

Medicina Balear

Publicació de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears

<http://ramcib.caib.es>

SUMARI

EDITORIAL

Sangria laboral 97

VIDA ACADÈMICA 98

El professor Jean Dausset, doctor honoris causa de la Univesitat Politècnica de València. Presentació del llibre del Dr. Jordi Sans Sabrafen.

ORIGINAL

La patografia de Vincent van Gogh 101
Francesc Mir Fullana

REVISIONS

Aplicacions de l'endoscòpia digestiva 121
L. Barranco, J. Gayà, A. Llompart, A. Obrador

Hemorragia uterina disfuncional 128
Manuel Usandizaga Calparsoro

LLIBRES

L'evolució de l'ús del català en medicina a Catalunya durant el segle XX, de J. Sans Sabrafen 135
A. Obrador

Convocatòria de beques 139



A CA TEVA, A L'OFICINA...

EN CASA, EN LA OFICINA...



WWW.BANCAMARCH.ES

ESTAM MÉS A PROP DE TU

ESTAMOS MÁS CERCA DE TI

Medicina Balear

Director emèrit

José M^a Rodríguez Tejerina

Director

Ferran Tolosa Cabani

Redactor en cap

Macià Tomàs Salvà

Redactors

Antoni Obrador Adrover, Joan Buades Reinés, Joan March Noguera, Jordi Forteza-Rey Borralleras

Junta directiva de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears

President Alfonso Ballesteros Fernandez

Vicepresident Francesc Bujosa Homar

Secretari General Bartolomé Anguera Sansó

Vicesecretari Juana Maria Sureda Trujillo

Tresorer Antoni Obrador Adrover

Bibliotecari Ferran Tolosa Cabani

Secretaria i correspondència

Campaner, 4 , baixos. 07003 Palma de Mallorca. Tel.: 971 72 12 30

Adreça electrònica: info@ramcib.es - Pàgina web: ramcib.caib.es

Publicitat

Aquelles empreses o institucions que vulguin inserir algun anunci a Medicina Balear poden contactar directament amb la Secretaria de la Reial Acadèmia

Acadèmic d'honor

Excm. Sr. Dr. D. Jean Dausset, Premi Nobel de Medicina 1980

Acadèmic d'honor electe

Excm. Sr. Dr. D. Santiago Grisolia García, Premi Príncep d'Astúries d'Investigació Científica i Tècnica

Acadèmics numeraris

M. I. Sr. D. Santiago Forteza Forteza
M. I. Sr. D. Miguel Manera Rovira
M. I. Sr. D. José M^a Rodríguez Tejerina
M. I. Sr. D. Miguel Munar Qués
M. I. Sra. D^a. Juana M^a. Román Piñana
M. I. Sr. D. José Tomás Monserrat
M. I. Sr. D. Guillermo Mateu Mateu
M. I. Sr. D. Arnaldo Casellas Bernat
M. I. Sr. D. José Miró Nicolau
M. I. Sr. D. Antonio Montis Suau
M. I. Sr. D. Feliciano Fuster Jaume
M. I. Sr. D. Carlos Viader Farré
M. I. Sr. D. Bartolomé Anguera Sansó
M. I. Sr. D. Bartolomé Nadal Moncadas
Excm. Sr. D. Alfonso Ballesteros Fernández
M. I. Sr. D. Miguel Muntaner Marqués
M. I. Sr. D. Francesc Bujosa Homar
M. I. Sr. D. Ferran Tolosa Cabani
M. I. Sr. D. Macià Tomás Salvá
M. I. Sr. D. Alvaro Agustí Garcia-Navarro
M. I. Sr. D. Antoni Obrador Adrover
M. I. Sra. D^{ña}. Juana M^a Sureda Trujillo
M. I. Sr. D. Juan Buades Reinés

Acadèmic honorari

M. I. . Sr. Dr. D. Santiago Luelmo Román

SUMARI

EDITORIAL

<i>Sangria laboral</i>	97
------------------------------	----

VIDA ACADÈMICA	99
----------------------	----

El professor Jean Dausset, doctor honoris causa de la Univesitat Politècnica de València.
Presentació del llibre del Dr. Jordi Sans Sabrafen.

ORIGINAL

<i>La patografia de Vincent van Gogh</i>	101
Francesc Mir Fullana	

REVISIONS

<i>Aplicacions de l'endoscòpia digestiva</i>	121
L. Barranco, J. Gayà, A. Llompart, A. Obrador	
<i>Hemorragia uterina disfuncional</i>	128
Manuel Usandizaga Calparsoro	

LLIBRES

<i>L'evolució de l'ús del català en medicina a Catalunya durant el segle XX</i> , de J. Sans Sabrafen	135
A. Obrador	

Convocatòria de beques	139
------------------------------	-----

Sangria laboral

La sinistralitat laboral va causar l'any 2001 a Espanya 1.030 morts i va provocar 12.000 milions d'euros de cost; constitueix, al capdavant, el problema més persistent i greu del nostre mercat laboral. I si Espanya és la nació amb més accidents de treball de la Unió Europea, Balears sobresurt del conjunt de les Comunitats Autònomes per patir unes xifres altes de sinistralitat laboral.

Dades comparatives

Efectivament, el 2001 -tot i trencar la tendència creixent dels anys anteriors- es registraren a Balears un total de 46.743 percaços laborals, dels quals 32.794 cursaren amb baixa. L'índex d'incidència d'accidents amb baixa de les Illes (99,22/ 1000 treballadors) va superar amb escreix la mitjana espanyola (73,49) com també l'índex de freqüència d'accidents amb baixa (57,9/ milió d'hores treballades a Balears, 42,8 al conjunt d'Espanya) i l'índex de gravetat d'accidents amb baixa (1,26/ 1000 hores treballades a Balears, 0,97 de mitjana nacional). Els deu primers mesos de 2002 el nombre de sinistres laborals amb baixa a Balears puja a 24.850, un 6,5% menys que els registrats el període gener-octubre del 2001 (26.581). Idèntica evolució positiva s'aprecia en el cas dels accidents mortals; greus i lleus. Tanmateix, l'índex de sinistralitat de Balears (77,9/ 1000 treballadors) és encara el major d'Espanya.

El perfil del treballador illenc accidentat correspon a un home (75 % del total), de menys de 29 anys (44 %) i amb una antiguitat a l'empresa inferior als sis mesos (55 %). El número major d'accidents es concentra en el sector serveis; tanmateix, és la construcció el sector amb més risc, tot i que les taxes minven en aquesta branca d'activitat del 1999 ençà. És oportú destacar que la major part dels sinistres responen a tres causes: sobreesforços (33 %), caigudes (21 %) i cops i talls amb eines (16 %). En els últims vuit anys s'han produït a Balears dos-cents accidents mortals, 119 dels quals al centre de treball i 81 in itinere. Més del 80 % dels sinistres mortals ocorren en el sector serveis (54 %) i en el de la construcció (30 %) i en són les seves causes principals els atropellaments o cops amb vehicles (30 %), les caigudes (22 %) i motius no traumàtics com l'infart agut de miocardi (18 %).

Acords i expectatives

La preocupació social i política suscitada per aquestes dades ha cristal·litzat en la promoció d'iniciatives, moltes coordinades per la Conselleria de

Treball. Fruit d'aquestes és el pla estratègic de salut laboral. Aprovat el 30 d'agost passat, el pla reconeix que les causes de la sinistralitat no són cojuturals; ben al contrari, diferents factors estructurals l'afavoreixen particularment a Balears: el model de contractació (temporalitat, estacionalitat, rotació) i la subcontractació; l'augment de la intensitat del treball i de les jornades a escarada; la manca de capacitació en prevenció de riscos laborals, tant d'empresaris com de treballadors o les dimensions reduïdes de les empreses, entre d'altres.

Paral·lelament, constata l'enorme desconeixement de les dolences lligades al treball, tant pel subregistre de les malalties professionals -el 2001 es notificaren 341 a Balears, un 40% més que l'any anterior- com per la manca d'un sistema adequat de vigilància sanitària de les malalties vinculades a la feina. Fa falta, així mateix, informació fiable i sistemàtica sobre la prevalença d'exposició a riscos en el treball, particularment en els de caràcter higiènic, ergonòmic i psicosocial.

El pla estratègic de salut laboral de les Illes Balears es veurà aviat complementat amb l'acord de reformes que a Madrid últim Govern i agents socials, entre les que, per la seva novetat, destaca la instauració d'un sistema de premi-càstig en les cotitzacions lligat a les xifres de sinistralitat. Un i altre haurien de contribuir a millorar el compliment de les normes de seguretat d'empreses i treballadors, mitjançant sistemes d'inspecció continuada i exhaustiva, campanyes de sensibilització i formació així com la implicació de les mútues i dels serveis de prevenció. Entre els objectius preferents del projecte balear volem destacar la millora de la qualitat de l'ocupació com a factor de reducció dels sinistres, l'increment de la plantilla d'inspectors de treball i la cooperació de les administracions que comparteixen responsabilitats en matèria preventiva. En aquest sentit, ens agradaria comprovar l'assumpció per part de la Conselleria de Salut del paper central que la Llei de Prevenció de Riscos Laborals i el Reglament dels Serveis de Prevenció li atorguen com a autoritat sanitària.

En qualsevol cas, el problema té un abast que reclama la coordinació estreta i eficaç de tots els agents implicats, incloses les societats científiques, sovint oblidades. Les accions proposades seran eficaces si es porten a terme amb rigor i seny. Balears no té per què seguir encapçalant fatalment els registres de la sinistralitat laboral a Espanya.

EL PROF. JEAN DAUSSET, DOCTOR HONORIS CAUSA DE LA UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE VALÈNCIA

Dia 28 de juny passat es va celebrar l'acte d'investidura com a doctor *honoris causa* del Prof. Jean Dausset, Premi Nobel de medicina de l'any 1980 i acadèmic d'honor de la nostra corporació. En representació de la Reial Acadèmia de Medicina de Medicina de les Illes Balears acudí a l'acte el president, Dr. Alfonso Ballesteros.

Després de la lectura de l'acta de nomenament, el Prof. Santiago Grisolí -acadèmic d'honor electe de la Reial Acadèmia- pronuncià la *laudatio* del nou doctor *honoris causa*. Després de la solemne investidura, el Prof. Jean Dausset va pronunciar les següents paraules:

“/.../Quiero dar las gracias en particular a mi gran amigo el profesor Santiago Grisolí por las palabras tan elogiosas que ha pronunciado sobre mí. Hace ya más de veintidós años que estamos unidos en un mismo pensamiento: el que la ciencia debería estar al servicio del hombre, siempre respetando los valores éticos que fundan su dignidad. En concreto, son los problemas éticos suscitados por el desciframiento del genoma humano los que nos han reunido, tal y como usted ha querido recordar ahora.

Desde esa fecha, ya lejana, los problemas de esta índole se han acrecentado en todas las áreas. A la eventual comercialización del genoma humano se ha añadido recientemente la reflexión sobre la clonación terapéutica o reproductiva y en el empleo de las células madre. Admiro su vigilancia y su acción incansable en favor de las causas más bellas, como son la educación y la investigación.

Gracias, estimado Santiago, por haberme hecho partícipe de esa misma lucha.

Me siento muy orgulloso de compartir esta impresionante ceremonia anual de su Universidad, que ya es a partir de ahora también un poco mía. Sé cuánto inculcan a sus alumnos la noción de la tecnología al servicio del hombre. Esta noción que aprecio particularmente por ser la de una asociación, el Movimiento Universal de la Responsabilidad Científica, de la que soy presidente y por tanto también en calidad de tal me dirijo a ustedes, alumnos de una universidad orientada hacia la tecnología. Porque sabemos que no es la ciencia la que está hoy en día cuestionada, sino la tecnología que se deriva del uso de la ciencia. Evidentemente, no se trata de parar la adquisición de nuevos

conocimientos, sino de ser vigilantes y que esos nuevos conocimientos se utilicen en beneficio de la humanidad y no en su detrimento, sin usos abusivos y perversos.

El mundo ha cambiado considerablemente a lo largo del último siglo. Nuestro gran planeta se ha convertido en un guijarro perdido en un universo sin límite. La vida que apareció en él hace unos cuatro mil millones de años está amenazada por las acciones del hombre. Quisiera aprovechar este foro para lanzar un grito de alarma, pues estas amenazas son enormes: deforestación, desertización, esterilización de las tierras, cambio climático, penuria de agua dulce, tasa terrible de extinción de especies vivas, agotamiento rápido de los recursos de energía fósiles, petróleo y gas, y ello sin contar los riesgos derivados de la locura de los hombres, como las guerras atómicas o biológicas. El célebre astrofísico francés Hubert Reeves nos previene al respecto: “nadie puede decir si nuestro planeta será todavía habitable al final de este siglo, ni en qué condiciones vivirán nuestros nietos en 2050” ... y el 2050 es mañana.

La mayoría de los científicos, en la que me incluyo, coincide con el testimonio expuesto, pero no debemos solamente compartir el pesimismo y cruzarnos de brazos. Es preciso reaccionar. No se trata, obviamente, de volver a la edad idílica y bucólica cantada por Virgilio, sino más bien de adaptar las sucesivas conquistas técnicas poniéndolas al servicio de una nueva civilización más humanista y solidaria en un entorno sostenible. Así pues, continúo creyendo que asistimos a una crisis de adaptación de la humanidad. La capacidad de adaptación de la humanidad es formidable -su historia da fe de ello- pero la adaptación a estos cambios tan rápidos que me ha tocado vivir no puede hacerse más que a lo largo del transcurso psicológicamente lento de las generaciones. La era industrial del carbón y posteriormente la del átomo, del petróleo y del plástico, la era de la informática, se han desarrollado demasiado deprisa para permitir al hombre adaptarse a ellos tanto psicológica como psíquicamente. Hará falta sin duda que transcurran varias generaciones para que la humanidad vuelva a encontrar un equilibrio.

Nuestro deber es claro. Se trata de permitir, e incluso de acelerar esta adaptación, transmitiendo a nuestro alrededor la noción de responsabilidad frente a las aplicaciones de la ciencia: responsabilidad, esa hermosa palabra, responsabilidad de cada uno de nosotros, ciudadanos tomados individualmente, de cada uno de nosotros en nuestras sociedades, tomadas co-

lectivament, y por supuesto responsabilidad de los científicos que deben orientar al público en general. Para que la ciencia y la tecnología sean utilizadas racionalmente hay que influir sobre los que tienen poder de decisión, es decir sobre los políticos, ávidos de votos para ser elegidos, y sobre los empresarios, ávidos de ventas para el beneficio económico. El peso de la opinión pública es considerable, sobre todo en democracia: aprovechémonos, pues, de ello.

De esta manera llegaremos a superar esta crisis de adaptación a la que aludía y de la que sois, en esta

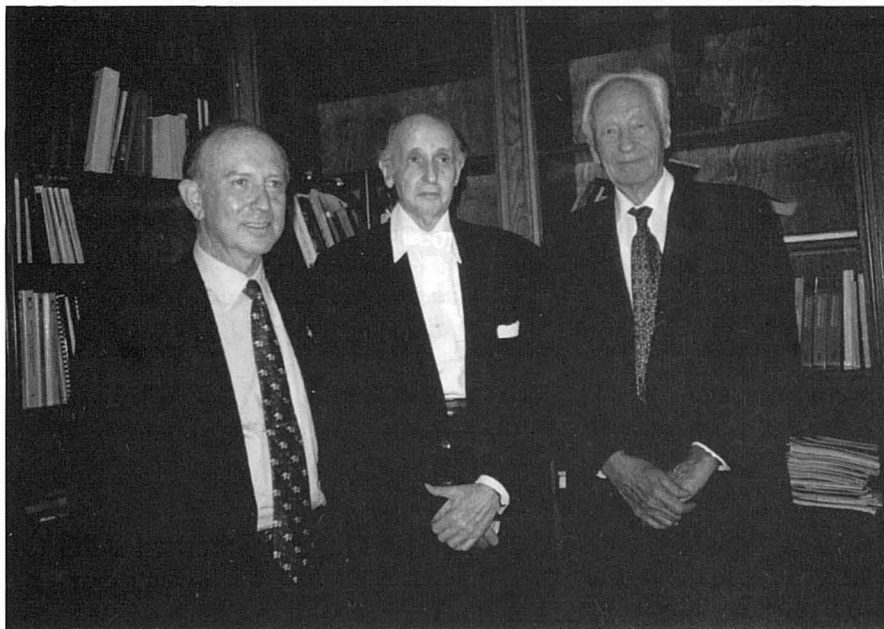
universidad puntera en tecnología, particularmente responsables.

El hombre ha adquirido un tal dominio en la materia que ya no debe aceptar pasivamente su futuro, ya que puede y debe a partir de ahora orientar lúcida-mente su destino.

No olvidemos que “toda ignorancia es una limitación y que todo conocimiento es una liberación”.

*El destino hace sucumbir
a muchas especies: sólo una
se pone en peligro a sí misma*

W.H. Auden, poeta”



D'esquerra a dreta, el President de la Reial Acadèmia Dr. Alfonso Ballesteros i el Prof. Santiago Grisolia acompanyen el nou Doctor Honoris Causa, Prof. Jean Dauset.

PRESENTACIÓ DEL LLIBRE DEL DR. JORDI SANS SABRAFEN

Dia 8 d'octubre passat la Reial Acadèmia va acollir l'acte de presentació del llibre del Dr. Jordi Sans Sabrafen “L'evolució de l'ús del català en medicina a Catalunya durant el segle XX” que duu com a subtítol: “El llarg camí d'una bella i expressiva història”. Prestigiós hematòleg i acadèmic numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, el Dr. Sans manté des de la infància lligams d'afecte amb Mallorca, on va fer els primers estudis i a la qual segueix vinculat per raons familiars, d'amistat i professionals.

En obrir l'acte, el president Dr. Ballesteros va agrair la presència dels consellers d'Educació, Damià

Pons, i de Salut i Consum, Aina Salom i es va congratular per poder celebrar a la Reial Acadèmia la presentació a Mallorca de l'obra del Dr. Sans.

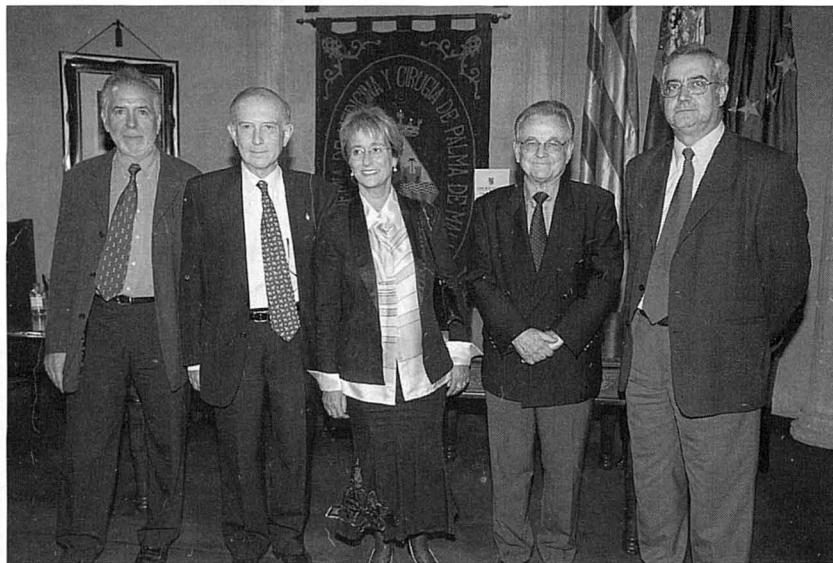
A continuació l'acadèmic numerari Dr. Antoni Obrador va pronunciar un parlament de presentació de l'autor i de lloa de la seva obra (Vid. la secció Llibres d'aquesta revista).

Tot seguit, el Dr. Sans Sabrafen advertí dels perills que enfosqueixen el present i el futur de la nostra llengua i va recordar que pensament i paraula formen una unitat íntima que vehicula la llengua que cadascú aprèn dels seus pares. En aquest sentit va indicar que el fet de pensar en una llengua i no saber-la escriure és una anormalitat que viu les greus conseqüències culturals d'una submissió. La supervivència del català

mèdic, com la del català científic, ha suposat un esforç excepcional: el Dr. Sans va fer repàs de les fites que marquen el camí fet pel català científic el segle XX i

va apel·lar a la responsabilitat de tots per fomentar el seu ús i exigir el respecte que mereix.

Unes paraules de la consellera de Salut i Consum, Aina Salom, varen posar fi a l'acte.



D'esquerra a dreta, els doctors Antoni Obrador i Afonso Ballesteros de la Reial Acadèmia, la Consellera de Salut Aina Salom, el conferenciant Dr. Jordi Sans i el Conseller d'Educació Damià Pons.

LA PATOGRAFIA DE VINCENT VAN GOGH

Francesc Mir Fullana

Vincent van Gogh (1853-1890), especialment en els darrers anys de la seva vida, va presentar crisis agudes que foren atribuïdes a un tipus d'epilèpsia¹.

Més de 150 metges de diferents especialitats han aventurat quasi el mateix nombre de diagnòstics sobre la malaltia de van Gogh, més de tretze dedicats només a l'automutilació de la seva orella². Es proposaren malalties purament somàtiques, fins i tot les psicosis endògenes, passant per les causes psicoorganiques i les tòxiques. De forma general, les teories es poden agrupar en dos grups: les que defensen la idea d'una causa biològica o orgànica i les que pensen en una causa purament psíquica³.

Els defensors d'una i de l'altra, a pesar de les investigacions i dels rius de tinta, mai s'han posat d'acord, la qual cosa no ha fet més que augmentar la confusió dels simples aficionats a l'art o del públic en general. A aquesta confusió hi ha ajudat la llibertat i la globalització de la xarxa d'internet. Per altra part, moltes de les hipòtesis estan basades, equivocadament i únicament, en les característiques temàtiques o cromàtiques dels seus quadres.

L'abundant informació de primera ma que contenen els tres volums que recullen les 864 cartes manuscrites de van Gogh, heretades per Johanna van Gogh Bonger, dona del seu germà Theo, han fet que la vida del pintor es trobi a l'abast dels investigadors, però com passa també amb la Bíblia, hi ha la possibilitat d'interpretar les cartes de diferents maneres, segons la mentalitat, l'interès, la nacionalitat o l'especialitat de cadascú⁴. Per altra part, en moltes de les cartes es troben dibuixos i esbossos de gran valor per comprendre l'evolució vital i artística del pintor.

Descartant la majoria dels hipotètics diagnòstics per improbables i alguns per absurds, al manco n'hi ha una dotzena que poden ser considerats "seriosos": epilèpsia, alcoholisme, afectació de la visió pel sol (macul·lopatia actínica), intoxicació per plom (saturnisme), sífilis i alteracions psiquiàtriques (síndrome maniaco-depressiva o esquizofrènia).

Una de les hipòtesis més repetides és considerar que l'artista patia epilèpsia, teoria basada fonamentalment en els colors grocs i brillants que emprava. Aquest diagnòstic ja va ser fet pels mateixos metges de la institució on va ser ingressat la primera vegada, el sanatori d'Arles, exactament pel Dr. Félix Rey i mantinguda pel Dr. Peyron, director mèdic del sanatori de Saint Rémy. Félix Rey estava familiaritzat amb els problemes psiquiàtrics de l'epilèpsia, tema estudiat i controvertit a França durant la segona meitat del segle XIX. Aussoleil, un company d'escola del Dr. Félix Rey, va publicar una dissertació sobre l'epilèpsia larvada i treballava a prop quan van Gogh va ser admès al sanatori d'Arles. L'any 1860, Morel⁵ havia descrit els símptomes d'aquell tipus d'epilèpsia, molts d'ells presents en van Gogh.

La toxicitat de la droga utilitzada per tractar el pintor, la digital⁶, administrada tal vegada pel seu metge, el Dr. Gachet (al qual van Gogh va pintar precisament amb una planta de digital a les mans), hauria estat la responsable de la seva visió groguenca (xantòpsia) que influiria en la utilització predominant d'aquest color i també en els cercles que es poden veure entorn de les llums i els estels en certs quadres com és exemple *La Nit Estelada*. Aquests problemes visuals, per altra part descrits en els pacients d'avui amb toxicitat a la digoxina, es deuen a que l'interval entre la dosificació correcta i la sobredosi és molt estret, si bé constitueixen uns trastorns transitoris⁷. En els temps de van Gogh s'utilitzava la digitalina, producte derivat de les fulles de la *Digitalis lanata*; de la mateixa manera que la quinina va ser la gran troballa en la Medicina del segle XVII, el gran descobriment del segle XVIII va ser la digitalina, la qual es va emprar per tractar la hidropesia (retenció de líquids) si bé, naturalment, tan sols s'obtenien bons resultats quan la hidropesia era originada per problemes del cor⁸.

En contra d'aquesta teoria està el fet que mai s'anomena la digital en els nombrosos i extensos manuscrits del pintor i tampoc en les notes clíniques dels metges que el varen tractar (el Dr. Félix Rey li va prescriure bromur de potassi) i que afortunadament encara es conserven, per la qual cosa no es pot assegurar que li fos administrada al pintor aquesta droga.

Tampoc es pot explicar la xantòpsia per l'opacitat dels cristal·lins o cataractes atesa la joventut de l'artista.

Correspondència: Fmir@mutuabaleaer.es

Metge especialista en Oftalmologia

Acadèmic Corresponent de la Reial Acadèmia de Medicina.

Medicina Balear 2002; 17: 101-120

Les al·lucinacions induïdes per l'abús de begudes alcohòliques, com l'absenta, poden relacionar-se amb els temes de certs quadres però no amb la majoria de les seves pintures fortament grogues.

En nombroses cartes, l'artista reitera i documenta per escrit *la seva preferència artística per aquest color* la qual cosa constituiria l'explicació més simple, lògica i realment l'única, de la seva especial cromaticitat⁹, present també en altres artistes contemporanis de van Gogh, com Isaac Israel. Vincent atribuïa als colors característiques especials: el groc era el color del triomf i de l'amor, el carmí era un color espiritual, el cobalt era un color diví i el vermell i el verd eren sinònims de les terribles passions humanes. Per altra part, van Gogh utilitzava majorment colors terciaris que aconseguia de combinacions de colors secundaris, a la vegada derivats de mescles de colors primaris. Curiosament, en els dibuixos o pintures de pacients o d'artistes diagnosticats d'epilèpsia, hi ha un predomini dels colors terciaris.

Però existeix una dada a favor que patís epilèpsia i precisament no es troba en les seves pintures. Com s'ha dit abans, es conserven pràcticament totes les cartes manuscrites de van Gogh, un total de 864, escrites per l'artista des de l'any 1884 fins el 1890 als seus familiars i amics, la major part al seu germà Theo. Vincent, en un període de tan sols quinze mesos, concretament a finals de la dècada de 1880, va pintar centenars de quadres i dibuixos¹⁰ i va escriure innombrables cartes, llarguíssimes, la qual cosa podria fer pensar en una *hipergrafia*, alteració típica de l'epilèpsia del lòbul temporal¹¹ igual que les fases de hiperreligiositat per les que també va passar Vincent, patologia de la que han estat diagnosticats altres artistes i visionaris, com F. Dostoievsky, G. Flaubert i E. Lear¹². Autors com Voskuil¹³ i Kivalo¹⁴, han teoritzat que van Gogh va patir una disfunció del lòbul temporal amb epilèpsia agreujada per l'alcohol, la nicotina i la trementina.

L'epilèpsia del lòbul temporal es caracteritza per no originar convulsions greus

de tipus gran mal i, en canvi, pot originar al·lucinacions, alteracions de la memòria, reaccions emocionals extremes o incontrolades i moviments complexos involuntaris. També són freqüents els canvis de personalitat com la hiperreligiositat, estats d'agressivitat, augment de la sociabilitat o de la sexualitat i en els que es dediquen al món de les arts, unes ganes irrefrenables d'escriure, de pintar o de dibuixar.

Norman Geschwind, brillant neuròleg de la Universitat de Harvard, mort l'any 1984, va descriure, a principis de la dècada dels 1970, les cinc característiques de la personalitat que freqüentment acompanyen l'epilèpsia del lòbul temporal i que actualment es coneixen com la *síndrome de Geschwind*: hiperreligiositat, hipergrafia, dependència extrema cap a les altres persones, agressivitat i sexualitat alterada. Van Gogh constituiria un exemple d'aquesta síndrome: abans de convertir-se en pintor es va fer missioner protestant, rebent moltes crítiques pel seu excés de zel que fregava l'escàndol. La hipergrafia, la necessitat compulsiva d'escriure i de pintar, estaria clarament demostrada per les innombrables cartes i les dues mil teles i dibuixos realitzats en un curt espai de temps. La dependència excessiva cap als altres la representaria la seva molt intensa relació amb el seu germà Theo i els desesperats esforços per convidaure amb Gauguin. Els atacs d'agressivitat estan documentats si bé no foren freqüents i la seva alteració sexual va prendre la forma de períodes d'hipersexualitat i d'hiposexualitat.



La nit estelada, 1889

Els neuròlegs han estudiat la síndrome de Geschwind en nombrosos pacients, trobant evidències clares d'anormalitats en la funció cortical però, curiosament, aquests pacients no presentaren convulsions epilèptiques i l'electroencefalograma era normal en la majoria dels casos. Però un dispositiu computaritzat per avaluar l'activitat cerebral a la resposta al so, va confirmar un resultat anormal en el lòbul temporal. Per altra part, les disfuncions del lòbul temporal poden augmentar la religiositat o els sentiments espirituals, la qual cosa s'ha pogut comprovar mitjançant l'estimulació elèctrica d'aquesta àrea cerebral, referint els pacients experiències místiques¹⁵.

L'any 1956, Gastaut va publicar un estudi excepcionalment ben documentat sobre la malaltia de van Gogh¹⁶ on arribava a la conclusió que, les alteracions psiquiàtriques del pintor, es basaven en una epilèpsia del lòbul temporal induïda per l'abús de l'absenta ajudat per l'existència d'una lesió límbica congènita o de la infància. Basant-se en una fotografia de Vincent d'adolescent i en els autoretrats posteriors que suggereixen una significativa asimetria craniofacial així com en els temprans canvis temperamentals, Gastaut va suggerir que l'artista hauria sofert una lesió cerebral, probablement en el naixement. L'autor va publicar l'estudi sobre la malaltia de van Gogh després d'haver dirigit una sèrie d'investigacions en grups de pacients seleccionats amb diferents tipus d'epilèpsia. Aquests estudis li permeteren observar¹⁷ que certs canvis emocionals i de la conducta d'aquells pacients epilèptics estaven relacionats específicament amb l'epilèpsia del lòbul temporal: episodis d'irritabilitat intercalats amb una actitud o disposició d'una gran sociabilitat, personalitat viscosa o dependència anormal cap als altres i una hiposexualitat. Aquests canvis representen els oposats als que es poden observar en la síndrome de Klüver-Bucy que es produeix quan s'extirpen els dos lòbuls temporals en l'experimentació animal: tranquil·litat, falta d'atenció i hipersexualitat, com havia comprovat el propi autor¹⁸. Gastaut va reconèixer el paper important de l'absenta en les crisis de van Gogh, qui hauria estat particularment vulnerable als seus efectes psicotòxics.

Altres autors com Monroe¹⁹ relacionaren els canvis mentals episòdics del pintor amb el consum d'absenta, pensant que estarien originats per una disfunció límbica epileptòide que li produïa una hipercreativitat tan intensa que l'emmalaltia. L'afectació del lòbul temporal ha estat i és encara actualment una de les hipòtesis més defensades²⁰.

Morrant²¹ va argumentar una epilèpsia basant-se únicament en una pèrdua de consciència, però ni en la

correspondència de Vincent ni en les notes clíniques dels metges que el tractaren hi ha cap referència, puix sempre es parla d'un estat confusional però no de pèrdua de consciència. Lemke i Lemke²², analitzant les cartes i l'obra del pintor, varen demostrar que després de debutar la malaltia, la capacitat creadora del pintor va seguir desenvolupant-se qualitativament i quantitativament, la qual cosa seria difícil relacionar-la amb una causa psicoorganica, però aquests autors no proposaren un diagnòstic final.

Fins i tot s'ha arribat a proposar, com va fer Abram l'any 1966²³, que van Gogh va presentar una síndrome de Münchhausen²⁴ denominació d'una addicció a simular malalties i a la cirurgia, podent arribar a l'automutilació i a l'agressivitat contra el personal sanitari. Crec que Abram va voler dir la seva i res més, ja que el seu plantejament no té el mínim fonament.

En canvi, el Dr. Arenberg, basant-se en l'estudi exhaustiu de les cartes i de les pintures, opina que el pintor no va patir epilèpsia i sí una síndrome de Menière, amb forts atacs de malestar, vertigen recurrent amb nàusees i alteracions auditives i visuals descrites com al·lucinacions, ja que van Gogh en els seus escrits demostra ser un home en ple us de la raó detallant que sofria de forts i repetits atacs de vertigen, però no de convulsions. La suposada síndrome de Menière, que encara no s'havia descrit en el temps de van Gogh, hauria originat un tinnitus intolerable i continu (renous o siulos auditius anormals) que induí al pintor a alleugerir aquesta molesta alteració eliminant el seu origen tallant-se l'orella²⁵. Abans que Arenberg, un otorrinolarigòleg japonès, el Dr. Yasuda, l'any 1979 fou el primer en plantejar la possibilitat que van Gogh patís una disfunció de l'oïda interna.

En contra d'aquesta idea està el fet que van Gogh no es va tallar el pavelló auditiu complet ja que la incisió va ser diagonal començant per la part posterior de l'orella continuant per la part superior i tallant-la anteriorment fins el tragus (la prominència cartilaginosa enfront de l'obertura exterior). Per altra part, en les nombroses cartes del pintor mai es va mencionar l'existència de renous auditius que puguin fer pensar en l'existència d'un tinnitus.

La hipòtesi de Arenberg va rebre moltes crítiques perquè es basava en una valoració molt subjectiva de símptomes aïllats²⁶. Per altra part, s'ha de tenir en compte la interpretació que va fer, tal vegada erròniament, del terme francès *vertige* utilitzat en la traducció francesa de les cartes del pintor, escrites en principi en holandès. En francès, *vertige* pot significar tant embriagament com desorientació i Arenberg el va considerar com mareig. Aquesta hipòtesi també es

pot descartar totalment, ja que el seu mateix defensor, el Dr. Arenberg, en un article posterior, va afirmar que havia malinterpretat les cartes.

Però es segueix insistint en trobar una explicació per l'automutilació de van Gogh i altres autors opinen que hauria succeït per alleugerir els dolors originats per una *síndrome de l'articulació temporo-mandibular*. Aquesta patologia, ja descrita per Hipòcrates²⁷, afecta de forma primària a aquesta articulació facial i als músculs de la masticació, especialment entre els 20 i els 40 anys. Es relaciona amb alteracions produïdes per l'estrès, és a dir, de causa psicofisiològica, que originen un augment de la tensió del múscul mandibular ocasionant un espasme muscular que dificulta la masticació amb dolor que pot arribar a ser intens. Aquesta suposada patologia també es pot descartar per improbable.

González Luque i Montejo González²⁸ basant-se en l'estudi documental i amb el de les tècniques i materials utilitzats pel pintor, teoritzen sobre el fet que els símptomes físics i psíquics de Vincent van Gogh fossin causats per una intoxicació crònica pel plom dels pigments i substàncies que emprava. Mitjançant l'anàlisi historiobiogràfic, comparen els símptomes progressius de la malaltia de Vincent amb els del saturnisme i arriben a la conclusió que la utilització continuada i excessiva de pigments altament tòxics pel seu elevat contingut en plom, com el blanc de plom (carbonat de plom) o el crom groc (cromat de plom), podrien haver penetrat en el seu organisme especialment per la via digestiva en petites quantitats diàries donant lloc a la clínica d'una intoxicació crònica per plom per la bioacumulació d'aquest metall. Se sap que el pintor mesclava amb blanc quasi tots els colors perquè la capa de pintura fos opaca i de gran poder cobertor. Durant la seva estada a Arles, expressava amb els grocs de crom l'entusiasme que li produïa el paisatge amb la forta radiació solar del Migdia francès. Els símptomes clínics coincideixen amb els símptomes descrits per Vincent en les seves cartes autògrafes després de pintar els primers quadres a l'oli: debilitació o astènia (precisament les primeres manifestacions d'un saturnisme solen denominar-se neurodystonia vegetativa), estomatitis amb pèrdua de peces dentaries²⁹, dolors abdominals recurrents, anèmia amb pal·lidesa de la pell, encefalopatia saturnina amb crisis epilèptiques, canvis de caràcter progressius i períodes de deliris. Per tant, la simptomatologia del pintor seria causada per un *desordre mental de tipus orgànic*, és a dir, originat per una substància tòxica com el plom. Es conta que Van Gogh emprava molt els dits, especialment quan es secaven els pinzells i s'endurien, i també que xupava el pinzell quan canviava de color o

es posava a la boca la part superior quan contemplava la feina feta, factors que també podrien haver ajudat a la intoxicació.

Aquestes manies del pintor, juntament amb el fet que el blanc de titani no es va introduir fins l'any 1920, amb la qual cosa el tòxic blanc de plom era l'únic blanc bo per pintar a l'oli, fa que la hipòtesi d'un saturnisme sigui factible.

Entre els nombrosos «diagnòstics» hi ha també el de neurosífilis, basat en el tipus de vida desordenat de van Gogh, que l'any 1882 va ser tractat de gonorrea, i en la prevalença de les malalties venèries en una època en la que la profilaxi i els tractaments mèdics efectius eren pràcticament inexistent. Però cap dels símptomes que podrien fer pensar en aquesta patologia es poden evidenciar en el pintor ja que durant la seva vida no va patir cap alteració mental o somàtica persistent.

El que sí resta confirmat, tant per l'artista mateix com pels seus amics i coneguts, és que van Gogh era un gran bevedor d'absenta, el licor més popular de l'època, denominat pels seus addictes "la bruixa verda", pel seu color maragda, la qual cosa podria haver constituït una causa d'exacerbació de la seva malaltia.

El licor d'absenta, originari de Suïssa, va gaudir d'una gran acceptació a finals del segle XIX especialment entre els artistes i escriptors, i va esdevenir un símbol de la vida bohèmia. En el París de finals del segle XIX, el moment del cocktail d'absenta, "l'hora verda", entre les cinc i les set de l'horabaixa, constituïa l'esdeveniment del dia³⁰.

Varen ser bons bevedors d'absenta Maupassant, Henri de Toulouse-Lautrec, Edgar Degas (pel qual aquesta beguda no degué ser gens favorable donat el seu greu problema ocular), Paul Gauguin, Edouard Manet, Zola, Oscar Wilde, Paul Verlaine, Charles Baudelaire, Ernest Dowson, Alistair Crowley, Arthur Rimbaud, Edgar Allan Poe, Ernest Hemingway, van Gogh, el mateix Picasso i molts d'altres, perquè es pensava que augmentava l'activitat del cervell, eixamplava la imaginació i que, a més, actuava com afrodisíac. Oscar Wilde deia sobre l'absenta: "*Després del primer tassó veus les coses com desitjaries que fossin. Després del segon, les veus com no són. Finalment, les veus com són en realitat, la qual cosa es el més horrible del món*".

La forma tradicional de prendre l'absenta, constituïa un veritable ritual i consistia en posar uns 30 mil·lilitres del licor en un tassó especial afegint-li cinc vegades més d'aigua freda amb un terròs de sucre sobre una cullereta foradada. Aquesta mescla fa que els terpenoids formin una opal·lescència groguenca. L'absenta sense diluir tenia entre el 60% i el 80%

d'etanol, si be diluïda l'absenta no te una concentració alcohòlica major que moltes altres begudes. Però els artistes no anaven de berbes i menys de dilucions aquoses i la solien prendre mesclada amb cognac o brandy, com feia Toulouse-Lautrec, fent un potent beuratge al que li deien "terratrèmol", un cocktail realment tòxic.

A partir de l'any 1850 es començaren a descriure els resultats de l'abús crònic d'aquesta beguda alcohòlica, síndrome caracteritzada per l'addicció al producte, hiper-excitabilitat, crisis epileptoides, congestió renal i al·lucinacions. Amb anterioritat, un dels estudis més cèlebres fou realitzat pel Dr. Motet l'any 1859, on indicava que l'absenta provocava crisis epilèptiques en els cans. Un altre estudi de la mateixa època realitzat pel Dr. Louis Marce descriu convulsions, evacuacions involuntàries i salivació exagerada en els cans i rates als que s'havia administrat l'absenta. El Dr. Magnan, l'any 1874, va descriure per primera vegada els símptomes amb el terme *epilèpsia absintica*, arribant a la conclusió que l'absenta aïllada originava convulsions epilèptiques en els humans³¹. L'estudi del Dr. Isaac Ott de l'any 1892 assenyalava l'aparició d'espasmes facials i tremolors en els voluntaris als qui havia injectat a la jugular dues gotes d'absenta. Tots els texts de neurologia de l'època relacionaren l'absenta amb l'epilèpsia.

Degut a aquests efectes nocius, l'absenta va ser prohibida en molts de països a partir de l'any 1900³². Els efectes contraproductius per la salut de l'absentisme es varen veure magnificats pel seguiment de les teories hereditàries de Lamarck que feien pensar que les fàcies i tares dels bevedors d'absenta es transmetien als seus fills.

La moda d'aquesta beguda entre els artistes i intel·lectuals de l'època, representants de la vida bohèmia i de la contracultura, queda palesa en la quantitat de quadres en els que l'absenta és el motiu temàtic: *El bevedor d'absenta* d'Edouard Manet de 1859³³, *Els bevedors d'absenta* de Jean François Raffaelli de 1861, les litografies de l'absenta d'Honoré Daumier de 1863, *L'Absenta*, famós quadre d'Edgar Degas de 1876, els retrats de Van Gogh realitzats per Toulouse-Lautrec l'any 1887 (un a l'oli i l'altre al pastel), *Vida amb l'absenta* de van Gogh de 1887, *El senyor Boileau al cafè* de Toulouse-Lautrec de 1893, *L'Arlequí i el seu company*, *El bevedor d'absenta* i *El poeta*, tres obres de Picasso pintades l'any 1901, *El bevedor d'absenta* de 1902 i *El vas d'absenta* de 1911, tema que va repetir l'any 1914 el mateix artista.

Aquest licor es destil·la de variades herbes entre les que es troba l'absenta, la *Artemisia absinthium*, que

conté alfa-tujona (un terpen com l'ancanfor i la pinina), constituent químic que posseeix un efecte psicoactiu, és a dir, estimulant del sistema nerviós. Els efectes nocius es troben documentats des de l'any 1916 però ningú havia descrit on actuava exactament la neurotoxina³⁴.

Actualment³⁵ es coneixen amb exactitud els seus mecanismes d'acció: l'alfa-tujona bloqueja els receptors cerebrals responsables de controlar els senyals d'excitació del cervell (els receptors per l'àcid gamma-aminobutíric o GABA, component clau del delicat sistema d'autocontrol cerebral). Les neurones, sense aquest control, s'estimulen de forma anòmala originant excitació, convulsions, atacs epileptoides i inclús dany cerebral permanent³⁶.

La tujona és el major component tòxic de l'extracte o oli d'absenta. Químicament es tracta d'un monoterpè (que són productes naturals de deu àtoms de carbó que es troben a diferents plantes i flors i que normalment són aromàtics) amb una estructura semblant al mentol. El mecanisme d'acció no es ben conegut, però la semblança de l'estructura de la tujona i del component actiu de la marihuana (el tetrahidrocannabinol) varen fer pensar que aquestes dues substàncies actuarien en els mateixos llocs del cervell³⁷ però s'ha comprovat³⁸ que la tujona i altres fraccions de l'oli d'absenta no activen el receptor cannabinoide a concentracions fisiològiques i per tant els efectes intoxicants de la tujona no es deuen a l'activació d'aquests receptors, per la qual cosa sembla que la tujona actua per altres mecanismes no identificats. Per altra part dins l'absenta hi ha l'absintina, un guaranolid dimèric, substància responsable del gust amarg característic però que també es troba a la llista dels narcòtics analgèsics en el mateix grup que la codeïna.

Arnold i altres autors com Berggren³⁹, proposen la teoria que l'addicció obsessiva de Van Gogh pel licor d'absenta juntament amb l'exposició constant a la trementina i a l'ús habitual de càmfora a altes dosis que utilitzava per combatre l'insomni, originaren en el pintor l'aparició d'al·lucinacions i convulsions.

Aquestes tres substàncies citades contenen quantitats elevades de components químics de tipus dels terpens sent ben coneguda la seva neurotoxicitat i la inducció d'alteracions psicològiques a dosis tòxiques⁴⁰.

En contra d'aquesta teoria està el fet que investigacions recents han confirmat que per preparar cent litres de licor d'absenta es necessiten 2,5 quilograms de planta. Cada beguda conté 4.4 mg d'oli d'absenta que contenen de 2 a 4 mg de tujona, quantitats molt per davall de les que poden produir els efectes aguts.

L'*Artemisia absinthium* és una planta, l'oli o l'extracte de la qual ha estat utilitzada des de l'antiguitat per les seves propietats medicinals.

La primera menció escrita de l'absenta es troba en el papir de Ebers que data del 3550 AC. Els egipcis l'utilitzaven especialment com vermífuga. A la Bíblia es citada una dotzena de vegades si be segurament es refereix a l'*Artemisia judaica* o a l'*Artemisia herba alba*. Es sap, gràcies a la Historia Natural de Plini el Vell, que els antics grecs la mesclaven amb el vi. Els grecs dedicaren l'absenta a la deessa Artemisia i ja Hipòcrates l'emprava pel tractament de la icterícia, reumatisme, anèmia i els dolors menstruals. El nom *Absinthium* li va ser donat pels romans del llatí *absinthial* que vol dir amarg. També es coneix d'antic el seu efecte insecticida. Els asteques l'empraven per estimular l'apetit, ajudar a la digestió, per treure els paràsits intestinals, pels problemes menstruals i també, aplicada externament, per les ferides infectades i úlceres cutànies. El nom anglo-saxó *wormwood* procedeix de la paraula *wermode* o preservador del pensament. Shakespeare l'anomenà en algunes de les seves obres. També Nicholas Culpeper, el famós herborista del segle XVII, la cita en el seu llibre *The Complete Herbal*, denominant-la "cura-tot". Els soldats francesos la consumiren en abundància durant la Guerra d'Argèlia (1844-1847) i quan tornaren a França varen substituir la síndrome d'abstinència pel licor d'absenta.

Té efectes favorables per la digestió i la circulació sanguínia, és a dir, és tònica i estimulante, sent també emprada contra la febre⁴¹, com insecticida i per combatre els cucs a pesar que aquest efecte antihelmíntic no està del tot clar i es pensa que seria degut al seu contingut en santonina⁴². També és conegut que conté una substància amb efecte contra la malària⁴³.

Més difícil d'acceptar pels metges occidentals és una pràctica xinesa ancestral denominada *moxibustió*, consistent en l'aplicació d'estímuls tèrmics sobre punts o canals d'acupuntura amb la finalitat d'obtenir canvis biològics per aconseguir un efecte terapèutic. Els estímuls tèrmics s'obtenen cremant fulles de *Artemisia* en forma de cigarretes i una de les aplicacions més espectaculars i sorprenents és el col·locar prop del turmell d'una dona embarassada la cigarreta per corregir una posició fetal anòmala: el fum de l'*Artemisia* estimula els punts d'acupuntura que actuen sobre el fetus provocant el seu gir⁴⁴.

A finals del segle XVIII, l'absenta es va mesclar amb anís per fer un elixir de bona salut. A la segona meitat del segle XVIII es varen obrir a Suïssa, al cantó de Neuchâtel, diverses destil·leries artesanals especialment en el vall de Travers, però la fabricació

industrial va començar amb la destil·leria oberta a Couvet entre l'any 1797 i el 1798 per Daniel-Henri Dubiet i el seu gendre Henri-Louis Pernod, fabricació que ben aviat es va estendre als altres pobles de la regió com Travers, Môtiers, Fleurier o Les Verrières. El cultiu, assecat i condicionament de les variades plantes aromàtiques que entren en la composició del licor d'absenta, és el principal motor econòmic d'aquesta regió, sent famoses arreu del món per la seva qualitat la gran i la petita absenta, l'hisop i la menta.

Les fonts de tujona del licor d'absenta solen ser l'*Artemisia absinthium* i l'*Artemisia pontica*. El licor d'absenta conté variades essències de plantes que a grans dosis tenen efectes neurotòxics. Però a dosis normals, la mateixa tujona actua d'estimulant de les activitats motrius i mentals i a més té un percentatge d'acumulació mínima. Per altra part, dins el licor d'absenta hi ha l'inetol que procedeix de l'essència d'anís i que s'oposa a l'activitat convulsiva de la tujona. La conclusió és que no es pot demonitzar l'absenta i menys les actuals, ja que beguda en quantitats raonables, en absència d'alteracions orgàniques predisponents i mesclada amb aigua com pertoca, es pot considerar un excel·lent aperitiu perquè presa d'aquesta manera, la seva acció és més estimulante que perillosa. A pesar de tot, convé anar amb cura, ja que s'han descrit casos d'intoxicació per absenta aconseguida a través d'internet, entre els que destaca una fallida renal aguda molt greu⁴⁵.

Les constatacions experimentals fan pensar que els símptomes de l'absentisme: tremolor, somnolència, al·lucinacions, paràlisi i convulsions, serien produïts pels efectes de la tujona, però hi ha autors que pensen que també podrien ser provocats per l'alcohol. L'absenta no diluïda conté entre el 60% i el 85% d'etanol i la que bevien els artistes, escriptors i bohemis del segle passat, a pesar d'estar diluïda, contenia un altíssim percentatge d'aquest alcohol. A pesar d'això, Arnold, professor de bioquímica de la Universitat de Kansas opina que els símptomes i l'extensió de les lesions per l'excés de consum d'absenta no es poden atribuir únicament a l'alcohol.

Hi ha que puntualitzar que alguns dels efectes de les begudes alcohòliques són produïts pels congèneres de l'etanol. Els congèneres constitueixen un terme general per denominar les petites molècules diferents de les d'etanol que es troben en les begudes alcohòliques i que inclouen aldehids, esters i alcohols primaris com el metanol. El contingut de congèneres és important ja que poden actuar com irritants de les mucoses, depressors del sistema nerviós central o provocar nàusees. Apart de les excepcions del metanol i del

acetaldehid les investigacions sobre els congèneres són escasses. Per altra part, els fabricants d'absenta de vegades afegien colorants per aconseguir un color verd maragda millor i aquests adulterants incloïen sulfat de coure, verd d'anilina, indi d'acetat cúpric i d'altres que ben bé podrien haver augmentat la toxicitat de l'absenta i per tant els efectes subjectius.

Però altres investigadors com Bonkovsky⁴⁶ han demostrat que la càmfora, l'alfa-pinena (el major component de la trementina) i la tujona (constituent de l'absenta) són terpens que tenen una acció porfirinogènica, és a dir, originen un increment de la producció de porfirines en les cèl·lules renals d'embrions de poll per augment de l'activitat de la 5-acid aminolevulínic-sintetasa, la qual cosa fa pensar que aquests terpens poden causar problemes greus en pacients amb la síntesi hemo-hepàtica alterada o defectuosa com seria el cas de van Gogh. Els fetges dels bevadors d'absenta del segle XIX, fàcilment podien haver presentat concentracions de tujona de 20 a 200 micromols per litre, que podrien originar problemes en els individus amb el sistema hematopoètic compromès.

Arnold assenyala que van Gogh sembla haver patit una afecció congènita denominada *porfíria aguda intermitent* (PAI) que pot haver influït en que aquests productes li produïssin les alteracions psiquiàtriques precisament a ell i no a altres artistes, com al mateix Paul Gauguin, que varen beure molta més absenta que van Gogh, amb uns resultats molt menys severos per la seva salut psicofísica. Però el que és segur, és que Vincent bevia molt, no tan sols per alleugerir els dolors del possible atac de porfíria⁴⁷, sinó també, com repeteix en nombroses cartes manuscrites, perquè considerava que l'alcohol era bo pels artistes perquè estimula la creativitat, la qual cosa no millorava sinó que empitjorava el quadre clínic ja que els terpens acumulats en el fetge li provocarien amb la ingestió d'absenta aguditzacions de la malaltia originant un cercle viciós infernal. Van Gogh va ser introduït en la moda de "l'hora verda" o cocktails d'absenta, pel pintor Toulouse-Lautrec, excel·lent artista i enorme alcohòlic. Van Gogh va pintar botelles i tassons d'absenta en uns quants quadres com *Vas d'absenta amb gerra* del 1887 i en la natura morta *Natura morta amb cebes* del 1889. Durant la seva estada a París, Vincent va patir convulsions amb una accentuació gradual dels canvis emocionals i de la conducta.

El 20 de febrer de 1888 van Gogh abandonà París i el mateix dia arribar a Arles, lloc on va acudir per recuperar la inspiració: "*He vingut al Migdia per mil raons: per voler veure un altre llum, voler veure aquest*

sol més fort perquè un present, que sense conèixer-lo, no és possible comprendre, des de el punt de vista de l'execució i de la tècnica, els quadres de Delacroix i perquè un intueixi que els colors del prisma estan velats en la boirina del Nord". Va passar un hivern feliç i amb ganes de treballar^{47a} i va tenir la idea de formar una comunitat d'artistes convidant Gauguin, que es va fer esperar, a treballar i viure amb ell⁴⁸. A l'estiu, van Gogh va començar a descuidar-se, estava nerviós, irascible, duia una vida desordenada, menjava poc, fumava i bevia massa i treballava frenèticament durant hores a l'aire lliure. Passava dies alimentant-se només amb cafè, pa i alcohol. Ho va deixar escrit retrospectivament: "*El senyor Rey diu que en lloc de menjar suficientment i de forma regular, em mantinc amb cafè i begudes alcohòliques. Ho reconec, però per aconseguir la nota groga i penetrant d'aquest estiu, vaig tenir que exagerar un poc les coses*".

Aquest desordre vital constituiria una base òptima per desencadenar la malaltia de tipus porfirínic que estaria dormida en la memòria dels seus gens. Fins que no va trobar una casa al seu gust, la *Casa Groga*, que també va pintar l'any 1888, i on no es va traslladar fins el mes de setembre d'aquell any, perquè no tenia possibilitats d'amoblar-la, el pintor "menjava" al *Cafè de la Gare* i dormia en el *Cafè del Alcazar* on pintaria el seu famós quadre del *Cafè de Nit*. La *Casa Groga* d'Arles formava part del projecte de Vincent d'establir una comuna d'artistes, basant-se en models reals com el grup de Barbizon o la Germandat Pre-rafaelista, projecte que acaba amb la marxa de Gauguin⁴⁹.

Però hi ha el detall curiós que els doctors Peyron i Rey, que tractaren van Gogh, mai mencionaren l'abús de l'absenta en els diagnòstics ni en les històries clíniques, a pesar que a l'època, aquest producte es consumia en grans quantitats a la zona d'Arles.

La porfíria aguda intermitent, és un tipus de porfíria hepàtica, la més freqüent, que s'hereta de forma autosòmica dominant. Entre els europeus té una prevalença de 1 cada 20000, si bé és difícil de conèixer la incidència real amb certesa ja que la majoria dels portadors del gen de la porfíria són asimptomàtics.

Aquesta entitat clínica es caracteritza per atacs recurrents de dolors abdominals de tipus còlic, disfunció gastrointestinal, alteracions neurològiques i excessives quantitats d'àcid aminolevulínic i porfobilinogen a l'orina (la qual adquireix un color de vi rosat o fluorescent quan s'exposa a l'aire) però també perquè durant els períodes entre les crisis el pacient es troba totalment normal. A la porfíria li diuen "*el petit imitador*" ja que presenta un quadre clínic molt poc clar que dificulta el diagnòstic dels metges

examinadors, sent fàcil i freqüent en la pràctica mèdica confondre un atac de PAI amb un trastorn neuropsiquiàtric.

Actualment es sap que la PAI es deu a un error en el metabolisme del pirrole originat per una deficiència d'un enzim, la porfobilinogen-deaminasa. Comença a manifestar-se entre els 20 i els 30 anys, rarament abans de la pubertat i són factors desencadenants les infeccions agudes i sobre tot la ingestió de substàncies tòxiques, especialment barbitúrics, sulfamides, cocaïna, anticonceptius orals i també l'alcohol. Els atacs són totalment imprevisibles i per això és de vital importància conèixer quins productes o medicacions són tolerats pel pacient i quins no. És patognomònica l'absència de lesions cutànies però són típics els símptomes digestius en forma de dolors còlics aguts i de gran intensitat, acompanyats de vòmits i estrenyiment, i els símptomes neuropsiquiàtrics com parestèsies, hiperestèsies, polineuritis de les extremitats inferiors, crisis epilèptiques amb trastorns mentals en forma de depressió, crisis histèriques, confusió, al·lucinacions, desorientació i altres alteracions psicòtiques de la personalitat així com també les cefalees⁵⁰.

A finals de l'estiu i a la tardor de l'any 1888 sorgiren els quadres nocturns. Vincent quasi no dormia durant les nits i col·locava ciris sobre el seu capell i sobre el cavallet per poder pintar. L'artista va narrar els estats d'excitació que sofria mentre pintava i que alteraven la seva ment: *"No estic malalt, però emmalaltiré sens dubte si no m'aliment millor i deix de pintar alguns dies. Quasi he caigut en la follia d'Hugo van der Goes en el quadre de Émile Wauters. De totes formes no crec que la meua follia sigui un deliri de persecució ja que les meves sensacions durant l'estat d'excitació sempre van dirigides a una ocupació amb l'eternitat i la vida eterna"*.

L'octubre de l'any 1888 a la fi va arribar Gauguin amb el qui va conviure uns mesos a la Casa Grogà⁵¹. L'arribada de l'amic artista va semblar tranquil·litzar-lo al principi⁵², però segurament amb l'ajuda de l'alcohol consumit conjuntament, les discussions entre els dos pintors es varen fer cada vegada més violentes. Hi ha autors que pensen en una relació homosexual entre els dos artistes pel simple fet que Vincent deia a les seves cartes que Gauguin era «elèctric»: *«Gauguin i jo parlem molt sobre Delacroix, Rembrandt, etc. Les nostres discussions són terriblement elèctriques, de vegades sortim amb el cap cansat com si fossin bateries gastades...»*, la qual cosa constitueix una base totalment insuficient per aquests pensaments⁵³.

Va ser precisament després d'una forta discussió amb Gauguin que el 23 de desembre de 1888 es va tallar parcialment l'orella, donant-la a una prostituta, Raquel, i va ser internat al sanatori d'Arlès.

Els fets es coneixen prou bé gràcies a la detallada descripció, naturalment la seva versió, de Gauguin. *«Quin dia, Déu meu! A posta de sol, després d'un pobre berenar, vaig sortir a fer una volta. Acabava de creuar la plaça de Victor Hugo quan vaig sentir, darrera meu, el só familiar d'unes passes, ràpides però irregulars. Vaig girar just en el moment en què en Vincent es llançava sobre mi amb un raor obert a la ma. L'expressió de la meua mirada degué ésser terrible perquè es va aturar i, acotant el cap, va córrer cap a la casa... Vaig llogar una habitació a l'hotel més proper i allí vaig passar la nit, on, tens com em trobava, vaig trigar a agafar la son. Em vaig despertar a les set i mitja... Vaig trobar un grup de gent a la porta de la casa amb diversos guàrdies i un comisari. Resulta que van Gogh, en tornar a la casa, immediatament es va tallar l'orella. Degué tardar bastant en controlar l'hemorràgia, perquè, l'endemà, trobàrem diverses tovalloles brutes de sang pel terra de les dues cambres d'abaix. Quan es va sentir millor, amb una boina basada ben esbiaixada va marxar a una casa de cites i li va donar a la portera l'orella dins un sobre, curiosament neta. Aquí hi ha, va dir, un record meu. De retorn a la casa, es va ficar dins el llit i es va adormir... Jeia en el llit, completament cobert per les flassades, arraulit,*



Autorretrat amb el cap embenat, 1889.

semblava mort. Suaument, molt suaument vaig tocar el seu cos, que vaig notar amb vida... amb veu molt baixa li vaig dir al comisari: si us plau, desperti aquest home amb cura, i si demana per mi li digui que ha partit a París, veure'm pot resultar-li fatal...».

Vincent es va recuperar amb rapidesa en mans del Dr. Félix Rey, que de forma prou optimista va considerar passatgera la sobreexcitació del pintor donant-li l'alta als catorze dies de l'ingrés, com ho relata el mateix pintor: *“Me sent feliç perquè l'estat d'excitació fou passatger. Esper que tan sols hagi estat l'extravagància d'un artista. Sabia que un es pot trencar els braços i les cames i reparar-les, però no sabia que un es pot rompre el cap i sanar”*. En una carta al seu germà Theo li conta que: *“Les intolerables al·lucinacions han cessat a força de prendre bromur de potassi”*.

Tot esperant la cicatrització de la ferida auricular⁵⁴ es va embenar el cap de forma espectacular, tal com es va representar en els dos autoretrats pintats el gener de 1889 després de catorze dies d'ingrés al manicomi d'Arles.

Circulen més de tretze teories sobre la mutilació auricular: uns autors pensen que es va tallar l'orella perquè estava cansat de sentir renous anormals (tinnitus, acufens). Altres pensen que seria una mena de castració simbòlica donada la semblança entre les paraules holandeses per orella (*lel*) i penis (*lul*). Altres ho relacionen amb el tema bíblic de l'Hort de Getsemaní, on Simó Pere va tallar l'orella de Malcus, un servent del Gran Sacerdot quan venia prendre Crist, tema que van Gogh havia intentat pintar l'estiu anterior⁵⁵. S'ha arribat a l'absurd de pensar que, donat que havia vist a Arles corregudes de bous, Vincent hauria comès l'automutilació tenguent com a referència l'ofertament del torero de l'orella de l'animal a la dama. Altres manifesten un prurigen o picor inaguantable produït per un èczema⁵⁶.

L'especialista d'art alemanya Rita Wildegans ha publicat un llibre on es canvia tota l'història, ja que fa la hipòtesi que no va ser van Gogh el que es va tallar l'orella sinó que el mutilador hauria estat Gauguin, per cert bon dominador de l'esgrima. Segons Wildegans, el motiu principal de la violenta discussió entre els artistes fou el que es coneix, la seva rivalitat per Rachel, la seva prostituta preferida. L'autora es basa en el fet que, com explica el mateix Vincent, va recobrar la consciència enmig d'un bassiol de sang i sense recordar res del que va succeir i en què Gauguin va partir al dia següent sense el seu equipatge. Una vegada a París, Gauguin va reclamar les seves pertinences entre les que hi havia el seu equip d'esgrima, però no va

mencionar l'espasa. D'aquesta manera i seguint sempre en el món de les suposicions, hauria fugit amb la prova del delictes. Una nova teoria sobre la pèrdua del tros del pavelló auricular que deixa oberta la possibilitat d'una agressió, en contra de, la fins ara acceptada automutilació.

El 9 de febrer d'aquell any de 1889 fou internat de bell nou per insomni i al·lucinacions, però el Dr. Rey seguia optimista i li va tornar donar l'alta ràpidament. El batlle d'Arles va rebre una carta signada per vuitanta veïns sol·licitant l'internament de Vincent, a qui consideraven un perill públic, aconseguint que la policia precintés la seva casa i l'internés en contra de la seva voluntat a l'hospital d'Arles, on continuà pintant. Donat que el Dr. Rey es trobava absent, va quedar internat fins les primeries de maig, quan el seu amic Signac⁵⁷ va aconseguir l'alta del pintor gràcies al seu ofertament de viure amb ell a la *Casa groga*. El mateix Signac es va atemorir pocs dies després quan va comprovar les incoherències de Vincent i li va suggerir que ingressés de bell nou.

El seu germà Theo⁵⁸ es va convertir, com quasi sempre, en el seu únic aliat i la sola persona en qui poder confiar⁵⁹.

Gràcies a les seves gestions, va aconseguir l'internament voluntari de Vincent a l'asil de Saint-Paul de Mausole, situat al poble de Saint Rémy-de-Provence a 25 kilòmetres d'Arles, on va arribar en tren el 8 de maig del 1889 i on va romandre quasi un any. Aquest sanatori era un antic monestir de trenta habitacions, de les que tan sols n'estaven ocupades dotze⁶⁰.

El metge encarregat de tractar a Vincent, el Dr. Peyron, el va inscriure en el registre de pacients de l'asil avançant un diagnòstic: *“En aquest moment sembla estar de bell nou amb totes les seves facultats mentals, però sent que no té la força ni el valor suficient per estar tot sol i per aquest motiu ha demanat voluntàriament el seu ingrés en aquesta institució. Basant-me en els seus antecedents, arribo a la conclusió que el Sr. van Gogh sofreix convulsions epilèptiques i és convenient que romangui en observació durant un temps en aquest sanatori”*⁶¹. En aquella solitud física i psíquica, el seu estat d'ànim era productiu: *“La meua angunia, el terror que tenia abans a la follia, s'ha suavitzat molt, sent desigs de treballar”*. Després dels primers quinze dies d'internament, el Dr. Peyron va informar Theo que Vincent es trobava bé i que passava tot el dia dibuixant en el jardí acompanyat per un infermer, Jean-François Poulet, ja que el metge havia promès a l'artista que podria sortir a pintar fora del sanatori tan prest com la

seva situació s'estabilitzés. A pesar de tot, el Dr. Peyron tenia serioses dubtes de que la millora de Vincent fos duradora: «...donat que tinc bones raons per creure que l'atac que va sofrir fou causat per una forma d'epilèpsia i si això es confirma, hem de témer pel seu futur». Va seguir amb la seva creació original (pintant 150 olis, deu aquarel·les i cent dibuixos), que jugaria un paper decisiu en el desenvolupament artístic de les futures generacions. Referint-se a la seva malaltia arriba a dir el 9 de juny de 1889: «*Tal vegada hagi estat útil en el sentit que ara pint millor que abans*» i en la de deu dies mes tard: «*Me va molt bé i el treball me manté ocupat i me distreu. Te pots imaginar que després de mig any d'una extrema cura en el menjar, el beure i el tabac dec trobar-me molt més tranquil*».

Durant el seu internament a Saint-Rémy, l'artista va patir dues recaigudes. Una, a mitjan mes de juliol de 1889, mentre pintava en el camp, aconseguint acabar el quadre però es diu que en l'atac es va empassar els pinzells. Aquesta crisi el va mantenir postrat durant unes cinc setmanes durant les quals va pintar dins la seva habitació una sèrie de còpies de gravats de Millet i alguns retrats. Però el 22 d'agost ja va escriure a Theo per contar-li com l'atac s'havia produït a l'entrada d'una pedrera: «*Estic sofrint molt perquè s'han tornat produir els atacs just quan començava a tenir l'esperança de que no tornarien mai més. El darrer atac, estimat germà, es va produir fora, en el camp, quan pintava en un dia de tempesta*». Quan es va recuperar, estava irritat amb l'ambient de l'asil, es queixava del menjar, dels altres pacients, de les despeses i de les monges omnipresents. A principis de setembre de 1889 escriu al seu germà: «*Treball sense aturar-me en la meua habitació. Això me fa sentir bé i allunya els meus atacs, aqueixes idees anormals*». A finals del setembre gosa sortir del sanatori i pinta els turons, els olivars i el carrer major de Saint-Rémy⁶².

Després de les crisis el mateix Vincent relata que li desaparegueren les imatges de la follia perquè estava tractat amb brom i combatia l'insomni amb grans dosis de càmfora. En la carta de dia 9 de gener de l'any 1889 diu: «*Físicament estic bé, la ferida esta curant molt bé i la gran pèrdua de sang s'està recuperant perquè menjo i digereixo bé. El que més me molesta és l'insomni i el metge no me n'ha parlat ni jo n'hi he parlat a ell. Tracto aquest insomni amb molta, molta i forta dosi de càmfora en el meu coixí i matalàs i si tu no pots dormir, te la recomano...*».

La càmfora⁶³ és una cetona de gust i olor intensos i característics que s'obtenia de l'arbre *Cinnamomum camphora*, originari de la Xina i el Japó⁶⁴. Però curiosament, en l'intens intercanvi epistolar no

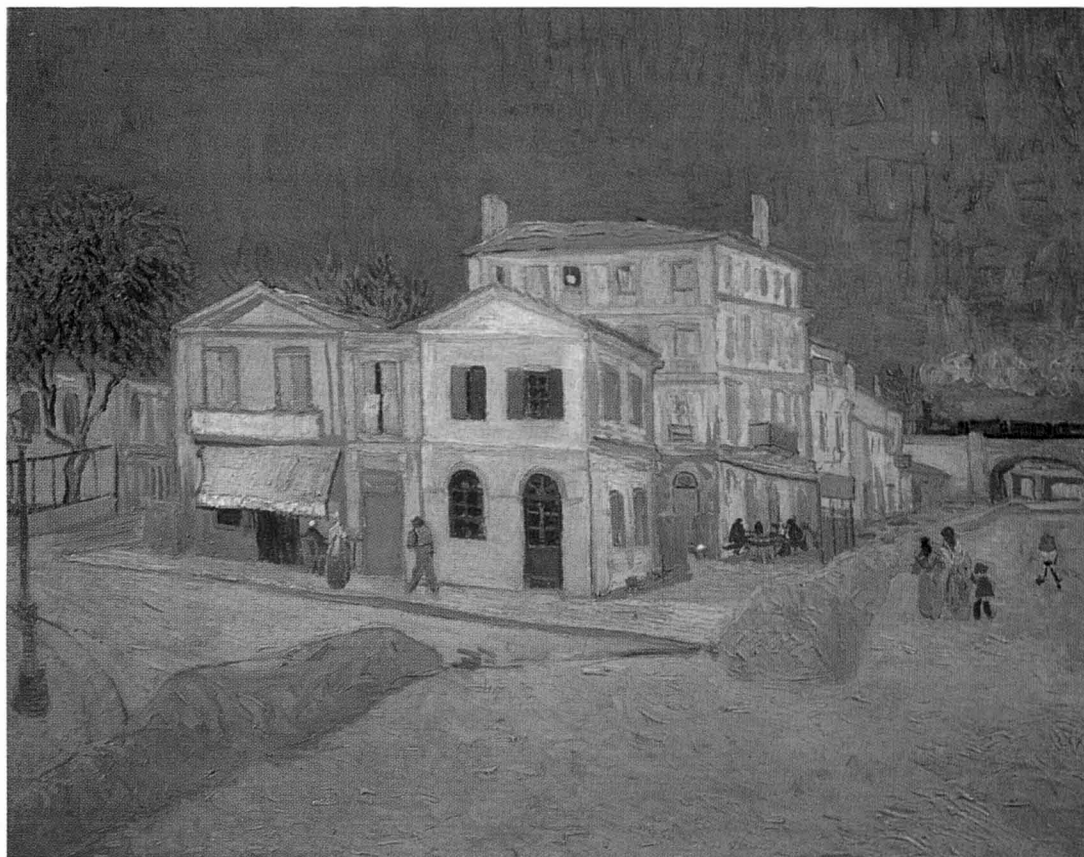
anomena mai la digital a pesar de que a l'època era utilitzada ocasionalment per tractar l'epilèpsia i tampoc consta el seu ús en les anotacions del Dr. Peyron.

Els atacs es repetiren a finals del desembre del 1889 i a finals del mes de gener del 1890, però a pesar d'aquests desequilibris, van Gogh va enviar des de Saint-Rémy al manco set remeses de pintures al seu germà resident a París. En aquests quadres, la intensa nota groga d'Arles, dona pas a la utilització més moderada del color que el propi pintor associa a una enyorança del Nord.

A pesar del seu internament, l'estada a Saint-Rémy no va suposar en absolut una disminució de la creativitat de l'artista. En els entorns del sanatori creixien petits olivars que es varen convertir en objecte d'estudi a pesar que, com deia Vincent, el motiu era molt difícil, atès que «ningú havia pintat l'essència de les oliveres, ni tan sols Corot, mentre que diversos artistes havien aconseguit pintar les pomeres i els sàtics»⁶⁵. També els companys del sanatori li servien d'inspiració, com és el quadre denominat *l'Home Tort*, que es considera un habitant d'Arles però que segurament és un dels pacients que van Gogh va retratar l'any 1889. Theo va rebre la tela el mes de maig de l'any 1890 i li va causar una gran impressió, denominant-lo l'home de la cara inflada. L'únic evident en aquesta obra és que l'home representat patia una ptosi palpebral quasi completa.

Com a Arles, van Gogh s'havia proposat aprofitar la primavera de 1890 a Saint-Rémy per prosseguir la sèrie de pintures d'arbres en flor. Una vegada més, els seus disigs es veren trencats per un nou atac i a penes recuperat, l'artista va patir una nova i greu crisi el mes de febrer mentre pintava el quadre *Branques d'ametller en flor*, atac que li va impedir treballar durant quasi dos mesos com deia en una carta a Theo «*Me he posat malalt en el període en que estava ocupat en pintar les flors d'ametller. Si hagués pogut seguir treballant, pots imaginar-te que hagués fet encara més arbres en flor. Ara ha tornat a passar l'època dels arbres en flor, la veritat és que tinc mala sort*».

Vincent va sortir del sanatori el mes de maig de 1890, viatjant tot sol fins a París on va passar tres dies amb Theo, la seva dona Johanna Bonger amb la que s'havia casat l'any 1889 i el seu fill Vincent nascut l'any 1890. Theo li va fer saber que estava pensant en deixar la carrera de marxant d'art a la galeria Boussod & Valadon i establir-se pel seu compte. Va anar amb el seu germà a la tenda de Tanguy i al Saló del Champ de Mars, grup escindit del Saló. Però no volia viure com a artista a París ja que va trobar que el renou i el trui de la ciutat no era per ell. El 19 de maig es trasllada a Auvers-sur-Oise, on va arribar el dia següent, localitat



La casa groga, 1888.



Branques d'ametler en flor, 1890.

on habitava el seu metge de capçalera, el Dr. Paul Ferdinand Gachet, amic i col·leccionista de les seves obres, per pintar i poder ser tractat si fos necessari⁶⁶. Gachet havia aconseguit allotjament en una posada per Vincent, però aquest la va trobar massa cara i el mateix dia de la seva arribada va ocupar unes golfes a una altra posada pertanyent a Arthur-Gustave Ravoux, on també residia un altre pintor holandès, Anton Hirschig.

Auvers-sur-Oise, a pesar de trobar-se a uns 30 quilometres de París, gaudia d'una gran reputació com poble d'artistes, on havien treballat i viscut, entre altres, Cezanne, Pissarro i Daubigny, un dels pintors predilectes de van Gogh, que havia dut al poble a Corot i a Daumier. Les setmanes que va passar l'any 1890 a Auvers-sur-Oise, poc abans del seu suïcidi, foren enormement productives: Vincent pintava per viure, dinava amb Gachet i pintava al seu jardí. Va pintar al metge, a la seva filla Marguerite, a Adeline, la filla de l'hostaler i a diversos nins i al·lotes. Així mateix, va retre homenatge a Daubigny pintant varies vegades la seva casa i el jardí. Observava amb atenció els efectes dels canvis estacionals plasmant en els seus paisatges l'essència dels colors de la primavera i de l'estiu amb una gran varietat de tons verds⁶⁷. A meitats del mes de juny va començar a emprar un nou format pels seus paisatges, més horitzontal, amb el que va fer dotze paisatges⁶⁸.

A meitats del juliol, Theo i la seva família anaren de vacances a Leiden en contra del desig de Vincent que els havia proposat passar-les a Auvers. De les cartes que va escriure a la família durant el mes de juliol tan sols es conserven vuit i cap d'elles dona pistes per saber realment quin va ser el darrer quadre que va pintar, a pesar que l'apocalíptic *Corbs volant sobre el sembrat* s'ha considerat la darrera obra, si be també té les mateixes probabilitats el quadre *Camps baix cel ennuvolat*⁶⁹.

Gachet admirava la pintura de van Gogh però habitava en el poble tan sols tres dies a la setmana i com que no era especialista, atribuïa els desequilibris del artista "a l'efecte de la llum del Sud, massa intensa per la seva constitució del Nord i també a una certa intoxicació per l'aiguarràs".

A pesar de trobar-se be a Auvers-sur-Oise, Vincent no va deixar la beguda i tal vegada abrumat per la seva total dependència econòmica de Theo, el qual passava una època de greus dificultats laborals i de salut, tant ell com el seu fill, va decidir, dia 27 de juliol de 1890, disparar-se un tir al pit amb una pistola sobre la que es va vendre l'idea que un desconegut li havia deixat per espantar els corbs quan pintava. A pesar de les ferides, va tornar caminant pujant fins el seu llit.

Vincent va tardar dos dies en morir (ni en això va tenir sort) a la una de la nit del 29 de juliol del 1890, naturalment en els braços del seu estimat germà. En els moments que recuperava la consciència abans de la seva mort, Vincent afirmava que no havia patit cap atac per la qual cosa el seu suïcidi sembla ser una decisió presa amb fredor i voluntàriament⁷⁰. En paraules del mateix van Gogh: «*En la vida d'un artista, la mort tal vegada no és la cosa més difícil*». A pesar d'aquest testimoni personal encara hi ha psiquiatres que han volgut veure en el pintor una personalitat suïcida adduint motius diversos com traumes infantils o una ràbia homicida introvertida aguditzada per conflictes amb altres persones⁷¹.

Theo va fer invitacions pel funeral a celebrar el dia següent a l'església d'Auvers, però com que es tractava d'un suïcidi es va denegar el servici fúnebre. A les deu del matí, Émile Bernard i Jules Tanguy, amics i marxants d'art i altres artistes, entre ells Lucien Pissarro, vengueren de París per reunir-se amb Theo i el Dr. Gachet, enterrant-lo en el jardí mateix, al que deien "l'habitació del pintor". El Dr. Gachet va intentar dir unes paraules de comiat però tan sols li va sortir de la gargamella un fluix "adieu". Bernard va prendre la paraula: "Era un home honest i un gran artista. Tenia tan sols dos objectius: la humanitat i l'art. Aquest art que ell estimava sobre tot, estic segur que el farà viure per sempre".

El Dr. Gachet va plantar un arbre ornamental damunt la tomba de Vincent, que va créixer i florir. Quan el taüt del pintor va ser desenterrat quinze anys després per situar-lo devora la tomba del seu germà Theo, es va comprovar que les arrels del arbre havien envoltat la caixa com en una forta abraçada. L'arbre, conegut com *Tuja occidentalis*, irònicament és la planta d'on es va extreure per primera vegada la tujona⁷², la substància tòxica que havia contribuït a l'especial percepció artística de Vincent i tal vegada a la seva prematura desaparició.

Des de l'any 1990 va ser possible consultar els arxius del Willem Arntsz Huis, centre psiquiàtric de Utrecht, on es conservaven les històries clíniques antigues. Això va fer factible la comprovació documental del procés patològic de Theo van Gogh⁷³. Theo es va adonar dels primers símptomes de la seva malaltia quan es trobava a París on va ser tractat pel Dr. Rivet i el Dr. Gruby. Després de la mort de Vincent el seu estat va empitjorar: li va ser diagnosticada una infecció renal el mes d'octubre, amb serioses dificultats per orinar, nefritis que va desembocar en una urèmia amb deliris. Theo, normalment una persona prudent i afectuosa, de bon tracte amb els seus empleats, va perdre el seny degut a la malaltia intentant matar a la seva

dona i al seu fill, per la qual cosa va requerir l'ingrés a una clínica de Passy. La crisi va ser curta i Jo, la seva dona, aprofitant la milloria de Theo el va portar a Holanda a l'Hospital de Utrecht. Diagnosticat de *dementia paralytica* va sofrir un accident vàsculo-cerebral que li causa una hemiplegia, morint a l'hospital el 21 de gener de l'any 1891⁷⁴. No es gens improbable que donada l'estreta vinculació fraterna, l'estat en que Vincent va trobar a Theo en la seva visita a París el mes de juliol del 1890, influís en la seva decisió suïcida. Theo contribuïa a l'obra de Vincent no tan sols econòmicament sinó amb els consells i crítiques d'un excel·lent coneixedor de l'art. Vincent va acabar per pintar per Theo. Vincent van Gogh és el pintor reconegut universalment, però els quadres, en cert sentit, són producte de l'especial conjunció fraterna.

Normalment el pintor es recuperava ràpidament de les crisis: "*Segons la meua experiència, després d'aquestes crisis segueixen tres o quatre mesos de completa tranquil·litat*". Aquesta afirmació ajuda a pensar que la patologia de Vincent van Gogh estaria relacionada amb una *porfiria aguda intermitent*. Aquest diagnòstic permetria explicar la simptomatologia, l'edat en que va debutar, els antecedents familiars i la influència de la vida poc ordenada que va dur amb una mala alimentació i excés d'alcohol.

Els antecedents familiars del pintor donen suport a aquesta hipòtesi. És ben conegut que altres membres de la seva família estaven malalts: el seu germà Theo va morir sis mesos després de Vincent diagnosticat de demència paralítica però els símptomes eren els mateixos que els de l'artista, així com els de la seva germana Wilhelmina que passà la major part de la seva vida ingressada en un asil i el seu germà petit Cor, mort a Sudàfrica en la Guerra dels Boers i que segons reportatges de l'època es va suïcidar, dades que també donen fonament a la hipòtesi que defensa l'existència d'una malaltia bipolar, és a dir, maníaco-depressiva. El dèficit enzimàtic provindria de la branca paterna de la família van Gogh ja que el seu pare, el reverend Theodorus van Gogh i dos dels seus germans patiren alguns dels mateixos símptomes.

Davant la rotunditat d'aquesta hipòtesi defensada per Arnold i que dona una explicació lògica a pràcticament tots els símptomes, patiments i actuacions de van Gogh durant la seva curta vida, es troben, les hipòtesis dels psiquiatres. Segons ells, la PAI és una malaltia molt rara mentre que la malaltia bipolar (maníaco-depressiva) és molt més freqüent i els símptomes d'aquesta en Van Gogh són evidents: fases d'irritabilitat infantil, la forma cíclica de les crisis, el seu insomni, l'obsessió religiosa, el temperament voluble, moments

de gran productivitat i molts d'atacs de ràbia o de intensa alteració combinats amb llargs períodes de gran lucidesa⁷⁵. Els psiquiatres atribueixen els dolors abdominals i les convulsions a l'alcoholisme i a la mala alimentació, remarquant el fet de que la PAI no s'associa habitualment al suïcidi (encara que són possibles els dolors intensos) i en el fet que tampoc consta enlloc que l'orina de van Gogh canviés mai de color⁷⁶.

On coincideixen tots els autors és que Van Gogh no patia esquizofrènia, hipòtesi que va circular per Europa especialment en la dècada de 1920, quan alguns autors varen arribar a aquesta conclusió basant-se en algunes de les seves pintures. Aquesta teoria va ser proposada per Jaspers l'any 1924⁷⁷ i seguida per Schilder⁷⁸, Westermann-Holstijn⁷⁹ i Riese⁸⁰. Jaspers es va basar en les obres del pintor, però amb un admirable sentit d'autocrítica, que l'honora com científic, ell mateix va escriure sobre les seves conclusions: "*Crec que les meves observacions són molt pobres perquè em manca una formació artística, artesanal i científica. Me resulta dolorós no poder engegar, per falta de material suficient, una investigació que em sembla essencial ... El fet d'haver mantingut totalment la capacitat crítica i la disciplina, tot i patir uns atacs psicòtics tan violents, durant dos anys, no és usual en la esquizofrènia, però és possible*»..

Actualment encara és una de les hipòtesis més escampades en internet, però com encertadament opina Arnold: "*La gent que diu que veu símptomes d'esquizofrènia en les pintures són uns necis, senzillament*".

El primer que va apostar per un procés maníaco-depressiu va ser Perry l'any 1947⁸¹. Hemphill l'any 1961⁸² també va arribar a la conclusió que van Gogh va patir una malaltia maníaco-depressiva, però va reconèixer que les crisis sobtades i les alteracions de la consciència no eren típiques, afegint que estarien ajudades per l'abús de l'absenta. Monroe l'any 1978⁸³ va proposar el diagnòstic d'una reacció psicòtica episòdica, defensant la hipòtesi, actualment obsoleta, que descàrregues epilèptiques en el sistema límbic podrien ser responsables de les psicosis.

Karl Leonhard, en una part del seu llibre sobre les psicosis endògenes, realitzat l'any 1988⁸⁴ al qual es va prestar poca atenció i basat en l'estudi detallat de la biografia i de les cartes de van Gogh, unifica els símptomes aguts i el curs de la malaltia en el concepte de *psicosi cicloide d'angúnia-felicitat*.

Werner Konrad Strik l'any 1997⁸⁵, va revisar el treball de Leonhard i totes les altres teories, arribant a

la conclusió que tan sols aquest diagnòstic de psicosis cicloide dóna resposta als interrogants sobre la malaltia de van Gogh.

El psiquiatra Albert Lubin⁸⁶, va aconseguir permís per revisar tots els documents clínics de Vincent van Gogh a l'Hospital de Saint-Rémy, entrevistant-se repetidament amb el seu nebot i viatjant al país del pintor per consultar la major quantitat de fonts documentals originals. El principal problema és que Lubin, com molts d'altres que exploren l'art i la vida de van Gogh des de una perspectiva psicoanalítica, ocasionalment es formen opinions que després presenten com fets establerts. A pesar de les seves exhaustives investigacions, certes conclusions a les que arriba són veritablement discutibles i en són exemple aquestes tres: 1) moltes de les alteracions psicològiques de l'artista les basa en que coneixia el fet del "primer Vincent", el germà que va néixer mort un any abans del naixement del pintor. Com hipòtesi és interessant però es queda en simple especulació ja que en els centenars de cartes que va escriure van Gogh no hi ha una sola menció a aquest fet. 2) Vincent hauria vist als seus pares fent l'amor, la qual cosa el va afectar psíquicament: Lubin segueix en la pura especulació. 3) Lubin suggereix la possibilitat que van Gogh tingués una atracció homosexual per Gauguin.

Wyatt i Jamison⁸⁷ rebutgen totes les causes descrites i basant-se en els símptomes del pintor, en el curs natural de la malaltia i en l'historial psiquiàtric de la seva família, tornen a pensar en una psicosis maniaco-depressiva si bé associada a epilèpsia⁸⁸.

Els nombrosos autoretrats que va pintar van Gogh⁸⁹ també han estat interpretats pels psiquiatres com una demostració dels repetits i frustrats esforços de l'artista per l'autoexploració i autodefinició, com un intent de donar sentit de continuació i cohesió a la seva fràgil i fragmentada experiència, és a dir, com un mètode de recerca de la seva identitat a través de la imatge del mirall⁹⁰. De la mateixa manera han interpretat els nombrosos autoretrats d'un altre artista genial, la mexicana Frida Kahlo⁹¹, que constitueixen més de la meitat de la seva obra. Però no expliquen el més senzill d'entendre: que tant Vincent com Frida no tenien possibilitats de pagar models i el model més a l'abast i més barat és un mateix⁹².

De totes formes, la teoria de major credibilitat actualment des de el punt de vista científic⁹³ és la que defensa l'origen multifactorial de la patologia del pintor, és a dir, *que una porfíria aguda intermitent, malaltia hereditària, li originà una psicosis, aguditzada pels fàrmacs, l'alcohol i la malnutrició, que el conduïren a un estat mental adequat per crear les seves*

obres d'enorme vitalitat, força i d'intens cromatisme, però també possiblement per decidir el seu suïcidi a l'edat de 37 anys.

Altres autors, varen atribuir i encara atribueixen a van Gogh un glaucoma (tensió ocular massa alta) basant-se en els cercles (halos) de les llums o els estels dels seus quadres que ocasionaria l'edema de còrnia produït per la hipertensió ocular (com en l'obra citada *La nit estelada* de 1889).

El metge holandès Frederick Maire s'atreveix a dir que van Gogh no tan sols patia un glaucoma, sinó que va ser la depressió a conseqüència de la pèrdua visual progressiva ocasionada per aquesta patologia ocular la que el va conduir al suïcidi. Aquesta malaltia ocular, el glaucoma, es pot descartar totalment ja que si pintava els estels o les bombetes amb cercles era per una simple i personal satisfacció estètica, la qual cosa també va fer constar en les seves cartes.

És molt interessant l'estudi de les representacions dels estels en els quadres de van Gogh realitzades pels astrònoms com Charles A. Whitney⁹⁴, en les que troben evidències que el pintor els va col·locar relativament en el lloc que pertocava en aquell moment. Albert Boime⁹⁵, va realitzar l'estudi del quadre *La nit estelada*, plantejant la possibilitat que van Gogh estés familiaritzat amb alguns dels escrits de cosmologia del seu temps donada la distribució dels estels en el referit quadre. No tan sols s'han estudiat els estels en l'obra de van Gogh sinó també la representació dels núvols⁹⁶.

Altres autors no arriben a entendre l'autonomia dels artistes i insisteixen en que quadres com el citat anteriorment amb els estels o les llums enrevoltades de cercles, van Gogh els hauria pintat en moments d'atacs de migranya o en el moment de l'aura migranyosa, la qual cosa s'ha de descartar.

La dermatòloga Aurora Guerra⁹⁷, basant-se en el cromatisme de l'autoretrat de l'any 1888, indica que el pintor patia heterocromia, és a dir, pell de diferents colors. Molt possiblement cau en el fàcil i freqüent error d'interpretar la pintura pel que veu l'observador sense tenir en consideració la voluntat cromàtica de l'artista en el moment de realitzar l'obra.

Sia com sia, sembla clar que el genial artista no patia cap problema visual (fins i tot s'ha arribat a atribuir-li –a ell, el rei del color– una discromatòpsia) i que el fort contrast entre colors complementaris característic de les seves obres, demostra el gust per la intensitat cromàtica típica del seu art. Ja ho deia ell mateix: «*El color en la pintura és com l'entusiasme en la vida*».

Vincent sempre parlava de la seva lluita personal en la recerca del color òptim. Ja en el període que va

passar a Brabant, van Gogh havia estudiat els fonaments de la teoria del color amb l'ajuda de l'obra *Grammaire des arts du dessin* de Charles Blanc. Segons Blanc, els colors complementaris són uns aliats victoriosos quan són juxtaposats en estat pur però es converteixen en enemics mortals si es mesclen. Aquesta dinàmica dels emparellaments cromàtics intrigava de forma especial a Vincent. El tractament dels colors complementaris que van Gogh va conèixer a través de les teories i obres de Delacroix és una excepció: la juxtaposició d'un dels tres colors primaris (vermell, groc o blau) amb la mescla dels altres dos produeix un color més viu i el màxim contrast possible. La complementarietat dels colors fou tal vegada el principi cromàtic que més va interessar a van Gogh. Una carta escrita el mes de setembre de 1885 al seu germà Theo en la que parla dels colors complementaris, prova que el pintor coneixia aquest efecte cromàtic, si bé encara passarien uns anys abans d'emprar obertament el contrast dels colors purs. Per altra part, les teories sobre el color i la tècnica puntillista dels neoimpressionistes eren ben conegudes per Vincent, que les havia estudiades en profunditat durant els seus anys a París i que foren elaborades per l'artista de les formes més variades. Van Gogh va dibuixar la seva paleta l'any 1882: mostra nou colors en un ordre tonal prou convencional, des del blanc devora el forat del polze fins el vermelló situat estranyament més enllà del negre. Vincent la descrivia com una "paleta pràctica amb colors saludables"⁹⁸.

El mes de febrer de l'any 1890, el crític Aurier va elogiar van Gogh en un article, considerant-lo "l'únic pintor capaç de percebre els matisos del color amb la intensitat i l'agudesesa del metall i de les pedres precioses". Al final de la seva vida i en una altra carta a Theo, Vincent li contava: "El pintor del futur serà un colorista com no s'ha vist mai abans". I en realitat era ell, Vincent van Gogh.

Van Gogh no va ser testimoni del seu èxit i acabà els seus dies en un porxo espartà sent un total desconegut, motiu pel que s'ha convertit, com cap altre pintor del seu temps, en símbol de la moderna existència artística.

L'any 1894, quatre anys després de morir el pintor, el famós artista i dissenyador modernista Henry van de Velde va visitar la dona de Theo van Gogh,

Johanna, a la ciutat holandesa de Bussum: "La senyora van Gogh, sense pronunciar massa paraules, ens va conduir al porxo. Tots els quadres que hi havia, quasi tota l'obra de Vincent, estaven sense emmarcar i girats contra la paret. Sobre unes taules hi havia carpetes que contenien cents de dibuixos i esbossos. La senyora van Gogh ens va dir que ho podíem mirar tot amb absoluta llibertat i es va disculpar perquè esperava una amiga". Henry va passar hores examinant aquell extraordinari llegat artístic que amb els anys adquiriria un valor incalculable, en aquells moments encara inimaginable.

El 1890, any de la seva mort, van Gogh va vendre un quadre, *Vinyes vermelles a Arles*, per primera i única vegada en la seva vida, a la pintora i amiga Anna Boch per la quantitat de 400 francs. Les exposicions commemoratives organitzades per Émile Bernard i Theo van Gogh després del suïcidi del pintor, es varen celebrar a la casa particular de Theo de París ja que cap galeria estava interessada en la genial i extraordinària obra⁹⁹. Després de la mort del artista i apart de la seva cunyada Jo van Gogh, hi va haver dos artistes que centraren els seus esforços en estendre la fama del pintor: Émile Bernard, a França, i Jan Toorop, a Holanda.

Durant tota la seva carrera artística Vincent va rebre l'ajuda econòmica de Theo, que treballava en una important galeria d'art de París i, a canvi, aquell rebia la producció pictòrica del seu germà, reunint 500 quadres i quasi 400 dibuixos. Theo sempre va tenir una gran fe en la genialitat de Vincent, com ho manifestava en una carta dirigida a la seva mare l'any 1885, on demostrava una excepcional clarividència a més d'una gran confiança fraterna basada en l'estimació: "Consider els diners que don a Vincent com una paga ben merescuda pel seu treball. Tal volta passarà molt de temps, però un dia la seva obra serà reconeguda en tot el seu valor".

No es va equivocar. A principis del segle XX, van Gogh era considerat, juntament amb Gauguin, Seurat i Cezanne, un dels pares de l'art modern en els cercles dels fauves, a França, i dels expressionistes alemanys: Picasso el considerà l'arquetip i l'iniciador de la tradició moderna de l'individualisme artístic¹⁰⁰.

Notes

- (1) Leymarie J. *Qui betait van Gogh?*. Ginebra: Skira, 1968 // Thomson B. *Artists in Focus: Van Gogh*. Chicago: The Art Institute of Chicago, 2001 // Zemel CM. *The Formation of a Legend: Van Gogh Criticism 1890-1920*. Ann Arbor, Mich: UMI Research Press, 1980 // Uhde W. *Van Gogh*. Londres: Phaidon Press, 1995.
- (2) Runyan W. Why Did Van Gogh Cut His Ear?. The Problem Of Alternative Explanations In Psychobiography. *J of Personality and Social Psychol* 1981; 40: 1070-1077.
- (3) Escoffier-Lambiotte C. La folie de Vincent van Gogh. *Médecins de France* 1961; 120: 14-16.
- (4) Vincent van Gogh. *Complete Letters: With Reproductions of All the Drawings in the Correspondence*. Boston: Bulfinch Press, 2000 // Vincent van Gogh. *The Complete Letters of Vincent van Gogh*. Londres: Times and Hudson, 1999 // Van Gogh. *The Letters of Vincent van Gogh*. New York: Penguin Books, 1998 // van Gogh V. *Letters. Selected, edited and introduced per Mark Roskill*. New York: Atheneum, 1963.
- (5) Morel BA. D'une forme de délire, suite d'une surexcitation nerveuse se rattachant a une variété non encore décrite d'épilepsie: l'épilepsie larvée. *Gaz Hebdomadaire de Méd et de Chirurgie* 1860; 7: 773-775.
- (6) Lee TC. Van Gogh's vision. Digitalis intoxication?. *JAMA* 1981; 245:727-729.
- (7) Piltz JR, Wertebaker C, Lance SE et al. Digoxin toxicity. Recognizing the varied visual presentations. *J Clin Neuroophthalmol* 1993; 13: 275-280.
- (8) L'any 1785, Bright va escriure un llibre titulat *An account of the Foxglove*, si bé encara serien necessaris cent anys més per descobrir la utilitat de la digital com a reguladora del ritme cardíac.
- (9) Arnold WN, Loftus LS. Xanthopsia and Van Gogh's yellow palette. *Eye* 1991; 5: 503-510.
- (10) Van Gogh, en tan sols deu anys, va pintar 872 quadres, 1019 dibuixos i 150 aquarel·les.
- (11) Waxman SG, Gerschwind N. Hypergraphia in temporal lobe epilepsy. *Neurology* 1974; 24: 629-636.
- (12) LaPlante E. *Seized: Temporal Lobe Epilepsy as a Medical, Historical and Artistic Phenomenon*. New York: Harper Collins Publishers, 1993.
- (13) Voskuil PH. Vincent van Gogh's malady: a test case for the relationship between temporal lobe dysfunction and epilepsy?. *J Hist Neurosci* 1992; 1:155-162.
- (14) Kivalo E. The artist and his illness: Vincent van Gogh 1853-1890. *Psychiatria Fennica* 1991; 22: 191.
- (15) El cervell no té sensors del dolor amb la qual cosa es pot realitzar l'estimulació amb elèctrodes amb el pacient conscient perquè pugui relatar les seves sensacions.
- (16) Gastaut H. La maladie de Vincent van Gogh envisagée a la lumière des conceptions nouvelles sur l'épilepsie psychomotrice. *Ann Méd Psychol (Paris)* 1956; 114: 196-238.
- (17) Gastaut H, Roger J, Lesévre N. Différentiation psychologique des épileptiques en fonction des formes électrocliniques de leur maladie. *Rev Psychol Appl* 1953; 3: 237-249 // Gastaut H., Roger J, Lesévre N. Différentiation psychologique des épileptiques psychomoteurs dans l'intervalle de leurs crises. *Ann Méd Psychol (Paris)* 1955; 113: 1-27 // Gastaut H, Collomb H. Etude du comportement sexuel chez les épileptiques psychomoteurs. *Ann Méd Psychol (Paris)* 1954: 112: 657-696 // Gastaut H. Etat actuel des connaissances sur l'anatomie pathologique des épilepsies. *Acta Neurol Psychiatr Belg* 1956; 56: 5-20.
- (18) Gastaut H. Interpretation of the symptoms of psychomotor epilepsy in relation to physiological data on rhinencephalic function. *Epilepsia* 1954; 3: 84-88.
- (19) Monroe RR. The episodic psychoses of Vincent van Gogh. *J Nerv Ment Dis* 1978; 166: 480-488 // Monroe RR. Another diagnosis for Vincent van Gogh?. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179: 241.
- (20) Miller BL, Ponton M, Benson DF et al. Enhanced artistic creativity with temporal lobe degeneration. *Lancet* 1996; 348: 1744-1745 // Miller BL, Cummings JL, Mishkin F et al. Emergence of artistic talent in frontotemporal dementia. *Neurology* 1998; 51: 978-982.
- (21) Marrant JCA. The wing of madness: the illness of Vincent van Gogh. *Can J Psychiatry* 1993; 38: 480-484.
- (22) Lemke S, Lemke C. Über die psychische Krankheit Vincent van Goghs. *Nervenartz* 1993; 64: 594-598.
- (23) Abram HS. The van Gogh syndrome: An unusual case of polysurgical addiction. *Am J of Psychiatr* 1966; 123: 478.
- (24) Asher R. Munchausen's syndrome. *Lancet* 1951; 1: 339-341 // Chapman JS. Perigrinating problem patients: Munchausen's syndrome. *JAMA* 1957; 165: 933 // Menninger KA. Polysurgery and polysurgical addiction. *Psychoanalysis Quarterly* 1934; 3: 173-199.
- (25) Arenberg IK, Countryman LF, Berstein LH et al. Van Gogh had Meniere's disease and not epilepsy. *JAMA* 1990; 264: 491-493. // Arenberg IK, Countryman LF, Bernstein LH et al. Vincent's violent vertigo. An analysis of the original diagnosis of epilepsy vs the current diagnosis of Meniere's disease. *Acta Otolaryngol Suppl* 1991; 485: 84-103.
- (26) Baker HS. Van Gogh: Meniere's disease? Psychosis?. *JAMA* 1991; 265: 722 // Feldmann H. Van Gogh: Meniere's disease? Epilepsy? Psychosis?. *JAMA* 1991; 265: 722-723 // Freedman. Van Gogh: Meniere's disease? Epilepsy? Psychosis?. *JAMA* 1991; 265: 723.
- (27) Hipòcrates va descriure aquesta síndrome d'aquesta manera: "...un grup de malalts que tenen les dents disposades de forma irregular...són molestats per dolors del cap".
- (28) González Luque, Montejo González. Implicación de la intoxicación por plomo en la psicopatología de Vincent

- van Gogh. *Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines* 1997; 25:309-326.
- (29) Van Gogh va perdre aproximadament deu peces dentaries durant la seva època d'estudis en el col·legi d'art a Antwerp (1885-86) per la malaltia i la malnutrició, ja que preferia gastar-se els diners que li enviava el seu germà Theo en materials per pintar que en menjar.
- (30) Cap a l'any 1910 es calcula que es bevien entre 36 i 220 milions de litres d'absenta per any. L'any 1906 París tenia 33330 bars i llocs per beure per 2601000 habitants mentre que tan sols hi havia 17000 forns. L'alcohol era aleshores el major motor econòmic i el principal subministrador era la factoria suïssa de Penol fundada el 1787.
- (31) Magnan V. Recherches de physiologie pathologique avec alcohol et l'essence d'abshinte. Epilepsie. *Arch de Physiol Normale et Pathologique* 1873; 5: 115-142.
- (32) La prohibició es remunta a una iniciativa popular de l'any 1906 basada en 168 signatures que va originar una llei restrictiva quatre anys mes tard. Una sèrie de crims i en particular el crim de Commugny, en el cantó de Vaud de Suïssa, on un home ebri va assassinar la seva dona i dues filles, foren atribuïts a l'absenta. La beguda fou prohibida primer en el cantó de Vaud l'any 1906 i en el de Ginebra l'any 1907 abans de la seva prohibició al país per llei federal, prohibició motivada per raons de salut publica, però també per les reaccions emocionals lligades a circumstancies de l'època. Li seguiren altres països com Bèlgica, Estats Units, Itàlia, prohibint-se a França l'any 1915. Actualment encara es pot adquirir a Anglaterra, Xequia, Eslovàquia, Espanya, Andorra i altres països si bé la concentració és infinitament inferior a la que es consumia el segle XIX. L'absenta que es consumia en el temps de Van Gogh contenia unes 260 parts per milió d'alfa-tujona i les absentes que es fabriquen actualment no passen de les 10 parts per milió. A Espanya encara es pot prendre tranquil·lament ja que es troba comercialitzada i es per la zona de la Marina Baixa i Alcoi del País Valencià on es troba la "millor". Per altre part, l'obtenció a través d'internet és senzilla.
- (33) Aquest quadre, va causar un gran escàndol en el Salon del 1859 i fou rebutjat pel comitè de selecció pel seu «realisme vulgar». Tot l'enrenou va ser, perquè el quadre representava un dandy gat i no un pobre desgraciat. En una carta al poeta Baudelaire, el mateix Manet li deia: «Els insults cauen sobre mi com un espès calabruix».
- (34) Des de fa mes de cent anys es coneix l'efecte epileptògen d'olis essencials derivats de plantes pel seu contingut en monoterpens com l'eucaliptus, l'hisop, la savina, la trementina, la tuja o cedre blanc i l'absenta. L'any 1999 encara s'han descrit convulsions produïdes per la utilització terapèutica d'aquests extractes vegetals en la medicina homeopàtica.// Burkhard PR, Burkhard K, Haenggeli CA. Plant-induced seizures: reappearance of an old problem. *J Neurol* 1999; 246: 667-670.
- (35) Hold KM, Sirisoma SI, Ikeda T et al. Alpha-thujone (the active component of absinthe): gamma-aminobutyric acid type A receptor modulation and metabolic detoxification. *Proc Nat Acad Sci USA* 2000; 97: 4417-4418.
- (36) Hi ha que remarcar que abans de la introducció en la Psiquiatria de la teràpia electroconvulsiva, els terpens com la càmfora foren utilitzats per tractar la depressió i l'esquizofrènia per la inducció química de convulsions.
- (37) del Castillo J, Anderson M, Rubottom GM. Marijuana, absinthe and the central nervous system. *Nature* 1975; 253: 365-366.
- (38) Meschler J, Marsh C, Land B. Failure of the active component of absinthe, *Artemisia absinthium*, to bind the cannabinoid receptor. *Reports of the International Cannabinoid Research Society Meeting 1997*. / Meschler JP, Howlett AC. Thujone exhibits low affinity for cannabinoid receptors but fails to evoke cannabimimetic responses. *Pharmacol Biochem Behav* 1999; 62: 473-480.
- (39) Berggren L. Drugs and poisons in the life of Vincent van Gogh. *Sven Med Tidskr* 1997; 1: 125-134.
- (40) Per ampliar coneixements sobre aquesta hipòtesi és aconsellable el llibre: WN Arnold. *Vincent van Gogh: chemicals, crises and creativity*. Boston: Birkhäuser, 1992.
- (41) Al Pakistà actual les fulles de la planta s'empren per l'efecte antipirètic. Aquesta utilització en la folkmedicina ha estat avalada científicament ja que s'ha trobat un component amb activitat antipirètica en les fulles seques de l'*Artemisia*, capaç de controlar la pirèxia induïda en les rates de laboratori.
- (42) La santonina, que es troba en mínimes concentracions tant en l'*Artemisia absinthium* com en l'*Artemisia pontica*, és una substància que, en grans quantitats, pot originar xantòpsia, és a dir, visió groguenca. S'ha comprovat experimentalment que la santonina continguda en aquestes plantes és insuficient ja que per produir-la es necessitarien 160 litres de licor d'absenta.
- (43) S'ha comprovat recentment que un extracte de la *Artemisia annua* té importants propietats antimalàriques, especialment contra el *Plasmodium falciparum* resistent al tractament amb la cloroquina.
- (44) El Dr. Francesco Cardini de Verona, a Itàlia, i el Dr. Huang Weixin de l'Hospital de Dones de Nanchang a la Xina varen realitzar un estudi sobre 260 dones embarassades, demostrant que la moxibustió va ser efectiva en el 75% dels casos variant els fetus la seva posició anòmala cap a la correcta. A pesar que a la Xina s'han realitzat nombrosos estudis sobre la tècnica, no està clar el seu mecanisme d'actuació sobre l'organisme femení.
- (45) Weisbord SD, Soule JB, Kimmel PL. Poison on line: acute renal failure caused by oil of wormwood purchased through the internet. *N Engl J Med* 1997; 337: 628-629. // Es tractava d'un home de 31 anys que havia ingerit 10 mil·lilitres d'oli d'absenta obtingut a través d'internet creient que es tractava del licor d'absenta. Aquesta ingestió li va originar un estat d'agitació i de desorientació que va obligar el seu ingrés hospitalari. El

- segon dia va patir una fallida renal greu per acumulació de mioglobina originada per rabdomiolisi que va precisar de tractament intensiu. El perquè es va produir la lisi muscular resta poc clara. La investigació del producte va permetre comprovar que es tractava d'oli essencial d'absenta sense adulterants.
- (46) Bonkovsky HL, Cable EE, Donohue SE. Porphrogenic properties of the terpenes camphor, pinene and thujone (with a note on historic implications for absinthe and the illness of Vincent van Gogh). *Biochim Pharmacol* 1992; 43: 2359-2368.
- (47) Arnold WN. Vincent van Gogh and the thujone connection. *JAMA* 1988; 260: 3042-3044.
- (47a) Pickvance R. *Van Gogh in Arles*. New York: The Metropolitan Museum of Art and Harry N Abrams, 1984.
- (48) Rewald J. *Post-Impressionism: From van Gogh to Gauguin*. New York: Museum of Modern Art, 1956 // Roskill MW. *Van Gogh, Gauguin and the Impressionist Circle*. Greenwich, Conn: New York Graphic Society, 1970.
- (49) MacQuillan M. *Van Gogh*. Barcelona: Ed Destino, 1992.
- (50) Els primers casos autèntics de porfíria foren descrits l'any 1874. Es tractava de cinc pacients amb una clínica de severes cefalees i dolors inespecífics de causa desconeguda, però l'orina de tots els pacients contenia un pigment obscur.
- (51) Druick DW, Zegers PK. *Van Gogh and Gauguin: The Studio of the South*. Chicago: The Art Institute of Chicago, 2001 // Jirat-Wasiutynski V. *Vincent van Gogh's Self-Portrait Dedicated to Paul Gauguin: A Historical and Technical study*. Cambridge, Mass: Harvard University Art Museums, 1984.
- (52) Silverman D. *Van Gogh and Gauguin: The Search for Sacred Art*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2000 // Merlhés V. *Paul Gauguin et Vincent van Gogh 1887-1888: Lettres Retrouvées, Sources Ignorées*. Taravao, Tahiti: Avanti et apres, 1989.
- (53) Maurer NE. *The Pursuit of Spiritual Wisdom: The Thought and Art of Vincent van Gogh and Paul Gauguin*. Madison, NJ: Fairleigh Dickinson University Press, 1998.
- (54) Runyan W. Why Did Van Gogh Cut Off His Ear?. The Problem of Alternative Explanations in Psychobiography. *J of Personality and Social Psychology* 1981; 40: 1070-1077.
- (55) McKinley RW. Why did van Gogh cut off his ear?. The problem of alternative explanations in psychobiography. *J Personality Soc Psychol* 1980; 40: 1070-1077.
- (56) Goldenberg G. Bugged by Itching?. *Priorities* 1996; 8.
- (57) Paul Signac (1863-1935) fou membre fundador del Saló dels Independents el 1884 on va coincidir amb Georges Seurat interessant-li enormement la seva teoria del color. L'any 1886 ell i Seurat aplicaven la pintura en petites taques de colors complementaris, estil que es va denominar divisionisme, puntillisme o neoimpressionisme. A finals d'aquest any Signac es va reunir amb van Gogh pintant plegats en els suburbis parisencs de Asnieres i Clichy. Des del 1884, Signac va exposar anualment en el Saló dels Independents i per insistència de Camil Pissarro també ho va fer en la darrera exhibició impressionista de l'any 1888. Si Seurat és considerat el fundador del divisionisme, Signac va ser el responsable de la seva difusió. El seu llibre sobre l'estètica neoimpressionista va tenir una gran influència en els desenvolupaments artístics de principis del segle XX a França, Alemanya i Itàlia.
- (58) Hulsker J. *Vincent and Theo van Gogh, a Dual Biography*. Ann Arbor, Mich: Fuller Publications, 1990 // Stolwijk C, Thomson R. *Theo van Gogh 1858-1891: Art Dealer, Collector and Brother of Vincent*. Amsterdam: Van Gogh Museum, 2000.
- (59) Theo van Gogh (1857-1891) ha passat a l'història com el germà petit de Vincent, a qui va ajudar econòmicament i moralment durant tota la seva vida a desenvolupar la seva activitat artística, fins al punt que sense Theo possiblement no gaudiríem de l'obra de Vincent. Menys coneguda és la seva feina de marxant d'art influent a París i de col·leccionista especialment en la dècada de 1880. Com a director comercial de Goupil & Cie al Boulevard Montmartre, va vendre més de mil pintures de 300 artistes entre l'any 1881 i el 1890, incloent obres de mestres reconeguts com Bouguereau i Gerome així com de representants de l'Escola de Barbizon com Corot i Daubigny. Va afavorir els representants de l'art modern de l'època organitzant reunions amb Monet, Pissarro i Raffaelli, tenguent molt d'interès en Degas i Gauguin. Per altra part, Theo va introduir el seu germà en el cercle dels més avançats pintors de París com Degas, Gauguin, Seurat i Toulouse-Lautrec, que influïren en les seves obres.
- (60) La demanda per escrit feta per Theo al director del centre deia: "Amb el consentiment de la persona interessada, que és el meu germà, li demano l'admissió en el seu establiment de Vincent Willem van Gogh, artista-pintor, de 36 anys, nascut a Groot-Zunder (Holanda) i que actualment viu a Arles. Li prec que l'admeti amb els seus pensionistes de tercera classe. De la mateixa manera que el seu internament ha estat més bé sol·licitat per evitar que tornin les crisi passades i no perquè el seu estat mental es trobi compromès, esper que vosté no tindrà cap inconvenient en concedir-li llibertat per pintar fora de l'establiment quan ho desitgi. A més, sense insistir en les cures que necessitarà però que supós que es donen amb igual sol·licitud a tots els interns, li prec que tenguí l'amabilitat de concedir-li al manco mig litre de vi pels seus menjars. Donant-li les gràcies per endavant, el saludo atentament, Theo van Gogh, 8 Cité Pigalle, París". A pesar que no consta a la carta, Theo va aconseguir que el seu germà disposés de dues habitacions (cel·les amb barrots en realitat), una per dormir i l'altra per habilitar un petit estudi. El metge de Saint Rémy va aconsellar a van Gogh els banys com a teràpia. Les banyeres que va utilitzar el pintor serveixen actualment de planters a l'exterior del hospital.

- (61) De Leeuw R. *Van Gogh en el Van Gogh Museum*. Zwolle: Waanders Uitgevers, 7^a ed, 2001 // Van Heugten S. *Van Gogh's van Goghs*. New York: Harry N Abrams, 1998.
- (62) Pickvance R. *Van Gogh in Sain-Remy and Auvers*. New York: The Metropolitan Museum of Art and Harry N Abrams, 1986 // Hulsker J. Vincent's Stay in the Hospitals at Arles and St-Rémy: Unpublished Letters from the Reverend Mr salles and Doctor Peyron to Theo van Gogh. *Vincent* 1970; 1: 20-31.
- (63) Siegel E, Wason S. Camphor toxicity. *Pediatr Clin North Am* 1986; 33: 375-379.
- (64) Actualment, la càmfora s'obté de forma sintètica de la alfa-pinena la qual s'obté del oli de trementina.
- (65) Durant la seva estada a Saint-Rémy, Vincent va realitzar unes deu teles d'olivars, cercant «els efectes contraposats del fullatge que canvia contínuament de color amb els matisos de l'aire. L'efecte de la llum del dia permet extreure infinits motius dels olivars».
- (66) El Dr. Gachet era un metge excèntric, aleshores de 72 anys, interessat en l'homeopatia, la teràpia d'electroshock i l'antropologia, amic d'alguns impressionistes (Pissarro, Monet, Renoir), aficionat a la pintura, gran col·leccionista i hàbil gravador. Vincent opinava d'ell: "Me sembla que està tan torrat com jo". No és estrany, ja que Gachet era vidu i vivia en una bella casa envoltada de flors i vegetació exuberant amb la seva filla Marguerite (també retratada per van Gogh, *Marguerite Gachet al piano* i un altre retrat en el jardí amb un vestit blanc) i un altre fill, a més d'una sèrie d'animals aviciats, entre ells dotze moixos, cinc cans, una cabra, una tortuga i dos paons reials. Al metge li agradava passejar pel poble amb la gorra militar d'oficial i amb una cabra de nom Enriqueta, record del seu passat de metge militar. Havia escrit un treball, mai publicat, sobre l'oftalmia en els Exèrcits d'Europa, de poc interès científic, per la seva divagació. El retrat del Dr. Gachet realitzat per Vincent es considera un dels seus millors quadres.
- (67) Jones JR. *The man who loved the sun: the life of Vincent van Gogh*. Londres: Evans Bros, 1966.
- (68) Shapiro M. *Vincent van Gogh: the late works*. New York: HN Abrams, 1970 // Masini LV. *Van Gogh: the life and work of the artist*. Londres: Thames&Hudson, 1967
- (69) Honour A. *Tormented genius; the struggles of Vincent van Gogh*. New York: Morrow, 1967)
- (70) Soth L. Van Gogh's Agony. *The Art Bulletin* 1986; 68.
- (71) Mehlum L. Suicidal process and suicidal motives. Suicided illustrated by the art, life and illness of Vincent van Gogh. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1996; 116: 1095-1101.
- (72) Fins que aquesta substància es va extreure de variades plantes i abans que la seva estructura fos identificada, va rebre diversos noms com absintol, tanacetona i salviol.
- (73) Voskuil PH. Theo van Gogh's medical record. *Ned Tijdschr Geneeskde* 1992; 136: 1777-1780.
- (74) Jansen L, Robert J. *Brief Happiness: The Correspondence of Theo van Gogh and Jo Bonger*. Amsterdam: Van Gogh Museum, 1999.
- (75) Meissner WW. Vincent van Gogh as artist: A psychoanalytic reflection. *Annual of Psychoanalysis* 1994; 22: 111-141.
- (76) Davant aquesta afirmació, Arnold es defensa diguent que van Gogh quasi sempre orinava al camp amb la qual cosa no podia valorar la coloració.
- (77) Jaspers K. *Strindberg und van Gogh. Versuch einer vergleichenden pathographischen Analyse*. Munich: Piper, 1977.
- (78) Schilder P. *Medizinische Psychologie*. Berlin: Springer, 1924.
- (79) Westermann-Holstijn AJ. Die psychologische Entwicklung Vincent van Goghs. *Imago* 1924; 10: 384-417.
- (80) Riese W. Über den Stilwandel Vincent van Goghs. *Ges Neurol Psychiatr* 1925; 98: 1-16.
- (81) Perry JH. Vincent van Gogh's illness. A case report. *Hist Med* 1947; 21: 146-174.
- (82) Hemphill RE. The illness of Vincent van Gogh. *Proc R Soc Med* 1961; 54: 1083-1088.
- (83) Monroe RR. The episodic psychoses of Vincent van Gogh. *J Nerv Ment Dis* 1978; 166: 480-488.
- (84) Leonhard K. Van Gogh vor und in seiner Angst.Glücks Psychose. A: Leonhard K. *Bedeutende Persönlichkeiten*. Berlin: Ullstein, 1988, 2^a ed.
- (85) Strik WK. Die psychische Erkrankung Vincent van Goghs. *Nervenartz* 1997; 68: 401-409 // Strik WK. The psychiatric illness of Vincent van Gogh. *Nervenarzt* 1998; 69: 81-84 // Strik WK. La enfermedad psíquica de van Gogh. *Alcmeon* 1998; 5.
- (86) Lubin AJ. *Stranger on the Heart: A Psychological Biography of Vincent van Gogh*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1972.
- (87) Jamison KR. Creatividad y psicosis maniacodepresiva. *Investigación y Ciencia* 2000; Temas n° 22: 36-42 // Jamison KR. Vincent van Gogh's illness. *Br Med J* 1992; 304:577.
- (88) Jamison KR. *Touched with fire: Manic-depressive illness and the Artistic Temperament*. New York: Free Press/Macmillan, 1993 // Post F. Creativity and psychopathology: A study of 291 world-famous men. *Br J of Psychiatr* 1994; 165: 22-24.
- (89) Erpel F. *Van Gogh. The self-portraits*. Greenwich, Conn: New York Graphic Society, 1969 // Drury E. *Self-Portraits of the World's Greatest Painters*. San Diego, California: Thunder Bay Press, 1999.
- (90) Meissner WW. Vincent: the self-portraits. *Psychoanal Quarterly* 1993; 62: 74-105.
- (91) Kettenmann A. *Frida Kahlo 1907-1954: Pain and Passion*. Koln: Taschen, 2000.
- (92) Frida Kahlo ho va deixar documentat en el seu famós diari: durant els llarguíssims mesos de solitud i de total

- immobilitat al llit pels seus problemes de columna derivats del gravíssim accident de tràfic en la seva joventut, l'únic model era ella mateixa, reflexada en un mirall que havien col·locat al sòtil, sobre el seu llit.
- (93) Loftus LS, Arnold WN. Vincent van Gogh's illness: acute intermittent porphyria?. *Br Med J* 1991; 303: 1589-1591.
- (94) Whitney CA. The Skies of Vincent Van Gogh. *Art History* 1986; 9: 351-362.
- (95) Boime A. Van Gogh's Starry Night: A History of Matter and a Matter of History. *Arts Magazine* 1984; 59: 86-103.
- (96) Finley GE. The Metereological Odyssey of Vincent van Gogh. *Leonardo* 1990; 23: 107-116.
- (97) Aurora Guerra és la cap de servei de Dermatologia del Hospital 12 de Octubre de Madrid, autora del llibre *Las enfermedades de la piel en la pintura*.
- (98) El Museu van Gogh d'Amsterdam, conserva una caixeta xinesa lacada que conté una sèrie de cabdells de llana de diferents colors amb les combinacions més rares. Eren utilitzats per van Gogh per jutjar els efectes de colors diferents abans de l'aplicació a la tela.
- (99) L'any 1987 es va vendre el quadre *Sunflowers* per 800 milions de pessetes, l'any 1988 els famosos liris per 1100 milions, el *Retrat del Dr. Gachet* va arribar l'any 1990 als mes de 1600 milions. Un petit autoretrat va ser venut l'any 1998 per quasi 1500 milions.
- (100) Stone I. *Lust for life: the life of Vincent van Gogh*. Londres: Arrow Publishing, 1990.

Aplicacions de l'endoscòpia digestiva

L. Barranco, J. Gayà, A. Llompart, A. Obrador

Introducció

L'ecoendoscòpia o ultrasonografia endoscòpica (USE) és una tècnica de diagnòstic per la imatge que combina l'endoscòpia amb l'ecografia de manera que una sonda ecogràfica d'alta freqüència s'aplica a l'extrem d'un endoscopi. Amb aquesta eina, evitam les interferències produïdes pel greix, els ossos o el gas intestinal i podem aconseguir imatges de molt alta definició de la paret del tub digestiu i de les estructures veïnes, com el pàncrees o el mediastí. Aquesta tècnica es va desenvolupar en els anys vuitanta, en un intent d'aconseguir una eina diagnòstica per estudiar el pàncreas que, amb la tecnologia de l'època, era poc accessible. Aviat, la utilitat d'aquesta tècnica es va posar de manifest per a l'estudi de les malalties de la paret del tub digestiu incloent neoplàsies. La capacitat de l'ultrasonografia per visualitzar les capes de la paret del tub digestiu permet un estadiatge molt precís de les neoplàsies i és indispensable avui en dia a l'hora d'avaluar el tractament neoadjuvant en els càncers de l'esòfag i del recte. Amb el desenvolupament de l'ecoendoscòpia intervencionista han sorgit noves indicacions com l'obtenció de material biològic per el diagnòstic histològic, la realització de cistogastrostomies de pseudoquistes pancreàtics o la neurolisi del plexe celíac en pacients amb càncer de pàncreas i dolor intractable i, per això, han convertit l'ecoendoscòpia una eina de gran utilitat en el diagnòstic i tractament de nombroses malalties digestives.

Utiltatge i requeriments tècnics

Actualment disposem d'una sèrie d'aparells per a l'ecoendoscòpia que són complementaris en l'estudi de les diferents malalties. El més fonamental és sense dubte, l'ecoendoscopi radial que proporciona talls tomogràfics transversals i que permet una millor comprensió de la complexa anatomia seccional ecoendoscòpica. L'ecoendoscopi sectorial o lineal obté imatges ecogràfiques longitudinals a la llum del tub digestiu, aquest aparell permet la punció amb agulla

finalment per a l'obtenció de material per al diagnòstic histològic, per a la injecció de substàncies terapèutiques o per a la col·locació de drenatges, tot això amb una morbiditat inferior a l'1%, ja que és possible el control precís i continu de l'agulla en tot moment durant la punció.

Més recentment, s'han desenvolupat minisondes ecogràfiques que s'introdueixen a través del canal de treball de un gastroscopi, duodenoscopi o colonoscopi convencional. Aquestes sondes primes, de tecnologia radial, tenen la seva utilitat a l'hora de estudiar petites lesions de la paret del tub digestiu ja que per treballar amb freqüències molt elevades proporciona unes imatges molt detallades de les diferents capes de la paret. També són útils en l'estudi de les malalties de la via biliar, en aquest cas amb una sonda coledocal que podem passar pel canal de treball d'un duodenoscopi. A més a més, existeixen altres aparells com el ecocolonoscopi i l'ecoduodenoscopi els quals tenen menys aplicacions i una utilitat real més qüestionable. La complexitat de la tècnica requereix un temps d'exploració superior al de una endoscòpia convencional per això es desitjable la realització amb una sedació profunda practicada per un anestesista amb la finalitat de minimitzar les molèsties en el pacient i aconseguir la màxima col·laboració.

Una altra qüestió que no podem analitzar a fons en aquest article és on s'han de realitzar les ecoendoscòpies. Dit d'una altra manera, quins centres hospitalaris haurien d'estar acreditats per fer ecoendoscòpies. Podem consultar diferents treballs que han tractat aquesta qüestió i sembla que hi ha una coincidència en els criteris. D'aquesta manera s'aconseja que les ecoendoscòpies s'haurien de fer a hospitals de referència amb una població sanitària d'uns 300.000 habitants, com a mínim, i preferentment a centres docents. Això permet tenir un nombre de exploracions anual superior a 60 el qual justifica la tècnica en termes econòmics i permet mantenir el nivell d'experiència necessari¹⁻³.

La complexitat de la interpretació de les imatges ecogràfiques i l'habilitat per a obtenir bones imatges de l'estructura anatòmica que estudiem fan de l'ecoendoscòpia una tècnica amb un nivell elevat de dificultat i que els resultats depenen molt de l'experiència i la competència de l'explorador. La corba

d'aprenentatge de l'ecoendoscòpia és llarga ja que l'aprenent ha d'adquirir habilitats endoscòpiques i ecogràfiques. Per tot això, el temps d'aprenentatge d'aquesta tècnica és de sis mesos a un any dependent de les característiques individuals del alumne⁴.

Indicacions de l'endoscòpia

Des de l'inici de l'ecoendoscòpia les indicacions han variat així com s'han desenvolupat altres mitjans diagnòstics i la pròpia ecoendoscòpia. Qualsevol procediment diagnòstic s'ha de realitzar en el context patològic en el qual és més útil, això permet obtenir el màxim rendiment de l'exploració tant en termes de precisió diagnòstica com de cost-benefici, minimitzant el riscs de complicacions i evitam fer passar als pacients per procediments innecessaris. Amb aquest sentit, les indicacions de la "American Society for Gastrointestinal Endoscopy" són les que podem veure a la taula I. A continuació comentarem amb una mica de detall les indicacions més importants i allò que podem esperar de l'ecoendoscòpia en les diferents indicacions.

L'ecoendoscòpia en l'estudi de les neoplàsies

L'ecoendoscòpia és capaç de visualitzar la paret del tub digestiu des de l'esòfag fins al recte com una estructura en 5 o 9 capes alternants hipo i hiperecogèniques, segons la freqüència que utilitzem, i que es correspon amb les diferents capes histològiques que integren la paret del tub digestiu. Cap altra tècnica d'imatge té aquesta habilitat. Per això, la utilitat de la ecoendoscòpia a l'hora de fer l'estadiatge dels càncers gastrointestinals és ben evident. Malgrat això l'USE està limitada en relació a la profunditat que pot explorar ja que, al treballar amb ultrasons de molt alta freqüència, la penetrància en el teixits és d'uns quants centímetres, que són suficients per a visualitzar les adenopaties regionals, no pot arribar a diagnosticar metastasi a distància. L'ecoendoscòpia també està limitada a l'hora d'avaluar la resposta dels tumors al tractament químic o radioteràpic perquè, ecogràficament, la infamació i la fibrosi és indistingible del teixit tumoral. Per això aquesta tècnica té una tendència a la sobre-estadificació que s'ha d'intentar compensar amb l'experiència de l'explorador. Per aquestes raons, l'ecoendoscòpia no és una tècnica que vingui a substituir a altres ja existents com la TAC o RNM, més aviat serveix com a complement.

L'USE en el càncer esofàgic

El càncer d'esòfag és una malaltia que avui dia encara presenta un pronòstic dolent malgrat els avanços

de l'oncologia moderna. Actualment, l'aproximació diagnòstico-terapèutica del càncer d'esòfag requereix un estudi d'extensió loco-regional molt acurat. La cirurgia de l'esòfag té una repercussió negativa damunt els pacients en els quals no és possible la realització de cirurgia amb intenció curativa⁵ i segons diversos estudis, aquells pacients que presenten malaltia localment avançada, es de dir, T3 o N1 es poden beneficiar del tractament neoadjuvant amb quimio-radioteràpia preoperatòria, la qual disminueix l'estadiatge i permet un abordatge quirúrgic amb intenció curativa en un major nombre de pacients i millora tant la supervivència com la qualitat de vida dels pacients⁶⁻⁷. Així, l'ecoendoscòpia és la tècnica més precisa per a l'estudi d'extensió loco-regional, amb una precisió diagnòstica del 85-90% per a la T i del 75% per a la N en comparació amb el 50% del TAC helicoidal per a la T i la N⁸⁻⁹. En els casos de càncer esofàgic precoç son útils les minisondes d'alta freqüència (30 MgZ) que donen imatges de molt alta definició de les capes de la paret permetent, d'una manera molt acurada, l'avaluació de la invasió tumoral en les diferents capes¹⁰.

D'altra banda, l'actual classificació TNM inclou les adenopaties celíacques com a M1a, això té importants implicacions en el maneig clínic, ja que aquests pacients no serien candidats al tractament quirúrgic. D'aquesta manera, l'ecoendoscòpia és la tècnica que presenta una millor precisió en la identificació d'adenopaties en aquest nivell¹¹.

L'USE en l'estómac

Igual que en l'estudi del càncer esofàgic, l'ecoendoscòpia presenta una elevada precisió diagnòstica amb un 85% per a la T i del 79% per a la N en l'estudi d'extensió loco-regional de les neoplàsies gàstriques incloent els MALTomes. Aquestes xifres de precisió diagnòstica són superiors a la que ofereixen altres tècniques d'imatge com la TAC o la RNM¹². Per tant, l'USE és útil per diferenciar estadis T1 en els quals es pot considerar la resecció endoscòpica, identificar lesions resecables (T1-T3), identificar lesions que infiltren localment (T4) i en aquells centres que realitzen esquemes terapèutiques amb quimioteràpia preoperatòria, l'avaluació de les adenopaties.

L'USE també té un paper important en l'estudi de l'engruiximent dels plects gàstrics i en l'estudi dels tumors submucosos, ja que permet distingir si es tracta de compressions extrínseques a la paret i, en les lesions pròpiament submucoses, permet identificar de quina capa depenen i estudiar les característiques de la lesió¹³.

L'USE en el recte

Nombrosos estudis consideren la USE com la modalitat diagnòstica individual més acurada i més cost-efectiva en l'estudi d'extensió loco-regional del càncer rectal presentant una precisió diagnòstica superior al 90% per a la T i al 80% per a la N. Això té importants repercussions clíniques ja que permet el triatge dels pacients candidats a tractament neoadjuvant preoperatori i aquells que es poden beneficiar de tractament local¹⁴.

En quant a la patologia benigna del recte, la precisió diagnòstica de l'USE en l'estudi de la patologia fistulosa i abscessos perirrectals en la malaltia de Crohn és superior a la de la RNM amb un cost sanitari inferior¹⁵.

L'USE en les malalties del pàncreas

L'USE es capaç de obtenir imatges de molt alta definició de la totalitat del pàncreas, proporcionant valuosa informació del parènquima, dels conductes pancreàtics, i de la via biliar i, per això, és una eina diagnòstica molt important en l'estudi de les pancreatitis i de les lesions quístiques i sòlides d'aquesta víscera. A més a més, la punció aspiració amb agulla fina guiada per USE possibilita millorar l'especificitat i l'obtenció d'una mostra dels teixits patològics en el mateix procediment.

El càncer pancreàtic

El diagnòstic i l'estadiatge pre-operatori del càncer pancreàtic és crucial a l'hora de detectar els pacients per a cirurgia amb intenció curativa.

Nombrosos estudis han avaluat la utilitat de l'ecoendoscòpia en l'estudi de extensió locoregional del càncer de pàncreas. Els resultats no són uniformes i encara que, és generalment reconeguda la precisió diagnòstica de l'USE en aquesta patologia, els avanços de la TAC helicoidal de col·limació fina i de la RNM d'alta resolució en els darrers anys, han millorat la precisió diagnòstica d'aquestes dues modalitats diagnòstiques en el tumors pancreàtics, acostant-se a les xifres de precisió de la USE. Per això, i encara que manquen estudis prospectius, metodològicament correctes i amb un nombre de pacients suficient seria prudent considerar, de moment, com a vàlides les recomanacions de Wiersema *et al.* en una editorial recentment publicada en *Gastrointestinal Endoscopy*¹⁶ que proposen que el paper de l'USE està en la detecció de petits tumors d'una mida inferior als 3 cm que és on l'USE presenta una sensibilitat més elevada que la TAC helicoidal/RNM i en aquells casos en els

quals la TAC o RNM no és conclouent o bé per a confirmar la irreseccabilitat de la lesió¹⁷⁻¹⁸.

Tumors pancreàtics endocrins

Habitualment, el tumors pancreàtics endocrins tenen una mida inferior als 3 cm. Per aquest motiu, la seva detecció preoperatoria de tumors diagnosticats per mitjans clínics i bioquímics planteja dificultats importants. En un estudi ampli de Rosch i col·laboradors¹⁹ l'USE presentà una precisió del 92% (vs 25% per a la TAC) en la detecció d'aquests tumors amb una taxa de complicacions similar a la d'una gastroscòpia normal¹³.

L'USE en la pancreatitis crònica

L'ecoendoscòpia proporciona una informació molt valuosa de la morfologia del pàncreas permetent un estudi molt detallat del parènquima pancreàtic i del conducte de Wirsung i de Santorini. Diferents estudis han comparat l'USE amb la CPRE en l'estudi de la pancreatitis crònica. La sensibilitat i especificitat en el diagnòstic d'aquesta malaltia en fases avançades és molt similar sense ésser tan invasiva i per tant amb una taxa de complicacions molt inferior. A més a més de permetre estudiar el conducte de Wirsung, l'ecoendoscòpia pot estudiar les característiques del parènquima. Per aquestes motius, l'ecoendoscòpia es considera avui dia el procediment diagnòstic d'elecció en el diagnòstic i seguiment de la pancreatitis crònica²⁰⁻²². D'una altra banda, l'ecoendoscòpia també és útil en l'estudi de les complicacions de la pancreatitis com són els pseudoquistes, ja sigui pel seu diagnòstic i diferenciació d'altres patologies quístiques del pàncreas com pel tractament²³. Com detallarem més endavant, l'USE intervencionista en aquesta patologia juga un paper molt important perquè possibilita la punció amb agulla fina per a la obtenció de material per a estudi histològic i també la realització de cistogastrotomia o cistoduodenostomia del pseudoquist mitjançant la col·locació de un drenatge.

L'USE en les malalties biliars

La vesícula o bufeta del fel, el conducte cístic, i les vies biliars principals es situen properes al duodè, això les fa accessibles a l'ecoendoscòpia. Així, les imatges proporcionades per l'USE són d'extraordinària definició i permeten el diagnòstic amb molta precisió de diverses malalties biliars com la litiasi coledocal, cística i de la bufeta del fel, i també de les estenosis benignes o malignes de la via biliar. L'especificitat, la

sensibilitat i la precisió diagnòstica de l'USE en aquestes malalties és similar a la colangiopancreatografia retrògrada endoscòpica i la colangiopancreatografia per ressonància magnètica com demostren una sèrie d'estudis. L'ecoendoscòpia és més sensible que les altres tècniques indicades per a detectar microlitiasi^{24,25}.

Altres aplicacions de l'USE

L'ecoendoscòpia en l'estudi d'extensió del càncer de pulmó

El maneig dels pacients afectes d'una neoplàsia de pulmó depèn de l'extensió loco-regional de la malaltia. Dos estudis han demostrat la utilitat de l'ecoendoscòpia en l'estudi de extensió mediastínica amb una eficàcia diagnòstica del 96-97% per l'USE-PAAF, 84-77% per l'USE en front del 49-77% de la TAC i presenta uns costos molts inferiors a la toracotomia i a la mediastinoscòpia amb uns taxa de complicacions molt inferior i una rentabilitat diagnòstica semblant²⁶⁻²⁸.

L'USE en la hipertensió portal

La hipertensió portal i l'hemorràgia per varices esòfago-gàstriques són complicacions importants dels pacients amb cirrosi hepàtica. L'hemodinàmica de les varices esofàgiques i de les venes col-laterals encara no és ben coneguda i avui dia no disposem de mitjans diagnòstics que puguin avaluar la resposta als tractaments per disminuir la pressió portal de manera poc invasiva. L'ecoendoscòpia podrà tenir un paper en l'estudi de la hipertensió portal ja que permet l'estudi de les varices esofàgiques tant les superficials com les més profundes, la vena gàstrica esquerra, la vena àziga i altres territoris vasculars implicats en la fisiopatologia de la hipertensió portal. S'han publicat alguns estudis que apunten a l'aplicació de l'USE tant en l'estudi de la hipertensió portal com en l'avaluació de la resposta a la escleroteràpia i els tractaments farmacològics encaminats a disminuir la hipertensió portal²⁹⁻³². Malgrat això es necessiten estudis amplis que acreditin la utilitat clínica d'aquesta tècnica en el maneig de la hipertensió portal en el futur.

L'ecoendoscòpia intervencionista

Com hem comentat abans, l'ecoendoscopi sectorial possibilita l'ecoendoscòpia intervencionista, ja que permet la punció amb agulla fina amb un control continu i amb precisió milimètrica de la posició de l'agulla amb una taxa de complicacions del 1% o infe-

rior si es fa en indicacions apropiades i amb la tècnica adequada.

Les possibilitats intervencionistes de l'USE són vàries:

Punció amb agulla fina (USE-PAAF)

L'USE PAAF permet l'obtenció de material per el diagnòstic anatomopatològic de qualsevol tumoració o adenopatia accessible per USE amb un índex de complicacions molt baix i un índex d'èxit en termes d'obtenció de material suficient per el diagnòstic elevat. L'USE-PAAF també augmenta l'especificitat de l'ecoendoscòpia en el diagnòstic d'adenopaties de mida petita i del diagnòstic de masses pancreàtiques que en ocasions son difícils de distingir dels focus de pancreatitis^{33,34}.

Punció-injecció amb agulla fina (USE-PIAF)

L'USE PIAF o punció injecció amb agulla fina consisteix en la injecció de substàncies terapèutiques en diferents localitzacions. La més coneguda i estesa és la neuròlisi del plexe celíac en els pacients amb càncer de pàncreas i amb dolor intractable. La localització del tronc celíac des de l'estómac és relativament fàcil. El ganglis nerviosos responsables de conduir els impulsos nociceptius del dolor es situen als costat del tronc celíac. La injecció de substàncies esclerosants mitjançant ultrasonografia endoscòpica es més precisa que amb la TAC i presenta un nombre de complicacions greus inferior amb un taxa d'èxit superior a altres tècniques i amb una reducció o desaparició del dolor en el 80% dels pacients^{21,35}.

Altres possibilitats terapèutiques inclouen la toxina botulínica en l'acalasia³⁶, l'esclerosi de lesions vasculars que han provocat o poden provocar una hemorràgia digestiva i la injecció de corticoides a les estenosis benignes del tub digestiu. Altres aplicacions que possiblement tinguin un desenvolupament futur són: la teràpia viral en el càncer de pàncreas, els citoimplats i la teràpia gènica³⁴.

Drenatge guiat per USE

Una altra utilitat de l'ecoendoscòpia es la realització de drenatges de quists, de pseudoquists pancreàtics i de col-leccions situades prop del tub digestiu mitjançant la realització de cistogastrotomies o cistoduodenostomies³⁷. També es possible la realització de drenatges del coledoc o del Wirsung en aquells casos en que no és factible la seva realització per CPRE³⁸.

Un altre aplicació de l'USE intervencionista es l'ablació per radiofreqüència de tumors sòlids, fonamentalment tumors pancreàtics. Aquesta possibilitat encara que és tècnicament possible, de moment es troba en fase d'experimentació animal³⁹.

Conclusions

La ultrasonografia endoscòpica és una eina extremadament útil en l'estudi d'extensió loco-regional de els càncers de l'aparell digestiu permetent un estadiatge molt precís i, a més a més, fa possible l'obtenció de material per el diagnòstic histològic mitjançant punció aspiració amb agulla fina.

L'USE és capaç de proporcionar informació molt valuosa en l'estudi de la pancreatopatia crònica.

L'USE intervencionista, de cada vegada més, permet diagnosticar i tractar nombroses malalties amb una taxa de complicacions molt petita y amb una relació cost-eficàcia molt elevada.

Hi ha dos estudis que han avaluat l'impacte clínic de l'aplicació de l'ecoendoscòpia. En els dos, l'ús de aquesta tècnica va modificar el maneig clínic en les dues terceres parts dels pacients, be per ésser un procediment més cost efectiu be per ésser menys invasiu o per servir per indicar procediments terapèutics menys invasius^{40,41}.

La tendència actual, i possiblement la futura, és el desenvolupament de l'ecoendoscòpia intervencionista. Les aportacions d'aquesta modalitat de la ecoendoscòpia a la gastroenterologia i a l'oncologia són indiscutibles i insuperables per altres tècniques i, per això, cal preveure una major difusió futura i l'aparició de noves indicacions⁴².

Per tot això, avui dia podem considerar que l'ecoendoscòpia és una eina diagnòstico-terapèutica d'una utilitat inqüestionable en un Servei de Digestiu de referència.

TAULA 1. Indicacions de l'ecoendoscòpia digestiva

Esòfag, Estómac i Duodè

- Estudi d'extensió loco-regional de càncers d'esòfag i d'estómac (MALTomas gàstrics inclosos)
- Avaluació de l'engruiximent lluminal inexplicat del tracte digestiu
- Avaluació de tumors submucosos
- Sospita de varices

Pàncreas i Sistema Biliar

- Diagnòstic i estudi d'extensió loco-regional del càncer ampul·lar i pancreàtic
- Avaluació de lesions quístiques del pàncreas
- Avaluació de pseudoquistes avanç del drenatge endoscòpic
- Diagnòstic de la pancreatitis crònica
- Localització de tumors neuroendocrins comprovats bioquímicament
- Diagnòstic de litiasi en el conducte biliar comú
- Avaluació de la pancreatitis aguda recurrent

Colon, Recte i Anus

- Estudi d'extensió loco-regional del càncer rectal confirmat amb biòpsies
- Diagnòstic de les recidives del càncer rectal
- Avaluació de masses perirectals
- Avaluació dels múscles del esfínter anal en pacients amb incontinència fecal

Mediastí

- Estadiatge de càncer de pulmó sospitat o confirmat amb malaltia del mediasti posterior
- Estudi de masses mediastíniques posteriors o d'adenopaties

Bibliografia

1. ASGE. Guidelines for credentialing and granting privileges for endoscopic ultrasound. *Gastrointest Endosc* 2001;54:811-14.
2. ASGE. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2000;52:831-37.
3. Savides TJ, Allan HF, Gress G. 1999 ASGE endoscopic survey. *Gastrointest Endosc* 2000;52:745-50.
4. ASGE. Guidelines for training in endoscopic ultrasound. *Gastrointest Endosc* 1999;43:829-33.
5. Blazerby JM, Fardnon JR, Donovan JL, et al. A prospective longitudinal study examining the quality of life of patients with esophageal cancer. *Cancer* 2000;88:1781-7
6. MRC Upper GI Tract Cancer Group. MRC randomised phase III trial of surgery with or without preoperative chemotherapy in resectable cancer of the esophagus. *BJC* 2000;83 (Suppl):1.
7. Kelsen D, Ginsberg RJ, Pajak, et al. Chemotherapy followed by surgery compared with surgery alone for localized esophageal cancer. *N Engl J Med* 1998;339:1979-84.
8. Pennman, ID, Shen EF. EUS in advanced Esophageal cancer. *Gastrointest Endosc* 2002;56 (Suppl):S2-6.
9. Kelly S, Harris K, Berry E, et al. A systematic review of the staging performance of endoscopic ultrasound in gastroesophageal carcinoma. *Gut* 2001;49:534-9.
10. Canto MI. Barrett's esophagus and early esophageal cancer. *Gastrointest Endosc* 2002;56(Suppl):S66-75.
11. Eloubeidi MA, Wallace MB, Reed CE, et al. The utility of EUS and EUS guided fine needle aspiration in detecting celiac lymph node metastasis in patients with esophageal cancer: a single center experience. *Gastrointest Endosc* 2001;54:714-9.
12. Soria MT, Fuenmayor R, Llach J. Ecoendoscopia en el diagnóstico de extensión de las neoplasias digestivas. *Gastroenterol Hepatol* 2002;25:7-12.
13. Pfau PR, Chak A. Endoscopic ultrasonography. *Endoscopy* 2002;34:21-8.
14. Savides TJ, Master SS. EUS in rectal cancer. *Gastrointest Endosc* 2002;56 (Suppl):S12-18.
15. Schwartz DA, Harewood GC, Wiersema MJ. EUS for rectal disease. *Gastrointest Endosc* 2002;56:100-9.
16. Wiersema MJ, Norton ID, Clain JE. Role of EUS in the evaluation of pancreatic carcinoma. *Gastrointest Endosc* 2000; 52:587-82.
17. Palazzo L. Ecoendoscopia del páncreas. *Gastroenterol Hepatol* 2002;25:26-34.
18. Kochman M. EUS in pancreatic cancer. *Gastrointest Endosc* 2002;56 (Suppl):S6-12.
19. Rosch T, Lightdale CJ, Botel JF, et al. Localization of pancreatic endocrine tumors by endoscopic ultrasonography. *N Engl J Med* 1992;326:172-76.
20. Etemad B, Whitcomb D. Chronic pancreatitis: diagnosis, classification, and new genetic developments. *Gastroenterology* 2001;120:682-707.
21. Wallace MB, Hawes RH. Endoscopic ultrasound in the evaluation and treatment of chronic pancreatitis. *Pancreas* 2001;23:26-35.
22. Sahai AV. EUS and chronic pancreatitis. *Gastrointest Endosc* 2002;56 (Suppl):S76-81.
23. Brugge WR. The role of EUS in the diagnosis of cystic lesions of the pancreas. *Gastrointestinal Endoscopy* 2000;52(Suppl):S18-22.
24. Napoleon B. Ecoendoscopia y patología biliar. *Gastroenterol Hepatol* 2002;25:35-41.
25. Palazzo L, O'Toole D. EUS in common bile duct stones. *Gastrointest Endosc* 2002;56 (Suppl):S49-57.
26. Larsen SS, Krasnik M, Vilman P, et al. Endoscopic ultrasound guided biopsy of mediastinal lesions has a major impact on patient management. *Thorax* 2002;57:89-103.
27. Aabakken L, Silvestri GA, Hawes R, et al. Cost-efficacy of endoscopic ultrasonography with fine needle aspiration vs. mediastinoscopy in patients with lung cancer and suspected mediastinal adenopathy. *Endoscopy* 1999;31:707-11.
28. Gress FG, Savides TJ, Sandler A, et al. Endoscopic ultrasonography, fine needle aspiration biopsy guided by endoscopic ultrasonography, and computed tomography in the preoperative staging of non small cell lung cancer: a comparison study. *Ann Intern Med* 1997;127(8Pt):604-12.
29. Hino S, Kakutani H, Ikeda K, et al. Hemodynamic analysis of esophageal varices using color Doppler endoscopic ultrasonography: factors affecting development of varices [abstract]. *Gastrointest Endosc* 2001; 53: AB170.
30. Sanyal AJ. The value of USE in the management of portal hypertension. *Gastrointest Endosc* 2000;52:575-7.
31. Fernandez-Esparrach G, Blesa I, García FJ. Ultrasonografía endoscópica en la hipertensión portal y en la enfermedad benigna del tubo digestivo. *Gastroenterol Hepatol* 2002;25:42-7.
32. Sung JJY, Lee YT, Leong RWL. EUS in portal Hypertension. *Gastrointest Endosc* 2002;56(Suppl):S35-42.
33. Vázquez-Sequeiros E, Ginès A, Wiersema MJ. Ultrasonografía endoscópica intervencionista diagnóstica y terapéutica. *Gastroenterol Hepatol* 2002;25:48-55.
34. Bhutani MS. Interventional endoscopic ultrasonography: state of the art at the new milenium. *Endoscopy* 2000;32:62-71.
35. Hoffman BJ. EUS-guided celiac plexus block/neurolysis. *Gastrointest Endosc* 2002;56(Suppl):S26-34.
36. Hoffman BJ, Knapple WL, Bhutani MS. Treatment of achalasia by injection of botulinum toxin under endoscopic ultrasound guidance. *Gastrointest Endosc* 1997;45:77-9.

37. Wiersema MJ. Endosonography-guided cystogastrostomy: role of endoscopic ultrasonography. *Amer J Gastroenterol* 1996;91:1622-25.
38. Wiersema MJ, Sandusky D, Carr R, et al. Endosonography guided cholangiopancreatography. *Gastrointest Endosc* 1996;43:102-6.
39. Mallery S, Goldberg SN, Brugge W. EUS-guided radiofrequency ablation in the pancreas: preliminary results in a porcine model (abstract). *Gastrointest Endosc* 1998;47:AB34.
40. Jafri IH, Saltzman JR, Colby JM, et al. Evaluation of the clinical impact of endoscopic ultrasonography in gastrointestinal disease. *Gastrointest endosc* 1996; 44:367-70.
41. Nickl NJ, Bhutani MS, Catalano M, et al. Clinical implications of endoscopic ultrasound: the American endosonography club study. *Gastrointest Endosc* 1996;44:371-7.
42. Ginès A. Ecoendoscopia: pasado presente y futuro. *Gastroenterol Hepatol* 2002; 25:1.

Hemorragia uterina disfuncional

Manuel Usandizaga Calparsoro

Definición

Se define la hemorragia uterina disfuncional (HUD) como el sangrado que procede del útero sin que exista embarazo y en ausencia de patología orgánica. Debe reconocerse que es una expresión hasta cierto punto imprecisa, ya que pueden existir diferentes causas de la misma y además, el diagnóstico se establecerá siempre después de la exclusión de otras causas locales o sistémicas. Generalmente es la manifestación de una anovulación, pero en algunos casos ocurre por defectos en la fase folicular o lútea de un ciclo ovulatorio. Se ha llegado a proponer llamar a estos últimos hemorragias uterinas funcionales, reservando el apelativo de disfuncionales para los observados en presencia de ciclos anovulatorios: parece una distinción hasta cierto punto inútil, ya que puede afirmarse que disfunción y función anómala son expresiones sinónimas.

Se trata de un trastorno que se observa, con frecuencia relativamente alta, sobre todo en los extremos de la vida reproductiva, cerca de la pubertad y de la menopausia. Su elevada incidencia justifica el que se le suela dedicar un capítulo en tratados de Ginecología o Endocrinología ginecológica^{1,2}, pero también es cierto que en otras publicaciones similares y de indiscutible prestigio, la HUD ocupa un pequeño apartado al final del capítulo que trata de la anovulación crónica por retroalimentación ovárico-hipofisaria inadecuada³. En cualquier caso la probabilidad de que una determinada mujer padezca este problema o de que un médico sea consultado por el mismo es, indudablemente, muy alta.

Para delimitar correctamente la HUD, es necesario establecer previamente que se considera un patrón menstrual normal. El ciclo menstrual es de 28 días, pero se consideran normales duraciones entre 21 y 35 días. Habitualmente una regla dura entre 3 y 4 días aunque se acepta la normalidad entre 2 y 7 días. El volumen de sangre menstrual es de unos 30 ml y se consideran anormales pérdidas superiores a los 80 ml.

Habitualmente la intensidad de la regla es bastante superior durante los primeros días, con lo que puede suceder que exista un sangrado excesivo, superior a 80 ml, sin que se prolongue la duración de la menstruación por encima de la semana. Una estimación probable sería que el 75% de la pérdida de sangre menstrual tiene lugar durante los dos primeros días de la regla. Hay que reconocer que a veces resulta difícil establecer sólo a partir del interrogatorio si una determinada mujer tiene o no reglas abundantes en exceso. Aparte de determinaciones analíticas que no ofrecen aplicación clínica, se ha recurrido al recuento y pesado de compresas y tampones o a la recogida de datos mediante esquemas con resultados variables⁴⁻⁶ y el único dato objetivo fácilmente disponible termina por ser el hemograma, ya que una mujer con reglas siempre superiores a 80 ml acaba por padecer una anemia. Es cierto que, aún en ausencia de datos objetivos, la ansiedad y la preocupación de una mujer no debe infravalorarse, pero también debe tenerse en cuenta que sin datos objetivos no se justifican algunos tratamientos.

Cuando la duración, intervalo o cantidad de la regla desbordan los límites mencionados, los cuadros que pueden aparecer han recibido distintos nombres: hipermenorrea, hipomenorrea, polimenorrea, oligomenorrea, opsomenorrea, proiomenorrea... En estos momentos la denominación que goza de mayor aceptación es la de oligomenorrea para los ciclos largos, polimenorrea para los ciclos cortos, menorragia para ciclos normales con pérdida sanguínea excesiva y por último, metrorragias para los ciclos irregulares asociados a pérdidas excesivas y prolongadas.

Para entender el mecanismo de producción de la HUD conviene recordar previamente los acontecimientos que determinan el desencadenamiento de las menstruaciones. En un ciclo ovulatorio el endometrio se ve expuesto inicialmente a la acción de los estrógenos en la primera fase, proliferativa o folicular. Después de la ovulación, durante la segunda fase, secretora o lúteínica, actúan simultáneamente sobre el endometrio los estrógenos y la progesterona. Al producirse la caída brusca de estas hormonas, ocurre la menstruación. Este sangrado por privación de estrógenos y progesterona es un proceso autolimitado, fundamentalmente por tres razones: *primero*, la caída

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca

Correspondència: C/Andrea Doria, 55. 07014 Palma de Mallorca

e-mail: musandizaga@hsd.es

Medicina Balear 2002; 17: 128-134

hormonal afecta al mismo tiempo a toda la mucosa endometrial; *segundo*, el endometrio que ha se ha desarrollado después de una secuencia de estrógenos y progesterona es un tejido estructural mente estable, sin roturas irregulares con zonas más o menos frágiles; *tercero*, el cese de la regla es consecuencia de los mismos mecanismos que la desencadenan. La vasoconstricción de las arteriolas espirales, que está en el inicio de los fenómenos isquémicos en el endometrio que terminarán por determinar su descamación, facilita también que los mecanismos de la coagulación impidan la pérdida prolongada de sangre bloqueando las boquillas vasculares.

Frente a la hemorragia por privación hormonal que caracteriza a la regla, la HUD es una consecuencia de una disrupción hormonal. El endometrio inadecuado, que no ha pasado por la estimulación estrogénica y después estroprogéstagénica, crece de forma anormal: el grosor es excesivo, no cuenta con apoyo estructural adecuado, el desarrollo de vasos, glándulas y estroma es asincrónico con la consecuencia de fragilidad anormal. En un lugar se producen desgarramientos espontáneos, cuando éstos cicatrizan aparecen roturas en otro punto. De alguna forma, diferentes lugares de la cavidad endometrial van relevándose en ser el origen hemorrágico. El sangrado no afecta a todo el endometrio, sino a distintas zonas de forma aleatoria y en secuencias asincrónicas. No hay tampoco vasoconstricción rítmica que condicione el colapso de toda la mucosa endometrial. La forma clínica típica es la de una paciente que refiere pérdidas en cantidades relativamente pequeñas y durante muchos días o incluso semanas.

Diagnóstico

Ya hemos apuntado que el diagnóstico de HUD es por exclusión y la tabla I recoge las distintas entidades que pueden entrar en consideración para establecer el diagnóstico diferencial. En absoluto puede considerarse que todos los procesos mencionados en la tabla guardan la misma importancia. Muy por encima de todo lo demás, cabe destacar la importancia de descartar que la hemorragia esté en relación con un embarazo. Después deberán considerarse dos problemas característicos de edades muy diferentes: las alteraciones de la coagulación sanguínea y el cáncer de cuerpo uterino. Mientras que éste último aumenta de frecuencia a medida que la paciente se acerca a la edad del climaterio, los trastornos de la coagulación se diagnostican, sobre todo, cerca de la menarquía.

En la evaluación inicial de una paciente con metrorragias resulta fundamental establecer con certeza

el origen de la hemorragia y diferenciar entre patrones cíclicos y no cíclicos de sangrado. El interrogatorio debe recoger el patrón menstrual previo y la fecha de por lo menos las últimas tres ocasiones en que la paciente ha sangrado. También son datos de interés la existencia de dolor coincidiendo con los episodios de sangrado y la estimación de la importancia del mismo a través del número de compresas o tampones empleados y si se retiran totalmente empapadas o no. Debe preguntarse por otros episodios similares al actual y si hubieran tenido lugar, por los tratamientos empleados. La sintomatología subjetiva de embarazo o premenstrual también es de interés. Finalmente hay que recoger la historia reproductiva y anticonceptiva, cualquier tratamiento médico o traumatismo recientes, así como la facilidad para sangrar o presentar hematomas.

Una parte de las pacientes podrán ser tratadas después del interrogatorio y una exploración ginecológica cuidadosa, pero en otras será necesario recurrir a exploraciones complementarias. Hace unos años la determinación urinaria de gonadotropinas coriónicas se realizaba muy a menudo, para descartar un embarazo en mujeres sexualmente activas, pero hoy en día ha sido desplazada por la ecografía. Esta exploración va a realizarse en un número muy elevado de pacientes, sobre todo si está disponible de forma inmediata en la consulta. Va a permitirnos comprobar si existe un embarazo intrauterino, reservando la realización de pruebas de embarazo para los casos en que se sospeche una gestación ectópica. Además aporta datos valiosos como la existencia de irregularidades uterinas compatibles con miomas, grosor del endometrio o presencia de tumoraciones intracavitarias. En este último caso el diagnóstico no será de HUD, pero puede completarse la exploración mediante la instilación intrauterina de suero salino realizando una histerosonografía.

Entre los análisis de laboratorio de mayor utilidad se encuentran las pruebas de coagulación entre las adolescentes que presentan hemorragias disfuncionales con las primeras reglas. En este caso suele solicitarse el tiempo de protrombina, el tiempo parcial de tromboplastina, la cifra de plaquetas, tiempo de hemorragia y el cofactor ristocetina para el diagnóstico del tipo I de la enfermedad de von Willebrandt. Con menos frecuencia se solicitan determinaciones de prolactina, hormona tiroestimulante o pruebas de función hepática. El hemograma carece de valor diagnóstico, pero es imprescindible realizarlo siempre que las hemorragias hayan sido abundantes o hayan durado mucho tiempo. De ésta forma, además del tratamiento de la hemorragia disfuncional, puede iniciarse inmediatamente el tratamiento de una anemia ferropénica coexistente.

Una consideración especial debe tenerse con las pacientes en las que se pueda sospechar un riesgo elevado de que exista un cáncer de endometrio. Fundamentalmente, la edad es el criterio fundamental que suele manejarse, de forma que se recomienda valorar el endometrio de todas las pacientes que superen una edad determinada. Sin embargo conviene recordar que un factor indudable de riesgo de padecer cáncer de endometrio es la exposición prolongada a estrógenos no contrarrestados por gestágenos, por lo que en determinadas circunstancias (por ejemplo anovulación crónica) será necesario reducir el número de años necesarios para la realización de una biopsia. Por otro lado, si la medición del grosor del endometrio mediante ecografía transvaginal es tranquilizadora, se podrá retrasar la edad a la que se considere obligatoria la biopsia. Una recomendación general sería obtener siempre una muestra de endometrio por encima de los 40 años y no hacerlo nunca antes de los 35 años.

La obtención del endometrio para su valoración histológica y, por lo tanto, para poder descartar un cáncer de endometrio, requiere alguna discusión. El legrado biopsia fraccionado clásico, en quirófano, con más o menos dilatación cervical y habitualmente anestesia general, ha sido desplazado por procedimientos ambulatorios más confortables para la paciente. Sin embargo, es necesario recordar que alguna que otra vez recurriremos a él, no tanto por preocupaciones diagnósticas como por su valor terapéutico. De la batería de medios diagnósticos ginecológicos ha sido borrada la cánula de Novak que permitía la obtención en la consulta de una muestra de endometrio, pero era bastante mal tolerada por las pacientes. Hoy en día se utilizan cánulas de plástico, descritas inicialmente por Cornier, flexibles y de sólo tres milímetros de diámetro externo⁷. La obtención de una muestra de endometrio se realiza mediante la aplicación de vacío y generalmente se consigue el paso por el orificio cervical sin recurrir a dilatadores. En casos laboriosos se consigue aumentar la rigidez de las cánulas guardándolas en la nevera. Las características de las muestras obtenidas se han estudiado en repetidas ocasiones, hasta el punto de que recientemente se ha publicado un metaanálisis, en el que sale favorecida sobre otras técnicas la pipelle de Cornier⁸.

Por último, dentro de las posibilidades diagnósticas para descartar las neoplasias endometriales debe mencionarse la histeroscopia. La posibilidad de observar la cavidad endometrial en la consulta y descartar de forma inmediata la existencia de un cáncer es realmente atractiva. Además la histeroscopia es superior al legrado para diagnosticar determinados problemas

benignos como los miomas submucosos y los pólipos endometriales. Sin embargo el problema es que habitualmente la realización de histeroscopia no excluye la necesidad de hacer una biopsia en determinadas ocasiones, bien mediante pipelle, bien de forma dirigida, de mayor precisión. Para la obtención de biopsias dirigidas en histeroscopias realizadas en consulta parece un avance indudable el poder disponer de equipos eléctricos bipolares que permiten trabajar en medios líquidos conductores⁹. Al final el empleo de histeroscopia va a depender sobre todo de si se dispone o no del equipo adecuado, aunque en la literatura reciente pueden encontrarse trabajos muy elogiosos y otros más escépticos^{10,11} respecto a esta técnica. Un punto de indudable importancia sería establecer el coste-eficacia de incorporar la histeroscopia a la sistemática, exploratoria, con especial consideración del coste de oportunidad. La necesidad o no de que las pacientes pasen por el quirófano va a tener aquí una importancia definitiva. Para aquellos que defienden el control de la mayoría de estas pacientes por médicos generales, la histeroscopia, desde luego, no entra en consideración^{12,13}.

En relación con la histeroscopia en pacientes que finalmente padecen un cáncer de endometrio, existe preocupación por el riesgo de que esta maniobra exploratoria contribuya a la diseminación de la enfermedad. Una objeción teórica a la irrigación o insuflación del útero es que puede contribuir al paso de células malignas a la cavidad peritoneal. Hay que recordar que en el tratamiento quirúrgico del cáncer de endometrio son recomendaciones habituales tanto proceder a un lavado peritoneal como bloquear las trompas uterinas movilizándolo el útero con un par de pinzas de Kocher colocadas en los cuernos uterinos. En realidad, la información disponible no es concluyente y se han publicado estudios contradictorios^{14,15}, de manera que se trata de un debate que, con distintas versiones, afecta a la cirugía endoscópica¹⁶. Ahora bien, antes de abandonar un procedimiento de magníficas expectativas, sobre todo si obviamos las consideraciones económicas, debería analizarse no sólo la presencia de células malignas en la cavidad peritoneal después de histeroscopia, sino también el significado de este hallazgo. Del mal pronóstico de un lavado peritoneal positivo en ausencia de histeroscopia previa no puede extrapolarse la importancia de la presencia de células malignas después de una histeroscopia. La viabilidad de esas células y quizás el intervalo de tiempo entre histeroscopia y cirugía pueden ser importantes. La respuesta definitiva vendrá cuando dispongamos de ensayos que valoren la supervivencia y no una variable intermedia como la citología peritoneal positiva.

Una información de interés sobre los procedimientos de evaluación del endometrio en las pacientes con HUD, es la generada por una encuesta a ginecólogos escoceses, paralelamente a la cual se revisaron 1.199 historias clínicas en doce hospitales diferentes¹⁷. Contestaron el 93% de los consultores escoceses y más de dos tercios estaban de acuerdo en que la valoración del endometrio rara vez era necesaria en mujeres menores de 40 años. También más del 80% de los interrogados consideraban que el procedimiento de elección era la biopsia en consulta. Sin embargo, en la revisión de historias clínicas de hospitales representativos que se realizó al mismo tiempo se comprobó que el 23% de los procedimientos realizados afectaba a mujeres menores de 40 años y sólo en el 44% de las ocasiones eran biopsias en consultas. Los autores terminaban concluyendo que seguramente había procedimientos innecesarios y que había un uso excesivo de la histeroscopia en quirófano.

Una circunstancia en la que la histeroscopia tiene especial importancia es cuando el informe de la biopsia con pipelle es «insuficiente» para diagnóstico. Habitualmente se entiende que si no se obtiene material es que no existe ni hiperplasia ni cáncer, ya que en ambos casos lo característico es que se obtenga abundante material. Sin embargo, para poner en perspectiva el riesgo de error es útil considerar publicaciones que plantean el problema en hemorragias postmenopáusicas, donde tanto el informe insuficiente como el cáncer son más frecuentes¹⁸. Puede estimarse en cerca del 1,5% el riesgo de cáncer endometrial y otro tanto para el riesgo de otras neoplasias malignas uterinas. Con estas cifras es indudable que el informe de material insuficiente para diagnóstico debe manejarse con mucha precaución y la histeroscopia será valiosísima.

Tratamiento

Una vez establecido el diagnóstico de HUD y fuera de aquellos casos con hemorragia profusa que requieran un legrado urgente, el tratamiento va a ser hormonal. Podemos utilizar estrógenos, gestágenos o ambos a la vez. Probablemente la mejor opción sea el tratamiento con estroprogestágenos, sobre todo si la paciente no desea un embarazo. Puede utilizarse un anticonceptivo oral combinado monofásico con 30 mg de etinilestradiol por comprimido a la dosis de tres pastillas diarias durante siete días, con la ventaja de que indicamos exactamente una caja del producto. Es preciso advertir a la paciente de que unos días después de suspender el tratamiento presentará nuevamente una hemorragia por privación hormonal, más o menos

intensa. De no hacerlo así, podría interpretarlo como un fracaso y abandonar nuestras recomendaciones. Al quinto día del sangrado por privación, la paciente inicia una nueva caja del mismo producto anticonceptivo, pero ahora tomándolo de la forma habitual: un comprimido diario durante tres semanas seguido de una semana de descanso. El tratamiento debe mantenerse al menos durante tres ciclos y las hemorragias por privación irán siendo menos abundantes, como reflejo de un menor crecimiento del endometrio. Si la paciente no desea la anticoncepción al cabo de tres meses se suspende el tratamiento con la recomendación de que acuda nuevamente si las reglas se retrasan. De esta forma será posible un diagnóstico precoz de la anovulación y podrá establecerse un tratamiento preventivo, que será sólo con gestágenos orales durante 10 días al mes si persiste el deseo de concepción. La dosis habitualmente recomendada es de 5 a 10 mg de acetato de medroxiprogesterona, aunque disponemos de muchos otros gestágenos, incluida la progesterona oral micronizada. Para facilitar el cumplimiento es útil indicar el tratamiento por días naturales, por ejemplo del uno al diez de cada mes. Si la paciente no desea un embarazo el tratamiento puede ser con anovulatorios orales combinados o eventualmente con gestágenos de depósito si existen contraindicaciones para la administración de estrógenos o pensamos que la paciente cumplirá mal el tratamiento que le indiquemos.

Una alternativa al tratamiento con anticonceptivos orales, aunque menos popular, es la utilización de gestágenos aisladamente. En general se prefiere un tratamiento inicial con estroprogestágenos y se reservan los gestágenos para el tratamiento de mantenimiento o preventivo en mujeres con deseo gestacional o contraindicaciones a los estrógenos. El grupo de riesgo más alto es el de aquellas mujeres que presentan antecedentes personales o familiares de tromboembolismo venoso. Es cierto que hay muy pocos ensayos sobre la eficacia relativa de gestágenos y estroprogestágenos en HUD¹⁹, pero una posible explicación es que los resultados de los tratamientos habituales son tan buenos que no se considera necesario investigar en este terreno.

Una tercera posibilidad es el tratamiento con estrógenos, especialmente indicado en mujeres jóvenes y hemorragias prolongadas en las que se sospecha que el endometrio residual es muy escaso. Aquí es ventajoso conseguir en primer lugar una proliferación endometrial y después añadir al tratamiento gestágenos y a continuación provocar una hemorragia por privación. En HUD moderadamente severas la dosis recomendada es 1,25 mg de estrógenos conjugados equinos cada 6 horas durante 24 horas seguido por 6-9

días de una dosis diaria de estrógenos. Si no existe respuesta en 24 horas, cesando o disminuyendo la intensidad del sangrado, hay que plantearse realizar un ligero. En HUD menos intensas una dosis diaria de estrógenos durante 7 -10 días puede ser suficiente. Siempre habrá que añadir al tratamiento unos días con la misma dosis de estrógenos y añadiendo gestágenos para conseguir finalmente una hemorragia por privación al suspender toda la medicación.

En determinadas circunstancias que se dan en un número pequeño de pacientes, el tratamiento no será con esteroides sexuales por vía oral: por ejemplo, en hemorragias repetidas en pacientes con insuficiencia renal crónica podemos recurrir a los dispositivos intrauterinos liberadores de gestágenos, en pacientes con trasplante hepático y en tratamiento con inmunosupresores, los análogos de la GnRH pueden ser una solución y, por último, en afectas de enfermedad de von Willebrandt tipo I se utilizará acetato de desmopresina por vía intranasal.

Menorragias

Para terminar hay que referirse al tratamiento de las pacientes que presentan menorragias, es decir, mujeres en las que los ciclos están conservados, pero que presentan un sangrado menstrual excesivo, sin que exista una patología orgánica que justifique esta situación. La necesidad de considerar este problema se deriva fundamentalmente de la frecuencia con la que lo vemos en la clínica. En Gran Bretaña se calcula que alrededor de una de cada 20 mujeres con una edad entre 30 y 50 años va a consultar cada año por este problema a su médico de cabecera y además una de cada 8 consultas ginecológicas tiene esta causa^{20,21}. Sólo una quinta parte de estas pacientes va a padecer una patología orgánica, por lo que las restantes entran de lleno en la definición de HUD. Ya hemos visto antes que se consideran excesivamente abundantes aquellas reglas en las que el volumen de sangre menstrual excede de 80 ml, pero debemos tener en cuenta que el sangrado menstrual excesivo es una percepción subjetiva de la mujer, pudiendo suceder que las que consultan por este motivo tengan reglas absolutamente normales. En esta percepción subjetiva anómala pueden influir múltiples factores, no siendo desdeñables los psicosociales²². No atender la queja de estas pacientes puede ser un error, aunque hay que tener presente el riesgo de sobretratamiento, sobre todo si se recurre a la cirugía. Por lo tanto, un tratamiento médico, a ser posible eficaz, bien tolerado y sin graves efectos secundarios es una posibilidad muy atractiva. Generalmente nos basaremos para iniciarlo en la sintomatología con inde-

pendencia de que podamos objetivar o no si las reglas exceden realmente de lo normal, con lo que el número de pacientes tratadas puede ser muy alto. Un reflejo de todo esto es la importancia que se da al problema de las menorragias dentro de la biblioteca Cochrane²³⁻²⁶. Estas revisiones sistemáticas y cuantitativas analizan cuatro tratamientos: anovulatorios orales combinados, gestágenos, antiinflamatorios no esteroideos y antifibrinolíticos, aunque se mencionan también marginalmente otras posibilidades. Ii8

Como primera línea de tratamiento sería aconsejable utilizar los antifibrinolíticos (ac. tranexámico) y los antiinflamatorios no esteroideos (ac. mefenámico o ibuprofeno). Una primera ventaja de estos tratamientos es el hecho de realizarlos por un corto periodo de tiempo cada mes lo que dificulta que existan efectos secundarios importantes. Además el cumplimiento se ve reforzado por el hecho de realizar el tratamiento precisamente los días en que la paciente tiene el problema. Ambos son más eficaces que el placebo y si se emplean de forma aislada es posible esperar algo mejores resultados con los antifibrinolíticos. En los ensayos clínicos publicados no hay datos sobre la frecuencia de tromboembolismos, una preocupación, al menos teórica con el empleo de antifibrinolíticos. Es posible iniciar el tratamiento con ambas sustancias y si se consiguen buenos resultados intentar después el mantenimiento con solamente una droga.

Los tratamientos hormonales han sido durante muchos años los más utilizados, sobre todo los gestágenos en la segunda fase del ciclo, recurriendo a los sintéticos con mayor efecto androgénico, como los 19-norderivados. Sin embargo los metaanálisis demuestran que los resultados son inferiores a los registrados con los tratamientos mencionados antes. La ingesta de anovulatorios orales combinados se asocia habitualmente con una reducción de la intensidad de las reglas, aunque hay muy pocos datos disponibles procedentes de ensayos clínicos. En mujeres con deseo anti-conceptivo y sin contraindicaciones para el uso de estrógenos serán de todas formas preparados de elección, simplemente por la razón de que intentamos "matar dos pájaros de un tiro". Inicialmente puede utilizarse un preparado con 30 mg de etinilestradiol por comprimido y en la elección de gestágeno debería tenerse en cuenta las recientes recomendaciones de la Agencia Española del Medicamento²⁷. En caso de fracaso, quizás fuera útil intentar el empleo de un preparado con dosis estrogénicas más bajas. Una posibilidad a nuestro alcance es la prolongación de los ciclos espaciando los descansos: las reglas pueden ser percibidas como malas, pero al menos las pacientes acuden menos a menudo. En otros países ya se están comerciali-

zando preparados específicamente pensados para este uso, que además incrementa la eficacia anticonceptiva de los anovulatorios orales combinados.

A pesar de que los gestágenos cíclicos, quizás los más empleados y los menos eficaces, pasan por horas bajas como consecuencia de los resultados de los metaanálisis, estas sustancias están otra vez de actualidad con la comercialización en España de un dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel. Entre las indicaciones recogidas en la ficha técnica del producto consta específicamente la de las menorragias sin causa orgánica. Parece ser un tratamiento eficaz, que resuelve la contracepción y con el que hay que esperar efectos secundarios mínimos, ya que el paso de medicamento a través del endometrio a la circulación general es muy escaso. En realidad, el mayor problema es que la paciente acepte los cambios en el patrón de sangrado menstrual, ya que durante los primeros meses pueden aparecer sangrados escasos, pero irregulares. Este hecho es el que se recoge como primer responsable de la retirada de dispositivos durante el primer año de uso. Debemos tener en cuenta que la suspensión de un tratamiento pensado para al menos cinco años de uso y con los mayores riesgos asociados al acto de inserción modifica totalmente los cálculos de coste y eficacia.

Otra alternativa basada en gestágenos son los preparados de acción prolongada, inyectables de depósito e implantes subcutáneos, de los que en España sólo se encuentran disponibles los primeros. A pesar de las grandes diferencias en cuanto a la vía de administración, las quejas más frecuentes son similares a las referidas al dispositivo liberador de gestágenos. Parece que el problema de los sangrados escasos, intermitentes y más o menos prolongados tiende a disminuir a medida que pasan los meses desde la inserción del dispositivo o la primera inyección trimestral. Como tratamiento puede utilizarse la pauta de estrógenos descrita

antes. Hay que considerar que la influencia gestagénica prolongada provoca una pseudoatrofia del endometrio, que constará de estroma pseudodecidual y vasos sanguíneos con muy pocas glándulas. El aporte de estrógenos puede provocar el cese de la hemorragia.

Resulta curioso que el ginecólogo, que armado de la píldora era el rey del control de los ciclos, corre ahora el riesgo de verse convertido en una especie de "apóstol" del sangrado irregular, ya que el problema no afecta sólo al dispositivo liberador de gestágenos, sino también a los anovulatorios orales combinados de comercialización más reciente, que llegan a reducir la dosis de estrógenos a 15 mg de etinilestradiol. Debe tenerse en cuenta que aquí reaparecen dificultades relacionadas con las sensaciones, percepciones y factores psicosociales. Así, pueden rechazarse estos tratamientos a pesar de que existen pruebas objetivas de que incluso en pacientes con cifras bajas de hemoglobina, puede conseguirse la normalización del hemograma. No sólo el número de días que deben utilizarse medios absorbentes influye en las pacientes. También la incertidumbre sobre el día de aparición de la menstruación se valora de forma desfavorable.

Para cerrar la revisión del tema es preciso mencionar los tratamientos quirúrgicos, ya que ni el legrado ni la histerectomía deben considerarse a priori como soluciones erróneas; en los últimos años, además, han surgido nuevas alternativas, desde la ablación endometrial mediante histeroscopia hasta la destrucción del endometrio mediante balones térmicos o radiofrecuencia. La evaluación detenida de todas estas técnicas escapa hasta cierto punto del objetivo del presente trabajo. En cualquier caso, desde nuestro punto de vista deben emplearse siempre los tratamientos médicos en primer lugar, considerando a la cirugía, más o menos invasiva, como un recurso posterior, incluso como un fracaso de la terapéutica médica.

Gestación: aborto, embarazo ectópico, subinvolución del lecho placentario, pólipo placentario y enfermedad trofoblástica

Neoplasias: de cuerpo y cuello uterinos, vagina y trompa; endometritis crónica

Tumores intrauterinos: miomas y pólipos

Patología cervical: erosiones, pólipos y cervicitis.

Patología vaginal: traumatismos, infecciones y cuerpos extraños

Patología ovárica: tumores hormonosecretorios

Enfermedades sistémicas: alteraciones de la coagulación, hipotiroidismo, enfermedades suprarrenales, cirrosis

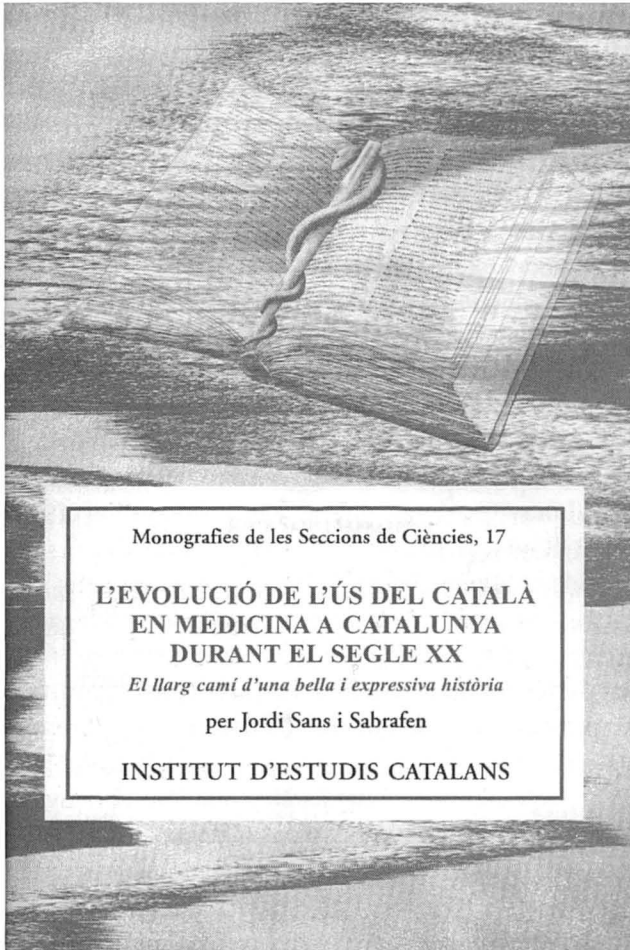
Iatrogenia

TABLA I. Diagnóstico diferencial de las HUD

Bibliografía

1. Usandizaga JA, (ed). Tratado de Obstetricia y Ginecología. Interamericana, McGraw-Hill, Madrid, 1998.
2. Speeroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. Lippincott, Williams and Wilkins, 1999.
3. Yen SSC, Jaffe RB, Barbieri RL (eds). Reproductive Endocrinology: Physiology, Pathophysiology, and Clinical Management. WB Saunders, Philadelphia, 1999.
4. Wyatt KM, Dimmock PW, Walker TJ, O'Brien PM. Determination of total menstrual blood loss. *Fertil Steril* 76: 125, 2001.
5. Fraser IS, Warner P, Marantos PA. Estimating menstrual blood loss in women with normal and excessive menstrual fluid volume. *Obstet Gynecol* 98: 806-14, 2001.
6. Reid PC, Coker A, Coltart R. Assessment of menstrual blood loss using a pictorial chart: a validation study. *Br J Obstet Gynaecol* 107: 320-2, 2000.
7. Cornier E. The Pipelle: a disposable device for endometrial biopsy. *Am J Obstet Gynaecol* 148: 109, 1984.
8. Dijkhuizen FP, Mol BW, Brolmann HA, Heintz AP. The accuracy of endometrial sampling in the diagnosis of patients with endometrial carcinoma and hyperplasia: a meta-analysis. *Cancer* 89:1765, 2000.
9. Golan A, Sagiv R, Berar M, Ginath S, Glezerman M. Bipolar electrical energy in physiologic solution - a revolution in operative hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 8:252,2001.
10. Torrejon R, Fernandez-Alba JJ, Carnicer I, Martin A, Castro C, Garcia-Cabanillas J, Rodríguez-Cornejo J, Moreno LJ, Comino R. The value of hysteroscopic exploration for abnormal uterine bleeding. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 4:453,1997.
11. Lo KW, Yuen PM. The role of outpatient diagnostic hysteroscopy in identifying anatomic pathology and histopathology in the endometrial cavity. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 7:381,2000.
12. Shapley M, Redman CW. Endometrial sampling and general practice. *Br J Gen Pract* 47:387,1997.
13. Kilbourn CL, Richards CS. Abnormal uterine bleeding. Diagnostic considerations, management options. *Postgrad Med* 109:137, 2001.
14. Arikian G, Reich O, Weiss U, Hahn T, Reinisch S, Tamussino K, Pickel H, Desoye G. Are endometrial carcinoma cells disseminated at hysteroscopy functionally viable? *Gynecol Oncol* 83:221,2001.
15. Zerbe MJ, Zhang J, Bristow RE, Grumbine FC, Abularach S, Montz FJ. Retrograde seeding of malignant cells during hysteroscopy in presumed early endometrial cancer. *Gynecol Oncol* 79:55,2000.
16. Sonoda Y, Zerbe M, Smith A, Lin O, Barakat RR, Hoskins WJ. High incidence of positive peritoneal cytology in low-risk endometrial cancer treated by laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. *Gynecol Oncol* 2001 80:378, 2001.
17. Penney G, Vale L, Souter V, Templeton A. Endometrial assessment procedures: an audit of current practice in Scotland. *Hun Reprod* 12:2041, 1997.
18. Farrell T, Jones N, Owen P, Baid A. The significance of an 'insufficient' Pipelle sample in the investigation of postmenopausal bleeding. *Acta Obstet Gynecol Scand* 78:810, 1999.
19. Hickey M, Higman J, Fraser IS. Progestogens versus oestrogens and progestogens for irregular uterine bleeding associated with anovulation (Cochrane review). In *The Cochrane Library* 4, 2001.
20. Peto V, Coulter A, Bond A. Factors affecting general practitioners? recruitment of patients into a prospective study. *Family Practice* 10:207, 1993.
21. Bradlow J, Coulter A, Brooks P. Patterns of referral. Oxford: Oxford Health Services Research Unit, 1992.
22. Hurskainen R, Aalto AM, Teperi J, Grenman S, Kivela A, Kujansuu E, Vuorma S, Yliskoski M, Paavonen J. Psychosocial and other characteristics of women complaining of menorrhagia with and without actual increased blood loss. *Br J Obstet Gynaecol* 108:281, 2001.
23. Iyer V, Farquhar C, Jepson R. Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding (Cochrane review). In: *the Cochrane Library* 4, 2001.
24. Lethaby A, Augood C, Duckitt K. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for heavy menstrual bleeding (Cochrane review). In: *the Cochrane Library* 4, 2001.
25. Lethaby A, Irvine G, Cameron I. Cyclical progestogens for heavy menstrual bleeding (Cochrane review). In: *Cochrane Library* 4, 2001.
26. Lethaby A, Farquhar C, Cooke I. Antifibrinolytics for heavy menstrual bleeding (Cochrane review) In: *Cochrane Library* 4, 2001.
27. Agencia Española del Medicamento. Riesgo de tromboembolismo asociado a la utilización de anticonceptivos orales de tercera generación. Ref. 2001/10.

L'evolució de l'ús del català en medicina a Catalunya durant el segle XX. El llarg camí d'una bella i expressiva història



Reproduïm a continuació les paraules pronunciades per l'acadèmic Dr. Antoni Obrador en l'acte de presentació del llibre del Dr. Jordi Sans, celebrat el 8 d'octubre passat a la seu social de la Reial Acadèmia.

In spe, contra spem

La Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears ha tingut un especial interès en presentar el llibre del Dr. Jordi Sans Sabrafen "L'evolució de l'ús del català en medicina a Catalunya durant el segle XX" que duu com a subtítol: "El llarg camí d'una bella i expressiva història". I aquest interès és ben explicable per raons diverses. Per una part, pel llibre que parla d'un tema molt important per a nosaltres ja que participam d'una problemàtica cultural comuna i, per l'altra part, per l'autor que és membre de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya que, per dir-ho aviat, és la institució amb la qual ens hem d'entendre més per raons culturals,

històriques i de proximitat geogràfica. És ben coneguda, a més a més, la relació i els lligams de tot tipus que el Dr. Sans Sabrafen té amb Mallorca i amb els mallorquins. Després d'uns anys d'infància a Mallorca, on va fer els primers estudis, hi ha seguit molt vinculat per raons familiars, d'amistat i professionals. Per tot això no és casual que la primera activitat pública, després de l'estiu, de la Real Acadèmia de Medicina de les Illes Balears, sigui la presentació d'aquest llibre. Com vosaltres sabeu, l'obertura solemne del curs acadèmic d'aquesta institució tradicionalment es fa després de la festa de Sant Sebastià però avui reprenem les activitats, com moltes institucions docents.

Tornant al llibre que ens convoca avui, pens, d'entrada, que per poc que ens hi fixem, en el títol i en el subtítol ja es deixen entreveure algunes de les claus que, al meu entendre, ens permeten esbrinar i entendre una sèrie de característiques essencials del contingut del llibre i de l'autor. La primera part, el títol, eminentment descriptiu i la segona part, el subtítol, del tot valoratiu.

Començarem per comentar alguns dels trets que, segons la meua opinió, defineixen millor el Dr. Jordi Sans Sabrafen i ho faré referint-me a unes paraules que vaig llegir, no fa gaire, en un llibre que em va semblar ben interessant. Es tracta del llibre "L'home que va confondre la seva dona amb un barret" del neuròleg anglès Oliver Sacks. En la introducció, aquest doctor indica: "M'interessen tant les qüestions científiques com les romàntiques". Tenc la impressió, si el Dr. Sans Sabrafen m'ho permet, que possiblement estaria disposat a subscriure aquesta definició. M'explicaré. És ben obvi que li interessin les qüestions científiques. No és descobrir cap secret si dic que el Dr. Sans Sabrafen és un prestigiós metge hematòleg amb una especial predisposició cap a l'oncologia. És professor de la Universitat de Barcelona, això tots vosaltres ho sabeu. Per curiositat, he mirat les referències bibliogràfiques que podria trobar sobre el Dr. Sans Sabrafen a la base de dades americana Medline (que actualment amb el llenguatge d'internet hom tendeix a conèixer amb el nom de PubMed). Bé, doncs, el nombre de cites referides al Medline amb el nom del Dr. Sans Sabrafen és de 120. És autor dels coneguts llibres "Manual de quimioteràpia antineoplàsica" i d'*Hematologia clínica*, i coautor de vint-i-sis llibres més. Per això, pens que puc dir amb tota seguretat,

que la primera característica, la científica, està ben documentada, és ben coneguda peis qui coneixen la seva trajectòria professional i no necessita, al meu entendre cap més comentari.

L'altre adjectiu que voldria justificar és el de romàntic. Per ventura hi ha alguns aspectes d'aquest adjectiu que tenen connotacions negatives i que, en cap moment, voldria que pertorbessin la meua exposició. En aquest cas concret voldria referir-me als aspectes que van més enllà del mètode científic i que complementen la trajectòria personal del Dr. Sans Sabrafen. Com per exemple, la dedicació a diferents institucions com: la Societat Catalana de Biologia, l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears i la Reial Acadèmia de Medicina i a moltes altres. És obligat esmentar també les contribucions actives als Congressos de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. També podríem referir-nos a les reflexions sobre diferents temes de bioètica, com la mort i, així, podríem seguir una estona més. Però la meua tasca d'ara s'ha de centrar en la presentació de la seva obra que, pens, encaixa perfectament dins aquesta vessant no estrictament professional.

El títol és prou indicatiu del contingut (ja he dit que era descriptiu i , per això, reflecteix el caràcter objectiu de l'autor en la vessant científica) i el subtítol (recordem-ho: El llarg camí d'una bella i expressiva història) valoratiu, reflectiria l'altra cara de la trajectòria personal del Dr. Sans Sabrafen. Aquest subtítol presenta característiques de felicitat coincidència amb el títol del llibre de poemes de l'autor felanitxer Miquel Bauçà "Una bella història". Si ho recordam, i sense sortir de l'àmbit sanitari, també es va donar nom una etapa de remodelació i impuls de l'Hospital de Caubet amb la frase de: "el començament d'una bella història".

El contingut del llibre és una crònica descriptiva i valorativa de la trajectòria que ha sofert el català mèdic en el segle passat. Si repassam l'índex ens podem fer una idea més exacta dels diferents aspectes que conté. Després d'una **Introducció i dels precedents** hi ha una nota sobre: **El català mèdic en acabar el segle XIX; Els començaments del segle XX** que amb paraules de l'autor "*comença a Catalunya amb el vigorós i encaira fresc impuls cultural que ha generat la Renaixença. El català ha deixat d'estar encongit en l'àmbit purament privat per anar assolint progressivament i sense pausa la condició de llengua pública. El català es converteix així en l'eix vertebrador d'un gran projecte de reconstrucció nacional*". En aquest capítol trobam una referència a les tasques del diccionari de mossèn Alcover en l'acta del secretari de l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya Felip Proubasta (l'inatge curiós) del 14 de novembre de l'any

1904 (abans del Congrés Internacional de la Llengua Catalana que és el 1906). Diu així: "*Lo canonge de la Seu de Palma, Mossèn Alcover, entusiasta cultivador de nostre idioma, vol fer un diccionari monumental de la llengua catalana. La idea es tal volta massa gran pera ser prompte realisada y son molts los que desitjan possehir aviat un bon diccionari catalá encare que no sia del tot complert. Mes tal es la confiança que lo seu nom inspira, que l'Acadèmia ha volgut també coadjuvar á l'obra nombrant a petició de Mossèn Alcover, dugas comissions, una composta de metjes y l'altre d'apotecaris, que es cuidessin de recullir tots los termes referents á ciencias naturals*". El capítol següent es titula: **L'enlairament** on es posa de manifest l'aparició de la revista *Anals de Medicina* l'any 1907 (revista que encara ara es publica i molts dels presents rebem com a membres de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears); **L'Escola Biològica Catalana i la seva producció científica; El primer Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana** que es va celebrar a Barcelona l'any 1913. En el llibre podem trobar una bona part del discurs del president Miquel Fargas i Roca que és un cant a la importància de la llengua pròpia "*i a la validesa del català com a vehicle de comunicació científica*"; **Els següents congressos fins la primera dictadura**, destacaríem d'aquest període la presentació, durant el segon Congrés de Metges de Llengua Catalana de l'any 1917, de l'exposició i del catàleg que l'acompanyava sobre la "Bibliografia Medical Catalana" que conté manuscrits, incunables i llibres impresos que van datats des del segle XIV fins l'any 1917 i comprèn un total de 2.625 títols i l'aparició del primer número de la col·lecció *Monografies Mèdiques* l'any 1926 amb l'empenta de Jaume Aiguader i Miró; **La primera represa i els tres congressos que seguiren**, en aquest capítol el llibre dedica una especial atenció al Congrés de Metges de Llengua Catalana que es va celebrar a Ciutat de Mallorca l'any 1932 i reproduïx una bona part del discurs inaugural de Joaquim Trias i Pujol de qui és el paràgraf següent: "*Un mateix origen des del punt de vista ètnic, lingüístic i tradicional, té Catalunya amb les illes Balears i València: ajuntem-nos en aquest moment, potser únic a la història, per a reconèixer la nostra personalitat i imposar-la per la cultura, palanca la més forta per a enlairar els pobles que volen i han d'ésser capdavaners del progrés. I aquesta cultura serà ben nostra si la fem amb la nostra estimada llengua, que és l'arrel de la nostra terra, i tot i enlairant els poetes que mantingueren el foc sagrat, aixequem la nostra veu en català per a fer la Ciència Catalana sense ingerències estranyes, i no dubteu ni un instant que la nostra personalitat s'imposarà si rendim un*

fervorós culte a les característiques que la informen"; **La primavera d'abans de la segona dictadura** és el títol del capítol següent on es dedica una referència extensa al Diccionari Corachan que es va publicar l'any 1936 i, per això mateix, va tenir una difusió minsa; **La segona dictadura; El despertar global de la segona represa; El manifest de Prada** de l'any 1973 és important ja que posa de relleu la importància de la implicació dels científics en la recuperació del català i indica unes recomanacions per fer-ho possible; **El vocabulari mèdic; El desè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. El Congrés de la represa de Perpinyà** (pot ésser pertinent recordar ara que durant aquest congrés es va retre un homenatge públic i molt emotiu al metge i batle republicà Emili Darder, membre també de la Reial Acadèmia de Medicina, executat per les forces que guanyaren la guerra. Possiblement fou el primer homenatge públic que es dedicava a aquest batle demòcrata en els països catalans després de la guerra). I seguim amb el llibre que ens ha convocat avui citant els darrers capítols que parlen d'una història més recent. **L'Índex farmacològic en el marc de l'onzè congrés; El diccionari enciclopèdic de medicina; Els darrers deu anys: 1) L'ús del català per la població de Catalunya; 2) L'ús del català en l'àmbit sanitari assistencial; 3) L'ús del català a les facultats de medicina; 4) Publicacions i internet i Reflexions finals.**

Com és obvi, difícilment es pot separar la trajectòria del català científic o concretament mèdic de la situació del català com a llengua d'un poble. Però hi ha una característica que potser és més específica de la professió mèdica. Possiblement els metges han estat els professionals catalans amb més consciència lingüística i que han aportat unes obres que, em sembla, no existeixen en altres professions, com el diccionari mèdic Corachan l'any 1936 i, més recentment, el monumental diccionari enciclopèdic de medicina. La raó d'aquest fet no sé si s'ha estudiat, però m'atreviria a apuntar que l'exercici de la medicina ha de comportar, per força i encara que només es tengui un mínim de sensibilitat, una preocupació per la paraula com a eina de comunicació de patiments i vivències entre les persones.

El llibre, per tot això que he dit, comparteix les característiques de crònica històrica i d'implicació en aquesta crònica. Les dades hi són presentades objectivament sense oblidar tampoc l'experiència viscuda per l'autor i la implicació que ha pogut tenir en la història que presenta. Salvant totes les distàncies que volgueu, les característiques que he descrit ens poden recordar la manera d'entendre la història que

reflecteixen els llibres de Ferran Soldevila. Pens que aquesta obra és indispensable per conèixer quina ha estat la situació del català mèdic en la història més immediata, ja que recull moltes dades disperses que es podien trobar ací i allà, encara que, per les seves característiques, no té una vocació d'exhaustivitat. Es refereix a la situació del català mèdic al Principat sense comentar la trajectòria del català mèdic ni en el País Valencià ni a les Illes Balears. Quan llegia l'apartat de l'ús del català en l'àmbit assistencial no podia deixar de pensar en la situació que vivim actualment aquí que no és en qualsevol cas millor que la de Catalunya. Per apuntar només una dada poc coneguda entre nosaltres, voldria dir que es va valorar l'idioma amb el qual estaven escrits els documents que omplen els metges de capçalera quan han d'enviar un malalt a l'Hospital Son Dureta. Durant un any se'n varen recollir 160 d'aquests documents (p-deus amb l'argot de l'Insalud) dels quals només 3 estaven escrits en català. Això suposa un 1,8% d'utilització del català en aquest tipus de document. Aquesta és l'única dada que conec sobre la utilització del català escrit en l'àmbit assistencial a Mallorca i l'autor de l'estudi, un bon amic, amb una gran dosi de sentit comú i, si voleu d'ironia, treia d'aquesta dada una conclusió com a molt definitiva: aquí el castellà no té cap perill d'extinció. Sí que conec perfectament que hi ha alguns serveis de l'Hospital Son Dureta que realitzen els informes d'alta en català però, sense tenir-ho ben quantificat, m'atreviria a dir que són, com en el cas que estudia el llibre, realment minoritaris. De totes maneres, i pens que és bo apuntar-ho ara, hi havia, a partir del procés de les transferències sanitàries del mes de gener passat, el projecte de posar en marxa una estructura de normalització lingüística en l'àmbit assistencial, concretament en l'ib-salut, de la mà de la Conselleria d'Educació i Cultura i de la Conselleria de Salut i Consum. Com ha posat de manifest el president de la Reial Acadèmia, el Dr. Ballesteros, en les paraules d'obertura, s'ha donat la felicitat coincidència que la setmana passada es va signar el protocol de creació d'aquest Servei entre ambdues conselleries. Pens que tots els qui ens sentim identificats amb aquesta terra i el seu futur no podem deixar de manifestar una gran satisfacció per disposar d'aquest instrument que haurà de treballar de valent per redreçar una situació difícil. Si pensam que encara hi pot haver estructures que poden influir en el model social i servir d'exemples a imitar com poden ésser l'àmbit de l'educació i el sanitari, resulta evident que un servei lingüístic en l'àmbit sanitari pot fer una feina magnífica si disposa dels elements necessaris. Desconec les línies de feina que s'ha fixat però no resulta gens difícil apuntar alguns aspectes que mereixerien una atenció preferent: seguir

i augmentar el cursos de català per al personal de tota la xarxa sanitària, tenir una cura especial perquè tots els documents que s'editin segueixin la normativa de l'administració autonòmica, dotar el personal administratiu dels coneixements adequats de català mèdic, facilitar el màxim de punts d'autoaprenentatge, facilitar també que les actes de les reunions, concursos, etc. es facin en català, valorar adequadament el coneixement de la nostra llengua a l'hora de contractar els diferents professionals del sistema sanitari, tenir a la disposició eines informàtiques en català, etc. És oportú recordar ara que moltes de les activitats que han mantingut el català mèdic escrit procedeixen dels interessos particulars al marge de les institucions oficials. En aquest sentit crec que és just reconèixer avui els esforços realitzats per la Secció de Cardiologia de l'Acadèmia Mèdica Balear que durant molt de temps ha publicat una revista de cardiologia en català.

Deia, un poc abans, que la trajectòria del català científic no es pot deslligar de la situació de la llengua però no deixa de tenir aspectes específics que convé valorar. Crec que és oportú, en aquest sentit, recordar l'anècdota que va protagonitzar un president del govern espanyol quan volia desqualificar el català com a llengua de comunicació científica i va dir que amb el català no es podria explicar física atòmica. Això passava, si no ho record malament, per devers les dates del Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana de Perpinyà. Es veu que els coneixements derivats del fet d'haver estat *Consejero Nacional del Movimiento* no implicaven un mínim de formació lingüística que impedís dir dois.

En les reflexions finals del llibre que he tengut l'honor de presentar-vos podem llegir: "L'ús del català en la nostra societat es va desenvolupant entre l'escassa estima que molts ciutadans senten per la seva pròpia llengua, entre l'abdicació lingüística d'una part significativa de la classe dirigent i entre la indiferència d'una porció valorable de les generacions més joves"

Ara que la situació de la llengua catalana no sofreix la repressió de la dictadura i, segons com ho mirem la situació podria semblar molt fàcil, ara és quan – precisament- hi pot haver el perill que ho perdem tot per sempre. En aquest sentit voldria recordar unes frases d'un llibre dedicat al futur del català que deien. "Si no fem un canvi radical, anem de dret cap a l'extinció del català –i així manlleu una expressió que uns bons amics repeteixen sovint-. Però no hi ha cap fat inexorable que ens hi meni. Si no assolim un futur reconfortant de plena normalitat, no és pas perquè no hi sigui. És perquè no hem sabut –o no hem volgut fer-lo possible. Aquest llibre pens que pot ésser un bon estímul perquè, al mateix temps que recordam una història recent ens forneixi de la perspectiva adequada per no perdre el coratge i seguir treballant per un futur del tot normalitzat de la nostra llengua i, pel caire que ens toca, en l'àmbit sanitari.

Per acabar vull donar les gràcies al Dr. Jordi Sans Sabrafen per haver escrit aquesta crònica del català mèdic feta també en clau de reflexió cap el futur. També vull agrair a la reial acadèmia i, concretament al Dr. Ballesteros, l'oportunitat de poder dirigir-me a vosaltres en aquest acte. I finalment us vull agrair a tots la vostra atenció."

Antoni Obrador, acadèmic numerari.

Convocatoria de becas

De acuerdo con el convenio de Premios Patrocinados, en caso de resultar alguno declarado desierto, la cantidad asignada se destinará a la concesión de becas relacionadas con la especialidad de cada uno de ellos.

Podrá aspirar a las becas correspondientes a los Premios Patrocinados

Francisco Medina Martí (especialidad pediatría),

Mutua Balear (especialidad medicina del trabajo y salud laboral)

Policlínica Miramar (medicina y especialidades médicas)

cualquier persona o entidad domiciliada en las Islas Baleares.

Cada una de las becas está dotada con 1.500 .

Para optar a las ayudas es preciso presentar tres copias del proyecto de trabajo o comunicación, con la siguiente documentación:

-Datos personales del candidato: nombre y apellidos, domicilio habitual, teléfono, copia del DNI y curriculum vitae. En caso de tratarse de una entidad, deberá acreditarse la razón y domicilio social, teléfono, número de CIF y trayectoria científica y social.

-Título, descripción de objetivos y material y métodos del estudio o comunicación.

Los proyectos serán remitidos a la Secretaría General de la Real Academia de Medicina de las Illes Balears (Calle de Can Campaner 4, bajos - 07003 Palma de Mallorca)

El plazo de presentación de solicitudes termina el 30 de mayo.

El Jurado de las becas estará formado por la Junta de Gobierno de la Real Academia y por un representante de la entidad patrocinadora de la beca.

Las becas podrán ser declaradas desiertas, en cuyo caso la cantidad del premio podrá destinarse a los fines que el Jurado estime más adecuados.

Las becas no son incompatibles con otro tipo de ayudas. El premiado se compromete a acreditar en su momento que la cuantía de la ayuda se ha destinado al fin propuesto.

La decisión del Jurado será inapelable. Por el solo hecho de presentarse, todos los concursantes aceptan las bases de la convocatoria.

Leí a Julio Verne.

Dí la vuelta al Mundo en menos de 80 días.

Tuve un infarto.

Mañana empieza mi próxima aventura.

*¿Lo mejor de mi vida?
Está por venir.*

Preservar la prostaciclina puede suponer preservar la vida.

Antiagregante plaquetario con bajo riesgo hemorrágico.

Disgren[®]

Triflusal

La vida continúa.

DISGREN® Cápsulas ACCIÓN El triflusal es un potente inhibidor de la agregación plaquetaria inducida por agentes como ADP, adrenalina y colágeno, que tiene una acusada actividad antitrombótica puesta de manifiesto en la experimentación farmacológica y clínica. La actividad antiagregante y antitrombótica del triflusal (DISGREN) constituye la base fisiológica de su eficacia en la profilaxis y tratamiento de las enfermedades tromboembólicas y de todos los procesos patológicos originados o que cursan con una hiperactividad de las plaquetas. **COMPOSICIÓN** Cada cápsula contiene: Triflusal (DCI), 300 mg. **INDICACIONES** Como antiagregante plaquetario. En la prevención y tratamiento de las enfermedades tromboembólicas, ó complicadas por trombosis. **POSOLOGÍA** De 1 a 3 cápsulas diarias de DISGREN (300-900 mg de triflusal), administradas con preferencia durante o al final de las comidas. La pauta posológica recomendada es la siguiente: dosis preventiva, 1 cápsula diaria; dosis de mantenimiento, 2 cápsulas diarias; situaciones de alto riesgo, 3 cápsulas al día. **CONTRAINDICACIONES** Antecedentes de úlcera péptica o de hipersensibilidad a salicilatos. **PRECAUCIONES** Aunque no existe evidencia de efectos teratogénos, no es aconsejable su utilización durante el embarazo. **INCOMPATIBILIDADES** Deberá administrarse con precaución en pacientes sometidos a tratamiento con anticoagulantes, ya que potencia su acción. El triflusal puede potenciar la acción de los hipoglucemiantes orales y obligar a una reducción de la dosis de éstos. **EFFECTOS SECUNDARIOS** En personas hipersensibles pueden aparecer molestias gástricas, que ceden en general con la administración de un antiácido. **INTOXICACIÓN Y SU TRATAMIENTO** En caso de intoxicación accidental, que sólo puede producirse por ingestión de dosis muy elevadas, pueden aparecer síntomas de excitación o de depresión del SNC, alteraciones del sistema cardiocirculatorio y respiratorio y del equilibrio electrolítico, hemorragias digestivas y diarreas. El tratamiento consiste en la administración de una suspensión acuosa de carbón activo, vaciado de estómago por aspiración y lavado gástrico. Mantener el equilibrio electrolítico. Instaurar tratamiento sintomático. **PRESENTACIÓN Y PVP** DISGREN, envase de 30 cápsulas, 14,98 €, envase de 50 cápsulas, 24,76 €. Estimación del coste del tratamiento: Entre 0,49 y 1,50 €/día. Con receta médica. Financiable por el Sistema Nacional de Salud. TLD. GRUPO URIACH. J. Uriach & Cía, S.A. Polígono Industrial Riera de Caldes. Avda. Camí Reial, 51-57. 08184 Palau-solità i Plegamans (Barcelona).

Grupo  Uriach