reacción contra la idea de la muerte. Yo he tenido ocasión de observarla, fundamentalmente en aquellos pacientes de elevado nivel cultural y, especialmente, en los médicos.

La negación se debe al constante intento, por parte del subconsciente, de evitar la idea de la muerte.

Junto con esta manifestación, completándola, aparece una nueva manera de defensa: el enfermo trata de revivir una situación peligrosa que se produjo durante su vida y de la que salió victorioso.

La tercera forma, que hemos podido observar, como intento defensivo ante el miedo a la muerte, difiere totalmente en su naturaleza a las dos anteriores. Se trata de recordar la vida en sus momentos de alegría y felicidad; se busca el recuerdo de la madre, como ser amado y protector.

Esta forma no intenta la negación del miedo, sino evitar centrar el pensamiento en el momento de la muerte.

Los tibetanos tienen por costumbre usar de este mecanismo, que les permite adquirir una conciencia del sentido general de su existencia y tener una orientación para el futuro de su reencarnación.

Como hemos apuntado someramente al comentar las modificaciones del carácter del enfermo ingresado en una U.V.I., muy frecuentemente se observa en los agónicos, el denominado síndrome de Minotauro. El enfermo se alivia de su angustia al ver la muerte de otro ser próximo a él. No es, ni más ni menos, que la manifestación de un sentimiento profundo e innato, que considera a la muerte no como un acto, sino como un ser que roba la vida a los hombres.

Fundamentalmente, la religión, la edad y la cultura modifican, al menos aparentemente, este tipo de manifestaciones.

HILTON observó que aquellos que tenían unas firmes creencias religiosas presentaban ansiedad en el 20% de los casos, mientras que en los ateos aparecía en el 27%, y en los de fe tibia, en el 56%.

FEIFEL, por el contrario, considera que las personas religiosas tienen mayor angustia que los ateos, debido a que, por dichas creencias, no sólo se presenta la angustia por el abandono de la vida, sino por la inquietud del más allá.

Yo he podido observar, a este respecto, dos situaciones totalmente distintas en moribundos con firmes creencias religiosas. Unos, reaccionaban con verdadera angustia, posiblemente debido a pérdidas momentáneas de su fe. Necesitaban del constante apoyo por parte del capellán para reavivarla. Otros, por el contrario, posiblemente por una fe más consolidada, en el momento de la agonía tenían una mayor entereza y resignación.

Los enfermos menores de cincuenta años y, sobre todo los niños,

presentan más frecuentemente ansia y depresión que los viejos. Estos, por el contrario, tienen una mayor sensación de soledad.

El haber ejercido la Cirugía en enfermos de distinto grado cultural, me ha permitido observar un diferente comportamiento dependiente de su desarrollo. Hago la salvedad de que la cultura no va paralela al nivel económico.

Los agonizantes que tienen una sólida formación humanística y cultural presentan dos tipos de reacción totalmente diferentes. Unos, aceptan la idea de la muerte con verdadero estoicismo; otros, por el contrario, sufren intensa angustia no sólo por el miedo, sino más bien por la imposibilidad de razonamiento lógico de la muerte.

Los enfermos que, por el contrario, carecen de dicha formación cultural, también reaccionan de dos formas totalmente opuestas. Un grupo presenta angustia y miedo, mientras que otros, al no darse cuenta de su situación, se mantienen tranquilos y sosegados.

Vemos, por tanto, los distintos tipos de manifestaciones que tienen lugar como mecanismo defensivo ante la angustia del agonizante.

Terapéutica en el moribundo.

En primer término, nos enfrentamos con el arduo problema de si es o no conveniente decir al enfermo el diagnóstico de una enfermedad, que conlleva la muerte en un plazo breve.

En España, la mayoría de los médicos prefieren ocultar dicha verdad, para evitar el trauma psíquico que supone para el enfermo.

En los Estados Unidos de América, por el contrario, los pacientes están perfectamente informados de su diagnóstico, a pesar de que éste conlleve la muerte cercana.

El 80% de los pacientes graves desean conocer el diagnóstico, así como el pronóstico inmediato y futuro. Este deseo es sólo aparente, en la mayor parte de los casos.

La misma verdad, que cree el médico, es siempre relativa, pues el diagnóstico se basa en datos exploratorios, analíticos, en su experiencia y nadie puede estar seguro de no equivocarse.

El conocimiento de la verdad, determina, en la mayor parte de los enfermos, efectos catastróficos y añade sufrimientos innecesarios.

El problema más acuciante lo plantean aquellos enfermos que alegan la necesidad del conocimiento de la verdad, para disponer del tiempo preciso, con objeto de resolver sus asuntos familiares y personales.

La mentira piadosa fue defendida por G. MARAÑÓN, que opinaba que la inmensa mayoría de los enfermos tienen sed de ser engañados.

«En la Medicina, no hay plaga más dañina y odiosa que la de estos médicos que dicen a los enfermos, por sistema la verdad».

MARAÑÓN decía que tal actitud se debía a un sentimiento de vanidad y pedantería del médico, para que si en un momento se producía la catástrofe, poder alegar que ellos ya la habían anunciado.

El médico, si en un instante dado, se encuentra en la necesidad de decir la verdad al paciente, tiene que emitirla en un lenguaje preciso, escogiendo el momento oportuno, con suavidad y compasión. Nunca deberá exponerla de una forma concisa, brutal y fríamente técnica.

La actitud a tomar tiene que individualizarse, considerando la capacidad del paciente para enfrentarse con dicha verdad, y sus posibilidades de reajustes posteriores.

La misión del médico, ante un paciente que no puede ser curado, es la de evitar cualquier sufrimiento, no sólo físico, sino psíquico.

He tenido muchos enfermos médicos, altamente capacitados e inteligentes, a los que siempre les dije mentiras piadosas. Me llamó la atención cómo las aceptaron siempre; no sé si me engañaban a mí y a sus familiares para evitarnos un mayor sufrimiento.

Tengo muchos ejemplos de médicos heroicos que ocultaron su grave dolencia para ahorrar a sus familiares más directos el dolor.

La actitud que generalmente se adopta es la de informar sinceramente a la familia; sin embargo, debe hacerse temperando, con cierto optimismo y caridad.

Muchos autores se han ocupado de este tema. BERGER argumenta en favor de exponer la verdad, basado en la opinión que recogió de jóvenes leucémicos. Estos aseguraban que el período más angustioso de su enfermedad fue cuando no tenían seguridad en el diagnóstico. Este mismo autor piensa que la revelación de la verdad reafirma la confianza en el médico, ya que la mayor parte de los enfermos descubren, tarde o temprano, la inminencia de la muerte.

AUER opina que los enfermos no quieren de ninguna manera saber la verdad. Desean abandonar la vida como a ella llegaron, inconscientes. Por eso el médico tiene que optar por la mentira piadosa, que puede ayudar a una existencia más feliz.

El médico asume una enorme responsabilidad en el momento de tal decisión, pues no existe, en definitiva, una regla estricta. A veces decir la mentira supone el fracaso, especialmente cuando el médico no trabó relaciones íntimas con la verdad de la vida y de la muerte.

El tratamiento biológico del agonizante puede ser triple: el puramente biológico, el psicoterápico y el psicodélico.

1) El tratamiento biológico del agonizante plantea diversas actitudes. Muchos no consideran la necesidad de tomar medida tera-

péutica alguna; a lo sumo, recurren a la administración indiscriminada de analgésicos.

Yo he tenido ocasión de presenciar casos verdaderamente dramáticos de enfermos desahuciados que sufrían, como complicación final, oclusiones intestinales y a los que por este concepto erróneo no se les trataba sino con analgésicos.

Creo que es imprescindible aliviar todas las posibles complicaciones que vayan surgiendo en el transcurso de una lenta agonía, con una mentalidad semejante a aquella que empleamos en el tratamiento de los enfermos recuperables.

Esta manera de proceder está muy lejos de la que pretende un alargamiento de la vida de tipo vegetativo.

El enfermo deshidratado debe tratarse con una adecuada pauta fluidoterápica que no persigue la recuperación de su salud, sino paliar la sensación angustiosa de sed.

El dolor debe ser combatido con todos los medios terapéuticos precisos. Es corriente que en enfermos cancerosos, al cabo de cierto tiempo, las drogas analgésicas carezcan de acción; entonces, creo que están indicadas operaciones neuroquirúrgicas, con objeto de erradicar el dolor.

El uso de estas y otras medidas tiene por objeto aliviar las diversas molestias del agonizante, si bien, a veces, de forma secundaria, tales procederles alargan la vida.

En estos casos, el cirujano se encuentra presionado por el ambiente familiar, que le invita a abandonar esta terapéutica, con el pretexto de no prolongar la agonía.

Nos encontramos entonces el caso límite entre el intento de lograr una agonía más confortable y el mantenimiento de una vida

vegetativa. No somos partidarios del empleo de medidas especiales para la prolongación de la vida, en enfermos claramente descerebrados, pero sí somos partidarios de aliviar los sufrimientos de los agonizantes.

2) Más complejo es el tratamiento psicoterápico en aquellos enfermos conscientes. Muchos autores se han ocupado de este problema en el momento actual. La terapéutica fundamental se basa en la psicoterapia y, especialmente, en el psicoanálisis, que ha de tener unas características particulares, por su gran limitación en el tiempo.

Algunos psiquiatras alegan que es preferible emplear esta técnica en pacientes que puedan vivir algún tiempo.

WEISSMANN y HACKETT proponen como condición de una muerte ideal la reducción de los conflictos o la compatibilidad de los mismos en el Ego ideal.

Hay que evitar el más pequeño trans-fert negativo y el agonizante debe tener la impresión de que puede apoyarse totalmente en el médico. Este no debe esperar que el enfermo verbalice sus deseos, sino que ha de realizarlos antes, para que el moribundo no tenga la impresión de estar solo.

EISLER concibe al médico como un vector de la muerte en analogía a la madre, que es el vector de la vida.

Si bien este planteamiento del tratamiento psicoterápico escapa muchas veces a las posibilidades del equipo quirúrgico, siempre debe intentarse la comunicación constante con el agonizante.

3) Aunque la terapéutica psicodélica es una técnica relativamente nueva, de la última década, sus raíces se hunden en los más remotos tiempos prehistóricos. Escritos chinos de 2.700 años antes de Cristo, señalaban la utilización del «cannalus satiba» para ayudar al moribundo en su tránsito de la vida a la muerte. Semejantes efectos pro-

ducía la «Amanita muscaria», droga que constituye el denominado Soma de los Vedas hindúes. En las culturas precolombinas; aztecas, olmecas, mayas e incas se emplearon el cacto mexicano, la seta sagra, el yagüe, etcétera.

En la Edad Media se utilizaron con estos mismos fines la belladona, beleño, mandrágora, etc.

A principios de siglo XX las drogas más empleadas fueron la mesalina y la bulbocapnina.

En la actualidad, y desde los trabajos de HUXLEY, se propugna el tratamiento con el LSD, droga descubierta y sintetizada por ALBERT HOFMANN en 1950.

Según HUXLEY, OSMOND, KAST, COHEN, GOODMAN, PAHNKE, etc., el tratamiento con esta droga de pacientes cancerosos agónicos proporciona un alivio en sus sufrimientos emocionales y físicos, tales como la depresión, ansiedad, insomnio y aislamiento. Además, cambió drásticamente su actitud ante la muerte, abriéndose a ideas como la primacía de la mente sobre la materia, la continuación de la conciencia después de la muerte, la supervivencia del alma o el concepto de la reencarnación.

Aunque el mecanismo de acción de la LSD se desconoce, cabe suponer que es semejante al de la hipoxia e hipercarbia que alteran las matrices inconscientes por mecanismos diversos. La activación de tales matrices hace que su contenido latente se transforme en experiencia vivida y consciente. Por otra parte, la conciencia del tiempo se vive de forma distinta a la que mide el reloj y los minutos pueden transformarse en horas, años, milenios, o eones subjetivos. Se produce pues, junto con la desaparición de la angustia una profunda transformación de la noción subjetiva del espacio-tiempo.

Parece que la acción de la LSD se produciría a nivel enzimático,



inhibiendo la acción del oxígeno sobre las células de todos los tejidos que constituyen el organismo.

Las sustancias psicoactivas más empleadas son la dietilamida del ácido lisérgico (LSD-25) y la dipropil-triptamina (DPT). La primera se administra en dosis de 200 a 500 microgramos; la segunda de 90-120 miligramos por vía intramuscular; el paciente ha de estar confortablemente tumbado, con los ojos cerrados o cubiertos, escuchando una música estereofónica selecta de acuerdo con sus preferencias a este respecto. Dos terapeutas han de permanecer turnándose a su lado, durante 10-15 horas si se administró LSD y de 4-6 horas si se utilizó DPT. Su misión es la de servir al enfermo como apoyo emocional mediante el contacto discontinuo (suaves palmadas) o continuo (dándole la mano). Si el paciente sobrevive durante largo tiempo, este tratamiento puede y debe repetirse.

La terapia psicodélica practicada en cancerosos no sólo cambia la concepción de la muerte y la actitud hacia ella, sino la misma naturaleza y contenidos de la experiencia de morir. Todas las observaciones descritas parecen confirmar el punto de vista expresado con tanta claridad y concisión por el monje agustiniano austriaco, ABRAHAM DE SANTA CLARA: «el hombre que muere antes de morir, no muere al morir».

Si la vida humana e histórica tiende, en último término, a su consumación en la muerte, el médico debe saber que, como tal médico, es un aliado de la vida biológica, pero como hombre es el aliado de la voluntad, que aspira al fin, a la plenitud. Haciendo valer este segundo argumento deberá sobreponerse a su propia angustia y ayudar, en su etapa final, al que no pudo rescatar para la vida.

«Señor, concede a cada cual su propia muerte, el morir que emana de esa vida en la que el hombre ama, cumple su destino y sufre».
(REINER MARIA RILKE).

Educación tanatológica.

En los Estados Unidos de América, la angustia y la preocupación por la muerte, ha dado lugar a la creación, en 1960, por DAN LEVINTON, de una serie de cursos y seminarios que tienen como fin la educación tanatológica.

Aparecen varias revistas sobre la agonía, la muerte, el suicidio («Omega», «Journal of Thanatology», «Archives of Thanatology», «Life Threatening Behaviors»). Se publican libros famosos, como el de FEIFEL «The meaning of death», en 1959, y el de KASTENBAUM y ARSEBERG: «The Psychology of death», en 1972.

En la actualidad, más de 300 universidades americanas introducen en su «curriculum» la educación tanatológica.

Los alumnos, que no sólo son médicos, adquieren una serie de conocimientos de los múltiples aspectos de la agonía y de la muerte. De esta forma, se intenta afrontar y aceptar la última enfermedad y la muerte inevitable.

Los profesores que organizan estos cursos consideran que su importancia radica en el intento de hacer desaparecer el «tabú» de la muerte, al igual que se procedió a la erradicación del tabú sexual.

Los médicos han sido hasta hoy educados para aliviar el sufrimiento y retrasar la muerte. Equivocadamente se les enseñó que la vejez, que la agonía y la muerte son los signos de impotencia de la Medicina moderna, tecnológica y científicamente organizada. El médico tiene una reacción contraria a la muerte, cuyo sólo enunciado le produce angustia.

ABIVEN, en 1975, concluye que la misión del médico debe radicar, no sólo en la ayuda para vivir mejor, sino también para mejor morir. El médico, como persona total, nunca puede ni debe ser tecnócrata ante la muerte.

Hasta ahora, la enseñanza de la medicina ha tenido, como único objetivo, tratar de curar o aliviar al hombre enfermo, y siempre ha omitido el aprendizaje, la instrucción del futuro médico, acerca de la muerte y de su correcta actuación con el moribundo. Sin embargo, es imprescindible preparar a los estudiantes de medicina, instruirlos adecuadamente sobre las intensas emociones que rodean a la muerte, a fin de que sean capaces de prestar óptimos cuidados al moribundo y a su familia.

BLOCH opina que la enseñanza sobre la muerte y el moribundo se extenderá progresivamente, y para que sea efectiva, lo primero que hay que determinar son los objetivos que trata de alcanzar. Según este autor, dichos objetivos se pueden resumir en los siguientes puntos:

1.º) Hay que hacer desaparecer las barreras que siempre han limitado esta materia, considerada «tabú». El estudiante de medicina debe aprender que tiene que acercarse al moribundo.

2.º) El estudiante debe pensar en su propia muerte, única forma de aprender actitudes ante la muerte de los demás.

3.º) Esta actitud contribuirá a su desarrollo psíquico, aumentará su propio discernimiento y desarrollará su humanismo.

4.º) Cuidar al moribundo, supone identificarse con él, reconocer sus necesidades y deseos; aprenderá así a usar la empatía y otras técnicas psicológicas, para comprender y respetar al moribundo. Desarrollará habilidad para hacer más confortables sus últimos momentos y aprenderá los diferentes estadios de la agonía.

5.º) Apreciará las necesidades de la familia del moribundo. Comprenderá así el dolor, la desgracia y el desamparo en que queda la familia con la pérdida de un ser querido.

6.º) Apreciará el papel que juegan colegas, enfermeras, capellanes y psicoterapeutas en este proceso de morir, y comprobará, al mismo tiempo, las necesidades religiosas del paciente. Comprenderá

el estudiante que hay que desterrar la figura del médico como omnipotente curador, ya que con el moribundo y su familia asume el papel de confortador y acepta los designios de Dios.

7.º) Observará las diversas actitudes socio-culturales, sobre la muerte y el moribundo, que se reflejan en los sentimientos de los pacientes y sus familiares.

8.º) Puede aprender los diferentes problemas éticos-morales que se plantean en estas situaciones, como son la controversia de la eutanasia, de la prolongación indefinida de la vida, de la selección de pacientes para trasplantes de órganos vitales, etc.

Esta enseñanza debe ser interdepartamental.

Se estudiará esta materia, en principio, en el período preclínico, con algunas conferencias, como suele hacerse al iniciar los estudios de disección anatómica y las necropsias. Pero es indiscutible que los objetivos señalados podrán alcanzarse mejor cuando el estudiante se haya desarrollado psicológicamente, cuando haya alcanzado su madurez, en el período de la enseñanza clínica. Es entonces cuando puede asignarse a cada alumno el contacto directo con un enfermo grave y establecer una relación entre ambos y con la familia. De esta forma se obtendrá una enseñanza práctica acerca de la muerte, del moribundo y de su familia. El aprendizaje se completará con el estudio y los comentarios entre compañeros y maestros, en seminarios en los que participen psicólogos, psiquiatras, teólogos y filósofos, así como médicos legistas.

El instante de la muerte.

La primera definición, clásica, del instante de la muerte, se debe a HIPÓCRATES (500 a. de Cristo), en «De Morbis», 2.º Libro, sección 5, donde describe las modificaciones de la cara en el inmediato período post-mortem (de ahí la denominación de «facies hipocrática»).

Se caracteriza el instante de la muerte por la parada completa y definitiva de las funciones vitales del organismo, con desaparición de su coherencia funcional y destrucción progresiva de sus unidades texturales y celulares. Los sistemas respiratorio, cardiocirculatorio y nerviosos son interdependientes: si hay una hipoxia, el corazón se para; si no hay una adecuada circulación encefálica, el cerebro muere. La muerte es un proceso cronológico (BICHAT) que conduce a una catástrofe fisiológica, alterándose los circuitos psico-nerviosos, soporte físico de la conciencia.

El concepto hipocrático de la muerte se mantuvo durante muchos siglos en los países occidentales (THURSTON, G.: «The point of Death, The Practitioner», V, CCV, 1970, London). Apoyada en él, la sociedad admite que sólo el médico, desde el punto de vista legal, está capacitado para definir el momento de la muerte, definición que constituye un acto profundamente social.

Pero este clásico concepto de la muerte se modificó bruscamente el día 3 de Diciembre de 1967, al efectuarse el primér trasplante de un corazón humano con éxito. Hay que tener en cuenta al respecto, que si no cambia la definición hipocrática y su jurisprudencia, todo cirujano que lleve a cabo un trasplante cardíaco habrá de ser considerado como criminal (TAYLOR, L. F.: «Letter to the Editor», JAMA, v. CCXV, n.º 3: 295, 1971).

Este acontecimiento dio motivo, en diferentes sociedades médicas, a discusiones violentas y a profundas reflexiones, acerca de la definición de la muerte. En vista de que no se llegaba a un acuerdo sobre el instante tanático, la Escuela de Medicina de Harvard, rompiendo radicalmente con las ideas antiguas y basada en los conocimientos biológicos actuales, dio un paso pionero en la consideración del «punto» de la muerte. Se creó el «Ad hoc Committees to examine the definition of brain death», y fruto de su trabajo fue el comunicado especial «Report of the ad hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of brain death» (JAMA, v. CCV,

núm. 6, de Agosto de 1968). En él, tras una introducción en la que se pone de manifiesto la complejidad del problema, se sientan las bases para la consideración actual del instante de la muerte.

He aquí los nuevos criterios que determinan el coma irreparable, es decir, el instante de la muerte:

1.º Ausencia de receptividad y de respuesta: Absoluta falta de reacción a estímulos internos y externos. Estos, aún los más dolorosos, no producen reacción oral, ni retirada del miembro, ni aceleración de la respiración.

2.º Ausencia de movimientos respiratorios durante más de una hora. No hay movimientos musculares, ni respuesta alguna al tacto, al sonido, ni a la luz. Colocado un respirador, y detenido su mecanismo durante tres minutos, no aparece respiración espontánea.

3.º Ausencia de reflejos: El coma irreversible, con abolición de la actividad del sistema nervioso central, se confirma, en parte, por la ausencia de reflejos provocados. La pupila, fija y dilatada, no responde a la luz viva. No hay reflejo corneal. No responden los párpados a la irrigación de los oídos con agua helada. Ausencia de reflejos faríngeos y tendinosos, así como del reflejo plantar. Si se golpea con un martillo, los músculos no se contraen.

4.º Electroencefalograma plano: El E.E.G. isoelectrico o plano confirma el diagnóstico, siempre que los electrodos estén bien colocados, el aparato funcione correctamente y el personal que lo maneje sea competente. No hay reacción en el trazado ante los ruidos, ni a los pellizcos. Este signo no tiene valor diagnóstico cuando la temperatura corporal está por debajo de 32'2° C., o cuando el sujeto se mantiene bajo la acción de depresores, como barbitúricos.

Yo observé, por primera vez según mis noticias, el E.E.G. de la muerte, y con este título dí una conferencia en la Universidad de San-

tander en 1939. Después he leído observaciones similares, publicadas por autores rusos en sus revistas.

La declaración de Harvard marca un hito, significa una revolución conceptual y provoca una ruptura histórica. Tras ella nace una nueva clase, los tanatócratas (ZIEGLER), y se investigan nuevos aspectos del momento de la muerte.

Afirma JOULON y BABINET: «solamente el cerebro da al hombre su realidad; si éste muere, ya no hay hombre por más tiempo». («Le comme dépassé», CAHIER LAENNEC, Septiembre 1970). Según esto, se establece una nueva ecuación: Muerte cerebral = Muerte humana.

Desde el punto de vista teológico, la muerte es un acontecimiento esencial, que afecta a todo el hombre en cuanto a persona espiritual. La muerte del cerebro es el símbolo real para el fin de la vida personal, ya que la identidad del hombre como individuo, lo que hace que sea él mismo y no otro, está íntimamente ligado a la función cerebral.

El cirujano tiene que enfrentarse con el hombre enfermo en su totalidad, con sus tres componentes: *cuero, cerebro y mente*; uno de estos es inservible sin los otros dos.

A pesar de los grandes avances científicos, sobre la fisiología del cerebro, y conocidos los diferentes niveles de integración para que funcione la gran computadora cerebral, no se ha podido demostrar, que el cerebro explique totalmente la mente. PENFIELD (que fue un gran amigo mío) magnífico neurocirujano, que trabajó toda la vida, sobre el tratamiento quirúrgico de la epilepsia, y los mecanismos motoro-sensoriales, llega a la conclusión de que el cerebro no es capaz, por sí solo, de desempeñar el trabajo que realiza la mente. Como científico partió de la hipótesis de reconocer un solo elemento, según el cual «las actividades de los centros superiores cerebrales y los estados mentales, eran una misma cosa o aspectos distintos de la misma cosa».

La ciencia actual, no puede demostrarlo. El individuo por sí mismo, ha de decidir la existencia de dos elementos, uno de ellos el que explica los mecanismos cerebrales, el otro la mente o espíritu, que obra por intermedio del sistema nervioso. La mente toma la iniciativa en la exploración del entorno y decide lo que ha de aprenderse y registrarse. La mente va dependiendo de la memoria y de los módulos automáticos de acción almacenados en el ordenador cerebral. La mente condiciona el cerebro, programa el ordenador de forma que pueda llevar a cabo un creciente número de actos rutinarios. La mente dispone de más tiempo para explorar el mundo del intelecto, el suyo propio y el de los demás. A edad avanzada la mente, puede cumplir plenamente, alcanza un conocimiento más claro y un juicio más equilibrado, mientras que el cuerpo y el cerebro van perdiendo fuerza y rapidez.

La mente es un misterio.

PENFIELD se pregunta: ¿Qué ocurre a la mente después de la muerte? Para sobrevivir después de la muerte, la mente tiene que establecer conexión con una fuente de energía que no sea la del cerebro, sólo la energía proveniente del exterior puede alcanzar la mente humana.

Todo hombre tiene un credo, en el que radica la fuerza y la esperanza de la raza humana.

Los agnósticos ven una disimetría entre la muerte del cuerpo y la consciencia, que quiere ser permanente. Todo hombre transmite sus pensamientos a otros, así como sus afectos, y tanto unos como otros actúan sobre la conciencia del «otro», más allá de la muerte del primero.

Este núcleo de conciencia, fuente de elección no socializada, es el verdadero ser de la consciencia. BLOCH y HORKHEIMER, le denominan el «yo escatológico», que designa la realidad verdadera, en oposición a la realidad existente.

El «yo escatológico» expresa el deseo, el soñar, el querer, sin objeto identificable.

Con el «yo escatológico», la incertidumbre devastadora en la que hoy se encuentra el hombre en cuanto a su destino transtánico, es perfectamente soportable (ZIEGLER).

MAX HORKHEIMER y ERNST BLOCH son, entre los materialistas alemanes de principio de siglo, los que perciben claramente la sobrevida personal, más allá de la muerte, problema íntimamente ligado a la existencia de Dios. «El yo escatológico es la esperanza que habita en el fondo del ser como principio organizador de la existencia humana». Por esto ambos autores han sido acusados por sus discípulos, pues aparentemente se inclinan a la metafísica judeo-cristiana (BLOCH: «Das Prinzip Hoffnung», reeditado en 1959. Frankfurt Suhramp) (HORKHEIMER, M.: «Die Sehnsucht nach der ganz anderen». Furche-Verlag, 1970).

En la actualidad, ampliamente rebasada la segunda mitad del siglo XX, los rapidísimos progresos de la física moderna y de la parapsicología han dado origen a una nueva concepción de la vida después de la muerte, periclitando así sistemas filosóficos, (materialismo, existencialismo, etc.), que negaron, no hace muchos años, su existencia.

Los trabajos de EINSTEIN, BROGLIE, SCHROEDINGER y HEISENBERG en los años 20, demostraron que las denominadas partículas elementales constituyentes de la materia, es decir los electrones, protones y neutrones se comportaban, según las circunstancias, como ondas o como partículas de masa.

El electrón, según BROGLIE, es simultáneamente un corpúsculo y una onda. Este hecho se conoce en la Física moderna bajo la denominación de «Principios de complementariedad». Con el advenimiento de la teoría cuántica y de la relatividad, el concepto de materia ha per-

dido toda su solidez, ya que la partícula cuántica carece de «mismidad» (SCHROEDINGER); se llega a la total demolición del concepto de materia, y el materialismo no puede proclamarse como base de una filosofía científica.

Nace el concepto de superespacio que ya no es tridimensional, sino dotado de infinitas dimensiones. La ciencia moderna tiende a una nueva concepción del holismo, que supone que tanto el universo como la naturaleza viva son interactuantes y no suma de partes.

De la misma forma que hay una complementariedad entre partícula y onda, habrá otra complementariedad entre cuerpo y mente.

Las mentes no son individuales, sino que están en intercomunicación con otras. Después de la muerte, la conciencia (mente o espíritu) persiste, pero no de un modo localizado y limitado. Su esencia es indestructible y atemporal.

La mente no es segregada por el cerebro, como la bilis es segregada por el hígado, sino que la mente está vinculada a él. (SHERRINGTON, PENFIELD). El encéfalo constituye un mecanismo jerarquizado-filtrante, que elimina gran número de percepciones sensoriales, que impedirían la información que requiere atención y acción.

La conciencia (mente) individual sería, al fin de cuentas, un fragmento holográfico de la conciencia cósmica. Adquiere precisamente su individualidad al adherirse al cuerpo. En efecto, es evidente, que la adquisición de una conciencia individual es un proceso de gradual desarrollo, pues el niño, al nacer, no distingue entre el «yo» y el medio ambiente. El niño es consciente de los hechos, pero no de sí mismo. El distinguir entre el «Yo» y el «No Yo», requiere tiempo para aprender a manejar la computadora cerebral.

En el moribundo, la mente pierde su individualidad y poco a poco retorna e irrumpe en la conciencia cósmica; queda así abolida la complementaria coparticipación entre la mente y el cuerpo.

Esta concepción filosófica actual de los «gnósticos» de PRICETON, encuentra sus raíces en las creencias hindúes del Brahma-Atma.

Al materialismo de la pasada centuria, la vanguardia de los físicos y biólogos del presente se encaminan hacia una forma del pansiquismo.

Para el hinduismo, la vida del Universo (visible e invisible) no es más que una ilusión cósmica (maya), un juego (Lila) desprovisto de realidad, sólo la muerte es realidad absoluta, que tiene que tomarse en serio.

Los hindúes la representan como el dios Siva, ornado de un collar de cráneos humanos, y cuya danza frenética, encarna una antinomia entre la Vida y la Muerte, una lucha en la que la muerte es finalmente victoriosa. En cambio, para los egipcios, la vida es la última realidad.

El cristianismo esotérico nos ofrece un tercer tipo de binomio Vida-Muerte.

El sacrificio del Gólgota, con la contemplación del Cadáver sobre la cruz, es la parte integrante de la vida meditativa del cristiano. La visión del Cadáver, visión cruda, alucinante, implacable, penetra en la conciencia cotidiana del cristiano y le prepara para el paso del Umbral.

La asimilación meditativa, durante la vida terrestre de la imagen «Cadáver clavado en la Cruz» actúa como un magisterio subconsciente tanto durante la vida terrestre como después.

La resurrección de Cristo, es dinámica, efectiva, recrea el estado del hombre original, antes de la caída.

El Cristianismo está a medio camino entre el Sivanismo y el Osirianismo.

El cristiano está convencido que solamente con la vida eterna habrá sido vencido el último enemigo: «la muerte».

La muerte, sólo aparentemente, es lo contrario de la vida ya que el espíritu persiste. El hombre que se afana por los placeres que reporta el estudio y ordena su alma con la templanza, con la justicia, el valor, la libertad y la verdad, no debe temer a la muerte, porque ésta se transformará entonces en un premio maravilloso, en la esperanza infinita.

RAFAEL VARA LÓPEZ

CURRICULUM VITAE

DEL

PROF. DR. D. RAFAEL VARA LOPEZ

CATEDRATICO DE PATOLOGIA Y CLINICA QUIRURGICAS
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID Y ACADEMICO
DE LA REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

RAFAEL VARA LÓPEZ, nace en Madrid, el 20 de Marzo de 1904, hijo de Rafael Vara del Castillo, de Zamora y de Magdalena López Cilla, de la provincia de Burgos (Quintana del Pidio).

Cursó los últimos cursos de Bachillerato en el Instituto de segunda enseñanza de San Isidro de Madrid, obteniendo la calificación de Matrícula de Honor, en todas las asignaturas.

PERIODO DE LA LICENCIATURA DE MEDICINA

- En 1919 inicia los estudios de licenciatura de Medicina en la Universidad de Madrid, que finaliza en 1926.
- Durante la carrera obtiene en todas las asignaturas, menos en cuatro, Sobresaliente con Matrícula de Honor .
- Durante la carrera obtiene los siguientes premios:
 - Premio del Dr. Martínez Molina, Anatomía; 1920.
 - Premio de Benito Hernando, Farmacología, por oposición; 1923.
 - Premio en metálico del Estado, por oposición; 1924.
 - Premio de Cirugía del Dr. Ribera Sanz, por oposición; 1925.
 - Premio en metálico del Estado, por oposición; 1925.
 - Premio Bauer, por oposición; 1926.
- Alumno Interno del Hospital de San Carlos de la Facultad de Medicina de Madrid, por oposición, con el número uno; 1923.
- Alumno Interno por oposición, con el número uno, de la Beneficencia Provincial de Madrid; 1924.
- Alumno Interno, por oposición, de la Beneficencia General del Estado; 1925.

- Desde 1921 - 1926, asiste todas las tardes al Laboratorio de Histología normal y patológica, que dirigió D. Pío del Río Hortega, dependiente de la Junta de Ampliación de Estudios, donde se inició en trabajos de investigación, que fueron motivo de sus primeras publicaciones.
- Durante el año 1925 asistió también al Laboratorio de Fisiología de la Junta de Ampliación de Estudios, dirigido por D. Juan Negrín.
- Examen de Licenciatura en la Facultad de Medicina de Madrid; calificación: Sobresaliente. 1926.
- Premio extraordinario de Licenciatura, 1926.
- Tesis Doctoral titulada «Osteodistrofia fibrosa. (Contribución a su estudio experimental y clínico)». Leída el 4 de Julio de 1930 y calificada con Sobresaliente y premiada por la Real Academia Nacional de Medicina.
- Premio Camiruaga de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Curso 1931-32.
- Durante el internado, trabajó a las órdenes de los Profesores Medinaveitia, Hernando, Sánchez Covisa, Cardenal y Marañón.

PERIODO POSTGRUADO

- En Enero de 1926, obtiene por oposición, una beca otorgada por la Facultad de Medicina de Madrid, para ampliación de estudios en el extranjero.
Se traslada a Berlín donde trabaja, a las órdenes del Geheimrat Profesor A. Bier, en la Clínica Quirúrgica Universitaria y en el Instituto de Robert Koch, bajo la dirección del Dr. Feld.
- A su regreso a Madrid, a finales de 1927, obtiene, por concurso con el número uno, la plaza de Médico de Guardia de la Beneficencia Provincial de Madrid.
- Por concurso, obtiene la primera beca que funda la Academia Médico-Quirúrgica de Madrid, para ampliar estudios en el extranjero, que utilizó en la Clínica Quirúrgica Universitaria de Koenigsberg, bajo la dirección del Prof. Laewen. Fruto de esta estancia, son varias publicaciones y la Tesis Doctoral.
Pensando revalidar el título en Alemania, consigue le conceda el Ministerio de Cultura Alemán, la validez del Bachillerato español y que fuese suficiente la matriculación de dos semestres en la Albertus Universität de Koenigsberg, para obtener la Licenciatura en Alemania. Hubo de interrumpir su estancia después de catorce meses para opositar a Director y Cirujano Jefe de los Establecimientos Provinciales de la Beneficencia de Burgos, que se celebraban en Madrid, obteniendo plaza en Noviembre de 1928. Desempeñó dicho cargo ininterrumpidamente durante 25 años.

- Fue nombrado por el Marqués de Valdecilla, Cirujano Jefe de Cirugía Digestiva de la Casa de la Salud, que lleva su nombre, a la que renuncia por desear ser Catedrático de Patología y Clínica Quirúrgica.
- En 1934 obtiene por oposición libre, la Cátedra de Patología y Clínica Quirúrgicas de la Facultad de Medicina de Cádiz. (Universidad de Sevilla), tomando posesión el primero de Enero de 1935.
- A final de 1935, pidió la excedencia voluntaria, por más de un año y menos de diez, dados los escasos medios y material clínico, que en aquel entonces disponía la Cátedra de Patología Quirúrgica y regresa al Hospital Provincial de Burgos, consiguiendo que fuese uno de los mejores de España.
- Al iniciarse la Guerra Civil de España, encontrándose en Alemania, se incorpora a su puesto de Burgos, siendo destinado como voluntario a un equipo quirúrgico del frente Norte (Villarcastro).
- Creó en 1937 la primera Clínica de Neurocirugía de España, a la que trasladan todos los enfermos de traumatismos craneoencefálicos y sus secuelas: abscesos cerebrales, epilepsias post-traumática precoz y tardía, etc., recogiendo los pacientes tanto de la Guerra Civil como los lesionados de la División Azul de la segunda Guerra Mundial, clínica que estuvo funcionando hasta 1953.
- Por primera vez en España, en 1938, dispuso de un Electroencefalógrafo, cedido generosamente por la Clínica Quirúrgica de Halle, por intermedio de la Embajada Alemana. Por ello fue el pionero, en España, de los estudios de E.E.G., manteniendo un intenso intercambio científico al respecto con su amigo el Prof. Berger, inventor de la Electroencefalografía.
- En 1943, obtiene por concurso la Cátedra de Patología y Clínica Quirúrgica de la Universidad de Valladolid.
- Desde 1943 hasta 1945, fue Presidente del Ilustrísimo Colegio de Médicos de Burgos, así como Presidente del Consejo General de Colegios Médicos de la Región de Castilla.

- En 1949, le corresponde el Discurso de apertura de la Universidad de Valladolid, que versó sobre «La Craniectomía a través de los siglos», que dio origen a una Monografía. (Editorial Sever-Cuesta, 1949).
- En 1953, obtiene por concurso de traslado, la Cátedra de Patología y Clínica Quirúrgicas III, de la Universidad Central, que después se denominaría Universidad Complutense.
- En 1954, 55, 56, organiza y dirige los Cursos de Verano para postgraduados en la Ciudad de Burgos, patrocinados por la Universidad de Valladolid y la Excm. Diputación Provincial de Burgos. En dichos cursos, de gran resonancia nacional, con duración de un mes, colaboraron los más prestigiosos docentes; no sólo nacionales, sino extranjeros.
- En 1957, se crea la primera Escuela Profesional de Neurocirugía de España, de la que fue nombrado Director, ostentando dicho cargo hasta su jubilación.
- En 1965 monta el primer Servicio de Electromiografía de España.
- En 1966 crea, por primera vez, en España un Servicio de Ecoencefalografía.
- En 1967, crea un Servicio de Reometría Electro-magnética. (Todos estos servicios estaban anejos a la Escuela Profesional de Neurocirugía).
- Fue nombrado Director del Servicio de Cirugía Experimental del Consejo de Investigaciones Científicas del Patronato de Alfonso X el Sabio (1968).
- En 1974 se jubila de la Cátedra.
- En el curso 1975-76, le contrata la Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra, para dictar un curso, durante el año académico, sobre Neurocirugía.
- Desde 1977, efectúa regulares estancias de trabajo en la Cátedra de Patología Quirúrgica II de Granada.

ESTANCIAS EN CLINICAS QUIRURGICAS EXTRANJERAS

- 1) En Davos-Platz en el Sanatorio Antituberculoso, dirigido por el Prof. Staub. En el Hospital de los Grisones, Jefe de Cirugía Prof. Schreiber. 1925.
- 2) Chirurgische Universitäts Klinik Ziegelstrasse. Director Geheimrat Prof. A. Bier.
Robert Koch Institut Prof. Feld.
Oscar Helene Heim. Prof. Monnsen.
Años 1926 - 27.
- 3) Chirurgische Universitäts Klinik Königsberg. Director Prof. Läden y Prof. W. Müller. En estas dos Clínicas Quirúrgicas hizo su formación de cirujano general, en el período de post-graduado.
Se matriculó en el Albertus Universität, para obtener el título de Médico Alemán, años 1927-28.

Después realizó numerosas estancias en diferentes Clínicas del extranjero, de duración de meses, con objeto de aprender una técnica operatoria o consultar sobre un tema determinado, así:
- 4) Asistió al Urban Krankenhaus. Berlín, con el Prof. Ghorband; 1929.
- 5) Asistió al Beelitz-Heilstaetten con el Prof. Cramer, Hospital Sanatorio de Enfermedades Tuberculosas; 1929.
- 6) Chirurgische Universitäts Klinik, Charité. Berlín, Clínica F. Sauerbruch, durante tres meses; 1933.
- 7) Chirurgische Klinik, Prof. Magnus. Ziegelstrasse; 1933.

- 8) Neurochirurgische Klinik, Augusta Krankenhaus. Berlín, Prof. Heymann; 1933.
- 9) Neurochirurgische Klinik Breslau, Prof. Förster; 1934.
- 10) Service de Neurochirurgie del'Hôpital de la Pitie de Paris. Director Prof. Clovis Vincent; 1934.
- 11) Chirurgische Universitäts Klinik, Heidelberg, Prof. Kirschner; 1936.
- 12) Neurosurgery Medical Center New York. Prof. Scarf; 1947.
- 13) Baltimore. Johns Hopkins Hospital. Prof. Blealock; 1947.
- 14) Bostón. Massachusets Hospital. Prof. Sweet. Harvard University Medical School; 1947.
- 15) Boston. Lahey Klinik, Director Prof. Lahey; 1947.
Boston. New England Deaconess. Prof. Overhold. Cirugía pulmonar 1947.
Boston, Prof. Poppen. Neurocirugía, 1947.
- 16) Chicago. Prof. Loyal Davis, Neurosurgery, Northwestern University; 1947.
- 17) Montreal. Neurological Institute. Prof. Penfield; 1947.
- 18) Mayo Clinic Rochester Minnesota. Prof. Adson,, Neurocirugía; 1947.
- 19) Hospital de Bochun. Prof. Bürkle de la Camp; 1951.
- 20) Colonia. Neurochirurgische Klinik. Prof. Tönnis; 1951.
- 21) Düsseldorf. Prof. Derra; 1951.
- 22) Hospitales de Lisboa, Prof. Dos Santos; 1953.
- 23) Neurochirurgische Universitäts Klinik Freiburg. Prof. Richert (Cirugía Estereotáxica); 1954.
- 24) Estocolmo. Prof. Creaford; 1955.
- 25) Estocolmo. Serafiner Hospital. Prof. Olivercrona; 1955.

- 26) Servicio de Neurocirugía de Copenhague; 1955.
- 27) Londres. Middlessex Hospital. Cirugía cardíaca; 1964.
- 28) Londres. Hospital Saint Mary. Cirugía vascular periférica; 1964.
- 29) Westminster Hospital. Cirugía de corazón abierto; 1964.
- 30) St. Mark's Hospital. Londres. Cirugía de recto y ano; 1964.
- 31) Universidad de Baylor Houston Texas, Prof. Cooley; 1965.
- 32) Universidad de Baylor Houston Texas, Prof. De Bakey; 1965.
- 33) Japón. Tokio. Universidad de Chiba, Prof. Nakayama, (Esófago); 1966.
- 34) Moscú, Servicio del Prof. Wischnjewski; 1967.
- 35) Viena, 1.ª Clínica Universitaria, Prof. P. Kyrle; 1967.
- 36) Viena, 2.ª Clínica Universitaria, Prof. R. Kunz; 1967.
- 37) Colombia. Hospital Provincial de San Juan de Dios, Zipaquira; 1969.
- 38) Bogotá. Hospital Nacional S. Juan de Dios (Facultad de Medicina. Universidad Nacional); 1969.
- 39) Bogotá. Hospital Nacional Militar; 1969.
- 40) Bogotá. Clínica de la Caja Nacional de Previsión; 1969.
- 41) China. Cantón Hospital; 1977.
- 42) China. Sanghay. Centro de Quemados; 1977.
- 43) China. Sanghay. Neurocirugía; 1977.
- 44) China. Sanghay. Trasplantes; 1977.
- 45) Pekín. Centro de Fracturas; 1977.
- 46) Peking. Instituto de Acupuntura; 1977.
- 47) Peking. Hospital de Neurocirugía; 1977.

ACTIVIDADES DURANTE LA CONTIENDA CIVIL ESPAÑOLA

Al iniciarse la Guerra civil española, encontrándose en Alemania, regresó a su puesto del Hospital Provincial de Burgos, a últimos de Julio de 1936.

No estando todavía organizados los servicios militares de Sanidad, se ofreció como voluntario y le destinaron al Frente Norte, como Jefe del Equipo Quirúrgico de Villarcayo. Permanece en dicho puesto hasta que por orden telegráfica del 22 de Febrero de 1937, es nombrado Jefe de los Servicios de Cirugía de la Plaza de Burgos, teniendo a su cargo la Clínica Quirúrgica de Guerra, instalada en el Hospital Provincial, la del Hospital Militar de esta Plaza, así como la Clínica de la Legión Cóndor. Desempeñó su labor quirúrgica con diversos equipos de ayudantes; operó durante este período de guerra unas mil intervenciones de cirugía mayor.

Por orden del 2 de Enero de 1937, se le confirma el grado de Capitán Médico (Boletín Oficial 81) y es el primer médico civil militarizado en la zona, llamada Nacional, en aquella época.

Más tarde continúa con los Servicios de Medicina y Cirugía de la Legión Cóndor.

Es nombrado Cirujano Jefe del Servicio de Neurocirugía de Guerra, dependiente del Hospital Militar de Burgos, con Clínica especial aneja al Hospital Provincial y hasta el 24 de Marzo de 1945, según certificado, había efectuado 597 intervenciones de Neurocirugía. Es la primera Clínica de Neurocirugía de España.

Por orden comunicada del 26 de Octubre de 1944 (Boletín O. del Estado núm. 243), es nombrado Comandante Médico Honorífico.

LABOR ASISTENCIAL, INVESTIGADORA Y DOCENTE

La labor asistencial en el Hospital Provincial de Burgos fue muy intensa, ya que disponía de una Clínica de Cirugía General, con 150 camas y de un Servicio de Neurocirugía con 25 camas, que funcionó desde 1938. Esta abundante enfermería, le permitió hacer una labor docente importante, impartiendo enseñanza a post-graduados, durante 25 años, a base de cursos, simposium, etc., formándose allí muchos cirujanos.

Después se amplió el campo de enseñanza con la Cátedra de Patología Quirúrgica de Valladolid, en la que disponía de 60 camas y su Clínica particular con 40 camas. Hasta Diciembre de 1947, operó, en el Hospital Provincial de Burgos, 21.096 pacientes. En el Servicio de Neurocirugía de Burgos, 668 pacientes. En su Clínica privada, 3.465 pacientes. En total: 27.019.

Desde entonces con su traslado a Madrid, a la III Cátedra de Patología y Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, con el Servicio de Neurocirugía anejo, se incrementó considerablemente el número de enfermos operados. En la clínica de San Francisco operó entre 1954 a 1979 a 3.556 enfermos. En San Carlos y Hospital Clínico, con el Servicio de Neurocirugía un total de 23.000 enfermos.

Sus colaboradores, que se hicieron cirujanos, ocupan diferentes puestos en la Seguridad Social, en los Hospitales Provinciales o en la Universidad Española. Tuvieron la oportunidad de formarse integralmente en toda la Cirugía, sobre todo aquellos médicos que colaboraron con él en la época de Burgos y Valladolid, pues pudieron aprender Traumatología y Orto-

pedia, Cirugía Abdominal, Cirugía Torácica inclusive de pulmón y corazón (sin circulación extracorpórea), pues fue el primero en realizar esta cirugía en España, así como la Neurocirugía, Urología, Cirugía Maxilofacial y Cirugía Plástica; además en Burgos tuvo que hacer Ginecología y Otorrinolaringología. Pero al llegar a Madrid por motivos mezquinos y crematísticos, no pudo disponer de pacientes con traumatismos de las extremidades y los médicos de su Servicio no pudieron tener experiencia en el tratamiento de las fracturas de las extremidades; fue lamentable, que el Claustro de la Facultad consintiese esta discriminación.

Los post-graduados podían estudiar en su Museo Anatómo-Patológico privado, que había formado durante muchos años con piezas operatorias y de algunas necrópsias. En la actualidad el Museo se encuentra, en parte, en la Cátedra de Cirugía de R. Vara Thorbeck. (Granada).

Los que lo deseasen podían estudiar las preparaciones de una extensa histoteca, de preparaciones acumuladas durante muchos años. A esto hay que añadir, que muchas Tesis y trabajos de investigación, al no disponer de becas o estipendios, los sufragó él mismo.

ASISTENCIA A CONGRÉSOS EN EL EXTRANJERO

- 1) Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (München) 1927.
- 2) Congreso Internacional de Cirugía (París) 1951.
- 3) Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. (München) 1952.
- 4) Congreso Internacional de Cirugía. (Lisboa) 1953.
- 5) Journées Médicales de Bruxelles. (Bruselas) 1954.
- 6) Congreso Internacional de Cirugía. (Copenhage) 1955.
- 7) International Kongress für Erkrankungen der Thoraxorgane. (Colonia) 1956.
- 8) Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (München) 1957.
- 9) Congreso Internacional de Cirugía. (München) 1959.
- 10) Congreso Europeo de Neurocirugía. (Zurich) 1959.
- 11) Jornadas Médicas de la Facultad de Freiburg. (Freiburg) 1960.
- 12) Kongress für ärztliche Fortbildung. (Berlín) 1961.
- 13) Congreso Internacional de Cirugía. (Dublín) 1961.
- 14) Congreso de la Sociedad Luso-Española de Neurocirugía. (Oporto) 1962.
- 15) Congreso Internacional de Cirugía. (Roma) 1963.
- 16) Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. (München) 1963.
- 17) Congreso Internacional de Cirugía. (Filadelfia) 1965.

- 18) Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. (München) 1966.
- 19) Congreso Mundial de Gastroenterología. (Tokio) 1966.
- 20) Congreso Internacional de Cirugía. (Viena) 1967.
- 21) Oestereichische Gesellschaft für Chirurgie. (Gratz) 1969.
- 22) Congreso Internacional de Cirugía. (Argentina) 1969.
- 23) Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. (München) 1974.
- 24) Congreso Mundial de Gastroenterología. (México) 1974.
- 25) Congreso Internacional de Cirugía. (Edimburgo) 1975.
- 26) Oestereichische Gesellschaft für Chirurgie. (Salzburgo) 1976.
- 27) Congreso Mediterráneo Latino. (Ischias) 1977.
- 28) Congreso Internacional de Cirugía. (Tokio) 1977.
- 29) Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. (München) 1978.
- 30) Tagung der Gesellschaft für Chirurgie D.D.R. (Erfurt) 1978.
- 31) Congreso Nacional Belga de Cirugía. (Antwerpen) 1979.
- 32) Congreso Internacional de Cirugía. (San Francisco) 1979.

ASISTENCIA A CONGRESOS EN ESPAÑA

- 1) Jornadas de la Academia Quirúrgica. S. Sebastián. 1932.
- 2) Jornadas de la Academia Quirúrgica. Bilbao. 1932.
- 3) Congreso de Traumatología. (Ponente). Barcelona. 1936.
- 4) Congreso «Progreso de las Ciencias». Santander. 1938.
- 5) Congreso de Neurología. (Ponente). Barcelona. 1940.
- 6) Jornadas Médico-Quirúrgicas. Sevilla. 1945.
- 7) Congreso de Pediatría. (Ponente). Santander. 1945.
- 8) Congreso del Colegio Internacional de Cirugía. Madrid. 1952.
- 9) Congreso Luso-Español de Neurocirugía. Sevilla. 1954.
- 10) Congreso Internacional de Hidatidosis. (Ponente). Madrid. 1954.
- 11) Symposium sobre Tabaco. Madrid. 1957.
- 12) Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Salamanca. 1957.
- 13) IX Congreso de la Asociación Internacional para el estudio de los bronquios. Madrid. 1959.
- 14) Congreso Nacional de Cirugía. Valencia. 1959.
- 15) Reunión de Sanitarios Españoles. (Ponente). 1959.
- 16) Milenario de la incorporación de las Canarias a la corona de Castilla. Las Palmas. 1962.
- 17) Congreso Nacional de Cirugía. (Ponente). Barcelona. 1963.
- 18) Coloquios Europeos sobre la úlcera duodenal. Madrid. 1964.

- 19) Sociedad Luso-Española de Neurocirugía. Sevilla, 1964.
- 20) Congreso Nacional de Anatomía Patológica. Bilbao 1967.
- 21) Jornadas intensivas para Postgraduados. Madrid. 1968.
- 22) Congreso Nacional de Cirugía. (Ponente). Salamanca. 1969.
- 23) Congreso Nacional de Cirugía Cardiovascular. Madrid. 1970.
- 24) Congreso Nacional de Cirugía. (Ponente). Barcelona. 1971.
- 25) Jornadas Médicas del Norte del Torcal. (Antequera). (Ponente). 1972.
- 26) Congreso Internacional de Cirugía. (Vicepresidente). Barcelona. 1973.
- 27) Congreso Nacional de Cirugía. Salamanca. 1973.
- 28) Le petit Coloquium. Madrid. 1974.
- 29) Congreso del Colegio Internacional de Cirugía. Valencia. 1974.
- 30) Congreso Nacional de Cirugía. Sevilla. 1974.
- 31) Congreso Nacional de la Sociedad Española de Anatomía Patológica. Torremolinos. 1975.
- 32) Congreso Hispano-Argentino. Madrid. 1976.
- 33) Symposium S. O. E. León. 1976.
- 34) Congreso Nacional de Cirugía. (Ponente). Madrid. 1976.
- 35) Congreso Nacional de Cirugía. Las Palmas. 1978.

CONFERENCIAS

- 1) «Presentación y explicación de varias piezas patológicas». Sesión del Instituto del Hospital General. 15 Enero 1926.
- 2) «Un nuevo caso de muerte súbita de origen suprarrenal». Sesión Clínica de 29 Enero 1926.
- 3) «Tratamiento del bocio por inyecciones intraparenquimatosas de yodo». Sesión Clínica, 2 Marzo de 1929, presentada por Marañón y Conde Gargallo.
- 4) «La intervención operatoria en la úlcera perforada de estómago». Sesión, 20 Octubre 1928.
- 5) «Sobre la influencia que tiene la vitamina D en la formación del callo óseo». 1929.
- 6) «Sobre la intoxicación experimental por Vigantol». Sesión Clínica de 14 de Junio, 1930.
- 7) «Aumento de poder coagulante de la sangre en los enfermos quirúrgicos». Sesión Clínica del 6 de Diciembre, 1930.
- 8) «Sobre un caso de quistes hidatídicos múltiples de corazón». Sesión Clínica de 23 de Mayo, 1931.
- 9) «Sobre la hepatolienografía». Sesión Clínica de 23 Mayo, 1931.
- 10) Conferencia pronunciada en la Academia Quirúrgica de San Sebastián, sobre «Tratamiento de la Osteomielitis según el método de Baer». 1932.
- 11) «Flebotrombosis - Embolia pulmonar». Academia Ciencias Médicas. Bilbao, 1932.
- 12) Conferencia pronunciada en la Casa de Salud Valdecilla, Santander, sobre «Hepatolienografía», 1933.
- 13) «La hidrartrosis, estudio experimental y clínico». Congreso de Traumatología. Barcelona, 1936.
- 14) «Nuestra experiencia sobre el tratamiento de las fracturas del cuello del fémur, con osteosíntesis con clavo trilaminar en 27 pacientes». Barcelona, 1936.
- 15) «Nuevo aparato para dirigir el alambre de Kirschner en el centro del cuello del fémur». Barcelona, 1936.
- 16) «Sobre Cirugía de guerra». «Congreso Progreso de las Ciencias». Santander, 1938.
- 17) Conferencia pronunciada en el Ateneo Médico de Santander, sobre «Epilepsia post-traumática». 1939.
- 18) Conferencia pronunciada en el curso organizado por la Inspección de Sanidad de Madrid, sobre «Tuberculosis pulmonar y su tratamiento quirúrgico». 1939.
- 19) Sobre «Las epilepsias post-traumáticas. Experiencia personal». Ponencia al Congreso de Neurología. Barcelona, 1940.
- 20) Conferencia pronunciada en el Ateneo Médico de León, sobre «La Embolia post-operatoria y su profilaxis». 1942.
- 21) Conferencia pronunciada en la Obra de Perfeccionamiento Médico de Burgos, sobre «Mal de Pott», 1943.
- 22) Conferencia pronunciada en la Facultad de Medicina de Valladolid, sobre «Nuestra experiencia en la perforación gastro-duodenal con motivo de 130 casos». Curso de Perfeccionamiento Médico, 1944.
- 23) Conferencia pronunciada en la Universidad de Verano de Santander, sobre «Nuestras investigaciones acerca de los procesos bioeléctricos en el encéfalo. Electroencefalograma normal y patológico». 1944.

- 24) «El electroencefalograma durante la muerte». Universidad de Verano de Santander. (La primera vez en el mundo que se hace esta observación). 1944.
- 25) «Pericarditis crónica constrictiva». Universidad de Verano. Santander, 1945.
- 26) Conferencia pronunciada en la Facultad de Medicina de Valladolid, sobre «Abscesos y gangrenas de pulmón». Curso de Perfeccionamiento Médico, 1945.
- 27) «Tratamiento de las pleuresías». Congreso de Pediatría. Santander, 1945.
- 28) «Electroencefalograma en los procesos expansivos cerebrales». Jornadas Médico-Quirúrgicas de Sevilla, 1945.
- 29) Conferencia pronunciada en la Universidad de Verano de Santander, sobre «Nuestra experiencia en los abscesos cerebrales», 1945.
- 30) Conferencia pronunciada en la Universidad de Valladolid (Aula Magna) sobre «El Electroencefalograma», 1946.
- 31) Conferencia pronunciada en la Academia de Alumnos Internos de Valladolid (Facultad de Medicina), sobre, «Estados convulsivos», 1947.
- 32) Conferencia pronunciada en la Universidad de Verano de Vigo, sobre «La enseñanza de la Cirugía como especialidad», 1948.
- 33) Conferencia pronunciada en la Universidad de Verano de Vigo, sobre «Nuestros hallazgos electroencefalográficos». 1948.
- 34) Conferencia pronunciada con motivo de la clausura de la Academia de Alumnos Internos de la Facultad de Medicina de Valladolid, sobre «Evolución histórica y estado actual de la enseñanza de la Cirugía», 1948.
- 35) Conferencia pronunciada en la Facultad de Medicina de Valladolid, sobre «Tumores de las glándulas suprarrenales». Curso monográfico sobre patología de las suprarrenales, 1948.

- 36) Conferencia pronunciada en la Universidad de Verano de Santander, sobre «Valoración y profilaxis del riesgo operatorio». 1949.
- 37) Conferencia pronunciada en los Cursos de Expansión Universitaria, celebrados en San Sebastián, sobre «Tratamiento de los accidentes deportivos», 1949.
- 38) «Tumores de hipófisis». Symposium organizado por la Facultad de Medicina de Valladolid, 1949.
- 39) «Pericarditis constrictiva». Real Academia de Medicina de Sevilla, 1949.
- 40) «Abscesos cerebrales». Real Academia de Medicina de Sevilla. 1949.
- 41) «Cirugía de la epilepsia post-traumática», León, 1950.
- 42) «Problemas de la Cirugía Esofágica». Pamplona, Príncipe de Viana, 1951.
- 43) «Equinococosis ósea». Colegio de Guadalupe. Madrid, 1954.
- 44) «Fracturas de cuello de fémur». Instituto Nacional de Seguridad del Trabajo. 1955.
- 45) «Hidatidosis ósea». Colegio de Guadalupe. Madrid, 1955.
- 46) «Hidatidosis cardíaca». Academia Ciencias Médicas de Bilbao, 1955.
- 47) Conferencia en el Hospital Militar de Carabanchel. «Aportaciones neuroquirúrgicas que ampliaron los conocimientos neurológicos». 1955.
- 48) «Tratamiento operatorio radical de la pericarditis constrictiva». Real Academia de Medicina de Murcia, 1956.
- 49) «Tabaco y Cirugía». Symposium sobre Tabaco en Madrid, 1957.
- 50) «Pericarditis crónica constrictiva». Sociedad Médico-Quirúrgica de Alicante, Mayo 1958.
- 51) «Equinococosis cardíaca». La Línea de la Concepción, 1958.
- 52) «Patología del glomus caroticum». Academia de Cirugía de Madrid, 1958.
- 53) «Tuberculosis osteo-articular». Curso de Perfeccionamiento. 1958.
- 54) «Hiperparatiroidismo primario». Academia Médico-Quirúrgica de Alicante, 1959.

- 55) «Enseñanza de la Cirugía». Real Academia de Medicina, Barcelona, 1960.
- 56) «Formación del Cirujano». 200 aniversario de la Fundación del Real Colegio de Cirugía. Barcelona, 1961.
- 57) «Primeros cuidados que precisan los politraumatizados». Madrid, Reunión de Asistentes Sanitarios. 1962.
- 58) «Enfermedad post-operatoria». Clínica Soler Roig. 1962.
- 59) «Hiperparatiroidismo». Sociedad de Ciencias Médicas. Las Palmas, 1962.
- 60) «Tumores sacro-coxígeos». Sociedad de Ciencias Médicas. Las Palmas, 1962.
- 61) «Traumatismos craneoencefálicos». Santa Cruz de Tenerife, 1962.
- 62) «Cirugía del esófago». Academia Médico-Quirúrgica de Gijón, 1962.
- 63) «Tratamiento quirúrgico: exocleación en la tuberculosis vertebral». Ciudad Real, 1963.
- 64) «Malformaciones congénitas craneoencefálicas». Ponencia al Congreso Nacional de Cirugía. 1963.
- 65) «Tratamiento de la tuberculosis vertebral». Academia Médico-Quirúrgica Española, 1963.
- 66) «Riñón artificial». Academia de Cirugía. Madrid, 1965.
- 67) «Tratamiento de la tuberculosis vertebral con exocleación». Facultad de Medicina de Barcelona. 1965.
- 68) «Aneurismas arterio-venosos de los vasos esplénicos». Facultad de Medicina de Barcelona. 1965.
- 69) «Tratamiento del Mal de Pott». Academia Médico-Quirúrgica. Oviedo. 1965.
- 70) «Hidatidosis cardíaca». Conferencia Homenaje a P. González Duarte. Centro de Estudios y Publicaciones. Madrid. 1965.
- 71) «Enfermedad cerebro-vascular». Facultad de Medicina. Valladolid, 1965.
- 72) «Tratamiento quirúrgico de la pericarditis constrictiva». Academia Médico-Quirúrgica de Pontevedra, 1965.

- 73) «Tratamiento operatorio de las estenosis esofágicas». Badajoz. 1965.
- 74) «Meningiomas». Colegio Médico de Albacete, 1965.
- 75) «Enfermedad vásculo-cerebral. Hemorragias cerebrales». Academia Ciencias Médicas. Santa Cruz de Tenerife. 1967.
- 76) «Tratamiento del quiste hidatídico de pulmón». Facultad de Medicina. Madrid. 1967.
- 77) «Quiste hidatídico de corazón. Colegio Oficial de Médicos. Las Palmas. 1967.
- 78) «Estado actual del tratamiento de los traumatismos craneoencefálicos». Real Academia de Medicina de Zaragoza, 1968.
- 79) «Estado actual del tratamiento del Mal de Pott». Facultad de Medicina de Zaragoza, 1968.
- 80) «Reometría y Cirugía». Academia de Cirugía. Madrid, 1968.
- 81) «Tumores del corpúsculo carotídeo. Experiencia personal». Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, 1968.
- 82) «Craneosinostosis». Colegio Médico de Cuenca. 1969.
- 83) «Malformaciones de la Charnela occipito-vertebral. Arnold Chiari. Dandy Walker». Cátedra de Pediatría. Facultad de Medicina. Madrid, 1969.
- 84) «Tumores sistema nervioso». Hospital del Rey, 1969.
- 85) «Enseñanza de la Cirugía». Congreso Salamanca, 1969.
- 86) «Tumores del glomus yugular. Progresos en Otorrinolaringología». Facultad de Medicina. Madrid, 1970.
- 87) «Recuerdo sobre D. Pío del Río Hortega». Valladolid, Facultad de Medicina, 1970.
- 88) «Cirugía del pericardio». Curso de Cardiología. Salamanca, 1971.
- 89) «La Cirugía de hoy». Sociedad Española de Médicos Escritores, 1971.
- 90) Symposium sobre «Reintervenciones en Cirugía». Facultad de Medicina. 1972.

- 91) «Cáncer de mama - Virus cáncer». Reunión de Médicos al Norte del Torcal. Málaga. 1972.
- 92) «Cirugía de la obesidad». Academia Médico-Quirúrgica de Gijón. 1972.
- 93) «Hidatidosis abdominal secundaria». Granada, 1973.
- 94) «Medios de diagnóstico de la hipertensión intracraneal». Hospital Militar de Madrid. 1973.
- 95) Discurso de contestación al leído por el Excmo. Sr. Dr. D. Fernando Cuadrado Cabezón, en la Real Academia de Medicina de Salamanca. 1973.
- 96) Discurso de contestación al leído por el Excmo. Sr. Dr. D. Pedro Piu-lachs Oliva, en el solemne acto de recepción de ingreso en la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid. 1974.
- 97) Discurso de contestación al leído por el Excmo. Sr. Dr. D. Hipólito Durán Sacristán, en la Real Academia Nacional de Medicina. Ma-drid. 1975.
- 98) «Hipertensión portal». Symposium S. O. E. León. 1976.
- 99) «Equinococosis cardíaca». Conferencia pronunciada en Ubeda. 1976.
- 100) «Cordoma sacro-coxígeo gigante y funciones esfinterianas anovesica-les». 1976.
- 101) «Hidatidosis vertebral». Congreso Hispano-Argentino. Madrid 1976.
- 102) «Situación actual de las infecciones en Cirugía». Congreso Nacional de Cirugía. 1976.
- 103) «Hepatectomías». La Línea de la Concepción. 1976.
- 104) Discurso de contestación al leído por el Ilmo. Sr. Dr. D. César Agui-rre Viani en el solemne acto de recepción pública en la Real Acade-mia de Medicina y Cirugía de Valladolid. 1978.
- 105) «La crisis de la Cirugía». Instituto de España. Madrid. 1978.

- 106) «El Cirujano ante el dolor». Instituto de España. Madrid 1978.
- 107) «El Cirujano ante la Muerte». Instituto de España. Madrid 1978.
- 108) «El instante de la muerte». Instituto de España. Madrid 1978.
- 109) «Ideas sobre el más allá». Instituto de España. Madrid. 1978.
- 110) «In Memoriam» José Gay Prieto. Discurso. Real Academia Nacional de Medicina. 1980.

ACADEMIAS Y SOCIEDADES MEDICAS A LAS QUE PERTENECE

- 1) Sociedad Médico Quirúrgica de Madrid, donde fue ponente sobre Perivisceritis.
- 2) Sociedad de Traumatología y Ortopedia Española; fue ponente en el Primer Congreso celebrado en Barcelona, 1936.
- 3) Sociedad Española del Aparato Digestivo; fue ponente en el Congreso «Tratamiento quirúrgico de la úlcera gástrica».
- 4) Socio Fundador de la Sociedad Luso-Española de Neurocirugía.
- 5) Socio de Honor de la Sociedad de Anatomía Patológica Española. 1965.
- 6) Socio de Honor correspondiente de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao.
- 7) Miembro de Honor de la Academia Médico-Quirúrgica de Pontevedra.
- 8) Presidente de Honor de la Academia de Medicina y Cirugía de Las Palmas.
- 9) Miembro de Honor de la Academia de Ciencias Médicas de Santa Cruz de Tenerife.
- 10) Socio de Mérito de la Sociedad Médico-Quirúrgica de Alicante.
- 11) Miembro Honorario de la Sociedad Catalana de Cirugía. 1973.
- 12) Miembro de la Sociedad de Angiología.
- 13) Miembro de Honor de la Academia Médico-Quirúrgica de Guipúzcoa.
- 14) Académico electo de la Real Academia de Medicina de Valladolid.
- 15) Presidente durante 10 años de la Academia de Cirugía de Madrid.
- 16) Presidente de Honor de la Academia de Cirugía de Madrid.

- 17) Presidente durante seis años de la Asociación Española de Cirugía.
- 18) Huesped Distinguido de Salamanca. 1969.
- 19) Presidente de Honor de la Asociación Española de Cirujanos.
- 20) Presidente del Colegio de Médicos de Burgos.
- 21) Presidente del Grupo de Colegios de Médicos de Burgos, Palencia, Valladolid, León, Zamora y Salamanca.
- 22) Colegiado de Honor del Colegio de Médicos de Burgos. (1954).
- 23) Académico de número de la Real Academia Nacional de Medicina. Madrid. (1961).
- 24) Miembro de la Societé Internationale de Chirurgie, desde 1931.
- 25) Miembro (elegido por la Societé Internationale de Chirurgie) del Comité científico, hasta el momento actual.
- 26) Delegado Nacional en la Societé Internationale de Chirurgie.
- 27) Vicepresidente del último Congreso de la Societé Internationale de Chirurgie, celebrado en San Francisco. EE. UU. 1979.
- 28) Reconocimiento del Senado de la República de Colombia, proposición núm. 72, presentada por varios honorables senadores, por la visita a este país, para dictar conferencias de carácter científico. 1969.
- 29) Miembro de la Deutsche Gesellschaft für Chirurgie desde 1927.
- 30) Member of the National Geographic Society de Washington. 1959.
- 31) La Deutsche Gesellschaft für Chirurgie, le nombra Korrespondierendes Mitglied.
- 32) Miembro de la Oestereischiche Gesellschaft für Chirurgie desde 1968.
- 33) Miembro elegido por la Academia de Chirurgie de París. Associé Etranger. 1966.
- 34) Miembro de Honor de la Academia de Cirugía de La Plata. República Argentina.
- 35) Miembro de la Sociedad Internacional de Hidatología. Montevideo. (Uruguay).

CONDECORACIONES

- 1) Verdienst-Kreuzes des Ordens Deutschen Adler mit Schwertern Adolf Hitler, 20 de Abril, 1939
- 2) Gran Cruz de Alfonso X el Sabio.

TESIS DOCTORALES

- 7) J. L. Inclán Bolado. «Estudio químico, toxicológico y clínico del Uroselectan». Calificada: Sobresaliente. 1931. Universidad Central de Madrid.
- 2) V. Meana Negrete. «Experiencia personal sobre raquianestesia hipobara en especial con la de Kirschner». Calificada: Sobresaliente. 1942. Universidad Central de Madrid.
- 3) J. Campo Mardomingo. «El estómago reseado». Calificada: Sobresaliente. 1947. Universidad Central de Madrid.
- 4) H. Durán Sacristán. «Valores totales de volumen sanguíneo, hemoglobina, proteína y líquido extracelular en Cirugía». 1953. Calificada: Sobresaliente cum laudem. Universidad Complutense. Madrid.
- 5) F. Ibeas Sobresa. «Valor práctico de la prueba de ácido hipúrico (Quick) en cirugía». Calificada: Sobresaliente. 1954. Universidad Complutense de Madrid.
- 6) M. Sastre Gallego. «Flujo sanguíneo, metabolismo y resistencia vascular cerebrales. Modificación bajo hipotensión, neuroplegia y estados afines». Calificación: Sobresaliente y Premio extraordinario. 1956. Universidad Complutense de Madrid.
- 7) J. Alonso Bautista Gallo. «La eliminación de los 17 Ketosteroides en relación con el cloruro sódico. Sus modificaciones y significado en las alteraciones metabólicas postoperatorias». Calificada: Sobresaliente y Premio Extraordinario. 1958. Madrid. Universidad Complutense.

- 8) R. Llaudaró Sabe. «Estudio clínico de la hidroxidiona como anestésico general». Calificada: Sobresaliente. 1959. Universidad Complutense. Madrid.
- 9) F. Girón. «Estudio sobre la respuesta de la resistencia capilar al traumatismo». Calificada: Sobresaliente y Premio extraordinario. 1961. Universidad Complutense de Madrid.
- 10) Calatrava Páramo. «Tratamiento de la rigidez y anquilosis mandibular». Calificada: Sobresaliente. Universidad Complutense de Madrid. 1961.
- 11) González Hermoso. «Las variaciones electrolíticas y del equilibrio ácido-base en hipotermia». Calificada: Sobresaliente y Premio extraordinario. 1959. Universidad Complutense de Madrid.
- 12) I. M. Arcelus Imaz. «Proteinemia y espectro electroforético en el postoperatorio». Calificada: Sobresaliente y Premio extraordinario. 1963. Universidad Complutense. Madrid.
- 13) R. Vara Thorbeck. «Paragangliomas no cromafines Yugulo-timpánicos de crecimiento endocraneal. «Contribución al conocimiento del desarrollo embriológico del plexo timpánico en el hombre». Calificada: Sobresaliente y Premio extraordinario. 1964. Universidad Complutense de Madrid.
- 14) G. Carranza Albarrán. «Contribución al estudio de la fisiopatología y profilaxis de las adherencias peritoneales. Estudio clínico y estudio experimental». Calificada: Sobresaliente y Premio extraordinario. 1969. Universidad Complutense. Madrid.
- 15) C. Vara Thorbeck. «Contribución al estudio de las diferentes técnicas inóticas y aninóticas de entero-anastomosis. (Trabajo Experimental)». Calificada: Sobresaliente y Premio extraordinario. Universidad Complutense. Madrid. 1970.
- 16) J. A. Burzaco Santurtun. «Sistema de representación tridimensional de los núcleos mesodiencefálicos para uso en cirugía estereotáxica». Calificada: Sobresaliente. 1970. Universidad Complutense. Madrid.

- 17) F. Angulo Pérez. «Estudio clínico de la presión venosa central en el pre y postoperatorio inmediato». Calificada: Sobresaliente. 1971. Universidad Complutense. Madrid.
- 18) L. García Aranguez. «Hiperalimentación parenteral. (Trabajo experimental y clínico)». Calificada: Sobresaliente, «Cum laudem». Universidad Complutense de Madrid, 1975. Premio a la mejor tesis, de la Academia Nacional de Medicina.
- 19) L. Munuera Martínez. «Contribución al estudio estructural y biomecánico de los meniscos articulares de la rodilla». Calificada: Sobresaliente «Cum laudem». 1973. Universidad Complutense. Madrid.
- 20) J. A. Soro Gosálvez. «Plastias de serosa peritoneal en el tubo digestivo. Estudio experimental». Calificada: Sobresaliente cum laudem y Premio Extraordinario. 1975. Universidad Complutense Madrid.
- 21) C. Martínez Ramos. «Cambios precoces del flujo sanguíneo mesentérico en la vascularización y motilidad de las vellosidades intestinales tras la vagotomía truncal bilateral. (Estudio experimental)». Calificada: Sobresaliente cum laudem. 1975. Premio a la mejor Tesis de la Academia Nac. de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.
- 22) J. R. Suárez Pañeda. «Nuevas aportaciones a la nosología del hidrocefalo. Fundamentos para su estudio crítico de su etiopatogenia, histopatogenia y clínica. Las indicaciones quirúrgicas a la luz de nuestros hallazgos». Calificada: Sobresaliente cum laudem. 1976. Facultad de Medicina de Granada.
- 23) R. González Maldonado. «Expresión angiográfica de la arteria coroidea anterior (ACA): Aplicaciones semiológicas en patología intracraneal». Calificada: Sobresaliente cum laudem. 1977. Facultad de Medicina de Granada.
- 24) F. Moldenhauer Gómez. «El sistema venoso profundo: nuevos parámetros en su radioanatomía normal y en las alteraciones consecutivas a procesos intracraneales». Calificada: Sobresaliente «Cum Laudem». 1979. Facultad de Medicina de Granada.

- 25) V. Moreno Alegre. «Expresión angiográfica de las herniaciones encefálicas secundarias a procesos expansivos intracraneales. Valoración de signos arteriales y venosos de prolapso cerebral». Calificada con Sobresaliente «Cum Laudem». 1980. Facultad de Medicina de Granada.

PELICULAS DE 16 mm.

- 1) Craniosinostosis. Duración 20'
- 2) Resección gástrica total. Lobectomía hepática izquierda y esplenectomía. Duración 40'.
- 3) Hidatidosis abdominal secundaria. Duración 45'
- 4) Esofagoplastia con colon. Duración 45'
- 5) Resección gástrica subtotal, esplenectomía y toraco-laparotomía. Duración 40'
- 6) Quiste hidatídico de corazón, con quistes secundarios múltiples de pulmón. Duración 45'
- 7) Meningioma. Duración 45'
- 8) Tratamiento quirúrgico de la pericarditis. Duración 45'
- 9) Coxartria. Duración de 40'
- 10) Tratamiento quirúrgico del quiste hidatídico pulmonar supurado. Duración 45'
- 11) Lobectomía pulmonar por tuberculosis. Duración 40'
- 12) Condroma de la pared torácica. Duración 35'
- 13) Quiste hidatídico pulmonar. Segmentectomía. Duración 40'
- 14) Tratamiento quirúrgico del Mal de Pott con exocleación. Duración 45'
- 15) Tratamiento quirúrgico de la estenosis mitral. Duración 35'
- 16) Enfermedad de Leriche con By-Pass aorto-bifemoral. Duración 40'

- 17) Tratamiento quirúrgico de la pericarditis crónica constrictiva. Duración 40'
- 18) Condromixosarcoma de la pared torácica, de crecimiento intratorácico con compresión mediastínica. Duración 35'
- 19) Quiste hidatídico de corazón. Duración 45'
- 20) Exploración y tratamiento de las varices. Duración 35'
- 21) Lobectomía frontal. Duración 35'
- 22) By-pass axilo-femoral.
- 23) Nuevo tratamiento del prolapso rectal.
- 24) Hepatectomía no reglada. Adenoma gigante hepático.
- 25) Colectomía derecha.
- 26) Colectomía total por poliposis familiar.
- 27) Tratamiento de la hidrocefalia con shunt ventrículo-auricular.

MONOGRAFIAS Y LIBROS

- 1) «La Craniectomía a través de los siglos». León Cuesta. Valladolid. 1950.
- 2) «Hipófisis». —Tumores de hipófisis, capítulo 22—. Editorial Científico-Médica. 1954.
- 3) «Enseñanza de la Cirugía». Gráficas Diamante. C. Bahonde. Madrid. 1956.
- 4) «Malformaciones congénitas craneoencefálicas». 1962.
- 5) «El problema del edema cerebral». Selecciones Gráficas. Madrid. 1962.
- 6) «Suprarrenales». Fisiopatología y Clínica. Capítulo «Tumores de suprarrenales». Madrid. 1962.
- 7) «Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar». Gráficas. Madrid. 1962.
- 8) Diferentes capítulos de «Apuntes de Patología Quirúrgica». Editorial Alhambra, S. A., primera edición 1962 y segunda edición 1965.
- 9) «Reometría y Cirugía». Gráficas Orbe. Madrid. 1968.
- 10) «Diferentes capítulos del libro (Patología y Clínica Quirúrgica, Urología y Proctología)». Editorial Marban. Madrid. 1973.
- 11) «Diferentes capítulos del libro Patología y Clínica Quirúrgica (Generalidades), de R. Vara Thorbeck». Editorial Marban. Madrid. 1977.
- 12) «Capítulo del libro Homenaje a Marañón». Universidad Complutense. Madrid. 1977.
- 13) «Vivencias de un Cirujano». Acad. Med. Madrid. 1977.

PUBLICACIONES

- 1) «Sobre la existencia de cromoblastos en el epitelio esclero-corneal». *Bol. de la Soc. Esp. de Biol.* 1923.
- 2) «Sobre tres casos de pseudo-hermafroditismo». *Arch. de Med. Cir. Española.* 1924.
- 3) «Sobre el valor y significación de la llamada prueba de Frei en el examen funcional del bazo». *Soc. Esp. de Biol.* 1924.
- 4) «Sobre la existencia de los macrofagos en los procesos anexiales inflamatorios». *Rev. Esp. de Ginec.* 1924.
- 5) «Sobre la muerte por insuficiencia suprarrenal». *Arch. de Med. Cir. Esp.* 1925.
- 6) «Sobre neumatosis quística intestinal». *Soc. Esp. de Biol.* 1926.
- 7) «Un nuevo caso de muerte súbita de origen suprarrenal». *Arch. Med. Cir. Esp.* 1926.
- 8) «Presentación y explicación de varias piezas patológicas». *Anales del Instituto del Hospital General.* 1926.
- 9) «Beitrag zum studium der gehirnerschterung. I) Verschiebung der wasserstoffionenkoncentration in liquor nach experimenteller gehirneschterung». *Arch. f. Kli. Chir.* 1927.
- 11) «Über beeinflussung der wasserstoffionenkoncentration des blutes durch chemotherapeutische stoffe». *Bioch. Zeitsch.* 1927.
- 12) «Experimentälle untersuchung über die beeinflussung der frakturheilung nach Vigantol». *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.* 1928.
- 13) «La intervención operatoria en la úlcera perforada de estómago». *Anales del Servicio de Patología Médica del Hospital General de Madrid.* 1928.
- 14) «Aplicación de la sutura incruenta según el método de Klapp». *Arch. Med. Cir. Esp.* 1929.
- 15) «Sobre la condromalacia rotuliana». *Progres. de la Clin.* 1929.
- 16) «Sobre la influencia que tiene la vitamina D en la formación del callo óseo». *Libro Homenaje a Marañón.* 1929.
- 17) «Tratamiento del bocio por la inyección intraparenquimatososa de yodo». *Anales del Instituto del Hospital General de Madrid.* 1929.
- 18) «Sobre dos casos de rotura de vejiga». *Rev. Esp. Cir. y Urol.* 1929.
- 19) «Estado actual del tratamiento de la diabetes con Syntalina». *Gac. Med. Esp.* 1929.
- 20) «Epitelioma sebáceo de cuero cabelludo». *Acad. Esp. Dermat. y Sifiliografía.* 1929.
- 21) «Sarcoma idiopático múltiple hemorrágico de Kaposi». *Acta. Dermo. Sifiliográfica.* 1929.
- 22) «Über die einfluss des Vigantols auf den tierkorper». *Klin. Wocheschr.* 1930.
- 23) «Relación entre el hígado y el bazo». *Med. Lat.* 1930.
- 24) «Sobre un nuevo procedimiento de exploración de las vías urinarias: pielografía descendente con el Uroselectan». *Med. Lat.* 1930.
- 25) «Sobre dos casos de anuria calculosa». *Rev. Esp. Cir. y Urol.* 1930.
- 26) «Sobre la presión negativa intrarticular». *Med. Ib.* 1930.
- 27) «Sobre la regeneración del cartílago articular». *Ac. Med. Quir.* 1930.

- 28) «Contribución al estudio de la fisiopatología articular. 1) Sobre la capacidad de reabsorción de las articulaciones». *Arch. Med. Cir. Esp.* 1930.
- 29) «Contribución al estudio de la intoxicación con Vigantol». *Arch. Med. Cir. Esp.* 1930.
- 30) «Sobre el tratamiento de las hemorragias por el Vivocoll». *Med. Ib.* 1930.
- 31) «Pronóstico y terapéutica de la disminución del poder de coagulación de la sangre en los sujetos a operar». *Rev. Clín. de Bilbao.* 1930.
- 32) «Contribución al estudio de la conmoción cerebral. Variación del pH del l.c.r. después de la conmoción cerebral experimental». *Progresos de la Clínica.* 1931.
- 33) «Sobre la hepatolienografía». *Med. Ib.* 1931.
- 34) «Aumento del poder coagulante de la sangre en los enfermos quirúrgicos». *Med. Ib.* 1931.
- 35) «Osteodistrofia fibrosa. Contribución a su estudio experimental y clínico». *Arch. Esp. de Oncología.* 1931.
- 36) «Der einfluss verschiedener behandlungsmethoden auf die blutstillund». *Arch. f. Klin. Chir.* 1931.
- 37) «Contribución al estudio de los antisépticos urinarios del grupo de la piridina». *Prog. de la Clén.* 1931.
- 38) «Uber einen fall von echinococcuscysten der herzens». *Zbl. f. Chir.* 1931.
- 39) «Sobre un nuevo caso de quistes hidatídicos múltiples de corazón». *Prog. de la Clén.* 1931.
- 40) «Rontgenologische sichtbarmachung von Leber und Milz». *Arch. f. Klin. Chir.* 1932.
- 41) «Beeinflussung der cholesterinemie durch die funktion des ovarius». *Zeitsch. f. die gesemte experimentalle Medizin.* 1932.

- 42) «Estado actual de las perivisceritis, especialmente digestivas desde el punto de vista quirúrgico». *Prog. de la Clén.* 1932.
- 43) «Relación entre colesterinemia y función ovárica». *An. Med. Int.* 1932.
- 44) «Contribución al estudio de la hepatolienografía». *Prog. de la Clén.* 1932.
- 45) «Dos casos de epiteloma primitivo de cerebro». *Arch. Esp. de Onc.* 1933.
- 46) «Lesiones histopatológicas del nervio frénico en la tuberculosis pulmonar». *Rev. Med. de Barcelona.* 1933.
- 47) «Uber die zusammensetzung der Eiter». *Zbl. f. innere Med.* 1933.
- 48) «Die Behandlung der Osteomyelitis nach Baer». *Forschr. de Therapie.* 1933.
- 49) «Contribución al estudio de la composición química del pus». *Prog. de la Clén.* 1933.
- 50) «Contribución al estudio de la osteomielitis con larvas de mosca». *Prog. de la Clén.* 1933.
- 51) «Un caso de macrodactilia». *Prog. de la Clén.* 1934.
- 52) «Sobre la luxación anterior del atlas sin fractura de apófisis odontoides». *Prog. de la Clén.* 1934.
- 53) «Ponencia sobre hidrartrosis en el Congreso Nacional de Traumatología y Cirugía Ortopédica». *Abstrac. del Congreso.* 1936.
- 54) «Orientación en la técnica de la cirugía de guerra». *Las Ciencias.* 1939.
- 55) «Contribución al estudio de la fisiopatología articular. Patología de la hidrartrosis». *Med. Esp.* 1940.
- 56) «Nuevo método de sutura cutánea cosmética». *Med. Esp.* 1940.
- 57) «Contribución al estudio de la dilatación congénita quística del colédoco». *Med. Esp.* 1940.

- 58) «Contribución al estudio del sinus pericranii». *Rev. Clín. Esp.* 1941.
- 59) «Über intrakranielle luftansammlungen. Ein fall von pneumocephalus intraventricularis und aerogenem abszess». *Zbl. f. Neuro-Chir.* 1941.
- 60) «Rückenmarksanästhesie im kindersalter». *Der Chirurg.* 1941.
- 61) «Epilepsia post-traumática». *Actas del Congreso Nac. de Neurología y Psiquiatría.* 1942.
- 62) «Über einen fall von halbseitiger hyperthermie nach extirpation der premotorischen frontallhirnrinde». *Zeitsch. f. D. ges. Neurol. Psychiatrie.* 1942.
- 63) «La raquianestesia en la infancia». (Experiencia personal en 438 casos). *Med. Esp.* 1942.
- 64) «Contribución al estudio de la gangrena postoperatoria progresiva de la piel». *Rev. Clín. Esp.* 1942.
- 65) «Über das Hemmungsphänomen Donaggicos der Schädeltraumen und Epilepsie». *Klin. Wochsch.* 1942.
- 66) «Über die pathologische physiologie des glomus caroticum». *Klin. Wochsch.* 1943.
- 67) «Toracoplastias en la tuberculosis pulmonar». *Trat. Quir. de la Tuberculosis Pulmonar.* 1943.
- 68) «Die Behandlung der Hirnabszesse». *Sweiz. Med. Wochsch.* 1943.
- 69) «Ist es möglich, die Oligophrenie durch operative massnahmen zu beeinflussen». *Zbl. f. Chir.* 1943.
- 70) «Una nueva variedad de tumor intrarraquídeo tireógeno». *Rev. Clín. Esp.* 1943.
- 71) «La sulfamidoterapia intraperitoneal en las peritonitis agudas». *Rev. Clín. Esp.* 1944.
- 72) «Monografía sobre quistes hidatídicos de pulmón, con la experiencia personal de 78 casos operados». *Rev. Esp. Cir. y Urol.* 1974.

- 73) «Importancia del ataque epiléptico como síntoma precoz de los tumores cerebrales». *Libro Jubilar de Iby.* 1945.
- 74) «Lobotomía y topectomía en el tratamiento del dolor incoercible». *Rev. Cir. Esp.* 1945.
- 75) «Adenocarcinoma papilar quístico del riñón con metastasis exclusivamente óseas simultáneas y simétricas». *Arch. de Histol. Normal y Patológica.* 1946. (Buenos Aires).
- 76) «Absceso cerebral». *Bol. Cul. del Consejo General de Colegios Médicos.* 1946.
- 77) «Dos casos de epitelioma de la región sacrocoxígea consecutivos a un quiste pilonidal y a un teratoma presacro». *Rev. Clín. Esp.* 1947.
- 78) «Estados convulsivos. Medicina y Cirugía de Urgencia». *Publ. por la Acad. de Alumnos Int. de la Fac. de Med. de Valladolid.* 1947.
- 79) «Métodos quirúrgicos para mejorar los resultados en el tratamiento de las úlceras gastroduodenales». *Publ. por la Soc. Esp. de Patol. Digest. y de la Nutrición.* 1948.
- 80) «La craniectomía a través de los siglos». Discurso de apertura de curso 1949-1950. *Univer. de Valladolid.*
- 81) «Tumores de las glándulas suprarrenales». *Fac. Med. de Valladolid.* 1949.
- 82) «Quistes hidatídicos de riñón. Comentarios a 4 casos». *Rev. Clín. Esp.* 1950.
- 83) «Valoración de las pérdidas hemáticas en las intervenciones quirúrgicas». *Rev. Clín. Esp.* 1950.
- 84) «Fisiopatología y Clínica de las glándulas suprarrenales». *Edt. Paz Montalvo. Madrid.* 1951.
- 85) «Enfermedad postoperatoria». *Publ. en el Congr. Int. de Cir. París.* 1951.

- 86) «Ascorbinemia en el pre y postoperatorio». *Rev. Esp. del Apt. Digestivo y de la Nutrición*. 1952.
- 87) «Síndrome de Reiter. Su tratamiento con ácido succínico». *Rev. Clín. Esp.* 1952.
- 88) «Erfahrungen mit intravenoeser Novocaingaben bei der postoperativen Krankheit». *Der Chirurg*. 1952.
- 89) «Shock operatorio, puesta al día de las principales opiniones emitidas en el curso de los últimos años». *XVI Congr. Int. de Cir. Copenhagen*. 1955.
- 90) «Kyste hydatique du coeur et Kystes secondaires multiples de poumon». *Journees Medicales. Bruxelles*. 1955.
- 91) «Bewertung des Blutverlustes bei chirurgischen Eingriffen». *Der Chirurg*. 1955.
- 92) E. E. G. wachrend der Narkose (Hibernation) *Der Chirurg* 1955.
- 93) «Pre und postoperative eosinopenie». *Der Chirurg*. 1955.
- 94) «Estudios balistocardiográficos en la pericarditis crónica constrictiva antes y después de la pericardiectomía». *Rev. Clín. Esp.* 1953.
- 95) «Eosinopenia pre y postoperatoria». *Libro Homenaje al Dr. Rozabal. Madrid*. 1953.
- 96) «Hidatidosis ósea». *Rev. Las Ciencias*. 1953.
- 97) «Coloración vital de los ganglios linfáticos regionales y su importancia en la cirugía del cáncer gástrico». *Rev. Esp. de las enfermedades del Apt. Dig. de la Nutrición*. 1956.
- 98) «Enseñanza de la Cirugía». Discurso de apertura. *Acad. de Cir. de Madrid*. 1956.
- 99) «Das Elektroencephalogram (E.E.G.) bei der insulin Schockbehandlung». *Der Nervenarzt*. 1957.
- 100) «Modificaciones del volumen sanguíneo y del E.E.G. consecutivo a la replección de los ventrículos cerebrales con aire, en el hombre». *Rev. Clín. Esp.* 1958.

- 101) «Veraenderungen der Hirndurchblutung nach extirpation des Glomus caroticum und denervierung des Sinus caroticum». *Klin. Wochsch.* 1961.
- 102) «Formación del Cirujano». *Publ. por el Real Colegio de Cirugía de Barcelona*. 1961.
- 103) «Echinokokkenzyste des Herzens mit sekundaerer Lungenzyste». *Deutsch. Medizin. Journal*. 1961.
- 104) «Osmoterapia con soluciones hipertónicas de urea». *Arch. de la Fac. de Med. Madrid*. 1963.
- 105) «Malformaciones congénitas craneoencefálicas». *Cir. Gin. y Urol.* 1963.
- 106) «Enfermedad de Crohn». *Cir. Gin. y Urol.* 1963.
- 107) «Echinokokkenzyste der Herzens mit sekundaerer Lungenzysten». *Langenbecks Arch. f. Chir.* 1963.
- 108) «Hiperparatiroidismo». *Anales de Ciencias Médicas de Las Palmas*. 1963.
- 109) «Terapéuticas hidrosalinas antes y después de las intervenciones quirúrgicas». *Rev. Ibyss*. 1963.
- 110) «Sobre los llamados tumores tiroideos aberrantes latero-cervicales». *Med. Esp.* 1964.
- 111) «Electromiograma en las lesiones de los nervios». *Cir. Gin. y Urol.* 1964.
- 112) «Fisiopatología y tratamiento de urgencia de los traumatismos craneoencefálicos cerrados». *II Reunión de antiguos alumnos de la Facultad de Med. de Madrid*. 1964.
- 113) «Paragangliomas no cromafines yugulotimpánicos de crecimiento endocraneal (con la aportación de 3 nuevos casos personales). «Homenaje a la Medicina Española». *El Día Médico*. 1964.
- 114) «Cordomas vertebrales». *Rev. Ortop. y Traum.* 1965.

- 115) «Fístulas arterio-venosas esplénicas e hipertensión portal». *Real Academia Nac. de Med. de Madrid*. 1966.
- 116) «Quimioceptomas intercarotídeos con la aportación de 3 casos personales». *Cir. Gin. y Urol.* 1966.
- 117) «Arteriovenöse Aneurysmen der Milzgefäesse mit portalem Hochdruck». *Der Chirurg*. 1966.
- 118) «Encondroma de cuerpo vertebral (con aportación de un caso personal)». *Cir. Gin. y Urol.* 1967.
- 119) «Quistes congénitos de colédoco en el adulto. (Con la aportación de 3 casos personales)». *Soc. Int. de Cir. Viena*. 1967.
- 120) «Tratamiento de la úlcera gástrica y sus resultados. (Revisión de los casos intervenidos desde 1929 hasta 1966)». *Soc. Int. Cir. Viena*. 1967.
- 121) «Tumores del corpúsculo carotideo (con aportación de 5 casos personales)». *Real Acad. Nac. de Med. Madrid*. 1968.
- 122) «Formas atípicas del aspergilioma broncopulmonar». *Cir. Gin. y Urol.* 1968.
- 123) «Tratamiento de la úlcera gástrica y sus resultados». *Arch. Fac. de Med. Madrid*. 1968.
- 124) «Reometría y Cirugía». Monografía. *Acad. de Cir. de Madrid*. 1968-69.
- 125) «Quistes congénitos del colédoco en el adulto. Con la aportación de tres casos personales». *Bull. de la Soc. Int. de Chir.* 1968.
- 126) «Plastias de bronquio con injerto pediculado de pericardio. (Estudio clínico y experimental)». *Cir. Gin. y Urol.* 1969.
- 127) «Yugulare Glomustumoren von seltener lokalisation». *Cong. Grazt.* 1969.
- 128) «Estudio con reometría electromagnética de la arteria hepática y vena porta. Sus modificaciones con diferentes fármacos. (Trabajo experimental)». *Arch. Fac. Med. Trabajos de investigación*. 1969.
- 129) «En Memoria de Manuel Sastre Gallego». *Cir. Esp.* 1970.

- 130) «Bocio hipotiroideo por falta de organización del yodo». *Arch. de la Fac. de Madrid*. 1970.
- 131) «Homenaje a Marañón». *Univ. de Madrid*. 1970.
- 132) «Los aneurismas masivos de la porción subaracnoidea de la carótida interna intracraneal. (Seguidos más de 10 años)». *Cir. Esp.* 1970.
- 133) Formas primitivamente intracraneales cervicales y multicéntricas de los tumores yugulo-timpánicos». *Prog. Otorrinolaringología*. 1970.
- 134) «Hipertensión portal por fístula arterio-venosa traumática de los vasos esplénicos. (Homenaje al Prof. B. Lorenzo Velázquez)». *Edit. Oteo*. 1971.
- 135) «Pasado, presente y futuro de la Cirugía». Discurso de clausura. *IX Congr. Nac. de Cir.* 1971.
- 136) «Necrología D. José M.ª Rementería». *Cir. Esp.* 1971.
- 137) «Modification in the activity of some enzymes of the cerebrospinal fluid in patients with intracranial tumours». *Journal of Neurosurgery*. 1971.
- 138) «Tratamiento de la osteomielitis crónica por el método cerrado de irrigación continua». *Medicamenta*. 1971.
- 139) «Efectos de la simpatectomía lumbar determinados mediante reometría electromagnética en las arteriopatías oclusivas de las extremidades inferiores». *Angiología*. 1972.
- 140) «Quistes hidatídicos de corazón». *Anl. de la Real Acad. Nac. de Med.* 1972.
- 141) «Die Wirkungen der lumbalen Sympathektomie bestimmt mit elektromagnetischer Rheometrie». *Zbl. f. Chir.* 1972.
- 142) (Modification in activity of some enzymes of the cerebrospinal fluid in patients with intracranial tumours». *The Year book of Neurology and Neurosurgery*. 1972

- 143) «Sesión necrológica en honor del Dr. Villacián». *An. de la Real Acad. de Med. y Cir. de Valladolid*. 1973.
- 144) «El síndrome retroperitoneal en los procesos abdominales agudos». *Salamanca*. 1973.
- 145) «Echinokokuscysten in peripheren Nerven». *Zbl. f. Chirg.* 1973.
- 146) «Tratamiento quirúrgico de la obesidad». *Real Acad. de Med. Nac. Madrid*. 1974.
- 147) «Profilaxis de las fístulas pancreáticas secundarias al tratamiento quirúrgico de los insulinomas». *Cir. Esp.* 1974.
- 148) «Osmolalidad y procesos neoplásicos». *Rev. Clín. Esp.* 1974.
- 149) «Echinokokkuscysten der Herzens». *Der. Chirug.* 1974.
- 150) «Complicaciones de las operaciones derivativas en la hidrocefalia infantil». *Rev. Clín. Esp.* 1975.
- 151) «Radiología simple en el hidrocéfalo infantil. Shuntdependiente». *Radiología*. 1975.
- 152) «Complicaciones pulmonares y cardíacas en pacientes quirúrgicos en estado crítico. (Contestación al discurso del Dr. Durán)». *Real Acad. Med. de Madrid*. 1975.
- 153) «La silla turca en la estenosis del Silvio». *Radiología*. 1975.
- 154) «Hiperalimentación parenteral». *Resum. des Communications Bull. Soc. Int. de Chir.* 1975.
- 155) Enteroanastomosis con el uso del N-Butilcianoacrilato». *Resum. des Communications. Bull. Soc. Int. de Chir.* 1975.
- 156) «Contribución al estudio del cáncer de recto. Resultados tardíos en nuestros 100 últimos casos». *Rev. Clín. Esp.* 1975.
- 157) «Diagnóstico de la estenosis del Silvio en la hidrocefalia hipertensiva». *Libro Resumen del XIII Congr. Nac. de Neuropsiquiatría*. 1975.

- 158) «El sentido del dolor». *Real Acad. Med. Madrid*. 1976.
- 159) «Sección necrológica, Prof. D. Pedro Piulachs Oliva». *Anales Acad. Nac. Med.* 1976.
- 160) «Aspectos etiopatogénicos y diagnósticos de las cavitaciones del encefalo infantil (porencefalia, encefalomalacia multiquística e hidroencefalia). Nuevos fundamentos taxonómicos». *Libro Resumen del XI Congreso Nac. de Cir.* 1976.
- 161) «Metástasis intracraneales». *Rev. Cir. Esp.* 1976.
- 162) «Síndrome del desfiladero torácico». *Rev. Cir. Esp.* 1976.
- 163) «Académicos que fueron. (Excmo. Sr. Prof. D. T. Hernando)». *Real Acad. de Med. y Cir. de Valladolid*. 1976.
- 164) «Cordoma sacrocoxígeo gigante y función esfinteriana, anal-vesical». *Real Acad. Nac. de Med.* 1976.
- 165) «In Memoriam» del Dr. Pérez Fontana». *Rev. Cir. Esp.* 1976.
- 166) «Fisiopatología de la sección nerviosa». *Rev. Cir. Esp.* 1976.
- 167) «Discurso necrológico en memoria del Prof. Piulachs Oliva». *Arch. Fac. Med. de Madrid*. 1977.
- 168) «Vivencias de un cirujano universitario». *Real Acad. Nac. de Madrid*. 1977.
- 169) «Estado actual de la cirugía en la República Popular China». *Arch. Fac. Med. Madrid*. 1978.
- 170) «Ganglión intraneural. A propósito de una observación personal». *Rev. Clín. Esp.* 1978.
- 171) «Sarcoma primitivo de pulmón». *Rev. Clín. Esp.* 1978.
- 172) «Bocios ectópicos». *Rev. Cir. Esp.* 1978.
- 173) «In Memoriam» del Prof. E. Derra». *Rev. Cir. Esp.* 1979.

- 174) «In Memoriam» del Prof. Kyrling». *Rev. Cir. Esp.* 1979.
- 175) «In Memoriam» del Prof. Kunz». *Rev. Cir. Esp.* 1979.
- 176) «In Memoriam de Roberto Llaudaro». *Hospital Provincial.* 1980.
- 177) «In Memoriam» del Prof. Kirschner en el centenario de su nacimiento». **En Prensa.** 1979.
- 178) «Nuestra experiencia con la comisurotomía mitral cerrada. A propósito de los 203 últimos casos». *Rev. Clín. Esp.* 1979.
- 179) «In Memoriam» del Prof. J. Gay Prieto». **En Prensa.** 1980.

