



**BOLETIN INFORMATIVO
DEL ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE MEDICOS
DE LA PROVINCIA DE
CIUDAD REAL**

DIRECTOR:

Santos Martínez Martínez-Conde

CONSEJO DE REDACCION

La Junta Directiva

COLABORADORES

Todos los Colegiados

REDACCION DE

ADMINISTRACION:

Plaza de la Provincia, 3

Teléfono 21 14 32

Imprime:

G. Cervantes, Paz, 2 - Ciudad Real

Depósito Legal: C.R. 451-1981

SVR 209.

Soporte válido M. Sanidad:

MARZO, ABRIL - 1986

NUM. 124

SUMARIO

Editorial	2
Elecciones	4
Actividades Colegiales	6
D. ^a M. ^a del Carmen Bernárdez Arias, nombra- da Colegiado Honorario	7
De interés	8
Curso de actividades científico culturales — 1985-1986	9
Homenaje en Ciudad Real al Dr. D. Eduardo Rodríguez Arevalo	10
Homenaje en Valdepeñas al Dr. D. Juan More- no Núñez	16
Nace una Nueva Asociación	20
Disposiciones Oficiales — Ministerio de S. y Consumo	22
Informe del Vocal de Jubilados	24
Opinión	25
CC.OO. rechaza la actitud Corporativista de los médicos en Paro	26
Trabajos Científicos de Nuestros Colegiados "Recordando el bocio endémico"	27
Bibliografía	36
Altas	37
Bajas	38
In Memoriam	40

EDITORIAL

FIESTA DE LA PATRONA

En los primeros meses del otoño se jubila, por alcanzar la edad reglamentaria, la Sta. Carmen Bernárdez, nuestra Carmen, después de 40 años al servicio de este ilustre Colegio. Durante ellos, todos estáis de acuerdo conmigo en que ha sabido conquistar el afecto y la gratitud de varias generaciones de compañeros. Su interés por las cosas del Colegio y su cariño al Colegio y a los propios médicos han sido tales que pienso que difícilmente podrán ser igualados nunca por nadie en el futuro.

Considerándola, por todo ello, acreedora de nuestro afecto y de nuestra gratitud, esta Presidencia se sintió en el deber ineludible de proponer a la Junta Directiva concederle el nombramiento de Colegiado Honorario, acuerdo que en el Pleno celebrado el día 10-4-86 se tomó por unanimidad. El Diploma y la Insignia correspondientes le serán impuestos con toda solemnidad, el día de la Patrona, al mismo tiempo que a los compañeros jubilados en el transcurso del último año.

Hemos adelantado la celebración de la anteriormente citada Fiesta de la patrona, Nuestra Sra. del Perpetuo Socorro, al sábado 21 de junio, para no impedir que los que toman sus vacaciones en julio puedan comenzarlas el viernes 27 de junio, que es, como sabéis, el día que, litúrgicamente, debiéramos celebrarla. Oportúnamente, os daremos noticia del programa y del momento en que habréis de recoger vuestras invitaciones. Lo que ya hoy quiero transmitir os es la gran preocupación que me produce el hecho de que, lamentablemente, no podamos celebrar la fiesta gratuitamente, como era ya tradicional. A pesar del recorte en todos los capítulos de gastos; a pesar de la supresión del Socorro Inmediato de Defunción y de la subida de las cuotas, nuestra economía no es buena. No hemos conseguido rehacernos del quebranto que nos supuso el cese en la expedición y venta de los Certificados Médicos para conductores. Y no podemos hacer otra cosa que obsequiar las invitaciones a los homenajeados y que todos los demás, empezando por el Presidente, abonemos el importe, 2.000 ptas. por persona, de las mismas, según acuerdo del Pleno antes citado.

Pienso que no va a ser ésto motivo para que no acudáis como siempre masivamente, a dar vuestra despedida al grupo de compañeros que ese día se despiden de su ejercicio profesional. Y espero, confiado, que vuestra responsabilidad, vuestro sentido del compañerismo y vuestra generosidad os moverán a no fallarnos; a que la fiesta resulte, si cabe más brillante que nunca, y a que nuestros jubilados no se vean privados de nuestro aliento y nuestro calor.

Santos M. Martínez-Conde
Presidente

ELECCIONES

Dando cumplimiento a lo preceptuado en los Estatutos de este Ilustre Colegio Oficial de Médicos y de la Organización Médica Colegial, y a lo dispuesto en el Calendario Electoral aprobado por el Pleno de la Junta Directiva en su sesión del día 13-3-86, el pasado 10 de abril la Junta Directiva procedió al exámen y aprobación de los candidatos presentados, que fueron los siguientes:

Tesorero: D. Eduardo Rodríguez Sánchez.

Vocal de M. Titulares: D. José Manuel González Aguado.

" de M. de Asistencia Colectiva: D. José A. Velasco Medina.

" de Médicos Libres: D. Manuel Velasco Lobo.

D. Fabio Morales Arroyo.

" de M. de menos de 5 años: D. Cesáreo Peco Almansa.

" de Médicos en paro: D. Salvador Martínez García.

Comarcal de Ciudad Real:

Presidente: D. Antonio Cinca López

Vocales : D. José A. Blanco Rodríguez.

D. Salvador Arias Moreno.

Comarcal de Alcázar:

Presidente: D. Telesforo Sánchez Wices

Vocales : D. Juventino López Rodríguez

D. José Luis Grau Olivé

Comarcal de Almadén:

Presidente: D. Rafael Moyano Trujillo

Vocales : D. Gonzalo López Gil

D. Crescencio Gil Muñoz

Comarcal de Almagro:

Presidente: D. Antonio Cárdenas Benito

Vocales : D. Oswaldo Martínez Sierra

D. Otilio García de León Herrera

Comarcal de Almodóvar:

Presidente: D. Dacio Gallego de la Torre

Vocales : D. Valentín Sánchez Casajuana

M.^a Dolores Castillo Peñalbo

Comarcal de Daimiel:

Presidente: D. Lucio Villegas Juárez
Vocales : D. Mateo Pérez Sánchez
D. José Miranda de Vega.

Comarcal de Infantes:

Presidente: D. Jesús Montarroso Martín
Vocales : D. José Luis de Diego Lozano
D. Francisco Muñoz Patiño.

Comarcal de Manzanares:

Presidente: D. Javier Brazal Castell
Vocales : D. Francisco Alonso Cruz
D. Jesús Sánchez Migallón.

Comarcal de Piedrabuena:

Presidente: D. José Carlos Ruesca Castillo
Vocales : D. José Luis Romero Cachaza
D. Francisco Cuartero Sánchez

Comarcal de Valdepeñas:

Presidente: D. Dionisio Francisco Ginés Moreno
Vocales : D. Pedro González Hidalgo
D. Eduardo Sevilla Lozano

En el transcurso del plazo legal para alegaciones, el Dr. Velasco Lobo retira, con la debida explicación y justificación, su candidatura, no presentándose ninguna otra alegación, de todo lo cual se dió cuenta al Consejo General de Colegios de Médicos. El 24 de abril, el Pleno se reunió en sesión extraordinaria y procedió a la proclamación definitiva de candidatos y comunicación a los interesados. Dado que sólo existe un candidato para cada puesto vacante y en cumplimiento del Artículo 12.º 8 de los Estatutos, dichos candidatos quedan proclamados "electos" para los cargos a que, respectivamente, optaban, sin que haya de completarse el proceso electoral. Según lo previsto en el Calendario Electoral, se les dará posesión de sus cargos el 17 de mayo, a las 19 horas, en el Salón de Actos de este Colegio.

Ciudad Real, 25 de abril de 1986.

V.º B.º *El Presidente*

El Secretario

Firmados: Santos M. Martínez-Conde

Fdo: Manuel García Bolaños

ACTIVIDADES COLEGIALES

A propuesta de la Consejería de Sanidad, se celebró en Toledo, el pasado día 3-4-86, una nueva entrevista en la que estuvieron presentes, de un lado el Consejero de Sanidad, Excmo. Sr. de la Cámara, acompañado por el Director General de Sanidad, Sr. Ruiz Jiménez, y otros altos funcionarios; y de otra, los Drs. Romero Martínez, Presidente del Consejo de Colegios de Castilla-La Mancha, Rodríguez Sendín, Secretario de la Federación Estatal de Sindicatos y Asociaciones de Médicos Titulares, y Martínez-Conde, Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Ciudad Real, en la que se comunicó a éstos:

1.— La inmediata convocatoria del Concurso de Traslados de Médicos Titulares, que esperan esté resuelto en septiembre y que será el último de carácter nacional.

2.— La convocatoria en el primer trimestre de 1987 por la Junta de Comunidades de Castilla—La Mancha, de Oposición para cubrir las vacantes del Cuerpo de Titulados Superiores de Salud Pública. (Ya no existirá el Cuerpo de Médicos Titulares).

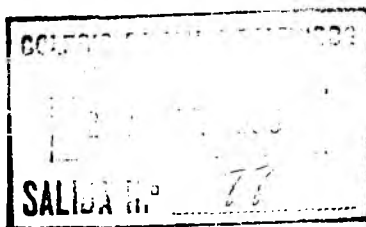
3.— La supresión en plazo muy breve de todas las plazas de Casas de Socorro.

Naturalmente que la posterior disolución de las Cortes y Convocatoria de Elecciones por parte del Presidente del Gobierno hace pasar a mejor vida todas estas “buenas intenciones”.



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS

Plaza de la Provincia, 3
CIUDAD REAL



La Junta Directiva de este Ilustre Colegio Oficial de Médicos, en su sesión plenaria del día 10 de los corrientes, vista su dedicación, su interés y su cariño por el colectivo que la misma representa durante los 40 años de su trabajo profesional en estas oficinas, ha tomado por unanimidad el acuerdo de conceder a Doña MARIA DEL CARMEN BERNARDEZ ARIAS, el nombramiento de Colegiado Honorario.

Lo que le comunico para su conocimiento y efectos.

Dios guarde a V.I. muchos años.
C. Real 11 de Abril de 1.986

EL SECRETRARIO

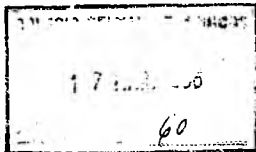
Vº Bº
EL PRESIDENTE

Ilmo. Sr. Presidente del Consejo General de Colegios Médicos de España.- MADRID.-



DE INTERES

HOTEL FINISTERRE



COLEGIO DE MEDICOS
Pl. de la Provincia, 8
13001 - CIUDAD REAL

- Restaurante
- Bar - Musical
- Salones de Convenciones y Banquetes
- Salón de Belleza
- Tiendas
- Bingo
- Pistas de Tenis
- Pistas de Baloncesto
- Pistas de Patinaje
- Piscina Olímpica
- Piscinas Climatizadas
- Saunas y Baño Relax
- Gimnasios
- Tobogán Acuático
- Parque Infantil

La Coruña, Marzo 1.986

Muy Sres. nuestros:

Nos es grato establecer contacto con Vds. a través del presente escrito, con el fin de comunicarles que ponemos a su disposición nuestras instalaciones hoteleras, las cuales cubren todo el área en materia de servicios para Reuniones, Seminarios, Convenciones, Banquetes, etc., en capacidades desde 50 hasta 1000 personas; así como nuestras instalaciones Deportivas, con: piscinas, saunas, baño relax, pistas de tenis, etc., de uso gratuito para nuestros clientes, todo ello situado al pie del Hotel, junto al mar y en el centro de la ciudad.

Asimismo queremos significarles que, sobre el precio de la habitación, dispondremos de un 10% de descuento para su Ilustre Colegio, así como para las personas relacionadas con el mismo.

Pensando en poder atenderles, y deseando mantener una estrecha y mutua relación comercial, aprovechamos la oportunidad para saludarles muy atentamente.

[Firma]
La Dirección

R. M. La Coruña, T. 90, L. 2.º, S. 3.º, F. 933, H. 26.-N. I. F.: A-1506599

PASO DEL PARROTE, 22
15001 - LA CORUÑA
ESPAÑA



TELEFS. (961) 30 54 00 - 04
TELEX 86086 HFIN E
DIR. TELEG FINISTERREHOTEL

CURSO DE ACTIVIDADES CIENTIFICO CULTURALES 1985-86

Continuando el desarrollo del programa en su día publicado, el pasado 14 de marzo tuvo lugar la proyección de la película "POLIPOSIS COLICA FAMILIAR", presentada por sus autores los Drs. Juan Regodón y Eduardo Sánchez, a quienes lo mismo que al Laboratorio ALMIRALL, patrocinador del acto, expresamos nuestro sincero agradecimiento.

La próxima sesión, con el patrocinio de Laboratorio ABBOTT, proyectaremos la película "El arte de envejecer", del profesor MIçhelis, el viernes 25 de abril.

Y el próximo 16 de mayo, con la proyección del filme "Virología e Inmunología" y el patrocinio del Laboratorio ANDREU, clausuraremos el Curso y entregaremos los diplomas correspondientes.

ULTIMA HORA

El Sábado, 26 de Abril, se han celebrado Elecciones para el cargo de VICEPRESIDENTE del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Resultó elegido el Dr. Alberto Berguer, por un voto de diferencia sobre el otro candidato, Dr. José Luis de Piñal.

El Presidente del Colegio Oficial de Médicos de Cádiz, Dr. de Lorenzo, es de Sevilla, Dr. Barroso y el propio Dr. Piñal, impugnaron la elección. La impugnación prosperó y habrá de repetirse la elección el próximo Sábado, 17 de Mayo.



HOMENAJE EN CIUDAD REAL A UN ILUSTRE COMPAÑERO

El día 7 de febrero pasado se rindió homenaje en Ciudad Real a un compañero entrañable, el Dr. D. Eduardo Rodríguez Arévalo, superconocido y superestimado a todo lo largo y lo ancho tanto de la capital como de la provincial.

Organizado por una serie de amigos bajo la batuta y el estímulo insuperables del Dr. Rafael Cárdenas Ballester, tuvo lugar en los salones del "Miami Park", que se llenó hasta los topes, como prueba definitiva del afecto y la amistad que, entre clientes y compañeros, ha sabido sembrar Eduardo durante su vida toda.

A los postres de una espléndida comida y tras la lectura de los numerosos telegramas y cartas de adhesión recibidos, tomó la palabra el propio Dr. Cárdenas Ballester, que nos deleitó con un discurso en el que, entre otras cosas, dijo que....

"... paradoja de la vida: un mutilado de la voz tiene que hacer de portavoz del grupo de compañeros y amigos que integran la Comisión que asumió la organización de este acto." Dice que es difícil, a estas alturas, hablar de Eduardo Rodríguez Arévalo, ya que es tan conocido que no precisa presentación alguna. No obstante, en breves y sencillas palabras, insiste una vez más en la personalidad del festejado en su doble vertiente, de profesional entregado total y absolutamente durante más de cincuenta años en favor del enfermo que solicitaba sus servicios y de calidad humana, que tiene y que ha sabido proyectar siempre a su alrededor.

"Pero lo grande de Eduardo, sigue diciendo, es que ha tenido la gran capacidad de saber distribuir el tiempo, dedicando el poco libre a otras actividades, tales como Colegio de Médicos, del que muchos años fué directivo cualificado, Igualatorio Médico, Casino de Ciudad Real, Ayuntamiento, Coreysa, etc., dejando en todos ellos profunda huella de su buen hacer".

Termina dedicando unas palabras especialmente emotivas su esposa, Piedad, y a su familia de las que ha tenido la gran suerte de verse acompañada en día tan memorable.

Le siguió en el uso de la palabra el Sr. Martínez-Conde, Presidente del Colegio, que dijo:

Querido Eduardo, queridos amigos:

No habéis tenido mucha suerte con ser yo quien deba cerrar esta serie de brillantes y emocionadas intervenciones, porque, aunque ponga toda mi buena voluntad en el empeño, que la pongo, no lo dudéis, no voy a saber cantar las alabanzas que tú, Eduardo, te mereces. Ni tengo la elocuencia que sería necesaria, ni la serinidad que sería de desear. Soy, un sentimental al que fácilmente desborda la emoción. Y se palpa la emoción aquí, esta tarde, a raudales. Yo la siento conmover mis entrañas y temo que, en cualquier momento, suba a mi garganta y estrangule mi voz.

Pero no importa. La ocasión de participar activamente en el homenaje a un compañero es, para mí, la más grata, la más reconfortante y placentera de cuantas me depara el oficio de ser, circunstancialmente, vuestro Presidente. Ese placer se agiganta, se eleva hasta hacerse indescriptible cuando, como en este caso sucede, el homenaje se tributa a un médico eminente, ilustre por muchos conceptos que, además, es un amigo entrañable, un grande y buen amigo desde hace muchos años.

No procede insistir ahora sobre los muchos méritos de Eduardo. Son de sobra conocidos por todos y ya lo han hecho otros con más autoridad y mejor que yo hubiera podido hacerlo. Pero sí quiero destacar las que creo notas más sobresalientes de su perfil psico-biográfico. Son, junto a una laboriosidad y un amor al trabajo excepcionales, junto a una afición a sus enfermos al estudio poco comunes, junto a una vitalidad y una simpatía que siempre supo contagiar a cuantos de alguna manera hemos convivido con él, y acaso como causa de todo ello, un estricto sentido del deber y un notable sentido de la amistad. Sentidos del deber y de la amistad que, sabiamente conjugados, han dado como resultado una vida de trabajo fecundo y de entrega al servicio de los demás que es ejemplo y patrón para todos nosotros, y que a él le ha llevado a una situación de enorme prestigio profesional, aureolado por el cariño de cuantos le hemos tratado.

El sentido del deber le llevó a no rehuir nunca sus compromisos de honor. Por eso su participación en diversos puestos de responsabilidad política y de responsabilidad social. Su sentido de la amistad y del servicio a los compañeros, incluso a los que no se conocen y aún a sabiendas de que no siempre se logra de ellos una valoración y un reconocimiento justos, le hizo aceptar, un día, estar en la Junta Directiva de nuestro Colegio. Fue, ya lo sabéis, durante muchos años, miembro de ella, como Secretario primeramente y como Vicepresidente después; siempre exquisitamente cortés con todos y profundos conocedor de los problemas colegiales.

Nuestro amigo Eduardo es un hombre afortunado. Ha triunfado profesionalmente, ha triunfado socialmente y, sobre todo, ha triunfado familiarmente ayudado, de manera muy eficaz, por esa mujer excelente, que ha sabido ser esposa ejemplar y madre perfecta, Piedad, venturosamente a su lado, silenciosa y calladamente emocionada. Dios le ha concedido, además, el pri-

vilegio de una larga vida. Y ella la ocasión de ver que su hijo, otro Eduardo, nuestro querido y formidable tesorero, a quien él un día entregó el testigo, lleva camino de emular su trayectoria vital.

Querido Eduardo: en nombre de todos los colegiados, de los aquí presentes y de los que, por una u otra causa no han podido venir y con el deseo de que el Señor nos siga regalando durante muchos años con el deleite de tu amistad y tu presencia, un abrazo muy fuerte.

A continuación y a requerimiento del Dr. Rodríguez Sánchez, hijo del homenajeado pronunció unas sentidas palabras, que sentimos no poder reproducir, D. Lorenzo Selas Céspedes, Alcalde de nuestra Capital,

Finalmente, el propio Eduardo se encargó , durante un largo rato, de regocijarnos con la narración de mil y una aventuras y anécdotas, contadas con ese peculiar estilo suyo, sencillo, llano, ameno y desenfadado y hasta un punto descaradillo en algunos momentos, coreadas en muchos pasajes y, sobre todo, al final con grandes risas y aplausos.

DR. EDUARDO RODRIGUEZ AREVALO

Medicina Interna

Sras, Sres, compañeros, amigos todos; mis primeras palabras son para agradeceros, de todo corazón, este homenaje que me brindais con motivo de mi jubilación, agradecer también al Sr. Alcalde de C. Real D. Lorenzo Selas y al Presidente de mi colegio de Médicos Dr. Martínez Conde que, con su presencia dan realce a este acto.

La profesión medica, en la actualidad atraviesa momentos de angustia y desesperación, haciéndola pasar vejaciones que son intolerables. Los médicos jóvenes se quejan y con razón, de la falta de puestos de trabajo, pasando verdaderas dificultades económicas, a pesar de ellas, yó os animo que no os desalenteis y tengais la seguridad de que ya vendrán tiempos mejores.

Quizás penseis, que por los años que empecé a ejercer "ataban los perros con longaniza", y no era así: voy a contaros las fatigas que yo pasé hasta poder vivir de la profesión:

Estudie bachillerato en Ciudad Real, con la mala fortuna que falleció mi padre teniendo yo 15 años. La economía de mi casa se hundió porque la pensión de viudedad de mi madre era de 25 duros al mes. Gracias a mis hermanos que me ayudaron a continuar, logre terminar mis estudios.

Concluidos éstos, surgió el problema de tener que irme a Madrid a estudiar la carrera de Medicina, solucionó el problema mi hermano Bernardo, fogonero de Renfe, que me dijo que no me apurara porque pediría el traslado a Madrid, para poder sufragar los gastos que supondría el hecho de estudiar. Era de una bondad acrisolada, siendo el artifice de mi carrera, por ello quiero ofrecer en su memoria este homenaje que me dan, ya que sin él no hubiese sido posible.

Por fin ingresé en la Facultad de Medicina. En el año 1930 hice las primeras oposiciones, para alumno interno del Hospital de San Carlos, gané una plaza, en los Servicios de Cirugía del Profesor Cardenal, nunca me gustó la Cirugía, fuí con la golilla de un sueldo, que en aquellos tiempos era de 8 duros al mes, una cantidad que parece ridícula, pero que resolvía mis gastos mensuales.

Continué en este Servicio hasta terminar en el año 1934 mi carrera.

Pasados unos días me trasladé a Ciudad Real y empecé el calvario de buscar algún trabajo. Alquilé una habitación en la calle de la Luz, donde puse mi primera clínica, de la que pagaba 4 duros al mes, en la que transcurrió un mes sin ver un solo enfermo, el primero que ví, lo trajeron en una tartana, pasándolo entre dos personas a mi clínica y al sentarlo en una silla observé que habia muerto ¡buen comienzo!.

Me ofrecieron una plaza en la Casa de Socorro de médico "murcielago" (la llamaban así porque sólo se trabajaba de noche), sin sueldo alguno,

sin descanso de ninguna clase y con el horario que abarcaba de 8 de la noche a 8 de la mañana, el trabajo consistía en la asistencia a la beneficencia municipal, que en aquella época era muy numerosa, y atender algún aviso particular por los que se cobraba diez pesetas.

Pasaron dos años y ya en el año 1936, se convocaron en Madrid, oposiciones a Médicos titulares; las hice ganando una plaza de primera categoría en la provincia de Badajoz, lo que ocurrió en el mes de Junio; para la toma de posesión hube de aguardar a que saliera el nombramiento en el BOE, lo que no ocurrió, dado que estalló la Guerra Civil, movilizaron mi quinta y tuve que incorporarme a una brigada en el frente de Granada, en plena Sierra Nevada, estuve dos años en el frente.

Al ascender a capitán, fui trasladado al Hospital Militar base de Almería.

Si bien la guerra me trajo un sinfín de sinsabores, me compensó en gran medida, dado que me permitió conocer a la que, trascurrido el tiempo, se convertiría en mi mujer, la cual con su infinita paciencia para soportar mis grandes defectos humanos y ausencias profesionales, ha sido lo mejor que he tenido en mi vida, por lo que le rindo público homenaje.

Fue allí, en Almería, donde me cogió el final de la guerra, quedamos los médicos detenidos en el mismo Hospital, donde proseguimos asistiendo a todos los enfermos de nuestras respectivas salas, pasados 15 días nos formaron juicio, pidiéndome el fiscal 6 años y un día por auxilio a la rebelión. En la propia vista el mismo fiscal pidió mi absolución y quede libre.

Vuelta a Ciudad Real, proseguí en la Casa de Socorro, pero ya con un sueldo de 150 pesetas mensuales (algo es algo).

Al mes llegó en el B.O.E. mi nombramiento de la plaza de Badajoz, que había ganado con anterioridad a la guerra. Tomé posesión de dicha plaza y a los 15 días solicité la excedencia, para volver a mi Casa de Socorro.

En el año 1940, salen a oposición en Madrid, trescientas plazas para médicos de asistencia pública domiciliaria, nos presentamos a ellas 3.000, obtuve una plaza de primera categoría y elegí Cortes de la Frontera, pueblo situado en la Serranía de Ronda en la provincia de Málaga.

Tras transcurrir unos días pedí la excedencia. Y definitivamente anclé en Ciudad Real, donde ya contaba con una buena clientela.

Más tarde hice oposiciones a Médico de empresa, siendo destinado a Unión Eléctrica.

Habréis visto que no fueron de color de rosa mis primeras cinco años de ejercicio profesional

Resumiendo mi vida:

- he trabajado mucho, muchísimo.
- me he divertido muchísimo más.

— he tenido épocas llenas de alegría, y otras han estado llenas de amargura.

Puedo decir como en la Televisión: “esta es mi vida”.

Como colofon, quisiera pedir tres deseos:

1. Que todos vosotros lleguéis a la jubilación en las mismas condiciones que yo.

2. Que tenga la suerte de haceros yo, vuestro homenaje (porque os jubilaran conforme están las cosas antes de tiempo).

3. Dar un abrazo a todos los presentes, pero como esto es del todo imposible, lo personalizo en el Dr. D. Rafael Cárdenas, que mas que compañero ha sido como un hermano. Nuestras vidas han sido paralelas, como ahora os explicaré:

— hemos sido médicos de la Casa de Socorro.

— hicimos juntos, con otros compañeros, el I.M.C.

— formamos parte durante muchos, años, de la junta del mismo.

— fuimos ambos, tenientes de alcalde en la corporación municipal y presidentes de la comisión de festejos.

— estuvimos también muchos años, en la junta del Colegio de Médicos.

— hicimos con el Dr. Junquera, la clínica Coreysa y formamos parte del Consejo.

— Y esta tarde, en que cierro el libro de mi vida profesional, estamos también juntos.

Nuevamente doy las gracias por este homenaje a toda la comisión organizadora, a todos los presentes y ausentes y amis enfermos que han sido la meta de mi vida.



VALDEPEÑAS RINDE HOMENAJE DE GRATITUD A UN BUEN MEDICO

El día 15 de febrero, en los salones del Hotel Hidalgo, Valdepeñas en pleno, tal era el gentío, tributaba un gran homenaje a su médico de siempre; mejor dicho, a su amigo de toda la vida.

El Dr. Juan Moreno Núñez, tras muchos años de trabajo sacrificado y eficaz, se ha jubilado en su actividad profesional. No, sin embargo, en el afecto y en la estima de sus compañeros y sus convecinos de Valdepeñas, que acudieron en bloque a la cena con que sus amigos le decían adiós. Un acto muy emotivo, como todos los de esta naturaleza, y muy bonito. De los que desmienten radicalmente tanta insidia como se vierte sobre nosotros.

Después de una animada cena, hizo uso de la palabra, en primer término, el Dr. Medina Madrid, organizador del acto, que, en sentidas palabras, glorzó el "currículum" profesional y humano del Dr. Moreno. Su paso por distintos pueblos de la provincia y su recalado final y arraigo definitivo en Valdepeñas, su dedicación a los enfermos, su trato humanitario y afectuoso, su gran sentido de la amistad y el compañerismo, fueron brillantemente explicados. Destacó después igualmente, "tanto monta, monta tanto"; dijo, la meritoria labor de su esposa, Juanita, que con él forma una pareja que acapara el cariño de Valdepeñas.

Habló después el Dr. García García, que, en emotivas y entrecortadas palabras, echó de menos la presencia de Juan Moreno en el consultorio y en la calle, y, sobre todo, entre los amigos.

Siguió el Dr. Huertas, Director de la Residencia, que hizo recordar al Dr. Moreno sus años de juventud en las aulas de la Facultad sevillana de Medicina.

El Dr. Martínez-Conde, Presidente del Colegio de Médicos, en muy breves palabras, resaltó la grande y grata impresión que le había producido contemplar la multitud de amigos que se habían reunido para rendir homenaje de despedida a su buen médico, que para él constituía la mejor demostración de la gran ejecutoria humana y profesional de Juan Moreno y también de su esposa, copartícipe del homenaje y de los méritos, y de la gran calidad humana de la gente valdepeñera, y felicitó a todos por igual.

El Alcalde glosó a continuación algunos aspectos de la vida del Dr. Moreno y, finalmente, el propio homenajeado leyó el siguiente discurso:

Sras. y Sres., amigos todos:

Acabamos de oír las palabras de Antonio Medina, Santos Martínez-Conde, Presidente del Colegio de Médicos, Esteban López Vega, Alcalde de nuestra ciudad, Huertas Camacho, y José García García, por orden de actuación, portavoces de todos vosotros, amigos como así os conceptuó, pues reflejan estas palabras la amistad y afecto que en algunos hace más de 25 años nos unen, como a todos vosotros, y como hemos oído supervaloran algunas cualidades mías, que son al igual que las de toda persona, y solo ponderadas por los lazos de hermandad, ya que soy y me tengo por un profesional más, como muchos otros y de los que aquí nos encontramos y con distintas profesiones, al que si quiero agregar, como es lo habitual en todo profesional —la responsabilidad y sentido humanitario— ya que supieron inculcarme en la Facultad de Sevilla los profesores además de sus magistrales lecciones, por lo que siempre los pocos alumnos que eramos, unos 25 por desgracia de la guerra, le guardamos a dichos maestros un grato recuerdo, admiración y agradecimiento.

Son muchas las flores que me habeis echado y como nobleza obliga, también hay su respuesta para Valdepeñas.

Cuanto me es de halagador esta prueba de amistad que me ofreceis, con este acto u homenaje hacia mi persona, al llegar a cierta etapa de la vida profesional, o sea una jubilación, que podemos decir "forzosa", que parece indicar un límite en la profesión, que con ello me participan que hemos cumplido más de 40 años en el ejercicio, y yo diría que no es un límite en la vida profesional, si no una fase o estadio de la misma, llamémosle "oficial o administrativa", que no hay más remedio que aceptarla, aunque crea uno que sus condiciones físicas y psíquicas no han sufrido ninguna alteración o merma en el rendimiento profesional.

Son muchos años de residencia en esta ciudad, más de 35 en la provincia, de comienzo 3 en Torrenueva, pueblo al que guardo gran afecto, así como también a los de la comarca y 32 años aquí, y desde Torrenueva puedo decir que me captó Valdepeñas ¿por qué?. Es muy posible que mi primer contacto en Valdepeñas fuese con mis compañeros, ya que al verlos con un quehacer cotidiano profesional, unos en Especialidades y otros en Medicina General, me ofrecieron su entrega total en la labor profesional, al compañero y al amigo, que me ayudaron en mi formación, por lo que en este momento quiero aprovecharlo en dedicar un recuerdo a ellos, mayores que yo, unos fallecidos y otros jubilados, así como los actuales y presentes la mayoría, por su colaboración, expresando todos mi agradecimiento.

Sobre Valdepeñas yo no puedo encontrar la palabra que deseo y Valdepeñas se merece, para loar lo que es, me faltan ingredientes para exponer en sus merecimientos los que es Valdepeñas, términos apologeticos que expresen lo que de primer momento me llamó la atención de esta ciudad, que es su laboriosidad constante, la raigambre castellano-manchega, y lo que si

podemos decir su cultura, que tiene una raíz ascentral y profunda, con antecedentes de grandes hombres de las Letras y de las Bellas Artes, que la expusieron ya fuera y dentro de España, como Bernardo de Balbuena, del que yo a mis doce o trece años ya empezó a conocer sus trabajos literarios, como en el "Bernardo", con la gesta de Roncesvalles, la "Grandeza Mejicana", "El signo de oro", etc., sabiendo que era natural de Valdepeñas y no conocía aún por mi edad, de estudiante de bachiller en Córdoba que era una población y su comarca eminentemente vinícola. Mencionaré también a Juan Alcaide, gran poeta y orgullo de esta ciudad, y no digamos en la Pintura, Mendoza, y en la actualidad Gregorio Prieto y algunos más por no enumerar tantos, y más aún existen un sin número de jóvenes en la Pintura y otros en su iniciación a la Poesía, a los cuales admiro, con libros de poemas publicados que de vez en cuando se observa en las librerías de esta ciudad. Valdepeñas con su Centro Cultural, muy ambiguo en todo los ordenes de la formación cultural, como de la pintura y escultura, con la constante celebración de exposiciones.

Así que, al empezar a conocer a Valdepeñas me dí cuenta que era una ciudad a la que se viene a aprender, tanto en la faceta de la cultura como de la formación profesional, en la que siempre hasta hace poco tiempo hemos tenido los médicos y desde hace muchos años conferencias por distintos profesores y especialistas de las Facultades de España, con los coloquios muy interesantes como final de acto, con su discurrir sobre los distintos problemas y enfermedades.

A todos nos abre los brazos y ante ello, hacer una apología de esta ciudad es difícil para mí, ya que se precisa un arte o mente más esclarecida que plasme en realidad lo que es Valdepeñas. Puede tener sus cosillas, que no nos parezcan agradables, pero hay que tener en cuenta que son más bien inquietudes o avisos de cualquier problema, no bien encaminados o encauzados. Yo me creí o figuré que una de las costumbres que más me sorprendió en ésta, como a cualquiera no oriundo de esta ciudad, en la reunión en los cercados o bodegas, que lo enjuiciabamos que todo era libar o juerguearse, pero no, se fue observando y sigue actualmente la costumbre, que la mayor parte de las veces se trata de una reunión cultural y por ser un lugar acogedor, que podemos decir, que es la esencia y vida de Valdepeñas.

Este es el Valdepeñas que empecé a conocer y sigo conociendo, por lo que estoy muy satisfecho y me congratulo de ello.

Creo que es conveniente aprovechar este acto para tocar algo a la Sanidad actual, que como vamos observando en el transcurso del tiempo va sufriendo una serie de perturbaciones, llegando a un estado que nos va desequilibrando mucho y a una gran mayoría de sanitarios y las soluciones que pretenden darle o tratar de encauzar el problema va más en su perjuicio que en su beneficio, pues vemos la reducción de plantillas, en varios centros e incluso vacantes que no se cubren ni por interinos y no entremos en otros problemas, como incompatibilidades, etc.. Se pierde la base de la misma que

es el contacto médico-enfermo o viceversa. O sea, nos causa cierta nostalgia, por no decir pena.

Por lo tanto, ya que todos conocemos las circunstancias que atraviesa la Sanidad, debemos estar dispuestos a evitar que llegue un momento en que la situación sea grave y desemboque en un estado crítico, por lo que tenemos que aunar esfuerzos todos los sanitarios, para impedirlo, ya que observamos la vejación que se está haciendo de la misma, ante la cual se va cerniendo una grave amenaza, es una falacia o engaño, dependiendo todo de poderes o fuerzas extra-sanitarias auténticas, que son las que urden y deciden de forma arbitraria el descontento que tenemos y haciendo desaparecer su esencia y por tanto matando las ilusiones de una profesión humanitaria, así como en perjuicio del profesional y más sobre los jóvenes sanitarios, y recayendo como siempre ocurre, sobre el elemento base, que es el enfermo. Se llega a perder el estímulo y se abre un camino para ser un funcionario o burócrata. Y aunque esto parece a simple vista por las circunstancias de mi jubilación, que no me afecta, o no me va a afectar por hoy, pero en consecuencia si me atañe, pues siempre he manifestado una gran confraternidad con mis compañeros y he procurado en todas las circunstancias identificarme como un personal de la Medicina.

Volviendo a Valdepeñas, puedo decir que estoy muy agradecido al mismo, en muchos aspectos, trato de relación con sus habitantes, respeto mutuo y amistad así como también en el ejercicio profesional y deseo hacer constar mi agradecimiento a mis superiores sanitarios provinciales, por la ayuda, apoyo, colaboración que me han prestado en todos los problemas que en tantos años me han surgido, así como también no puedo dejar pasar por alto la colaboración con eficacia y celo de la Autoridad Municipal y Fuerzas del Orden, que nos han prestado en la Casa de Socorro y siguen prestando, ya que por hoy, no todo es enfermedad de urgencia, como cólicos, traumatismos por accidente, etc., sino la nueva epidemia en la juventud que tantos problemas conflictivos crean, y por que no decirlo, pues a veces han llegado a situaciones a tener que intervenir personalmente el Sr. Alcalde, por los antedichos problemas, que se salen del ámbito profesional. A todos mi agradecimiento.

Quiero terminar y despedirme, y como agradecer la atención que en tantos años ha tenido Valdepeñas para con mi familia y conmigo, por lo que nunca podría encontrar las palabras que merezcan mi gratitud en su cuantía y de forma adecuada, y ante ello creo, que es mejor hacerlo de una forma más expresiva, que es con un abrazo para todos.

NACE UNA NUEVA ASOCIACION

De todos es conocido que gracias a los avances médicos y nuevas tecnologías, la lucha contra el cáncer, va ganando terreno cada día más y más con resultados altamente positivos, pero de toda esta patología oncológica, me voy a referir fundamentalmente al cáncer de laringe, que conozco perfectamente por ser otorrinolaringólogo y además lo he pasado como enfermo, al ser presa de este mal, y sufrir una laringectomía total, hace ocho años, y habiendo conseguido una aceptable recuperación funcional con voz faringo-esofágica, que me ha permitido el ejercicio profesional, hasta hace unos meses, que por otras razones decidí jubilarme a todos los efectos.

He vivido durante mis últimos quince años de ejercicio profesional, como Jefe de Sección de O.R.L. de la Residencia de la S.S. de esta localidad; he seguido todos los casos que han sido operados en este Centro, desde el principio hasta el fin por lo que conozco no solamente los problemas médicos, sino otros tan importantes como los primeros, y que afectan de un modo directo a los que siguen después de haber sufrido el trauma de la mutilación de la voz, que como digo al haberlos vivido, ha sido fácil, comprender después la situación de estos enfermos y poderle prestar la asistencia debida.

La primera consecuencia que se plantea de una laringectomía, es la mutilación de la voz, persona que ha dejado de hablar, de poderse comunicar con su entorno familiar y medio ambiente, cosa muy dura y a veces difícil de superar, ya que sumado a las circunstancias dichas, se une el cese de momento de su actividad profesional.

Por todo esto, contando con la valiosa colaboración de laringectomizados, hechos en nuestro Servicio, nos reunimos para tratar de este problema y llegamos a la conclusión que era preciso hacer algo para poder afrontar de estas situaciones cosa que acometimos y con la valiosa colaboración, ayuda y estímulo del Jefe del Servicio de O.R.L. Dr. García Linares, del presidente de la Asamblea Provincial de la Cruz Roja de esta capital, Sr. Ochoa Sánchez-Pastor, y de otras personas, se llegó tras gestiones laboriosas felizmente superadas por las facilidades encontradas a la Constitución de la ASOCIACION CASTELLANO-MANCHEGA DE LIMITADOS DE LA VOZ debidamente autorizada por el Ministerio del Interior, y con capacidad de actuación sobre la Autonomía de Castilla-La Mancha, domiciliada en esta Capital y regida por una Junta Rectora provisional, hasta la celebración de una Asamblea General y proceder a la formación de una Junta definitiva, en tanto esto llega, por cariño de los fundadores y no por mérito alguno, fui designado presidente de esta Junta Rectora.

El primer objetivo que nos hemos planteado, es conseguir la mayor recuperación posible de todos los laringectomizados y poder crear Centro de Rehabilitación distribuidos de manera de poder cubrir los sectores más amplios, lo principal como digo es poder dar al laringectomizado un nuevo

sistema de habla que le permita comunicarse con los demás, ya que el resto viene por añadidura.

Lo primero que estamos haciendo es la confección de un censo de operados, cosa fundamental para todo lo demás, por ello hemos tenido entrevistas con los Jefes de Servicio de O.R.L. de las provincias que forman nuestra comunidad, y estamos ya recibiendo información, por nuestra parte disponemos del censo de los operados en este Hospital de la S.S., pero como no todo los operados lo han sido en nuestro Servicio, es por lo que hoy al informaros de la Constitución de la Asociación, no tengo mas remedio que solicitar vuestra colaboración, cosa creo sencilla y poco molesta.

Cada uno de vosotros de vuestra residencia podeis hacernos un pequeño censo de laringectomizados del pueblo donde ejercéis, con nombre apellido y dirección, de estos operados para si aún no lo están, solicitar su inscripción de la Asociación que por supuesto es por completo gratuita, cosa que haríamos nosotros con los datos que nos envieis, lo que podeis hacerlo a mi nombre al Colegio de Médicos, pues con estos como digo desde aquí, por carta nos pondríamos en contacto con ellos.

Creo es poco lo que os pido, pensando en lo mucho que podeis hacer en favor de quien un día por salvar la vida, le costo perder su voz.

En la confianza de que contare con vuestra colaboración, os envio mi agradecimiento con un fuerte abrazo.

RAFAEL CARDENAS BALLESTER
*Pte. Asociación Castellano Manchega de
Limitados de la Voz.*

DISPOSICIONES OFICIALES

Por Real Decreto núm. 2.655 de 1986 de 27 de diciembre, aparecido en el Boletín Oficial del Estado núm. 25, de 29 de enero de 1986, se modifica el artículo 205.3 del Reglamento de los Servicios de Correos.

La modificación en cuestión tiene una gran importancia práctica para los médicos en general, puesto que les garantiza la posibilidad de entregar escritos y documentos en la propia localidad de su residencia, evitándole así molestos y costosos desplazamientos a las distintas oficinas administrativas.

El empleado de Correos deberá sellar y fechar tanto el original que se presente, como la copia y documentos que se acompañen y, si así lo solicita el depositante, incluso consignará la hora y minuto del depósito en la Oficina de Correos.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

6.215 *ORDEN de 1 de marzo de 1986 por la que se fija la cuantía del anticipo sobre el incremento de retribuciones a percibir, durante el presente año, por el personal sanitario y no sanitario dependiente del Instituto Nacional de la Salud.*

Ilustrísimos señores:

Las retribuciones del personal sanitario y no sanitario dependiente del Instituto Nacional de la Salud requieren que en la fijación de las mismas se tenga en cuenta no sólo la pertenencia a un Cuerpo, Escala o Clase, sino también las funciones desarrolladas en las distintas categorías y la responsabilidad que lleva consigo el desempeño de los distintos puestos de trabajo, mediante el establecimiento de criterios necesarios para su consecución.

Con objeto de poder profundizar en la elaboración de tales criterios sin que la demora en la fijación de las retribuciones suponga un perjuicio en el poder adquisitivo de las personas que integran dichos colectivos, se fija un anticipo a cuenta en las retribuciones de este personal.

En su virtud, a propuesta del Instituto Nacional de la Salud, este Ministerio ha tenido a bien disponer.

ARTICULO 1.º a. En tanto se determinan con carácter definitivo las retribuciones correspondientes a 1986, al personal sanitario o no sanitario dependiente del Instituto Nacional de la Salud se le abonará mensualmente en nómina un anticipo a cuenta del incremento que experimenten sus retribuciones, en la cuantía que se fija en los artículos siguientes.

2. Dicho anticipo figurará expresamente en la nómina en que se justifica la liquidación de haberes, bajo el concepto de "anticipo a cuenta del incremento de retribuciones".

3. El referido anticipo estará sometido solamente al descuento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

4. Una vez fijadas las retribuciones definitivas, se procederá a la regularización de las cantidades percibidas desde 1 de enero de 1986, así como de los descuentos efectuados en concepto de cotización a la Seguridad Social e IRPF.

ARTICULO 2.º 1. Al personal que percibe sus retribuciones a través del Servicio de Determinación de Honorarios se le fijará una cuantía de anticipo a cuenta consistente en el 7 por 100 sobre los conceptos retributivos que a continuación se especifican:

- Cantidad fija mensual.
 - Sueldo fijo del Servicio de Urgencia y Especial de Urgencia.
 - Medicina General y Practicantes (Claves 23, 24, 33, 34, 93 y 94).
 - Complemento de destino a los mismos.
 - Retribución mensual complementaria.
 - Complemento de destino, 17,23 por 100.
 - Complemento al mínimo.
 - Integro cuenta ajena.
 - No se realizará ningún cálculo sobre los ficheros de suplencias.
2. Personal médico Jerarquizado:
- Sueldo base.
 - Complemento de destino.
 - Docencia.
 - Retribución mensual complementaria.

ARTICULO 3.º Al personal comprendido en los títulos III, IV, V y VI de la Orden de 2 de agosto de 1985 por la que se fija la cuantía de las retribuciones para el personal dependiente del Instituto Nacional de la Salud, se la abonará mensualmente en nomina, como anticipo a cuenta de la subida que experimenten sus retribuciones, un incremento del 7 por 100 en todos los conceptos retributivos de carácter periódico que componen su remuneración, a excepción de complementos personales, complemento de especialización del personal comprendido en el título IV de la citada Orden de 2 de agosto de 1985, indemnización por residencia y de la cuantía que tuviere reconocida como premios de antigüedad. El mismo tratamiento tendrá el personal que presta servicios en el Centro de la Seguridad Social para Accidentados de Trabajo de Mejorada del Campo.

ARTICULO 4.º Las retribuciones que viniera percibiendo el personal comprendido en los capítulos I, II y III del título VII de la Orden de 2 de agosto de 1985, no experimentarán incremento alguno en concepto de anticipo.

ARTICULO 5.º Al personal contratado por el Instituto Nacional de la Salud u Organo competente de las Entidades gestoras, de carácter eventual, interino o fijo, le será de aplicación el presente "anticipo a cuenta" en los mismos términos que los establecidos para el personal de plantilla.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.— La presente Orden tendrá efectos económicos desde 1 de marzo de 1986.

Segunda.— Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo establecido en la presente Orden, que entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el "Boletín Oficial del Estado".

Lo que se comunica a VV. II. para su conocimiento y efectos.

Madrid, 1 de Marzo de 1986.

LLUCH MARTIN

Ilmos Sres. Subsecretario. Director general de Planificación Sanitaria y Director general del Instituto Nacional de la Salud.

INFORME DEL VOCAL DE JUBILADOS

Informe—resumen de la Asamblea de Representantes Provinciales de Médicos Jubilados celebrada en San Juan (Alicante) el día 27 de Febrero de 1986.

— Preside el Presidente de Previsión Sanitaria Nacional como Vicepresidente del Consejo General de Colegios Médicos.

— Informe del representante nacional, Vicente Mateo, que cumple su mandato al haber transcurrido cuatro años de su elección y no se presenta a la reelección del próximo mes de abril, que hace un resumen de su gestión.

— Amplía este informe el Secretario Dr. Mingo, del que conviene destacar lo siguiente:

- a) Creación de la Asociación de jubilados de Colegios Profesionales, como instrumento de defensa de los intereses de los mismos, cosa no posible por las vías corporativa y jurídica, al carecer de entidad jurídica.
- b) Hacer saber la gratuidad de la renovación del carnet de conducir a partir de los 70 años.
- c) Recordar a los mutualistas de MUFACE el derecho a percibir una gratificación de 110.000 ptas en concepto de viudedad y entierro, a solicitar en la Delegación Provincial correspondiente.
- d) Conveniencia de que los representantes provinciales se rodeen de un grupo asesor, formado por compañeros activos que se interesen directamente por los problemas del jubilado.
- e) Hacer la declaración de concurrencia de pensiones cuando sea solicitada, pero no incluir otros ingresos o bienes; como es sabido la suma de pensiones no puede rebasar la cifra de 187.950 ptas y que les puede ser reclamada cantidades que se hallan cobrado superando esta cantidad, pero que la devolución solo puede afectar a lo percibido después de Enero de 1984.
- f) Recordar la concesión por el Patronato de Protección Social de un complemento a las pensiones inferiores a 50.000 ptas; parece que en este caso solo se encuentran 88 compañeros.
- g) Dejar constancia de que Previsión Sanitaria no puede abonar pagas extraordinarias, por ahora, al no permitirlo los estatutos vigentes, y en cuanto a las gratificaciones para los titulares jubiladas procedentes del Fondo de Habilitación fueron interrumpidos porque algunos Colegios dejaron de enviar el 0,5% del que se nutria dicho fondo.

h) Aclarar que los fondos de pensiones en gestación no afectan a los jubilados, pero si lo hace la retirada de los certificados médicos de conducir y uso de armas ya que al dañar fuertemente la economía de los Colegios hace disminuir y hasta desaparecer subsidios especiales establecidos que beneficiaban a jubilados y viudas. Esta disposición está recurrida, pero no solo parece que hay pocas esperanzas de ganarlo, sino que en algunas autonomías ya se ha suspendido la obligatoriedad de certificados médicos para circunstancias como ingreso en colegios, matrículas, exámenes, etc.

Por la tarde, en sesión oficiosa, algunos de los aspirantes a candidato para la representación nacional expusieron su programa electoral ante las elecciones de Abril.

¡ OPINION !

“Que un ministro a pecho descubierto, con valor inusitado y sin recurrir a influencias de tipo alguno sea capaz de afrontar una prueba de esta índole (el concurso-oposición de Lluch a la cátedra de H.^a de la Economía), rebasa todo lo que pudiera pensarse y es digno de loa y aplauso al que sinceramente me uno.”

Profesor Hidalgo Huertas e ABC

CC. OO. CREE QUE EXISTEN ACTITUDES CORPORATIVISTAS EN LAS REIVINDICACIONES DE LOS MEDICOS EN PARO

Los representantes sindicales de Comisiones Obreras en la Comisión Ejecutiva del INSALUD rechazan la actitud "corporativista" de los médicos en paro, "poco solidaria con el resto de los trabajadores". En un comunicado ponen en tela de juicio la representatividad de los portavoces de los médicos y reafirman la vía sindical como el camino más apropiado para plantear reivindicaciones.

Sobre la actuación de los representantes sindicales de CC.OO en la Ejecutiva del INSALUD, hacen las siguientes aclaraciones:

1.º — No es cierto que los representantes sindicales no hayamos estado dispuestos a escuchar las reivindicaciones de los médicos en paro, a lo que no estamos dispuestos es a aceptarles sin discusión, ¡Señores eso no es una negociación, es una imposición!.

2.º — Desconocemos la representatividad de los llamados portavoces de los médicos en paro que ha sido denunciada por algunos de sus compañeros como no representativos.

3.º — Nos parece una postura corporativista y poco solidaria con el resto de los trabajadores el separar, una vez más, y pedir condiciones especiales para los médicos dentro del colectivo sanitario.

4.º — Los médicos como cualquier otro colectivo pueden y deben estar representados a través de las distintas opciones sindicales, como contempla la legislación vigente.

5.º — No entramos a discutir puntualmente las reivindicaciones de los médicos en la prensa, pero si estamos abiertos y les ofrecemos la posibilidad de discutirlos en una asamblea pública en la que realmente se encuentre representada la mayoría de los médicos parados de nuestra provincia".

TRABAJOS CIENTIFICOS DE NUESTROS COLEGIADOS

"Recordando el bocio endémico"

GONZALO PANCORBO, AMPARO MONTALBAN Y FRANCISCO JAVIER NAVARRO. Ambulatorio de la Seguridad Social de Alcázar de San Juan.

Más de setenta años han pasado ya desde que David Marine, uno de los precursores de la profilaxis colectiva del bocio endémico, declarase que "el bocio simple es la más fácil de prevenir de todas las enfermedades conocidas... Podrá excluirse de la lista de enfermedades humanas tan pronto como la sociedad se decida a hacer el esfuerzo necesario". Y sin embargo la sociedad aún no se ha decidido; las dificultades burocráticas, técnicas y administrativas han desanimado a numerosas autoridades sanitarias de muchos países, que no han valorado debidamente el problema social que representa la existencia de zonas con endemia bociosa, ni la utilidad de las medidas profilácticas.

El bocio sigue siendo una enfermedad social. Kelly calcula que el número de bociosos en el mundo no es inferior a los 200.000.000, repartidos por todo el globo, si bien existen zonas algo más libres de él, tales como Australia, que se contraponen con otras en las que el bocio adquiere carácter de endemia, especialmente localizadas en cordilleras y en zonas cuyo suelo tiene escaso contenido en yodo.

Debemos recordar que la endemia bociosa plantea un grave problema de Salud Pública, por su relación con el cretinismo, la sordomudez y el retraso mental.

El deseo de todos sería ver cumplida la predicción de Marine en el menor plazo de tiempo posible, y que en lugar de escribir sobre lo que es el bocio endémico, se haga sobre lo que fue aquel grave problema que afectaba a tanta gente y que costaba más mantener que erradicar.

CONCEPTOS GENERALES SOBRE EL BOCIO (1 a 9)

Entendemos por BOCIO todo aumento de tamaño de la glándula tiroides cuándo este aumento no es debido a una tiroiditis ni a un tumor tiroideo.

De las muchas clasificaciones de bocios que existen nos parece la más interesante la epidemiológica, que los divide en:

BOCIO ENDEMICO: regional, que es el que aparece en por lo menos el 10 por ciento de las personas que viven en una región, o en el 20 por ciento de los preadolescentes.

BOCIO ESPORADICO: no regional, que aparece de forma aislada fuera de una región con endemia bociosa.

Haciendo un repaso a "vuelapluma" recordaremos que se acepta generalmente que el bocio aparece como un mecanismo de adaptación ante una escasez de hormonas tiroideas. Ante dicha escasez se pone en marcha en primer lugar el mecanismo de autorregulación tiroidea, capaz de aumentar un 10 por ciento la función tiroidea. Aumenta así especialmente la T3 y algo también la T4, lo cual es suficiente en ocasiones, pero sí a pesar de todo persiste la escasez de hormonas tiroideas, por un mecanismo de "feed back" se produce un aumento de la TSH en un intento de estimular más la producción de T3 y T4 por el tiroides. Como la TSH además de estimular la síntesis y liberación de hormonas tiroideas estimula el crecimiento del tiroides, lógicamente aparecerá el bocio. Pero es que además sabemos que iguales cantidades de TSH sólo produce bocio en aquellos tiroides, que están deficitarios en yodo, no haciéndolo en aquellos que tienen yodo suficiente.

Así las cosas, en la etiología del bocio endémico encontramos:

Carencia de yodo en la alimentación

El tiroides necesita diariamente unos 150 mcg. de yodo para fabricar las hormonas tiroideas. Si el agua, el aire o los alimentos que se ingieren no aportan esa cantidad mínima necesaria aparecerá el bocio. Desde que se formuló la teoría de la carencia yódica como causa del bocio endémico se ha comprobado la carencia en yodo de las tierras en las zonas de endemia. Los especialistas en geoquímica del yodo afirman que los terrenos en los que suele aparecer el bocio son aquellos que sufren lluvias muy intensas, inundaciones o glaciaciones, perdiendo así la mayor parte del yodo telúrico que arrastrado por las aguas ha pasado a capas más profundas o ha sido arrastrado al mar. Los vegetales que crecen en estas zonas, así como los animales que se alimentan de ellos serán también deficitarios en yodo, por lo que lo aportarán en escasa cantidad al hombre que los ingiera. Recordaremos que el principal aporte de yodo proviene de los alimentos, puesto que el agua de bebida contiene sólo de 1 a 50 mcg/l. (No obstante el contenido en yodo de las aguas de bebida es un buen índice para conocer el contenido en yodo de la tierra. Así, los pueblos cuyas aguas contienen menos de 10 mcg. de yodo por litro tienen un alto porcentaje de bocio, que alcanza el 30 por ciento si el contenido en yodo del agua es inferior a 5 mcg/l.)

Otro buen índice de la carencia yódica es la determinación de la eliminación urinaria de yodo que normalmente es de unos 150 mcg/día y que en las zonas de endemia bociosa baja a 40-50 mcg/día.

Otras causas

Entre ellas, y para no extendernos, sólo las enumeraremos; las excesivas pérdidas por aumento del aclaramiento renal del yodo, los defectos enzimáticos en la hormonogénesis, el aumento de necesidades de T3 y T4 (pubertad femenina, gestaciones, etc.) o la ingesta excesiva de vegetales del género "brassicá", tales como las coles, nabos, grelos, rábanos, o de leche de

vaca alimentados con ellos, que son sustancias bociógenas por ser muy ricas en goitrina, que inhibe la organificación del yodo.

También otras sustancias alimenticias y medicamentosas pueden producir bocio (harinas de soja, salvado o celulosa, aceites de nueces, soja, cacahuetes, algodón o girasol, el cobalto, el litio, el calcio, los antitiroideos, el PAS, las sulfas, etc.), especialmente si se combinan con ciertos factores sociales tales como el aislamiento geográfico y el subdesarrollo, la escasa ingesta proteica (que dificulta la formación de tiroglobulina) habiéndose demostrado que con mejorar los niveles de vida en las zonas de endemia bociosa disminuyen notablemente los casos de bocio.

Citaremos por contra, aunque es una rareza en nuestro país, que la excesiva ingestión de yodo también puede producir bocio, ya que un exceso de yodo inhibe su organificación. Es el llamado "bocio de las costas" por alimentación exclusiva de algas y pescados marinos.

II.— IMPORTANCIA SANITARIA DEL BOCIO ENDEMICO. 10, 11.

Los problemas médicos que el bocio endémico plantea son numerosos: quizá el fundamental sea la aparición de casos de hipotiroidismo infantil, de enorme transcendencia clínica puesto que para la maduración del S. Nervioso Central es necesaria la presencia de cantidades adecuadas de hormonas tiroideas en los primeros meses de vida extrauterina, sin las cuales se producirá un retraso mental profundo e irrecuperable. Además los transtornos locales de tipo comprensivo que origina el bocio, así como la posibilidad de que sobre él asienten carcinomas tiroideos o hiper e hipofunciones.

En varios países con bocio endémico se ha señalado la presencia de cretinismo endémico, afortunadamente no así en España. El término cretino se utiliza para designar a los enanos hipotiroideos, con o sin bocio, y con profunda oligofrenia, que suelen llevar asociadas otras alteraciones neurológicas entre las que destaca por su frecuencia la sordera. Aunque se discute si se debe utilizar este término sólo para los casos endémicos o también para los adquiridos nosotros preferimos usarlo en todos los casos, añadiendo después según corresponda el calificativo de endémico o esporádico.

El origen del término "cretino" no está claro. Para unos deriva de la palabra francesa "chrétien" (cristiano) con la que los paganos antiguos suizos designaban tanto a los hipotiroideos como a los cristianos para ofender a estos últimos comparándolos con aquellos o quizá querían indicar que ni unos ni otros podían "pecar". Para otros deriva del latín "creta" aludiendo a la coloración gris pálida de estos enfermos, que recuerda a la tiza.

De cualquier modo, lo que si es seguro es que la profilaxis yódica hace desaparecer todos los tipos de cretinismo endémico, especialmente si el aporte yódico tiene lugar antes de la concepción, ya que si se inicia cuando la madre estaba embarazada su efecto no es tan seguro.

Pero aparte de estos problemas puramente médicos la importancia económica del bocio endémico es tan grande que se puede asegurar que es mucho más caro mantener el bocio en el mundo que erradicarlo.

El dinero invertido en pruebas tiroideas, gammagrafías, ecografías, tratamientos médicos o quirúrgicos, las horas perdidas de trabajo, etc. supera con mucho el que sería necesario para llevar a cabo una efectiva campaña profiláctica, lo cual de por sí justifica el que ésta se lleve a cabo.

III.— PREVALENCIA Y DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DEL BOCIO ENDEMICO (12,13,14,15).

Probablemente el número de enfermos de bocio en el mundo no será inferior a los 200.000.000, con una distribución en los últimos 100 años muy similar, si bien la intensidad del proceso ha disminuido notablemente en ciertos países, especialmente en los que han podido mejorar su nivel de vida, han enfocado correctamente los problemas de salud pública y es obligatoria la profilaxis con yodo. Así en Estados Unidos y Nueva Zelanda el empleo profiláctico de la sal yodada ha permitido eliminar prácticamente la endemia en los últimos 50 años. En Europa la prevalencia del bocio endémico ha disminuído en numerosas zonas gracias a la introducción de programas de yodación persistiendo el problema, según artículos recientes, en los países en los que no es obligatoria (República Federal de Alemania, República Democrática Alemana, Grecia, Italia, Portugal, Rumanía, Turquía y España).

Centrándonos en España, desgraciadamente tenemos que afirmar que el bocio endémico existe en casi todas las zonas montañosas; los trabajos más importantes en este sentido quizás sigan siendo los de Ortiz de Landázuri y los del Pr. Rey Calero a los que remitimos a los interesados. En el Norte existe una faja bociosa que se extiende desde Cataluña a Galicia, pasando por los Pirineos, la Cordillera Cantábrica y Asturias. En ella son especialmente importantes los casos del Noroeste de Gerona en las comarcas de Ribas de Freser y Camprodón. En Barcelona la región del Montseny, el Valle de Llusanés y la comarca situada al Norte de Berga. En Lérida el Valle de Arán. En Huesca los Valles septentrionales del Río Cinca y sus afluentes. La endemia se propaga por las provincias de Navarra, Vizcaya, Santander, Asturias, León y los Valles Gallegos, donde ya es algo menor. Es especialmente frecuente en las fuentes de los ríos Tormes y Alberche, así como en el Valle del Tietar. Al Oeste de esta zona encontramos una de las principales regiones de bocio endémico del Mundo: la región de Las Hurdes, sector de la Sierra de Gata que comprende el extremo Norte de la provincia de Cáceres. También lo encontramos hacia la zona oriental en la provincia de Castellón de la Plana, montañas del Alto Maestrazgo y gran parte de la provincia de Valencia. En el Sur lo encontramos especialmente en la región de las Alpujarras en Granada, así como en la comarca de Constantina en la parte Norte de Sevilla, entre el Guadalquivir y Sierra Morena, al igual que en la Serranía de Ronda (límite occidental de Málaga) y en la Sierra de Algodonales entre las provincias de Sevilla y Cádiz. Las Canarias tampoco están libres del bocio endémico.

No disponemos de datos más recientes y por ello nos referiremos a una encuesta de la Dirección General de Sanidad en colaboración con el Instituto Nacional de Nutrición, realizada en los años 1968-1969 en 21 provincias (Alava, Albacete, Almería, Ávila, Castellón, Córdoba, Cuenca, Guipúzcoa, Guadalajara, Huelva, Huesca, Jaén, Lérida, Logroño, Málaga, Madrid, Salamanca, Santander, Soria, Segovia y Vizcaya) examinando en total 226.915 personas, (125.556 mujeres y 101.359 varones), con 581 pueblos estudiados, concluyó que el bocio endémico es más frecuente en mujeres (18.7°/o) que en varones (6.6°/o), con una incidencia total del 13.4°/o con una desviación standard pequeña ($\pm 4.3^\circ$ /o), con una incidencia máxima en Málaga (23.6°/o) y mínima en Cuenca (6.8°/o).

En ella se pudo comprobar que existe una correlación inversa muy significativa entre los niveles de yodo en agua (en mcg/l) y el porcentaje de bocio en el total de la población (tomando como normales 10 mcg de yodo por litro de agua y un 10°/o de bocio).

De 365 pueblos estudiados en este sentido, 318 (86°/o) presentaban aguas con menos de 10 mcg/l; sólo 47 (14°/o) la tenían con más de 10 mcg de yodo/litro. De estos 47 el 90°/o (42) tenían incidencia de bocio endémico menor que el 10°/o. Existían 32 pueblos cuya concentración de yodo en agua era inferior a 5 mcg/l. Pues bien, en 30 de ellos (94°/o) la incidencia de bocio era mayor del 30°/o.

Insistimos en que el bajo contenido en yodo de las aguas españolas es importante, más que por sí mismo, porque indica la pobreza en yodo de los terrenos y de los vegetales y animales que en ellos se crían.

IV.— PROFILAXIS DEL BOCIO ENDEMICO (16,17,18,19,20,21)

Los primeros trabajos de los que tenemos noticias en este sentido datan ya de principios del siglo XIX. Al parecer, Boussingault informó del efecto terapéutico de la sal obtenida en una mina abandonada de Guaca, en el departamento de Antioquía, analizó esta sal en 1825 y encontró que contenía gran cantidad de yodo; en 1833 sugirió por vez primera la adición de yodo a la sal como medio de prevención del bocio.

El primer experimento conocido de profilaxis del bocio fue el realizado en Francia, en los departamentos del Bajo Rin, Sena Inferior y Alta Saboya. Las familias bociosas recibieron sal enriquecida con 0.1 a 0.5 grs. de yoduro potásico por kilogramo de sal. Los escolares con bocio tomaron diariamente 0.01 grs. de yoduro potásico en tabletas o en solución, y en los dormitorios se colocaron frascos destapados que contenían yodo metálico. Teniendo en cuenta las grandes dosis de yoduro utilizadas en este programa no es de extrañar que se produjeran con frecuencia síntomas tóxicos de yodismo y de Basedow yódico, lo que desacreditó la profilaxis con yodo e hizo que se abandonara.

La base firme de la profilaxis del bocio endémico con yodo fue establecida por Mariné y Kimball cuando en 1917 iniciaron el primer experimento de prevención del bocio a gran escala, en Akron, (Ohio, EE.UU.) con resultados impresionantemente buenos pese a que todavía utilizaban dosis muy altas de yodo, (4 gramos al año de yoduro sódico en agua, repartidos en 20 tomas: 0.2 grs./día, 10 días en primavera y otros 10 en otoño).

La profilaxis colectiva del bocio con sal yodada fue introducida por vez primera en Michigan, en 1924, utilizando sal de mesa con yoduro potásico al 1/5.000, con excelentes resultados y sin síntomas tóxicos.

El conocimiento de la existencia de factores bociógenos en los alimentos o de que la ingestión excesiva de sales de calcio puede ejercer un efecto bociógeno, no ha hecho cambiar el principio fundamental de la profilaxis del bocio endémico en gran escala, que es el de aumentar la ingestión de yodo sin llegar a cantidades peligrosas, a fin de garantizar no sólo ya que quede compensado cualquier déficit alimentario, sino que también, cuando sea posible, se contrarresten los posibles efectos de los factores bociógenos.

Ahora bien: ¿cuándo debe instaurarse un programa de profilaxis general del bocio endémico?.

En general aceptamos que cuando el agrandamiento de la glándula tiroides sea visible en por lo menos el 5° /o de los niños de 7 a 15 años de edad.

Antes de instaurarse la profilaxis debe realizarse una encuesta para, desde un punto de vista sanitario, tener conocimientos precisos de la prevalencia del bocio en la población en la que se realizan.

La antigua Dirección General de Sanidad realizó un cuestionario para este tipo de encuesta en el que tras los datos de filiación y del lugar de residencia se interrogaba sobre las características de la localidad (altitud sobre el nivel del mar, clima, vientos, comunicaciones, distancia a un núcleo importante de población, nivel de vida, tipo de la conducción de aguas y origen de estas, así como del contenido en yodo y en flúor de las mismas), características personales y de consanguinidad (sexo, edad, parentesco entre los padres), tipo de alimentación (alimentos consumidos y con cuanta frecuencia), presencia y características del bocio (investigados por inspección y palpación del bocio por un equipo médico que valoraría el tamaño, tipo, simetría y dureza del bocio), estado de la función tiroidea, edad de aparición y tiempo de evolución del bocio, así como posibles antecedentes de bocio, el tipo constitucional, la toma de medicación bociógena (PAS, sulfamidas, tiocianatos, vincidol, tiuracilo o asociaciones), número de pulsaciones, cantidad de sudoración, edad de la menarquia, ciclo menstrual, edad de la menopausia, número de embarazos y de hijos y presencia de cretinismo, sordera, sordomudez y/o subnormalidad.

Realizada la encuesta, si la proporción alcanza como acabamos de decir el 5° /o de los niños en edades comprendidas entre 7 y 15 años con agrandamiento visible del tiroides, se recomendará la profilaxis general del bocio endémico.

No nos cansaremos de repetir que la profilaxis yódica ha resultado sumamente eficaz en los países en los que se ha llevado a efecto.

Las técnicas de yodación son las siguientes:

a) La yodación de los abastecimientos generales de aguas se ha abandonado por antieconómica ya que se desperdicia todo el yodo del agua que no se usa para la bebida.

b) La yodación del pan, económicamente más factible, tampoco nos parece la ideal pues existen numerosas diferencias en la ingestión de este alimento entre unas y otras poblaciones y entre unos y otros individuos.

c) Las tabletas de chocolate, los dulces, los caramelos, etc., también pueden ser yodados pero sólo tienen interés en campañas restringidas entre grupos de población como escolares o embarazadas.

d) La inyección intramuscular de aceite yodado para que en depósito se asegure un suministro continuo de yodo durante un período de dos años se realiza sólo en circunstancias excepcionales (tribus salvajes de Nueva Guinea con población muy dispersa o poblaciones muy asiladas de los Andes), que hacen difícil llevar a la práctica la edición de yodo a la sal.

e) La yodación de la sal puede efectuarse mediante la adición de una solución de un compuesto de yodo al agua de mar que va a evaporarse para obtener la sal, o rociando la solución yodada sobre la sal, o mediante la mezcla en seco de la sal con yodato o yoduros añadidos de agentes deshidratantes que actúan como estabilizadores; uno de los estabilizadores más utilizados es el fosfato cálcico, y en especial el tricálcico básico, pero también se puede emplear el carbonato magnésico con buenos resultados. *layodación de la sal no altera su sabor.*

En cuanto a la utilización de yodatos o de yoduros preferimos inclinarnos por los yodatos (yodato potásico), porque el yoduro es higroscópico por lo que con facilidad se conglomeran en grumos oscuros que dan aspecto sucio a la sal, lo que induce a los consumidores a "limpiarla", quitándolos.

Con respecto al grado de yodación parece conveniente que en las zonas de endemia cada persona reciba una dosis suplementaria de unos 150 mcg de yodo diarios, siendo necesarios suplementos mayores (de 300 a 400 mcg/día) en los lugares donde existan agentes bociógenos.

En Suiza desde hace casi 50 años todo la sal que se consume y se vende contine 10 mcg de yoduro potásico por Kilogramo de sal.

Si nos inclinamos por el yodato la proporción en la que se realizará la adición varía de unos a otros países. En muchas partes del mundo se estima el consumo diario de sal multiplicando por 20 gramos el número de habitantes, de los cuales son consumidos directamente por ellos como sal de mesa unos 6.5 grs. /día/ habitante, que aportarán 500 mcg de yodo o 650 mcg de yodato potásico (aporte muy amplio que en realidad parece innecesario), esto es, yodando la sal en una proporción del 1/10.000; así se hace en

E.E.U.U. y en países de América Latina. En los países europeos se suministran 150 mcg yodando la sal al 1/100.000.

En España en la experiencia llevada a cabo por Morata García y Esteban Velasco en Sierra Nevada (1954-1960) se utilizó una concentración de 1/50.000 con resultados muy satisfactorios puesto que de un porcentaje inicial del 53°/o la frecuencia de bocio en los escolares bajó en 6 años al 6.5°/o. Muy numerosos son los trabajos en este sentido.

En la lucha contra el bocio tiene gran interés la creación de equipos volantes, constituidos por un médico clínico, un epidemiólogo, un analista y una enfermera adiestrada en el tema. Se deberá estudiar el estado de alimentación y hábitos dietéticos de las zonas con endemia bociosa superior al 20°/o de la población escolar y donde el contenido en yodo de las aguas de consumo sea muy bajo. Debemos hacer notar que todas estas campañas deben ir precedidas de la educación sanitaria de los médicos de la región, así como del público que va a recibir los beneficios, ya que deben conocer el porqué y las ventajas de la sal yodada para sazonar los alimentos, aconsejándoles que esta sal no la expongan al sol y que la guarden en envases de plástico para evitar que se humedezca. Igualmente debe aconsejarse la ingestión frecuente de pescado y si se conoce el uso de algún alimento bociógeno (caso de los grelos en Galicia, v. gr.) se procurará que se evite su consumo.

Naturalmente que estas medidas se deben complementar con una mejora de la infraestructura sanitaria (traída de aguas, evacuación de aguas residuales, etc.) y una elevación de las condiciones socioeconómicas, mejora de las comunicaciones, etc., que por si solas serían capaces de hacer desaparecer la endemia en muchas zonas de España.

Siempre que se realice una profilaxis yódica hay que contar con la aparición de algunos casos de hipertiroidismo, antes frenados por la escasez de yodo. Pero su rareza hace que no puedan esgrimirse en contra de la profilaxis yódica.

V. — TRATAMIENTO DEL BOCIO EXISTENTE (22,23).

Por último unas líneas para hablar del tratamiento del bocio ya existente, y una vez demostrado que se trata simplemente de un bocio normofuncional ya sea endémico o esporádico. Los distintos tratamientos que se usan en la actualidad son los siguientes:

a) El yodo: que desde luego no es el tratamiento ideal ya que sólo será eficaz en los casos en los que el bocio sea debido a un déficit de yodo y que por otra parte puede presentar complicaciones tales como el Basedow yódico, el yodismo, etc.

b) Extractos secos de tiroides de oveja, ciervo, o extractos de tiroi-des englicerina, difíciles de dosificar pues contienen T3 y T4, pero además MIT y DIT lo que hace imposible precisar que cantidad estamos dando de

hormonas tiroideas; por otra parte el estar almacenado le va restando actividad.

c) La tiroglobulina, que aparte de las anteriores limitaciones tiene también el inconveniente de que para actuar debe ser digerida por los jugos gástricos; si ello no sucede carece de acción.

d) Se ha utilizado con buenos resultados, un preparado que contiene 90 mcg de T4 y 10 mcg de T3 sintéticas por comprimido, con el leve inconveniente que supone la presencia de T3 que hace más difícil la dosificación que cuando sólo existe T4.

e) T4 sintética aislada: que es desde luego el tratamiento de elección, que permite segura actividad y perfecta dosificación (la T3 se origina periféricamente por monodesyodización de T4). Tanto en uno como en el otro, la dosificación será la necesaria para lograr el objetivo de tener inhibida la TSH, lo que suele lograrse con uno o dos comprimidos diarios. Como se trata de una medicación sustitutiva no presenta incompatibilidades. El peligro del hipotiroidismo por dejar de tomarla se obvia evidentemente no suspendiéndola.

Este tratamiento médico del bocio lo encontramos indicado en los casos de bocios no comprensivos, bocios juveniles, bocios difusos, bocios con tendencia hipotiroidea y en aquellos casos en que aún estando indicada la cirugía no la podamos llevar a cabo.

En cambio el tratamiento quirúrgico del bocio lo encontramos indicado en casos de bocios grandes, comprensivos, con tendencia a la hiperfunción, modulares, por motivos estéticos o ante degeneraciones del bocio y generalmente en personas de edad madura o senil. La mortalidad de la tiroidectomía ha descendido notablemente de un 41°/o en 1850 a menos de un 1°/o en la actualidad, siendo cada vez menor el número de complicaciones al mejorar la técnica quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— PALACIOS MATEOS, J.M.: *Endocrinología y Metabolismo*, 1977.
- 2.— BAULIEU, E.E.: *Hormones*; 1979.
- 3.— ERMANS, A.M., y DUMONT, J.E.: Thyroid function in a goiter endemic. *J. Clin End.* 23: 539, 1963.
- 4.— GARRIDO, M. y DAMIANO, A.: Dieta y Bocio endémico. *Rev. Clin. Esp.* 103: 199, 1966.
- 5.— LINNAZASSORO, J.M., SANCHEZ MARTINEZ, J.A., JIMENEZ DIAZ, C.: Goitrogenic effects of walnuts. *The Lancet*, 2: 501, 1966.
- 6.— MUÑOZ RODRIGUEZ, M.: Efectos de la leche en la inducción del bocio. *Rev. Esp. Fisiología*, 26: 189, 1970.
- 7.— PIEDROLA GIL, G.: *Medicina preventiva y social. Higiene y Sanidad Ambiental*, T.II, 1978.
- 8.— SUZUKI, H., HIGUCHI, J.: Endemic coust goitre in Hokkaido, Japan, *Ac. Endocr.* 50; 161, 1965.
- 9.— VIVANCO, F., PALACIOS MATEOS, J.M. et al.: El bocio endémico en España. Estudio de la correlación entre incidencia de bocio y contenido en yodo de las aguas de bebida. *Rev. Clin. Esp.* 123:425, 1971.
- 10.— CLEMENTS, F.W.: *Importancia Sanitaria del Bocio Endémico y procesos afines. Monografía de la O.M.S. sobre el Bocio Endémico. Ginebra, 1961.*
- 11.— ERMANS, A.M.: Bocio endémico y cretinismo endémico. En De Groot, *Endocrinología. Buenos Aires. Ed. Panamericano, 676-685, 1981.*
- 12.— INFORME EL SUBCOMITE FOR THE STUDY OF ENDEMIC GOITRE AND IODINE DEFICIENCY DE LA EUROPEAN THYROID ASSOCIATION. *Lancet*, oct., 1985.
- 13.— REY CALERO, J.: Evaluación del Bocio Endémico en la provincia de Cádiz; en un estudio sobre 46.482 escolares. *Rev. San. Hig. Pub.* 44: 1269, 1970.
- 14.— GONZALEZ VILLARON, A., CASTRO DEL POZO, S.: El bocio endémico en la provincia de Salamanca. *Rev. Clin. Esp.* 136: 227-303, 1975.
- 15.— DE MAEYER et al.: La lucha contra el bocio endémico. *Monografía de la O.M.S., 1979.*
- 16.— KELLI Y SNEDDON: *Monografía de la O.M.S. Ginebra, 1961.*
- 17.— LANGER, P.: *Monografía de la O.M.S., Ginebra., 1961.*
- 18.— LOWENSTEIN, F.W.: *Monografía de la O.M.S., Ginebra, 1961.*
- 19.— MANTOVINOVIC, J. RAMALINGASWAMI, V.M.: *Monografía de la O.M.S., Ginebra, 1961.*
- 20.— ROCHE, J., LISSITZKY, S: *Monografía de la O.M.S., Ginebra, 1961.*
- 21.— HARVEY, A.M.: David Marine: pionero del estudio de tiroídes en América. *Am. J. Med, ed. esp.* 70: 483-486, 1981.
- 22.— FELIG.: *Endocrinología y Metabolismo, 1983.*
- 23.— GOMEZ SAEZ, J.M.: *Hormonas tiroideas en el tratamiento del cáncer de tiroídes y del bocio no tóxico. Jarpyo Editores, 1985.*

ALTAS

- 2.728.— Doña Beatriz A. Meza Delfin - Hospital de la S. S. Valdepeñas -
2.729.— Francisco José Fernández Quijano - Azucena, 8, Ciudad Real
2.730.— D. Pedro Diez Santamaría - Hospital S. S., Puertollano
2.731.— D. José Antonio Pérez de León Rabadán - Dr. Bonardell, 15, Alcázar de San Juan.
2.273.— Reingreso D. Juan José Fontela Grove - Dr. Bonardell, 15 , Alcázar de San Juan.
2.732.— D. Ignacio Onsurbe Ramirez - Paseo S. Gregorio, 49, Puertollano
2.733.— Doña María Lourdes Saez Mendez - Hospital S.S., Puertollano
2.734.— D. Modesto Moneva Arce - General Rey, 2, Ciudad Real
2.735.— Doña María Adela Arce Marina - Paseo Estación, 34, Manzanares
2.644.— Reingreso D. Fernando Torres Piñero - Soledad, 8, Campo de Criptana.
2.736.— D. Juan Acosta Mallo - San Marcos, 43-2.º D. , Manzanares
2.737.— Doña Yolanda Martínez Gómez - San Marcos, 43-2.º D., Manzanares
2.738.— D. José Antonio Cerrolaza Aragón - Avenida Generalísimo, 41 Bajo A., Valdepeñas.
2.739.— D. Angel Ortiz y Alcelay - Hospital S.S., Puertollano
2.740.— Doña María Amparo Estebán Sánchez - Plaza Vía Crucis, 11, Puertollano.
2.741.— Doña María Paloma Las Heras Almazan - Gracia, 6 portal 3 B.C., Alcázar de San Juan.
2.742.— Doña Paula Tornero Martínez - Ronda Calatrava, 50 - Bajo A., Ciudad Real.
2.743.— D. José Antonio Minguez Parga - Gracia, 6 portal 3 Bajo C., Alcázar de San Juan.
2.744.— Doña Dominga González Carranza - Tinte, 1-1.º C., Ciudad Real
2.745.— D. Manuel Blanco Labrador - Paseo Estación, 34-4.º A., Manzanares
2.638.— Reingreso Doña María Dolores Valverde Carrillo - Ronda de Alarcos, 54-2.º F., Ciudad Real.
2.746.— D. Pedro Martínez Urzay - Ramón y Cajal, 11, Ciudad Real
2.747.— D. José Miguel Lazaro Maisanava - Hospital S.S., Ciudad Real.
2.748.— Doña Ana María Paino de Orive - Hospital Comarcal, Alcázar de San Juan.
2.749.— Doña Ana Nuria Boige Ruiz - Hospital Comarcal, Alcázar de San Juan.
2.664.— Reingreso Doña María Pilar Romero Reyes Rosa, 23, Villahermosa.
2.750.— D. Alfredo Bondia Giménez - Espino, 21, Ciudad Real
2.751.— D. Francisco Garzon Montero - Rio, 27, Guadalmez

BAJAS

- 925.— D. Francisco González Laso, 29 de Marzo, 2, Miguelturra - Jubilado
2.083.— D. Joaquín A. Rodríguez Matallana - S. Bermejo, 14, Valdepeñas - Traslado.
2.295.— D. Alberto Marín Martín - Ronda Alarcos, 10, Ciudad Real - Traslado
1.596.— D. Jesús Ant. Ortiz Gómez - Refugio, 2, Ciudad Real - Traslado
2.730.— D. Pedro Díez Santamaría - Hospital S. S., Puertollano - Traslado
2.700.— Doña María del C. Rodríguez de Gusman - Libertad, 4, Ciudad Real Traslado.
2.037.— D. Carlos Santiago Guervos - Camarín, 4, Ciudad Real - Traslado
2.304.— Doña Josefa Ruiz Morales - Residencia S.S., Puertollano - Traslado
1.817.— Doña María del Carmen Prieto Rodríguez - Hospital S.S. Puertollano - traslado
1.957.— D. Cesar C. Suarez de Puga Díez - Goya, 11, Puertollano - Traslado.
2.314.— D. José Miguel Reguero Saez - S. Isidro, 16, Manzanares - Traslado
2.045.— D. Félix Bonilla Aguiar - Hospital S.S., Valdepeñas - Traslado.
2.619.— Doña María Aurelia López Clemente - Ramón y Cajal, 1, Castellar de Santiago - Traslado.
2.590.— Doña Susana Alcón Alagarda - Alarcos, 10-3.º C., Ciudad Real - Traslado.
2.688.— D. José María Camacho González - Hospital S.S.- Valdepeñas - Traslado.
2.145.— D. Rafael Herrera Cardenete - Goya, 11 - Puertollano - Traslado.
2.112.— D. Joaquín Navajas Jiménez - Barataria, 38, Alcázar de San Juan - A petición propia.
2.604.— D. Ricardo Arcos Fernández - Plaza Juan XXIII, 16, Ciudad Real - Traslado.
2.664.— Doña María del Pilar Romero Reyes - Rosa, 23, Villahermosa - Traslado.
2.328.— D. José María Fernández-Bravo Alvarez - Alarcos, 23 - 3.º, Ciudad Real - Traslado.
2.728.— Doña Beatriz A. Meza Delfín - Hospital S.S., Valdepeñas - Traslado
2.651.— D. Rafael Montoro Ruiz - C. Médico, Guadalmez - A petición Propia
2.364.— D. Victor Sarmiento González Nieto - Casa del Médico, Puebla del Príncipe - A petición propia.
2.207.— D. Manuel Bonilla Romero - Luis Montoto, Sevilla - A petic. propia
2.290.— D. José Manuel Pinilla Tabares - R. Iglesias, 6 - Membrilla - Jubilado
2.635.— D. José Luix Martínez Oliva - Hospital S.S., Manzanares - Traslado
2.475.— Doña María del Prado Simon Moreno - Glm.º 95 - Torrenueva - Traslado.
2.683.— Doña Isabel García-Laez de la Torre - Avda. C. Sotelo, 10, Membrilla - Traslado.
1.644.— Doña María Amparo Genoves Calvet - Hospital Comarcal, Alcázar de San Juan - Traslado.
2.284.— Doña María Luisa Mateos Lindeman - B. Balbuena, 1-3.º, Ciudad Real - Traslado.

- 2.332.— D. José Acevedo Vázquez - Berjujos - Traslado.
2.705.— D. Antonio Salcedo Posadas - Carrera, 33, La Solana - Traslado.
2.408.— Doña María José Lara Farfante - Ancha, 37, Valdepeñas - Traslado.
2.422.— D. Félix Pablo Arce Mateos - Hotel Capri, Ciudad Real - Traslado.
2.185.— D. Antonio Peralbo Romero - Hotel El Ancla, Alcázar S. Juan -
Traslado.
2.598.— D. Enrique Rodríguez de la Rubia Sánchez Molina - Ciruela, 19,
Ciudad Real - Traslado.
2.152.— Doña Encarnación Peña Alcalá - Paseo San Gregorio, 74, Puerto-
llano - Traslado.
2.151.— D. Antonio Correa Guerrero - Paseo San Gregorio, 74 - 3.º Puer-
tollano - Traslado.

IN MEMORIAM

D. JOSE FERNANDEZ HERRAIZ
25 Enero 1986
MADRID.



D. ALVARO SANCHEZ RIVERO
12 Marzo 1986
MADRID



D. JOSE MORA SANCHEZ-VIZCAINO
18 Marzo 1986
MIGUELTURRA



Lamentamos profundamente la pérdida de los entrañables compañeros,
al tiempo que testimoniamos nuestro pesar a sus familiares.

PLASMACLAR

El perfil hipolipemiante
más completo



Lipoproteína LDL
Transportador principal
de colesterol



Lipoproteína HDL
Colesterol protector





PLASMACLAR

El perfil hipolipemiante más completo

La administración de
PLASMACLAR
3 veces al día
normaliza los niveles
de lipoproteínas en plasma



COMPOSICION

Por cápsula:

- Nicotinato de xantinol 100 mg.
- Ester pentosano sulfónico 35 mg.
- Excipiente idóneo c.s.

INDICACIONES

Atero-arteriosclerosis generalizada y localizada:

- aterosclerosis coronaria
- aterosclerosis vásculo-cerebral
- aterosclerosis de arteria renal
- tratamiento causal de la hipertensión vásculo-renal
- retinopatía aterosclerótica
- vasculopatías periféricas de origen aterosclerótico.

PLASMACLAR está también indicado en:

- insuficiencias arteriales crónicas de origen no aterosclerótico
- angiopatías diabéticas
- retinopatías diabéticas
- profilaxis de las alteraciones vasculares en personas de edad avanzada

DOSIFICACION

Tratamiento de ataque: 2 cápsulas 3 veces al día, con preferencia después de las comidas.
Tratamiento de fondo: 1 cápsula 3 veces al día, con preferencia después de las comidas.

CONTRAINDICACIONES

Diátesis hemorrágica y panmielopatías. Debe administrarse con precaución en descompensación cardíaca existente o inminente y en casos de estenosis mitral.

INCOMPATIBILIDADES

No deben administrarse simultáneamente derivados de fenotiacina o piperacina, por posibles fenómenos alérgicos.

EFFECTOS SECUNDARIOS

La administración de dosis excesivas puede producir alteraciones digestivas y aumentar la acción de los medicamentos anticoagulantes, lo que pudiera conducir a la producción de pequeños trastornos de la hemostasia.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

No se han observado fenómenos tóxicos importantes con la ingestión accidental de dosis elevadas de este preparado por vía digestiva. Cabe no obstante la posibilidad de que se produjera una hipocoagulabilidad en pacientes sometidos a tratamientos con dicumarínicos o antitrombóticos plaquetarios. En tal caso se suprimirá la medicación y se administrará eventualmente ácido épsilon aminocaproico (EACA) por vía oral.

PRESENTACION

Envase con 60 cápsulas. P.V.P. 841,— Ets.

OTRA PRESENTACION

Cajas con 10 inyectables de 2 c.c., contenido cada inyectable 100 mg. de éster pentosano sulfónico y 200 mg. de nicotinato de xantinol. P.V.P. 461,— Pts.

Indicado en las isquemias periféricas agudas y crónicas de mediana y gran intensidad.

DOSIFICACION

Inyectables. De 1 a 3 ampollas diarias, vía IV en situaciones agudas o amenazantes, continuando el tratamiento con cápsulas una vez alcanzada la mejoría.



CERDENA 350 08025 BARCELONA
ESPAÑA