

IMPORTANCIA Y NECESIDAD DE LA GERIATRIA (1)

DR. FRANCISCO MANZANO MUÑOZ
FUENSANTA DE MARTOS (JAEN)

A mi ilustre paisano D. Eduardo L. García-Triviño, con sincero afecto y agradecimiento.

Al verme por primera vez entre ustedes, quiero vaya por delante un afectuoso y cordial saludo para todos, sin olvidar al competentísimo compañero Fermín Palma, por su cariñosa acogida a mis escritos y, muy especialmente, a nuestro distinguido y más culto presidente de SEMINARIO MEDICO, mi ilustre paisano Eduardo López García-Triviño, a quien dedico con todo afecto, el esfuerzo de este trabajo (más que la deficiente calidad de mis pensamientos) haciéndolo público desde aquí, con toda la fuerza de voz que da mi agradecimiento; por sus palabras de aliento, por sus portes de compañero leal, que hacen juego armónico con el elevado prestigio.

Le oí decir en una ocasión a un sacerdote, que donde era más difícil predicar es, en el seminario, y aunque consciente de esa dificultad, porque no ignoro la solvencia de los que me escuchan, puedo decir que, con toda tranquilidad valoro menos esa dificultad, porque me entrego confiado a vuestra benevolencia.

Traigo a la intimidad y camaradería de nuestro SEMINARIO una charla sobre Geriatria, intentado destacar de un modo

(1) Conferencia pronunciada en el Seminario de Estudios Médicos del Instituto de Estudios Giennenses.

general su importancia y necesidad; lo que estimo útil, porque todos los médicos, en su trabajo cotidiano, la tocan dentro de su especialidad, y también, porque hora es de despertar una mayor afición y cariño, por los inaplazables problemas un tanto dificultosos del viejo enfermo.

A los pocos años de mi ejercicio profesional de médico general, cuando el trabajar diario, nos va enseñando esa asignatura, que se ha dado en llamar «Mundología», nunca estudiada y jamás aprendida del todo, con su cosecha de sinsabores, que llevan como moneda de curso legal la ingratitud, ante el psiquismo y la mentalidad especial de gran parte de nuestros clientes, me pude dar cuenta del escaso valor social y hasta familiar del viejo.

Cuantas veces, después de visitar a un anciano, (incluso en clases acomodadas) se me han puesto reparos a toda prescripción, queriendo encubrir con frases hipócritamente sentimentales, su manifiesto egoísmo y falta de cariño, queriendo eludir el gasto de farmacia, teniendo que dejar sin más comentario la receta sobre la mesa.

Cuantas veces también, he sido requerido para visitar a un anciano, con estas palabras: vengo para que se llegue a ver a mi padre, no para que le recete, porque lo que tiene son muchos años; pero queremos que lo vea y, luego pueda darnos el certificado de defunción.

En más de una ocasión, he recibido orden e instrucciones del juez, para que proceda al reconocimiento de un cadáver anciano, fallecido en deliberado abandono de sus familiares, sin haber recibido asistencia médica. La mayoría de estos casos me sucedieron en el campo, donde precisamente la asistencia profesional por distancia, suele ser más costosa, y siempre en viejos, nunca en jóvenes ni en adultos.

Nunca olvidaré el caso siguiente: se trataba de un matrimonio que, con grandes esfuerzos y sacrificios que no son del caso, pudieron reunir un capital decente. Al morir el marido la viuda proveya, repartió cuanto tenía entre sus hijos, confiada y tranquila en ser atendida por ellos. Determinación sentimental justificada de una madre, puesto que no hay padre que crea en la maldad intencionada de sus hijos. Pues bien, yo presencié una

de las frecuentes disputas entre los hermanos, discutiendo a quién de ellos le correspondía el turno de cargar con la vieja, y la reprensión que el juez hubo de darles, cuando llevaron al juzgado este litigio. Padecía esta pobre anciana, una cardiopatía y, en más de una ocasión, nos vimos en el apuro de no haber quien se encargara de comprar las medicinas. Mis honorarios de iguala, se pasaban los años sin cobrar, esperando la solución del acuerdo de los herederos.

Yo he visto en sitios establecer por costumbre, al quedar un anciano o anciana viuda, el traslado del viejo, incluso a distancia, al domicilio de cada hijo, una vez cumplidos los días justos que equitativamente se reparten en permanencia con ellos, que como pesada rémora, cada hermano suelta al que le toca el turno. Y allá va callado y triste el pobre anciano, transportado cual carga indeseable de un lado para otro.

Ved y observar por contraposición, el interés y la atención con que se mira al viejo, si éste proporciona algún bien material. De ello podría también referir algún caso.

Esta es la frecuente situación familiar del viejo, en recompensa de sus desvelos y trabajos.

Por lo que respecta a la situación social, no es menos de lamentar el abandono actual donde tanto queda por hacer. Y, es de notar, que la consideración que al viejo se le presta, va en razón directa del grado cultural de los pueblos.

Durante el mayor apogeo helénico, se les enseñaba a los jóvenes, tres conceptos fundamentales: amar a la guerra, decir la verdad y a respetar a los viejos.

No es precisamente, este trato, el que los pueblos primitivos tenían a sus ancianos. Refiere PLATON, que los sardos, antiguos habitantes de Cerdeña, mataban a los viejos a palos. ESTRABON, célebre geógrafo griego nacido 50 años antes de J. C. refiere también, que en Bactriana (fértil y vasta región del Asia Central de donde se suponen partieron los arios, pueblo indígena primitivo) existían perros dedicados exclusivamente a devorar a los viejos.

Allá en el Africa, un viejo jefe de tribu, sintiendo el terror de sus canas, pedía con angustia a un forastero llegado a su hogar,

tinte para tapárselas, porque ellas eran razón suficiente para morir en manos de sus mismos súbditos.

Con razón comenta MAUROIS, que los pueblos tratan peor a sus viejos, cuanto más cerca se hallan de la Naturaleza. Este desprecio a la ancianidad por los pueblos salvajes quizá se explique, porque el viejo improductivo sea considerado una carga para la vida azarosa de la tribu, o porque la actitud reflexiva prudente y crítica de los muchos años (uno de tantos valores característicos de la edad senil) fuera un inconveniente para sus empresas belicosas.

MONTAIGNE, nos relata el caso de aquel individuo que arrastraba por los cabellos a su anciano padre, y quedó parado a la puerta de su casa, a la voz imperiosa de su padre que le decía: ¡Párate! Yo no arrastré a mi padre más que hasta aquí.

Ciertas tribus oceánicas de los mares del Sur, hacen subir a los viejos a lo alto de un cocotero, sacudiéndole después con violencia. Si el anciano conserva fuerza para no ir a estrellarse contra el suelo, tiene derecho a la vida.

Hoy, en plena era atómica, es triste la situación del viejo. Generalmente inspira poca simpatía, se le mira más por deber que por afecto. Su aspecto exterior, su carácter a veces egoísta, regañón o malicioso, hace que no se le preste el cariño suficiente para su tranquilidad y bienestar. Como dice BELTRAN BAGUENA actualmente no cometemos el crimen repugnante de sacudir el cocotero pero sí le dejamos subir, y como no es nuestra voluntad la que desata el viento huracanado de los monzones...

Justo es reconocer que, si hoy no se le mata, tampoco se le protege de su creciente debilidad y necesidades. Casi podríamos decir que, igual que antaño, salvo pocas ventajas, sigue perenne la frase de aquel gran biógrafo y moralista, profesor y amigo de Trajano a quien colmó de tantas distinciones, hasta en sus más prolongados años, que se llamó PLUTARCO cuando manifestaba: «El hombre viejo como la vieja galera se abandona cuando ya no produce».

Se hace, pues, necesario, incrementar la ayuda a la vejez, en un sentido amplio aumentando en la medida necesaria el subsidio de vejez en forma de que abarque todas las exigencias de la ancianidad. Construcción de residencias para viejos, ideal a que

aspira la Geriatria, como las que comienzan a hacerse en Norteamérica, donde además de redimirlos de la pobreza, encuentran el trabajo adaptado a las condiciones orgánicas de cada uno, el esparcimiento y vigilancia precisa, la alimentación propia, junto a la asistencia médica y medicamentosa, y la profilaxis más cuidadosa. Y como las que ha creado la Argentina, con el Instituto Pro-Vida, que cuenta con unos cuatro años de existencia, en el que funcionan centros de investigación y experimentación científica, en todo lo que concierne a causas, efectos, tratamientos y trastornos de la senectud; organización que comprende la cantidad suficiente de departamentos y secciones para análisis radiográficas etc., precisos para estos estudios.

Necesitamos de la creación de centros directivos geriátricos nacionales, que en combinación con otros provinciales y comarcales, se pueda llevar la labor abstracta que reclaman todas las facetas de la ancianidad. Centros de estudio e investigación, gerocomios, etc.

No podemos olvidar que el creciente número de viejos, hacen sentir cada vez más esas necesidades, y sobre todo para los desamparados de la fortuna, que no tienen más recursos, faltos de poder y facultades para poder proporcionárselos, precisamente a la hora que más lo necesitan, que no encuentran otra solución que la mendicidad o el Asilo (si tienen esta suerte) o que la muerte les redima de sus sufrimientos.

Hay que tener en cuenta, que la vejez es una de las causas más importantes de pobreza. Viendo el trabajo de DAVISON sobre el seguro social de Inglaterra se ve, que en el año 1936, la vejez como causa de pobreza, había aumentado en 50 % en relación con el final del siglo pasado anterior y, agravado en las actuales circunstancias como es de suponer, ante la subida actual del coste de vida.

Vista así por encima, la necesidad social de la Geriatria, veámosla ahora bajo el punto de vista médico y notaréis igual abandono. Creo sería difícil recopilar cuanto se escribe y se ha escrito sobre dietética infantil, y por el contrario, qué poco se dice sobre dietética senil; como si la natural fisiología del anciano, con su falta de dentadura, disminución de jugos digestivos, etcétera, no precisara de prescripciones apropiadas. Se establecen

planes terapéuticos al anciano, con iguales normas que para el adulto, sin más conocer las peculiaridades seniles, por no citar más ejemplos. Y es que médicamente la Geriátría tiene pocos partidarios. Está en estado embrionario y ofrece pocas perspectivas al joven licenciado en sus ilusiones de principio. Como se ha hecho poco por ella, el médico tendrá que trabajar por propia observación en la oscuridad clínica y patológica del anciano, en una práctica monótona de pocos éxitos y pocos fracasos, y por tanto, ofrece horizontes nada halagadores al que busca triunfos remuneradores.

A mí se me ha dicho en más de una ocasión, al conocer mi afición por esta disciplina: ¡pero hombre, vaya una especialidad que has elegido! ¡Si ahí está todo hecho! Precisamente por creer que está todo hecho es, por lo que ante el viejo enfermo y, culpando la enfermedad a los muchos años, los familiares se encogen de hombros y el médico adopta una actitud terapéutica nihilista. Cuando en el peor de los casos, son muchas las cosas, que el médico puede hacer con una detallada observación, o aliviando molestias, o estableciendo un tratamiento sintomático.

Hay que deshacer el concepto erróneo de creer que la vejez es enfermedad. Sin duda, porque llegan hasta hoy, la influencia de conceptos antiguos actualmente modificados por mejor comprendidos. Así vemos, como desde hace tiempo se tiene un criterio fatalista de la vejez; es el *senectus morbus* de los romanos: *Senectus ipsa est morbus*. La vejez misma es enfermedad decía TERENCIO. Y SENECA, *senectus insanabilis morbus est*. Concepto que llega hasta VOLTAIRE cuando irónicamente exclama: «la vejez es una extraña enfermedad que se la cuida para hacerla durar». Y es casi hasta nuestros días, cuando MESTCHNICOFF, el gran sabio extravagante y genial, tal y como lo describe MARAÑÓN cuando lo conoció en París, donde vino a trabajar con PASTEUR, después de abandonar su cátedra de Rusia, unos años antes de su muerte acaecida en 1916, ocupándose de los problemas de la vejez (con verdadero ahinco por el miedo exagerado que le tenía a la muerte) decía en su libro «Estudios de la naturaleza humana: Que un sentimiento instintivo nos dice, que en la vejez hay algo anormal. Considerar la vejez como un fenómeno fisiológico, es ciertamente un error».

El seguir manteniendo que la vejez por sí sola es enfermedad, es un criterio que como dice BELTRÁN BAGUENA, «se cae de viejo». Es preciso llegar al convencimiento, de que la vejez a más de ser un privilegio que no logran todos los mortales, es un proceso fisiológico, que cubre una etapa biológica en la que se crea un terreno labil muy propicio, para que prenda la patología.

En el niño se crea un terreno labil «por evolución» en el que la necesidad de ciertos factores, no se despertaron o se concluyeron al ser heredados de la madre. Es por otra parte, el acondicionamiento orgánico del que «todavía no puede». En el viejo, se crea un terreno labil «por involución» en el que existe una estructuración orgánica esclerosa decadente, defensivamente menos productiva, en el que la necesidad de esos factores se van agotando. Es la modulación orgánica que dispone la actitud compasiva del que «ya no puede».

La vejez como decimos, es el mejor dispositivo para que la enfermedad pueda inmiscuirse sin mayores reparos y, ser la antecámara de la muerte, si se quiere; pero no su causa. Si analizamos la vejez vemos que es la reacción orgánica contra la muerte. El amortiguamiento orgánico propio de la vejez, supone una limitación de la vitalidad, que va en ahorro de esa misma vitalidad. Las más altas edades se consiguen a costa de una vejez prolongada, con tal de que el anciano sepa adaptarse a ese límite de posibilidades. No se muere casi nunca por vejez, sino por enfermedad, aunque algunos procesos involutivos rayen en lo patológico. Es la enfermedad tantas veces disfrazada, con un ropaje clínico inexpresivo, la que nos arrebató al viejo. Así dice LIPSCHUTZ «que la muerte no tiene lugar por debilidad senil, sino con debilidad senil».

Ahora bien, cabe la posibilidad teórica de llegar a la muerte, virgen de toda enfermedad y, lógicamente morir por agotamiento senil; pero esta posibilidad como fácilmente se comprende, no puede ser más excepcional. Ello supone, el llegar a la edad proveya, libre de toda tara nosológica y, salir tantas veces victorioso de tan variados «stress» en la lucha constante del ser viviente por la existencia y, a la edad precisamente que más asechanzas se tienen, sin haber sufrido padecimiento alguno, hay que conceptuarlo como poco probable.

Un buen comprobante son los datos estadísticos. Quizás sea BLANCO SOLER, el que mayor número de muertes naturales mencione. Refiere este autor que, de cada 1.000 fallecidos sólo 160 lo son por muerte natural. De las experiencias de BOENIG se deducen datos más exactos. Sus comprobaciones están hechas en 300 necropsias de ancianos fallecidos por agotamiento senil, según certificado facultativo; para ello, formó tres grupos de 100 individuos, integrado cada uno por 50 hombres y 50 mujeres. En el primer grupo tenían al fallecer de 60 a 64 años; el segundo de 70 a 74 y, el tercero más de 80. Pues bien, en todos ellos pudo comprobar e identificar la causa anatomopatológica de muerte por enfermedad perfectamente definida.

Una vez sentado definitivamente, que se muere casi siempre por enfermedad y no por marasmo senil, comprenderemos, como a la actuación del médico se le cierra la puerta de la excusa cómoda de los muchos años, apartándonos de cualquier postura inactiva, y si obligándonos a una exploración e indagación meticulosa, viendo la forma de escudriñar nuestro diagnóstico.

Cuanto decimos, es fiel exponente de la necesidad de la Geriatria, mas cuando por el aumento lento y progresivo del número de viejos, su campo de acción se extiende constantemente. Basta repasar las estadísticas de cada país, para comprobar este aserto. Dándoos pocos detalles y las menos cifras posibles os diré: que Holanda, Inglaterra y Francia, han aumentado el número de viejos, por término medio en estos últimos cincuenta años, en más del 8 %. En Alemania y Austria la duración media de la vida pasa de los 60 años, y lo mismo ocurre en otras naciones con semejante nivel cultural y social.

En Suiza un 14 % de los habitantes tienen más de 60 años, y un 10 % más de 65. Si se mantiene este ritmo dentro de 25 años la cuarta parte de sus habitantes serán mayores de 60 años.

En los Estados Unidos, desde el año 1900, la población se ha duplicado, pero la cifra de mayores de 65 años se ha cuadruplicado, y elevándose la duración media de la vida en 1950 a los 68 años.

La población de España desde el 1900 se ha elevado en cerca de los 10 millones de habitantes. Según el censo del año 1950, el

número de individuos mayores de 65 años, asciende a 2.022.000.537, lo que representa el 7'25 % de la población. Mientras que en el año 1900 había sólo el 5'8 % de personas mayores de 60 años; en el año 1953 asciende al 10'8 %, es decir, que en España, el número de mayores de 60 años se ha duplicado.

Si se quiere cumplir con el deber que se tiene con los viejos, este aumento de la ancianidad viene a plantear complicados problemas en todas las naciones: problemas económicos sociales, obligando a la institución de normas para el mejor aprovechamiento del trabajo útil de la vejez, mantenimiento de un porcentaje no despreciable de los inútiles e incurables; y también de orden médico, porque lógicamente, aunque sea en la menor proporción que se quiera, habrá un mayor número de viejos enfermos que, precisarán una mejor organización de servicios, junto a la necesidad de perfeccionar los conocimientos geriátricos.

La importancia de la Geriatria nace, no solamente de su necesidad y precisión, sino del contenido y calidad de sus conocimientos, que la reivindican como especialidad, y que no puede suministrar ninguna otra rama de la Medicina. La Geriatria maneja una patología «*sui generis*», hija de una arquitectura biológica, que le da expresión especial su típico fisiologismo involutivo.

En consecuencia, la clínica tiene su característica propia, donde el práctico más experimentado tropieza a veces con dificultades invencibles en ocasiones, por la carencia de síntomas, o por la presentación de cuadros etiológicamente distintos, que son totalmente superponibles sintomatológicamente, otras, por su bajo relieve, o por la expresión ya cerca o a distancia de un síntoma poco revelador o bien confuso. En mi trabajo sobre «El diagnóstico de la neumonía del viejo», puntualizaba estas consideraciones, que de un modo general casi las podíamos hacer extensivas a toda la clínica senil.

Los tratamientos, como hemos vislumbrado mas arriba, tienen también su fisonomía; en los casos crónicos e incurables haciendo una cura conservadora y de mantenimiento. La terapéutica en general, tiene que ser suave, y sobre todo persistente, porque sus efectos suelen desaparecer más aprisa y responder más despacio. Los medicamentos de reacción fuerte, requieren el usarlos con cautela, precisando un buen conocimiento del estado

del corazón y del riñón prefiriéndose siempre la reacción de pequeños estímulos. Por ello toda inyección intravenosa, por sus posibles efectos debe ser antes premeditada.

En algunos procesos respiratorios fallan los antibióticos, porque son determinados por cepas bacterianas no virulentas, no atacables por ellos, y que se hacen patógenas al faltarles la simbiosis de estas especies bacterianas sensibles al antibiótico. Toda medicación tiene que contar también con la menor absorción digestiva en la vejez, y una mayor tardanza de eliminación renal y considerar que, si la dosis oral se sobrepasa, es posible la presentación de síndromes diarréicos de eliminación; y la peligrosa administración de medicamentos de difícil eliminación, como el bismuto y el hierro, administrados por vía parenteral, que tienen esa particularidad de eliminación, presentan este peligro.

La acción de ciertos medicamentos, es distinta a la de otras edades; la administración de helecho macho o filmarón, junto a un purgante drástico, para combatir una teniasis en una persona de edad, puede ocasionar una grave colitis hemorrágica, siendo más prudente emplear el estaño u óxido de estaño, que sin purgante puede ser eficaz.

Los barbitúricos más que los bromuros, suelen ser mal tolerados, dando cuadros de excitación que se agravan cuando se aumenta la dosis al creer que la primera tomada administrada no fué suficiente para conseguir los resultados que se persiguen. Una demasiada hidratación parenteral puede ocasionar un edema agudo de pulmón. Los opiáceos y los antipiréticos, tienen sus peligros y conviene saber sus inconvenientes para hacer uso de ellos.

Los trabajos de YOUNG, han demostrado experimentalmente en conejos viejos, los efectos tóxicos con menos dosis de arsénico y de tiroxina. Lo mismo ha demostrado VOLLMER con el uretano y el alcohol etílico y no con otros alcoholes. Sin embargo la estircnina, es bien tolerada por los ancianos incluso a dosis fuertes. El natural y frecuente vagotonismo en la vejez, requiere tenerlo presente para el uso de medicamentos de acción vagotónica. MÜLLER-DEAN y TOKL han demostrado la gran sensibilidad del anciano frente a la tuberculina.

La higiene aplicada al viejo, tiene sus normas y procedimientos propios, adaptándolos a las condiciones físicas del anciano y, sobre bases distintas a las del adulto.

La menor elasticidad de los tejidos, requieren que los ejercicios no sean violentos, en evitación de posibles y peligrosas rupturas musculares, aparte su menor adaptación al sobreesfuerzo. Los trabajos deben hacerse sin llegar a la fatiga, adaptándolos paulatinamente y, eligiendo deportes suaves (paseos, golf).

En las edades más avanzadas, hay que evitar tanto el sedentarismo (por sus peligros de aumento de pletora abdominal, hemorroides, etc.) como el ejercicio exagerado, haciéndose necesario el estudio particular en cada caso, y reglamentando el reposo tanto nocturno como diurno. Como ejercicios preferidos los que conduzcan a un mejor funcionamiento de los sistemas circulatorio, digestivo y respiratorio, procurando según indica BOIGEV, que los movimientos se verifiquen en pié o sentado, por el peligro que corren los vasos cerebrales al inclinarse hacia adelante estando echado.

El anciano no debe tomar baños directos de sol ni de aire. El criterio de PRIESSNITZ, cuando un día le preguntaron (recuérdese el uso clásico de las compresas de su nombre, cuando se trataban los procesos pneumónicos agudos con rubefacientes) qué hubiera hecho para tratar a sus enfermos sin agua, y contestó seguidamente: lo hubiera bañado entonces con aire; no reza exactamente para el anciano.

No menos atención necesita de cuidados higiénicos la piel atrófica y falta de reacción hiperémica, con baños diarios a temperatura ambiente o ligeramente tibia, seguida de masaje de la piel con paño áspero, para favorecer la repleción sanguínea y estimular los nervios sensitivos. Limpieza cuidadosa de la boca donde la infección encuentra facilidad por la modificación del epitelio que atenua su poder defensivo.

Podríamos resumir la higiene del anciano en estas palabras: tranquilidad, moderación, limpieza, trabajo adaptado como hemos dicho y, no cambiar el modo de vida acostumbrado. El viejo se adapta mal a lo nuevo, no entiende de innovaciones, agarrándose al pasado para él, si todo tiempo pasado no fué mejor, por lo menos tiene un agradable atractivo. El sacarlo de sus costumbres

es violentar su modo interno, su naturaleza, aún cuando sea para proporcionarle mejor acondicionamiento. Los árboles viejos no se dejan trasplantar.

Esa moderación rige también para la dietética senil. El querer aumentar la alimentación, por aquello de «tripas llevan piernas» cuando comienzan a sentir el agotamiento de la edad, es una equivocación que, sólo consigue someter a un rendimiento forzado, el aparato digestivo, circulatorio y metabólico. La alimentación en condiciones de trituración suficiente, en cantidad y calidad de principios nutritivos, debe ser sobria, a tenor de la disminución de la actividad del anciano y, en atención a su menor coeficiente metabólico.

El mago de los problemas de la nutrición, como en más de una ocasión he leído llamar a VON NOORDEN, ha calculado, en punto a su valor calórico, la cantidad que hay que disminuir, según edad: v. g. de 60 a 70 años, diez calorías menos del cálculo calórico normal; de 70 a 80, veinte calorías menos, y de 80 ne adelante, 30. Esto es, si el viejo no mantiene una actividad normal en cuyo caso, la alimentación debe ser calculada a razón de 35 calorías por kilo de peso.

LORAND y VIALE exponen que los excesos de nutrición, son la principal causa de acortamiento de nuestra vida. MESCHNICOFF afirmaba, que el comer demasiado es una de las causas de envejecimiento y, de otras enfermedades. Geriatras como WILLIAMS, culpa a que el hombre no viva más de los cien años que debe vivir, a imperfecciones de la dieta y sobre todo al abuso alimentario. RICHEL valora la cantidad de nuestra alimentación ordinaria, en tres veces más de lo necesario. HUFELAND, en la lista de indicaciones para el cuidado de los ancianos, dice que deben evitarse las alimentaciones copiosas. FONSAGRIVES en tono humorístico expone, que los alimentos de toda comida se dividen en tres partes: una para cubrir las necesidades vitales, otra para pasto de la sexualidad y la tercera para forjar enfermedades venideras. Y a CICERÓN se le atribuye la frase de que, «el hombre come para vivir y no vive para comer»

Si el exceso de nutrición da lugar a cebamiento, sabido es la influencia perniciosa que la obesidad tiene en la aparición de la apoplejía, diabetes, artropatías, etc. Cómo favorece la pletora

abdominal y el sedentarismo con su círculo vicioso, quietud obesidad y, en general, como ha demostrado YOSLIN, una de las principales causas de acortamiento de la vida.

Condiciones de alimentación que debe llevar un exacto ritmo y regularidad, favoreciendo así ese mecanismo automático de un buen fisiologismo.

Es peculiar la psicología del anciano, que viene a matizar su propia manera de ser. Desde el viejo amable, sencillo, que congenia muchas veces con los niños alegremente, hasta el viejo egocéntrico, terco, discutidor, caprichoso y desconfiado, existe una variedad de caracteres tan difíciles de fijar, como numerosas y posibles las combinaciones que pueden observarse.

Se atenúa la memoria, primeramente para los nombres y cifras, en lo que influye, más que el natural envejecimiento, la exclusión y apartamiento de la vida activa y la falta de interés que ya no necesita para la convivencia social. Disminuye la atención y las facultades de retención, junto a la capacidad de adaptación que hemos referido más arriba. Es sabida la resistencia que oponen a variar su indumentaria, y a aceptar las nuevas concepciones de la moda.

Falla esa adaptación, porque su espíritu está nutrido de vivencias del pasado y de adquisiciones espirituales anteriores.

El mecanismo de regulación se hace más torpe, más rutinario. Se hace menos impresionable tanto para las emociones agradables como para las desagradables. Se atenúa la irritabilidad y la sensibilidad en ahorro instintivo defensivo de energías, y nace ese egocentrismo tendiendo a guardar y administrar, lo que ya no puede proporcionarse sin recurrir a los demás, en razón de su disminuída actitud y movilidad. De ahí, que la natural pasión dominante en la vejez, sea la avaricia, como la pasión amorosa lo es en la juventud y la glotonería en la niñez, en que toda actividad está sometida a la ley biológica del crecimiento.

En la mayor edad, las características de la personalidad persisten más acentuadas, por la constancia de los hábitos y de las costumbres. Se hace el criterio más rígido, y más difícil la persuasión. Por eso dice LAFORA «que el sujeto tonto de toda su vida, aparece aún más tonto al envejecer».

Si se incrementa el período involutivo se pasa a la segunda infancia, en la que disminuyen los afectos, se reduce la inteligencia con tendencia al lloriqueo, hasta llegar a la demencia senil patológica.

Sin embargo, no siempre la vejez es triste acontecimiento: son muchos los hombres que desarrollaron actividades excepcionales a edad bastante avanzada: Moisés murió a los 120 años, Josué, a los 110. PLATÓN dice: Cicerón, a los 80. Sócrates escribió a los 94, su Panatenaico. Sófocles, escribió su tragedia Edipo rey, a los 90. Tiziano pintó sus mejores cuadros a los 100. Goethe, enamorado pertinaz, amó dos veces a mujer joven, y después de los 80 años terminó la segunda parte del Fausto. Miguel Ángel muy anciano, modeló la cúpula de San Pedro. Las obras de HELMHOLTZ, eran tan magníficas como en su juventud, y el examen de su cerebro demostró procesos atróficos. Wagner, terminó a los 69 años su Parsifal. Galileo, descubrió a los 60 años la rotación de la tierra alrededor del sol. Son notorios los inventos del anciano Edison. La decisión no le faltó al viejo Molke para ganar las batallas de la guerra del 1870. Chateaubriand, Lope de Vega, Víctor Hugo, Cajal, Benavente, etc., en lo más elevado de sus vidas, demostraron una actividad llena de éxitos.

La inteligencia y la comprensión, son facultades que se conservan bastante bien en la vejez. Así dijo CICERÓN, ya muy entrado en años, «que las grandes empresas no se realizan por medio de la fuerza, velocidad y habilidad corporal, sino por medio de la reflexión, ponderación y juicio».

Podemos decir por tanto, que la vejez tiene su estado mental, peculiar, sus modos y su filosofía, que es juicio sereno de experiencia acumulada y recta prudencia, que nace del conocimiento del fracaso, prudencia y a veces silencio, que pueden ser conformidad, pero no creáis nunca que es ignorancia o desconocimiento.

Los procesos morbosos, tienen su modalidad, su expresión netamente geriátrica. La gota de rancismo norteño y poco española, y más rara hoy que antes, se ve escasamente en los viejos, pero si se presenta, o ya la mantenga un proceso infeccioso, ocasiona serias dificultades diagnósticas, por el parecido con los reumatismos crónicos.

Muy raramente se presenta una diabetes en el viejo, con los síntomas clásicos de polidipsia, poliuria, polifagia y astenia. Es precisamente la pobreza de síntomas lo que distingue. La glucosa, se eleva en sangre y disminuye en la orina, y sorprenden las complicaciones (gangrena de las extremidades, cataratas, retinitis, etc.) en un estado general magnífico.

Casi siempre es más leve, mejor tolerada, más lentamente progresiva y menor la tendencia al coma y a la acetonuria. Abundan las formas latentes, ligeras, que sólo se ponen de manifiesto ante una infección o una disfunción intestinal, o aparece por alteración vascular de los islotes de LANGERHAND.

Su patogenia más amplia se extiende a todo el metabolismo tisular hidrocarbonado, al equilibrio hormonal del páncreas y actividad diabetógena hipofisiaria.

El régimen de alimentación es más tolerante, como menos exigente su metabolismo. La propensión a las complicaciones es mayor. La glucemia si bien puede ser normal en ayunas, es más alta en las sobrecargas de glucosa dada por la boca, y desciende más lentamente que en el joven. Hay una disminución en la tolerancia de los hidrocarbonados.

El viejo es menos sensible a la insulina, y menor también la tendencia a la hipoglucemia por sobredosificación, y el empeoramiento al suspenderla, menos rápido que en los jóvenes. El reposo y las infecciones, requieren una mayor dosificación de insulina, y la gran precaución de no desencadenar estados hipoglucémicos, por el peligro de ocasionar infartos de miocardio. Si no se conocen antecedentes diabéticos, y no existen síntomas premonitorios de la conducta psíquica, (estados de excitación o atontamiento) el diagnóstico del coma de esta etiología, se hace sumamente espinoso por su parquedad sintomática. Puesto que, si falta como suele ocurrir, el olor acetonémico, la respiración profunda, y la hipotonía ocular, se impone la dosificación de glucosa en sangre, (ya que la glucosuria y la acetonemia suelen faltar igualmente) para poder diferenciarlo de los demás estados comatosos.

No nos resignamos a silenciar —y se nos enreda en los labios, queriendo atender a la brevedad— la importancia que a estas edades tiene, la presentación de las llamadas falsas diabetes.

No es extraño que, en el climaterio (para nuestra opinión, la vejez comienza con la menopausia) encontremos entre sus múltiples síntomas, una potomanía, una falsa sed, que venga a mantener una poliuria, un prurito por craurosis vulvar directamente ligado a la insuficiencia ovárica, una astenia unida a su disendocrinia, y un adelgazamiento en razón de las frecuentes reacciones hipertiroideas de la edad crítica. Si a todo esto se une una coincidente descarga en la orina de creatinina, xantina, ácido úrico o accidental, glicerina, alcanfor, etc., que reduzcan el FHELING. ¿Quién no afirma que nuestra presunta enferma no es una diabética?

En la vejez uniformemente involutiva, la delgadez y la astenia son síntomas asociados. Un prurito senil por distrofia cutánea (y tan difícilísimo de tratar), no es raro se presente en esta edad, como una poliuria por esclerosis renal (que sabiamente compensa el organismo caquético para mantener una moluria normal) venga a provocar la necesidad de ingerir más agua. Si analizamos el cuadro en conjunto, la impresión clínica no puede ser otra, que el de diabetes. He aquí la precisión, aún en el caso menos dudoso, de estudiar la curva de glucemia.

No deja de ser interesante en la vejez, la pereza de regulación del equilibrio ácido-básico. La desviación de este equilibrio por administración de ácidos o alcalinos tarda en establecerse en los jóvenes de 8 a 10 horas, mientras que en el viejo necesita de 24 a 42 horas.

Las enfermedades infecciosas, tienen un curso grave en la vejez: son excepcionales, el sarampión y la varicela, y la parotiditis epidémica no se padece pasados ya los 50 años. La angina diftérica puede presentarse, y siempre cabe el diagnóstico diferencial con la agranulocitosis, e infección luética, etc. Por lo que respecta a la forma laríngea, es aún menos posible. La fiebre ganglionar de PFEIFFER no se padece después de los 30 años. Otras, como el herpes zoster, toman en ocasiones especial gravedad. El tífus exantemático es mortal en más del 85 % de los casos, después de los 50 años, y a la vez menos frecuente. En ésta, como en la mayoría de las infecciones, la mortalidad se agrava con la edad.

Una de las enfermedades más frecuente de hallar en la alta edad es la bronquitis, altamente favorecida por condiciones

geriátricas muy propias, cuales son: las modificaciones pulmonar y torácicas, que en definitiva constituyen la neumopatía senil, junto a lesiones cardiocirculatorias, que no pocas veces abocan insensiblemente en una pneumonía.

Las neumonitis de pronóstico gravísimo, no encuentran el consuelo del tratamiento antibiótico.

También es grave la pneumonía. En frase de PETERS, la pneumonía en el viejo no es más que un pretexto para morir. Su carente y deformada sintomatología, con poca o ninguna fiebre, la dureza del diagnóstico, etc. la definen como una típica enfermedad senil.

Hay que desconfiar de toda asma que aparezca en la vejez. El asma bronquial es poco frecuente. Exige este diagnóstico la presencia de antecedentes, factores de herencia y comprobación clínica. En la ancianidad más que en otras edades se confunde un asma cardial, con un asma bronquial, y ante la duda conviene tener presente la mayor frecuencia de la primera. Hay que dudar de todo estado de reacción asmática que aparezca sin más antecedentes después de un golpe de risa o de tos, o después de los 40 años, y considerar, como dice JIMÉNEZ DÍAZ, que no es asma todo lo que silba en el pecho, ni todo lo que produce reacción asmática, es asma bronquial. Tenemos que pensar, que cualquier proceso cardio-respiratorio, en su más amplio sentido y tan comunes en el viejo, es capaz de poner en marcha una reacción asmática. Y dentro de ella, analizar en lo posible el factor disreactivo que la mantiene o la determina.

La interpretación de la fiebre ofrece sus dificultades. La mala adaptación axilar del termómetro, que favorece la habitual desnutrición, la natural sequedad de la piel que hace mala conductora de la temperatura, contribuyen a la imperfecta observación de la misma. De ahí que haya que tomarla, si se quiere una lectura exacta, en la boca o en el recto y por lo menos durante cinco minutos. HOWELL, que ha estudiado la temperatura normal del anciano detenidamente, deduce, que en la axila, está casi siempre por debajo de 36°, y en la boca de 36'2° a 36'7°. Sin traer opiniones de los que creen que la temperatura aumenta o disminuye con la edad, sí diremos que en los procesos morbosos no es extraño, y sí por el contrario característico, ver como evolucionan

con poca o ninguna fiebre, por modificación de los mecanismos de regulación calórica.

Todas las formas de tuberculosis pueden presentarse en el anciano, desde un complejo primario menos frecuente, hasta la forma miliar menos rara. Forma esta última, que a la vez necesita de un diagnóstico amplio de precisión. La mayoría de éstas lesiones son de procedencia anterior, por la tendencia que tienen de reactivarse a esta edad. Son más abundantes las lesiones fibrosas, con poca expresión clínica. Es en ocasiones una cardiopatía la que esconde una tuberculosis. Un tosedor viejo, puede ser un viejo tosedor, que oculta una tuberculosis estacionaria o lentamente progresiva, hecha realidad tantas veces, en contagios infantiles dentro de una familia, como sabe la Pediatría en sus profilaxis.

Otras, se acomodan tranquilas en pacto de amigable simbiosis, dentro de una bronquitis crónica o de un enfisema que se soporta con relativa bondad, año tras año, fiel al contrato establecido; todos los procesos pulmonares están dispuestos a disfrazar una tuberculosis en la edad propecta. Una lesión de lóbulo medio o inferior se establecen en igual apetencia que una lesión apical. Las modernas hidracidas, mejoran el estado general, pero las lesiones se dejan influenciar poco por ellas.

Un capítulo largo supone el estudio del cancer en la vejez; tal es la frecuencia en estas edades, frecuencia que se acelera con el aumento de los años. Un autor dice: que para esclarecer el problema del cancer, es condición previa el estudio del problema de la vejez, y para que poco haya firme en cancerología, también existen criterios adversos. Diremos solamente, que la clínica del cancer ofrece tantas dificultades o más que la tuberculosis. Que de ellos, el de las vías urinarias, pulmón y recto, tienen una evolución más lenta y los más numerosos los de piel, aparato digestivo y próstata.

Las enfermedades cardiovasculares, ocupan un lugar destacado en la patología del anciano. Vienen a ocasionar una mortalidad, con un porcentaje mayor que el cancer, y presentan características propias en su etiología, síntomas, curso y tratamiento, v. g. Un anciano que decae, que se queja de cansancio, y no tiene otro síntoma que una presión arterial baja, puede tener

una anemia, una neoformación y hasta puede que, en un diagnóstico a la ligera, le titulemos de debilidad senil; pero si le estudiamos el trazado electrocardiográfico, es lo más fácil que nos encontremos con un infarto de miocardio.

Hay una disminución del volumen minuto, que se compensa con un aumento de la presión arterial. Existe una mayor rapidez sistólica que diastólica, porque la rigidez arterial requiere un aumento de la energía de impulsión para poner en marcha la columna sanguínea. Esta resistencia de los vasos obliga a un mayor trabajo cardíaco, que termina por ir agotando paulatinamente su energía de reserva; es decir, que el corazón late ya en el límite de reserva de esa energía. En consecuencia este órgano se adapta mal al sobreesfuerzo, y está presto a descompensarse en todas aquellas enfermedades que le obliguen a una intensificación o aumento de trabajo; lo que viene a explicar lo a menudo de que existan insuficiencias cardíacas latentes.

De los estudios de SÁNCHEZ LUCAS, se deduce entre otras cosas, que el corazón en el anciano se empequeñece y toma un color rojo oscuro, debido a la llamada atrofia parda o marrón, por la presencia de una substancia afín a la melalina que contiene azufre, y que HUECK llama lipofuscina, o pigmento de desgaste, de variada interpretación según los autores, y a la que FAHR atribuye la causa de la insuficiencia cardíaca. Modificaciones, que junto al aumento del tejido elástico están en íntima relación con la disminución y estado arterial coronario.

Habitualmente la angina de pecho se revela con pocos síntomas, teniendo mucho valor la más trivial molestia precordial, a la que debe unirse siempre la electrografía, y tantas veces repetida como sea necesario. Los estados anginosos sin angina lo suelen dar frecuentemente los diabéticos.

El estudio electrocardiográfico a partir de los 60 años, tiene sus particularidades. Muy a menudo se aprecia, un aplanamiento de la onda T, tendencia a la aparición de muescas en el complejo Q R S, ligeros alargamientos del espacio P Q y la onda P suele ser menos marcada. Variaciones atribuibles a los cambios metabólicos miocárdicos, en los que la elastosis, lo que podríamos llamar reacción defensiva elástica, junto a la degeneración marrón son características del envejecimiento cardíaco.

En frase de CAZALIS, el hombre tiene la edad de sus arterias, lo que viene a demostrarnos la singular trascendencia del sistema vascular. La esclerosis vascular, es un fenómeno general fisiológico, que hay que distinguir (por más que pueda coincidir con la arterioesclerosis. Ambas suelen confundirse, y aunque no podemos hablar de su diferenciación, si diremos que las alteraciones vasculares representan factores importantes en la patología senil, determinando hemorragias cerebrales, infartos de miocardio, glomeruloesclerosis, gangrenas, etc.

Si nos referimos a la hipertensión arterial, son de registrar interesantes observaciones. Hay que tener presente que el aumento de la tensión es un hecho normal que se eleve conforme avanza la edad, y que aparte los factores que puedan aumentarla (tóxicos, tabaco, café, etc. infecciones metabólicas, diabetes, gota, emociones, tensión de lujo de VÁZQUEZ) se eleva también, como fenómeno defensivo compensatorio, siendo de fácil deducción los resultados, si establecemos una terapéutica de acción hipotensiva.

No podemos considerar hipertensos a estos ancianos, si no nos atenemos a las cifras que de manera general BLANCO SOLER da como normales. Estas cifras han de ser en su segundo número después del 1, igual al primero de la decena de edad, esto es, para la tensión máxima. Así, de 40 a 50 años 14 de máxima; de 50 a 60, 15; de 60 a 70, 16; de 70 a 80, 17. Siendo conveniente repetir varias veces la toma de tensión, en caso de aumento, para comprobar su persistencia. Y para hablar de hipotensión se da el número 11 en punto de partida un poco arbitrario.

Comprobado el aumento de tensión (máxima, mínima y relación entre ellas) deduciremos, si como es lo más frecuente en la edad propecta, una enfermedad hipertensiva (que hoy nos ofrece posibilidades de intervención etiológica dudosa y patogénica, el apasionante estudio del sistema juxtaglomerular, mesangio, polkissen, macula densa y sistema de BECHER) o si es brightica, urológica, hipofisiaria, suprarrenal, angiopática, por hipertiroidismo, o por inretomas, como la que se asocia al mioma y al adenoma de próstata.

También encuentra el geriatra en el aparato digestivo, la justificación de su especialidad, con el estudio de las gastritis atróficas con sus cuadros de atonia, hipoclorhidrias, retención

de gases, colitis, etc. En las falsas gastropatías, que presentando una descompensación digestiva, se oculta una uremia larvada. En los cuadros de meteorismo, producidos por atonia intestinal, o alteración química digestiva, o bien por aereofoagia que determina los fallos de la dentadura.

En las anorexias, que lo mismo se instituyen con rebeldía, tras un episodio infeccioso, como pueden mantener un origen psíquico o un desequilibrio diencefalo-endócrino. En los casos clínicos incipientes de carcinoma gástrico, donde el diagnóstico se pone a prueba entre una uremia y una anemia perniciosa.

En la mayor frecuencia de los cálculos biliares y complicaciones en la vejez. En el diagnóstico impreciso de los procesos agudos abdominales, donde ni la contractura muscular defensiva, ni el dolor ni la fiebre presentan un carácter definido. En las alteraciones arterioesclerosas de los vasos apendiculares que facilitan una mayor propensión a aparecer una apendicitis gangrenosa. Y por no decir más, en las hernias estranguladas, sobre todo crurales, silenciosas o poco expresivas, difíciles de explorar a veces, o con manifestaciones variadas e irradiadas en las direcciones más extrañas, o que sólo revela un vómito pertinaz.

Así podríamos ir repasando el aparato urinario, con sus características renales anatómicas y de filtración, neoplasias, esclerosis, frecuencia de la litiasis, padecimientos de próstata, y relación inversa entre actividad de gonadas e hipertrofia de aquella, etc.

Enfermedades de la sangre, en su amplio capítulo de anemias, y tendencia a la macrocitosis, y número disminuido de hematíes proximamente a los cuatro millones según experiencias de BELTRAN BAGUENA. Aceleración de la velocidad de sedimentación según ha demostrado LOW-BER, y debido en explicación de LACH, a un aumento en la proporción de fibrinógeno, y a cambios en el grado de dispersión de los coloides del suero. Normas de tratamientos con extractos hepáticos, con uso intenso y prolongado, etc.

No menos interesantes son las modificaciones del sistema nervioso: aumento de los ventrículos, disminución del peso cerebral, mayor profundidad de las circunvoluciones. Modificaciones del tejido nervioso que llegan al pálido y al estriado, sobreviniendo

las disquinesias seniles, rigidez muscular, retardo de movimientos, temblores. Disminución del funcionalismo extrapiramidal faltando una buena coordinación de los movimientos, con tendencia cada vez mayor al automatismo. Cambios en la región hipotalámica, e influencias sobre los procesos somáticos, e influencia sobre el psiquismo. Recayendo sobre este sistema entidades nosológicas exclusivas de la edad provectora, v. g. enfermedad de ALZHEIMER, enfermedad de PICK, demencias seniles.

No menos atrayente estudio nos presenta la endocrinología en el que se enredan conceptos interesantes de posibles procesos de envejecimiento, y la defraudada mirada de BROWN-SEQUARD, VORONOFF, STEINACK y del reciente suero de BOGOMELETZ, que tan ardorosamente pusieron los ojos en sus procedimientos de rejuvenecimiento.

Pero es que aparte de todo lo anteriormente dicho, la Geriátrica, establece una selección en sus padecimientos, tiene sus enfermedades propias, de aparición a una edad más o menos determinada. Tal es la enfermedad de HORTÓN o arteritis de la temporal, la enfermedad de PAGET, la osteoporosis senil, desde que fué descrita por CHARCOT; los reumatismos cuya amplitud se extiende al «*mallum cosae senilis*» y demás artrosis, y las propias que hemos mencionado de ALZHEIMER, PICK, etc. Y forzosamente tendrá que ocuparse de todas aquellas que, teniendo preferencia de aparición desde los 45 a los 50 años en adelante, precisen un tratamiento o profilaxis para los años venideros.

No cabe duda pues, que manejamos una patología que, por su concepción doctrinal apoyada en realidades clínicas y patogénicas incontrovertibles, se separa necesariamente del tronco común de la Medicina, y cuya característica esencialmente fundamental la suministra la peculiaridad del terreno.

Sabido es, que una misma entidad nosológica presenta variedades bien apreciables, según que el paciente sea un niño, un adulto, o un viejo. Variaciones que no da la causa morbosa, sino la característica del organismo en que recae. Es por tanto la modalidad orgánica del envejecimiento quien da esas particularidades.

Envejecimiento que podemos definir diciendo: que es el conjunto de alteraciones irreversibles de las células adultas, que

progresando a velocidad variable en el tiempo cronológico, se traduce en una disminución funcional del organismo.

Al decir alteración irreversible, indicamos una modificación celular que no es más que el efecto, de una causa químico-biológica íntima, que hoy por hoy se nos escapa. Y sin que podamos hacer más extensos estos conceptos, en relación con tan interesante problema, en el que existen importantes consideraciones, como son las experiencias de MAUPAS y ENRIQUES con cultivos de prolongada vitalidad de infusorios, y las de CARREL con fibroblastos de pollo, consiguiendo que sobre-vivan cinco veces más que la vida de éste animal.

Y las no menos interesantes conclusiones de LECOMTE de NOUY del tiempo biológico en relación con el tiempo cronológico y cuya relación está ligada muy posiblemente a los procesos de envejecimiento.

Influencias externas de alimentación, padecimientos y herencia sobre este fisiologismo. Conocimiento de la llamada por MINOT citomorfosis o modificaciones que la vejez impone a las células, en relación con los procesos catabólicos y del medio celular. Alteración y dispersión coloidal, llegando a los fenómenos de la histeresis y sineresis. Cambios homeostáticos (en concepto de CANNON) que determinan una disminución de esta capacidad de regulación del medio interno. Intervención del sistema vegetativo, con aceleración de las mutaciones intraorgánicas del sistema adrenérgico, y lentecimiento del colinérgico, y cuya dirección y mando general en perfecto engranaje con el sistema endocrino y con el llamado por MARAÑON centro eutrófico, lleva y preside el bloque hipotálamo-hipofisiario que viene a desempeñar un papel relevante en los procesos de envejecimiento.

Y nos limitamos con éstas últimas palabras a sentar definitivamente la finalidad de la Geriatria, lo que vendrá a destacar y reeclar su importancia y necesidad.

No se propone esta CIENCIA, por impulso juvenil incomprensivo de su poca existencia (lo que iría en contraposición de su contenido) a buscar bábedizos de Cagliostro, ni brebajes ni pócimas de la Edad Media, ni a buscar un mejor suero ni ingenioso injerto ofreciéndole a la humanidad finita, la inmortalidad. La Geriatria reflexiva y serena como el juicio de sus ancianos,

busca (sin pretender anular una ley biológica) con medios científicos, la mejor manera de obtener una vejez sana y libre de achaque en lo posible, perfeccionando las condiciones de vida, estudiando las posibilidades fisiológicas de poder armonizar y corregir el déficit metabólico y endocrino y de estímulo general, que sin duda proporcionará el aumento de años que la enfermedad nos quita, y que en conclusión no es querer añorar más que el decir de PERSOL y BORTA, «no añadir años a la vida, sino añadir vida a los años».