



**SE TRANSCRIBE LITERALMENTE EL DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL EXCMO. Sr. Dr. D. MANUEL BERMEJILLO Y MARTÍNEZ, EN EL QUE SE CITA EL *CURRICULUM VITAE* DEL NUEVO ACADÉMICO ILMO. Sr. Dr. D. ÁNGEL CASTRESANA Y GUINEA.**

# **DISCURSO CONTESTACION**

**del Académico numerario y Presidente de la Real Academia Nacional de Medicina**

**EXCMO. SR. DR. D. MANUEL BERMEJILLO MARTÍNEZ**

Señores académicos; señoras y señores:

Ha transcurrido más de medio siglo desde que conocí al beneficiario de esta Real Academia de Bilbao, doctor ÁNGEL CASTRESANA GUINEA. Él era estudiante de los últimos Cursos de nuestra carrera, yo ya actuaba como profesor clínico en nuestro clásico caserón de San Carlos, de Madrid. Más aún, nos conocimos y amistamos en la entrenadora Academia de Medicina que en la Congregación Mariana de San Luis Gonzaga se había organizado por los congregantes de las diversas disciplinas del saber, y que en no pocos fueron las primeras pruebas en la preparación de temas y en la exposición oral de los mismos, seguidas de animadas controversias entre incipientes médicos, farmacéuticos y biólogos, en general. Si en este grupo de estudiantes y primitivos profesionales esas discusiones tenían, por lo común, un tono suave y tranquilo, en la Academia de Derecho y Letras alcanzaron vivas e interesantes discusiones, tan interesantes que con frecuencia habían de producirse en el salón-teatro de la Congregación, ya que a ellas asistían los incipientes abogados y otros muchos que no seguiríamos ese camino. ¡Bien se podía atisbar que de allí saldrían no pocas de las figuras más relevantes del foro y de la política en las cinco décadas siguientes!

Sobre conocernos ya ha tantos años, a lo largo de todos ellos hemos tenido frecuentes relaciones que mantienen nuestra amistad, en forma tal que, aun estando yo tan fuera de la Oftalmología—especialmente tal—, ÁNGEL CASTRESANA me pidió que fuera el amigo y presidente actual de la Nacional, el que le contestara en este importante acto, al ser recibido como miembro de número de esta Real Academia. No es la primera vez, ésta, en la que contesto a un académico de disciplina profesional y contenido doctrinal distinto al de mi habitual estudio y dedicación—tal acaeció con el ingreso, en la de Madrid, con el profesor de Otorrino, doctor NÚÑEZ, y la del profesor de Urología, doctor ALFONSO DE LA PEÑA, etc. Ciertamente, viene a constituir una costumbre tal comportamiento, poniendo así en evidencia que la amistad influye o pesa más en estos casos que la idoneidad entre las especializaciones del beneficiario y quien le acoge, contesta o casi apadrina. Y yo entiendo que tal modo de producirse los acaecimientos es bueno, porque al menos en estas circunstancias, más pesa el

corazón que otras razones, que pueden ser bien a las claras por especialidad en las dedicaciones, o por otras razones que no son de citar ni analizar en estos momentos.

El padre de nuestro nuevo académico, excelentísimo señor doctor don BALDOMERO CASTRESANA, fue también oftalmólogo, y se contó entre los más reputados de Madrid por las décadas primera a tercera del actual siglo. Procedía de esta tierra vasca, al nacer en Arceniega, y en noble lucha profesional e intensa, limpia e inteligente labor, llegó a ser director del Instituto Oftálmico de la Beneficencia General del Estado, puesto relevante, tanto como la Cátedra de Oftalmología en la Facultad. Don BALDOMERO pasó la guerra civil española en Arceniega, y en cuanto fue liberado su territorio, acudí a buscarle, colaborando, con entusiasmo y eficacia, en el Hospital de la Cruz Roja y Militar de Oña, que yo organicé y dirigí—técnicamente—en los años 37 al 39. Aún me parece imposible que don BALDOMERO, con años, inquietudes intensas—al menos por tener su familia próxima en zonas distintas—, y distancia que había de recorrer todas las semanas entre Arceniega y Oña (Burgos), manifestara el dinamismo y la claridad diagnóstica y quirúrgica que nos mostró semana tras semana.

Era el doctor CASTRESANA—padre—de rápido hacer y decir, con rotundidad y expresiones que me recordaba, después, el modo psíquico y expresivo del gran internista y muy buen amigo mío, el doctor don CESÁREO DÍAZ EMPARANZA, bien conocido de todos ustedes. Terminada la guerra no quiso dejar más esta tierra, y de ahí que padre e hijo iniciaran su labor en Bilbao, lo que consecuentemente nos ha proporcionado la satisfacción de este acto.

El doctor don ÁNGEL CASTRESANA estudió la Medicina en la Facultad de San Carlos, de la Universidad Central (actualmente denominada Universidad Complutense). Fue alumno interno, por oposición, de su Hospital, allá por los años veinte, y también en el Laboratorio de la Cátedra de Patología General. El año de 1921 obtuvo la calificación de Matrícula de Honor en la asignatura en la cual se especializó y se licenció en la misma Facultad en 1923. Ya desde este mismo año y en el siguiente, 1924, estudió, observó y perfeccionó la especialidad en hospitales de París, haciendo, especialmente, un curso de Biomicroscopia y Anatomía Patológica Ocular en el Hospital de Lariboisiere. En 1924 inició su tesis doctoral en la Clínica Universitaria de Zurich y, posteriormente, pasó por las Clínicas de su especialidad en Viena y Berlín; su tesis doctoral fue calificada de sobresaliente. Ha sido vocal del Patronato Nacional de Sordomudos y Ciegos. Académico corresponsal de la Real y Nacional de Medicina en 1929. Fue representante del Gobierno español en el Congreso Internacional de Oftalmología de Amsterdam de 1929. Caballero de la Orden de Alfonso XII, en 1928, y después de la guerra civil fue comandante médico y le concedieron la Cruz del Mérito Militar con distintivo blanco. En 1955 ha sido presidente de la Academia de Ciencias Médicas de esta capital, y actual presidente de la Fundación Vizcaya Pro-Cardiacos (1961).

En fin, tiene publicados casi un centenar de artículos en revistas profesionales y varias monografías que versan sobre «La oftalmoscopia a la luz libre de rayos rojos», «Patología de la esclerótica», «El estrabismo» y la «Pedagogía de los ciegos». Éste es, muy en resumen, el compañero que hoy recibimos en esta Real Academia de Medicina de este distrito. Mas con todo ello y sobre todo lo bosquejado, está la «persona humana» del doctor ÁNGEL CASTRESANA. Tranquilo, ordenado, diligente, consciente y con otros más adjetivos calificativos que pudiéramos ensartar y que resumiendo puede decirse que es un hombre bueno y valioso, de los que yo digo «que puede viajar con ellos», y siendo yo persona con años y experiencia como médico, catedrático, trabajador en paz y en guerra, director de no pocas cosas, etc., y, consiguientemente, habiendo

conocido mucha gente, y gentes de todos los niveles sociales y laborales, creo poder calificar a la mayor parte de las individualidades y agrupaciones como si de alumnos de Patología General se tratara.

\* \* \*

Ahora digamos algunas palabras dedicadas al interesante discurso que acabamos de oír. No soy oftalmólogo y, en consecuencia, nada puedo añadir a lo escrito por el doctor CASTRESANA. Mi participación en este acto viene originada por el largo tiempo de conocernos y por el afecto y admiración que le profeso. Y su trabajo, sobre ser de una especialidad quirúrgica, es una confesión de su propia experiencia oftalmológica, y en el aspecto técnico de la cirugía de la llamada catarata u opacificación del cristalino—esa sutil lente interpuesta entre otros dos medios líquidos—y que si fisiológicamente tiene una función adaptativa importante, en su patología conduce hasta la ceguera del ojo afectado, o de ambos ojos si los dos lo fueran. El nuevo académico expone, detalladamente, lo que su dilatada experiencia en este concreto padecer le ha enseñado, sin mixtificaciones ni excesivas concesiones a lo practicado y publicado por otros expertos en Oftalmología. Con sencillez, con esa sencillez de lo que es verdad y se ha vivido reiteradamente. Éste es valor principal que yo encuentro en su interesante discurso. En él se describe, paso a paso, la técnica quirúrgica que el doctor CASTRESANA sigue para el tratamiento de estos enfermos. Lo verifica con una sencillez y minuciosidad que parece estarse viendo el quehacer de cada intervención, utilizando hasta las más modernas técnicas, tal cual acontece con la «criocirugía». Este método, iniciado por KRANAWICZ y dado a conocer hace doce años, parece ser una eficaz aportación para la íntegra extracción, intracapsular, de la catarata. Bien manejada esta técnica, por las siempre delicadas y seguras manos de los oftalmólogos, constituye una de las valiosas aportaciones a la técnica quirúrgica de la oculística. Sin duda que en la última década, más o menos, el progreso científico y técnico, con aplicación a la Biología y a la Medicina, ha sido asombroso. Así podemos incluir a la propia criocirugía para el tratamiento de esa otra importante entidad morbosea que llamamos «desprendimiento de la retina»; la utilización de la «ecografía» para el diagnóstico de los procesos tumorales intraoculares, como también utilizada en el diagnóstico y localización de las neoplasias endocraneales; la angiografía; la colaboración de los «isótopos radiactivos», etc.

La más frecuente opacificación del cristalino es la que comúnmente denominamos catarata senil; es, posiblemente, una expresión ocular de ese gran complejo de manifestaciones involutivas que conforman al envejecer. En proporciones distintas, pero evolucionando en un mismo sentido peyorativo, el metabolismo de las grasas, y de manera especial los lipoides, se altera, y comienza su lipoidohistequia en las arterias, en las serosas y en otros distritos—los propios órganos de la visión—, en tanto que la cal tiende hacia los tejidos cartilaginosos; los músculos se hipotrofian y su potencia descende, a la par que las articulaciones se entorpecen, y de todo este devenir del sistema locomotor, el envejecimiento reduce las actividades corporales y las dificulta, favoreciendo los traumatismos por caídas. El propio «arco senil», muy visible en los ojos viejos, es, como la catarata, una señal de ese natural envejecer que cada persona, y en buena parte cada familia, lleva a un tiempo aproximado, y con localizaciones, funcionales y anatómicas, muy similares.

Cada edad es y expresa una posición biológica en la escala evolutiva de los organismos, y con ese sucesivo momento biológico (dinámico y morfológico), van teniendo lugar los sucesivos momentos patológicos. Cada momento vivido y cada enfermedad padecida, van dejando en el organismo humano una señal,

un algo distinto a los momentos anteriores, que conforman, más o menos ostensiblemente, los sucesivos momentos biológicos de todos nosotros. La edad o tiempo vivido, y según como fue vivido, influyen, poderosamente, en la capacidad de adaptación a las diversas circunstancias de nuestro mundo en torno y secuentemente en la capacidad funcional reactiva de nuestro complejo psicofísico. Claramente vemos esto en los modos distintos de enfermar y expresar sus enfermedades los niños, por un lado, y por el opuesto, los ancianos: en los niños predominan las enfermedades bacterianas y virales y su expresión de proceso es aguda, tumultuosa, muy febril, y su terminación, frecuente o habitualmente, es por crisis (paso rápido y recortado de estar enfermo a querer y poder saltar del lecho). En la senectud, predominan los procesos degenerativos, metaplásicos y neoplásicos; tendentes a una evolución lenta, o al menos no de unos días—salvo, sólo en apariencia—, los bruscos, graves y tantas veces letales de sus arterias miocárdicas o cerebrales. Casi todo su enfermar es proceso, usualmente, de sintomatología embozada o poco expresiva y de resolución lenta y, muy frecuentemente, imperfecta; el organismo del anciano siempre queda marcado, visiblemente, en cada enfermedad acaecida.

Una de esas manifestaciones vinculadas al uso o el abuso de la vista, siempre con años dilatados, es la catarata o son las cataratas.

Además de la catarata senescente o involutiva de la que venimos tratando, y con mucho la más frecuente en la clínica humana, de cuyo tratamiento quirúrgico ha tratado el interesante discurso de nuestro recipiendario del presente acto, existen otros varios tipos de esta afección, más diferentes por su causalidad que por expresión clínica, ya que todos ellos originan opacidad u opacidades del cristalino. En la Medicina laboral, y con la importancia de alterar la visión de la persona afectada, tan necesaria en la vida de toda persona, pero muy especialmente en los que verifican trabajos con peligrosidad constante: los trabajadores de todas las industrias, desde la minería hasta la construcción, pasando por todos los puestos de trabajo de las industrias de transformación; decimos, pues, que algunas labores industriales—en sentido lato—, pueden producir alteraciones condensantes y opacificadores del cristalino. De todas ellas se ocupa, con interés, la Patología del Trabajo, como es buen ejemplo lo escrito en la reciente edición de la *Enciclopedia Internacional de Medicina del Trabajo (Occupational Health and Safety, vol. I, 1971. International Labour Office. Geneva, pág. 273)*, de la que el Instituto de Medicina del Trabajo y el Fondo Compensador de Enfermedades Profesionales, dependientes ambos organismos del Ministerio de Trabajo, están haciendo actual versión castellana, tan conveniente para todos los países de habla hispana.

Existe una catarata de origen traumático, por acción mecánica y directa sobre el globo ocular; mas también por traumas craneales que, de forma indirecta pero próxima, pueden inducir las opacidades cristalinas. Esta catarata suele no ser homogénea y es bien reconocible con la lámpara de hendidura; es posible de ser aparente en corto tiempo después del traumatismo y, en otros casos, pasado un intervalo más o menos dilatado.

Puede, asimismo, producirse una catarata tras la acción de una corriente eléctrica de alguna intensidad; es frecuente que se localice en el ojo del mismo lado al de ingreso de la corriente y es fácilmente concebible que un agente etiológico físico, cual es la corriente eléctrica, desorganice la estructura coloidal del cristalino.

Es actualmente conocida la catarata achacable a influencia de las llamadas radiaciones ionizantes. Afirman los expertos de la energía ionizante que esta influencia debe ser intensa o reiterada para que la estructura física del cristalino se altere. Así se han recogido casos de opacificaciones del cristalino por

radiación terapéutica e intensa en el tratamiento de neoplasias malignas situadas en gran proximidad del globo ocular; también existen casos publicados, y sin duda inducidos, por trabajar con rayos X sin las medidas de protección técnica y personal que son obligadas en buena norma. Suelen ser opacificación densa y sin acompañarse de lesiones de igual causa en el iris ni en retina. También pueden producir iguales lesiones del cristalino el radio, los neutrones y los rayos gamma, según afirman EDBROOKE, C. y EDWARDS, C. (1967. *Ann. Occup. Hyg.* 10, pág. 293).

También las radiaciones calorígenas o por rayos infrarrojos, pueden ser causa de opacidad en el cristalino. Es la catarata ya de antiguo conocida de los sopladores de vidrio, trabajadores en hornos o calderas mal protegidos, puestos de trabajo en convertidores, hierro fundido, etc. La mirada mantenida durante algún tiempo, como fijando la vista en el sol, origina alteraciones retinianas, especialmente en la fovea, con ceguera central de la retina, pero sin lesiones del cristalino. Las cataratas, por acción de esta energía radiante y calorígena —rayos infrarrojos—, precisan de una persistente acción causal durante años: 20 a 25 años, conforme asevera ERNST W. BAADER. Generalmente la opacificación en estos casos comienza por el polo posterior del cristalino, y necesitando un plazo tan dilatado como los 20 a 25 años, una catarata manifiesta a los 50 a 60 años, resulta algo conflictual el diagnóstico entre catarata como enfermedad común o como enfermedad profesional, cuestión importante en Medicina del Trabajo y en Jurisdicción Laboral.

Algunas intoxicaciones por cuerpos químicos orgánicos pueden ser también causa productora de cataratas. Con el importante y vertiginoso avanzar de la síntesis química en general y las sucesivas e importantes aplicaciones de los productos químicos a la vida laboral, campesina y doméstica, el riesgo por intoxicación se viene haciendo común. En relación con nuestro tema, se conocen los daños que al cristalino pueden inducir los derivados fenólicos, como el naftaleno y también los derivados dinitrofenólicos, tal el dinitrofenol, etc., utilizados como raticidas, pesticidas o plagicidas, a veces en cantidades industriales, y con no grande experiencia o conocimientos toxicológicos por los usuarios y capataces. Cierto es que todos estos productos químicos más manifiestan los síntomas de alteración orgánica en la sangre o en el sistema nervioso que en la opacificación del cristalino; mas conviene estar atentos a estas iniciales manifestaciones oftalmológicas, para separar al trabajador de ese puesto peligroso, cambiar su puesto por otro sin esa peligrosidad y actuar, en lo posible, en la desintoxicación de la impregnación por el veneno que corresponda. Se citan casos de «ariboflavinosis», carencia o alterado metabolismo de los enzimas flavínicos, conduciendo a una serie de manifestaciones cutáneas mucosas y vasculares que se expresan en la conjuntiva pericorneal y que en ocasiones han producido opacidades en el cristalino.

Señores académicos y todos cuantos han tenido la bondad de oírme: No quiero cansaros más. Aquí nos ha congregado el afecto al doctor don ÁNGEL CASTRESANA; el interés por oír su ejemplar disertación, plena de sinceridad y realidad quirúrgica, y nada más cuenta en este acto. Felicito al amigo, al compañero en todos sentidos y tantas razones, y también vaya mi saludo y felicitación a esta aún joven Real Academia de Medicina de Bilbao, de la que esperamos una feliz y eficaz labor y un creciente desarrollo, del cual es buen anticipo el no dilatado manejo de académicos numerarios y electos.

Muchas gracias.