

**REVISTA DE LA
REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA
DE CATALUNYA**



VOLUM 22 - NÚMERO 2 - 2007

Iniciada l'any 1798 amb el llibre «Memorias de la Academia Médico Práctica de la ciudad de Barcelona»

continuadora directa de:

Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona (1915-1931)

Annals de l'Acadèmia de Medicina de Barcelona (1932-1935)

Anales de Medicina y Cirugía (1945-1982)

Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona (1986-1993)

Any 93, volum 82, núm. 329

**REVISTA DE LA
REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA
DE CATALUNYA**

VOLUM 22 - NÚMERO 2 - 2007

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

JUNTA DIRECTIVA DE LA REIAL ACADÈMIA

President: Jacint Corbella i Corbella
Vicepresident: Josep Traserra i Parareda
Secretari General: Ramon Trias i Rubiès
Vicesecretari: Jordi Vives i Puiggròs
Secretari d'Actes: Manuel Camps i Surroca
Tresorer: Josep M. Massons i Esplugas
Bibliotecari: Francesc Solé i Balcells
Arxiver: Joan Uriach i Marsal
Vocal: Guillem López i Casasnovas
Vocal: Francesc Domènech i Torné
President d'Honor: Moisès Broggi i Vallès

CONSELL DE REDACCIÓ DE LA REVISTA

Director: Màrius Foz i Sala
Redactor en Cap: Ferran Nonell i Gregori

EDITA: Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
Carrer del Carme, 47. 08001 Barcelona
Telèfon: 93.317.16.86 • Fax: 93.412.05.98 • e-mail: secretaria@ramc.cat
Edició digital: www.ramc.cat
Imprimeix: Pulso Ediciones
Rambla del Celler 117-119 . 08190 Sant Cugat del Vallès

Dipòsit legal: B-3338-86 • ISSN: 1133-32866 Rev. R. Acad. Med. Catalunya

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

SUMARI

VOL. 22

Núm. 2

MAIG-AGOST 2007

EDITORIAL. *El risc de la medicina* 47

COL·LOQUI: CONTROVÈRSIA

L'Agulla de la balança. Consideracions sobre l'equació

risc-benefici a la medicina. *Josep M. Mascaró* 49

El que és important és evitar el risc d'exploracions o tractaments

innecessaris pel malalt. *Antoni Bayés de Luna* 50

El punt de vista del farmacòleg: de la terapèutica basada en l'evidència

a la terapèutica individualitzada. *Xavier Forn* 53

El que és important és curar o millorar al pacient. *Josep Muñoz Gómez* 59

INGRÉS D'ACADÈMICS CORRESPONENTS

Un segle d'assistència psiquiàtrica municipal a Barcelona. *Josep M. Costa i Molinari* 61

La salut materno-infantil al tercer món. *Josep M. Carrera i Macià* 67

EL RACÓ DE LA HISTÒRIA

Els domicilis de l'Acadèmia de Medicina. <i>Jacint Corbella i Corbella</i>	71
--	----

NECROLÒGIQUES

Antoni Tejedo i Mateu (1932-2006). In memoriam. <i>Domingo Ruano Gil</i>	74
Joaquim Tornos i Solano (1918-2005). In memoriam. <i>Miquel Torner i Soler</i>	76

VIDA ACADÈMICA

Butlletí informatiu número 8. Informe del president al ple de 12 de juny de 2007	78
Iconografia de l'Acadèmia	80

EDITORIAL

EL RISC DE LA MEDICINA

La pràctica de la medicina és una activitat que té molts punts de risc. Durant molts anys pràcticament només s'ha valorat en funció del malalt. Ara ja es comença a valorar també en relació al metge, àdhuc altres sanitaris: professionals de la infermeria, directius de la sanitat o altres, principalment en forma d'agressions i de demandes de responsabilitat, també d'accidents. El col·loqui que es presenta en aquest número, coordinat pel doctor J.M. Mascaró acadèmic numerari, tracta del primer aspecte. Però ja des d'ara cal esmentar també el segon vessant que s'haurà de comentar en altra ocasió.

El perill més important pel malalt, vist de manera global, és evidentment el de patir uns efectes negatius a més de no curar-se, però en el detall de cada cas hi ha formes de risc a vegades més específiques. Així les complicacions, els efectes negatius, els accidents. Quan la pràctica mèdica, la medicina com a ciència i com a assistència, ha millorat la seva eficàcia, s'ha incrementat també el seu risc. I això ha estat quantitativament ja bastant evident des del segle XIX i molt més a la segona meitat del XX.

Alguns antecedents. Sense que sigui el primer potser un dels aspectes més destacats en la millora immediata, directa i més visible, dels resultats de cara als malalts, fou la introducció de l'anestèsia. Va ser a la segona part de la dècada de 1840 quan començà la aplicació de l'òxid nítric, el gas hilarant, amb eficàcia reduïda; i gairebé de seguida van venir l'èter, més als Estats Units i el cloroform, més a Europa, que van modificar el panorama quirúrgic. Ja es podia operar sense que fos de viu en viu, sense haver de lligar el malalt, i sense que cridés. També tenia alguns perills, entre els més coneguts aleshores o més tard, els efectes irritants dels gasos, més el cloroform, sobre les vies respiratòries, amb les "*pulmonies*" postoperatòries. També el risc sobre el fetge amb la icterícia. I encara els trastorns de la conducció elèctrica en el cor, amb les aturades i mort en el quiròfan. El fet ja fou denunciat pocs anys després, en un informe aleshores famós del Col·legi de Cirurgjans anglesos, que fou contradit anys més tard per un treball experimental important en gossos, on no es va valorar, ni es considerava aleshores, la diferència de sensibilitat entre l'home i el gos, respecte a certs tòxics.

El tema per tant no és pas nou. Abans, i ja feia més de tres segles, es coneixien els efectes "*terribles*" d'un medicament emprat de manera molt àmplia per a curar una malaltia també molt greu, la

sífilis. El tractament amb mercurials va ser durant alguns centenars d'anys una causa important de patologia iatrogènica. I molt més recent, i en forma d'episodi agut, hem vist ja a la segona meitat del segle XX, l'episodi dramàtic de la talidomida amb les seves malformacions molt visibles, en forma d'absència de braços o cames.

Un canvi de mentalitat. Tot això ha anat portant a un canvi de mentalitat, per part dels metges que ja saben que el que recreen pot fer mal. També de la indústria farmacèutica, que ha après més ràpidament que els metges a defensar-se front a les exigències de responsabilitat per causa dels efectes adversos. I també ho coneix la societat, els malalts, que ja estan prou advertits del risc. Els prospectes de medicaments solen ser "*dissuasoris*" i molts malalts segueixen, com en altres èpoques, fiant més de la medicina natural, més de les plantes que dels productes de síntesi. I els metges, que estan en el mig de la qüestió, i amb veus diverses, intenten estudiar el problema.

La quantitat d'escrits sobre els efectes nocius dels medicaments és molt gran. Els estudis que es fan abans de la introducció d'una nova substància terapèutica, un medicament, estan molt regulats i els assaigs clínics són una forma de progrés de la terapèutica farmacològica molt important, avui fonamental. Es coneix molt bé el risc de moltes substàncies, i malgrat tot se les continua utilitzant, perquè es pensa que els efectes positius són més importants que els negatius. Això és molt vàlid sobretot en el cas de malalties molt greus, per exemple les tumorals. Tots sabem que la utilització de quimioteràpics, la "*químio*", té molts efectes negatius, que ja s'esperen, que s'adverteixen al malalt o la família, i que és un risc que cal acceptar.

També cal dir que algunes vegades el risc és molt més important que el benefici, per exemple en malalts considerats quasi terminals, en els que el fet de donar més medicines allarga el temps de patiment. Així s'ha arribat al concepte d'obstinació terapèutica, que a la nostra Acadèmia fou magistralment tractat en una aportació memorable dels doctors Jordi Sans i Francesc Abel.

Altres vegades el risc ve més del camp de la cirurgia. Aquí els mecanismes d'informació als malalts, i de defensa dels metges, són diferents. L'efecte de l'acció agressiva és més immediat i puntual en la seva intensitat. Després hi ha les complicacions. Aquí ara només cal esmentar el risc de les anestèsies en persones ja grans, amb una patologia prèvia coneguda principalment en la circulació cerebral. Quan les condicions prèvies no són les que podem consi-

derar normals, a vegades principalment per raó d'edat, cal considerar aquests perills. Una anestèsia, i més si és prolongada, en una persona "vella", comporta en molts casos un risc important que duu a una situació coneguda, i a la frase "l'avi des que el van operar ja no és el mateix". Els exemples són prou abundants perquè calgui pensar en aquest perill i valorar-lo. Aquí el balanç risc/benefici pot estar desequilibrat cap a la banda del risc.

Un altre punt cada vegada més important és el de les infeccions hospitalàries. Ara n'hi ha de manera bastant freqüent i es consideren fins a cert punt "normals" en alguns malalts. En tots els grans hospitals hi ha un percentatge del que no s'hauria de passar. Les possibilitats terapèutiques són bastant grans i no solen passar, en grans números, gaires problemes importants. Però una altra cosa és la valoració puntual, al qui li toca, o en episodis usualment petits, però que no es poden desconèixer. Des de soques microbianes resistents a defectes d'esterilització, poden fer aparèixer brots que sense massa transcendència per les grans xifres sanitàries, han creat preocupació i alarma i han tingut un bon ressò mediàtic.

I encara cal esmentar també que les condicions deficitàries de molts malalts que en altre temps no haurien sobreviscut, fan que siguin un camp més fàcil de cultiu d'infeccions. Hi ha dos aspectes principals: un és la baixa immunitària de moltes persones que estan sotmeses a medicaments que causen aquest risc, que per altra banda és conegut. Tot i que es prenen les mesures de precaució que cal, a vegades és difícil evitar una sobreinfecció. El segon aspecte és l'existència de "vies", és a dir vies d'entrada, en malalt sotmesos a terapèutiques parenterals, sondatges persistents, etc. Així, amb les "portes obertes" les vies d'entrada de les infeccions són més fàcils.

Cap a un equilibri. Les aportacions dels doctors Antoni Bayés, Xavier Forn i Josep Muñoz, coordinats de forma suau i acurada pel doctor Josep M. Mascaró, són importants per a fer conèixer l'estat de la qüestió i una posició, que és la de l'Acadèmia, en la consideració de l'equilibri entre el risc que hem d'assumir i el benefici que es pot obtenir.

És important assenyalar una posició activa aprofitant totes les possibilitats que el progrés en els coneixements ens ofereix. Sabem que hi ha dificultats i per això hem de valorar el balanç. També cal dir que aquesta posició no és uniforme per a totes les patologies.

En les més greus, i principalment si vénen de manera aguda, sembla clar que la quantitat de risc que hem d'assumir és més alta, perquè el pronòstic negatiu potser sigui més clar. En canvi en el cas de patologies d'evolució crònica, en que calen tractaments llargs, algunes substàncies poden acabar causant complicacions. Una de les més clàssiques eren els salicílics, dit de manera més general, en els processos reumàtics. Aquí moltes persones, entre elles molts sanitaris també, opten per terapèutiques potser més suaus, potser menys actives, i està creixent una tendència a valorar més els productes "naturals", siguin d'herboristeria, o en forma de "dieta" amb una orientació concreta. En tot cas són opcions que si la persona està ben informada no hi ha res a dir, i potser moltes vegades els efectes secundaris són menors.

Dret i obligació d'informar. En tot cas cal que els malalts, la seva família, la societat en conjunt, tinguin una informació suficient. La informació l'han de donar principalment els professionals sanitaris, siguin metges, farmacèutics, la pròpia indústria farmacèutica, i també cal tenir en compte que el progrés en la transmissió de coneixement per medi de la xarxa, per internet, fa que moltes persones tinguin una idea, que potser sigui més o menys clara, però suficient, de l'estat de la qüestió en aquell moment.

Els sanitaris hem de facilitar la informació, i cuidar que sigui correcta. Els malalts, les persones que han de seguir un o altre tractament són les que han de decidir. Aquest és un dels drets que reconeix la llei de sanitat. L'Acadèmia creu que aquest és un tema important que cal analitzar i sospesar, ajudant a que el subjecte passiu, és a dir tots els possibles afectats, que som la totalitat de la població en un moment o altre de la vida, puguem tenir un criteri clar.

Deiem en el primer paràgraf, que també cal recordar el risc que pateixen els sanitaris. Després en el col·loqui es comenta el risc pels malalts que utilitzen les medicines o estan sotmesos a tractament, és a dir el risc d'origen sanitari.

Però en aquest mateix número de la revista, una mica més enllà, hi ha l'aportació magnífica del doctor J. M. Macià. Ens explica com és molt més gran el risc per a no tenir accés a la sanitat, a unes condicions mínimes de vida, que incloguin l'educació però també el dret a menjar, més clar a no passar gana, o morir de fam. L'Acadèmia s'honora incorporant-lo en el seu sí.

Col·loqui: Controvèrsia

L'AGULLA DE LA BALANÇA. CONSIDERACIONS SOBRE L'EQUACIÓ RISC-BENEFICI A LA MEDICINA

Josep M. Mascaró i Ballester

Acadèmic numerari

La finalitat de tot tractament és obtenir el millor resultat terapèutic amb els mínims efectes secundaris. De vegades això és fàcil però altres cops és quasi impossible. És en aquests casos que el metge ha d'avaluar diferents paràmetres, tant del pacient com de la malaltia i, també, el risc de conseqüències indesitjades, abans de decidir si una determinada terapèutica o una exploració invasiva ha o no ha d'ésser posada en pràctica.

Hi ha, però, molts aspectes dels que cal tenir compte quan s'avalua la balança entre eficàcia i efectes secundaris (o en altres paraules l'acció desitjada: el benefici, *versus* la que no es vol: el risc). Uns prefereixen l'acció malgrat la possibilitat d'efectes secundaris mentre que altres, molt prudentment, no volen prendre cap risc. Aquesta darrera posició pot, en alguns casos, ésser una manifestació de la medicina "*defensiva*", per por de ulteriors queixes.

En aquesta introducció al col·loqui d'avui voldria també remarcar les diferents estratègies de les diverses especialitats. Per exemple podríem comparar la distinta forma de planificar un tractament entre els dermatòlegs i els reumatòlegs (i és per això que n'hi ha un de cada en el programa d'avui). Podria dir que en general els dermatòlegs estan principalment preocupats per la seguretat i bona tolerància dels medicaments, mentre que els reumatòlegs estan més interessats en la seva eficàcia. Això pot ésser perquè els reumatòlegs, que tenen una gran proporció de malalts greument afectats, incapaços de fer una vida normal, prescriuen, per exemple, el metotrexat a dosis superiors i per un temps més prolongat que ho fan els dermatòlegs. Així uns i altres semblen tenir compte de la equació risc/benefici de manera diferent. Igualment els metges hospitalaris tenen menys por dels efectes secundaris que els metges que treballen sols, pot ésser perquè estan acostumats a identificar i corregir els efectes secundaris més aviat.

La història de medicaments "*prohibits*" a causa de llurs seriosos efectes secundaris i de la seva "*segona oportunitat*", il·lustra com la utilitat i el perill poden alternar en el passat d'una prescripció. Podem recordar com la talidomida va ésser prohibida el 1961 a causa de les seves teratogènies. Però, el 1964 va tenir una "*segona oportunitat*" quan Sheskin (1) va mostrar la seva activitat per controlar les reaccions de la lepra. Quasi exclosa un cop més de les prescripcions per la neurotoxicitat perifèrica (2) (1984) torna a ésser una droga meravellosa pels hematòlegs i oncòlegs, des del 1994 gràcies a les seves accions antitumorals (3,4).

I els anys de la medicina estan plens de casos com aquest que

serveix d'exemple. La història de la retirada d'alguns analgèsics antiinflamatoris (els *painkillers* com els anomenen als EEUU) tan efectius com els inhibidors selectius de la COX2 en raó del risc de severos efectes secundaris no és encara acabada (5). La premsa i les publicacions científiques han cobert àmpliament aquesta crònica. I encara hi ha partidaris d'ambdues posicions: evitar tot risc pels pacients o millorar-los dels seus patiments encara que hi hagi un cert perill de conseqüències no desitjades.

De fet la controvèrsia sobre quins riscos son acceptables en relació a l'acció dels medicaments és encara oberta. Les paraules "*el malalt primer que res*" poden ésser interpretades de forma diversa. Però l'equilibri pot decantar-se massa del cantó de la por al risc més que pel possible benefici. La seguretat com a total prioritat pot arribar a un límit de no fer res, o quasi res, per disminuir el patiment del pacient. De vegades un augment significatiu del risc d'efectes seriosos pot ésser acceptable si la probabilitat del perill es globalment baixa i la discapacitat disminueix de forma important la qualitat de vida del malalt.

S'ha creat la expressió de "*timidesa terapèutica*" (6) per definir la tardança en la utilització del medicament mes adequat o de la dosi adient per por, donant lloc a un tractament inadequat o a un maneig ineficaç de la malaltia amb menys qualitat de vida pels pacients.

La seguretat ha de ser una prioritat per les institucions de la salut però la equació risc/benefici ha d'ésser avaluada minuciosament pel metge en cada cas concret. L'agulla de la balança no és habitualment estàtica sinó mòbil. Per això aquestes decisions han d'ésser preses individualment per obtenir el millor resultat terapèutic amb la probabilitat d'un risc, mínim i proporcionat, d'efectes secundaris.

References

1. Sheskin J. Thalidomide in the treatment of lepra reactions. *Clin Pharmacol Ther* 1965; 6: 303-306.
2. Aronson IK, Yu R, West DP et al. Thalidomide induced peripheral neuropathy. *Arch Dermatol* 1984; 120: 1466-1470.
3. Shingai S, Mehta J, Desikan R et al. Antitumor activity of thalidomide in refractory multiple myeloma. *N Engl J Med* 1999; 341: 1565-1571.
4. Eisen T, Boshoff C, Mak I et al. Thalidomide. A phase II study in advanced melanoma, renal cell, ovarian and breast cancer. *Br J Cancer* 2000; 82: 812-817.
5. Mukherjee DM, Nissen SE, Topol EJ. Risk of cardiovascular events associated with selective COX-2 inhibitors. *JAMA* 2001; 186: 954-959.
6. Zachariae H. Therapeutic timidity in dermatology. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44: 140-141.

EL QUE ÉS IMPORTANT ÉS EVITAR EL RISC D'EXPLORACIONS O TRACTAMENTS INNECESSARIS PEL MALALT

Antoni Bayés de Luna

Acadèmic numerari electe

La meua intervenció es podria resumir en una sola frase "*primum non nocere*". El meu pare me la repetia tot sovint quan volia fer-me entendre que l'actuació del metge pot ser a vegades perillosa per al malalt i que sempre s'ha de vigilar que la nostra presa de decisions no el perjudiqui.

És cert, el metge pot decidir exploracions diagnòstiques o actuacions terapèutiques que en comptes de curar poden perjudicar, o inclòs matar al malalt. Anem a fer algunes consideracions sobre aquest tema amb el convenciment que globalment la Medicina ha millorat molt la salut de la població i s'ha aconseguit perllongar la vida no només dels infants, i d'això se'n parlarà després, amb les vacunacions i la lluita contra les malalties infeccioses, sinó també dels adults. En els últims 25 anys la vida s'ha allargat 8 anys de mitjana, la major part dels quals ha estat gràcies a la lluita contra les malalties cardiovasculars. Així i tot, hem d'admetre que hi ha encara molts riscos derivats del desconeixement dels possibles efectes tòxics o perjudicials de fàrmacs i tècniques noves.

Qui n'és responsable d'aquest desconeixement? Naturalment part de la culpa és el metge. Deixeu-me però que exposi, quines són les circumstàncies que afavoreixen que el metge apliqui o aconselli malament els nous fàrmacs i procediments diagnòstics i terapèutics. Fins a meitat del segle XX els tractaments nous eren introduïts per un professor d'un gran hospital que presentava la seva experiència clínica amb un nombre reduït de malalts, la meitat seguint el nou tractament i l'altre meitat no. Com que amb prou feines es contemplava el valor de l'estadística era més la impressió de que certament anava bé i el prestigi del metge el que decidia si el fàrmac era bo o dolent. Però aquests assaigs clínics inicials tenien greus mancances, sobretot derivades de la falta de rigor estadístic, de controls de seguretat i de l'esbiaixada que es produïa quan es decidia si el malalt s'incloua en el grup tractat o en el grup placebo. Per exemple, als anys 40 es varen fer assaigs clínics per decidir si el malalt amb infart havia de prendre o no dicumarol. Es va pensar que es podia comparar els malalts que començaven el tractament els dilluns, dimecres, i divendres, amb els que el començaven dimarts, dijous i dissabte. La picaresca d'ingressar un dia abans o després segons es volgués donar o no el nou tractament, va fer que l'esbiaixada fos inevitable. De fet el primer treball que es considera va ser el pioner dels assaigs clínics randomitzats no va aparèixer fins 1948, publicat al British Medical Journal el 31 d'octubre. Va ser

l'estudi randomitzat sobre el tractament de la tuberculosi per estreptomocina. D'aleshores ençà els assaigs clínics s'han anat fent cada vegada més segurs des del punt de vista científic amb la posada en marxa de la randomització a cegues, els comitès de direcció i de seguretat imparcials, llibertat científica per part de la indústria, control de resultats abans de finalitzar els assaigs els anomenats "*interim analysis*" per veure si ja hi han diferències estadísticament significatives, etc.

A pesar de tot això fins fa poc alguns dels fàrmacs que es comercialitzaven temps després s'havien de retirar per efectes secundaris greus. Veiem alguns exemples. La flecainida, un antiarítmic tipus 1C de la classificació de Vaughn-Williams, fa uns 15 anys es va demostrar en l'estudi CAST que era més perillosa que el placebo quan es donava per evitar arítmies en malalts postinfart, doncs la incidència de mortalitat era més alta en el grup de malalts que prenién aquest fàrmac que en el grup control. Els laboratoris MSD i Bayer fa pocs anys van haver de retirar del mercat al posar-se de manifest l'existència d'efectes indesitjables greus, els seus fàrmacs VIOX (inhibidor COX2) i Cerivastatina, una estatina d'última generació. A la casa Bayer se li varen complicar les coses encara més quan en un metanàlisi es va demostrar que la nifedipina d'acció ràpida, el clàssic Adalat, presentava un augment de mortalitat. Varen reaccionar fent l'assaig "*ACTION*" en el que hi vaig intervenir com a membre del "*safety committee*" amb el que es volia demostrar que la forma de lliberació retardada era millor que el placebo. El resultat va acabar en empat. El nou Adalat és un bon hipotensor però no es va poder demostrar clarament que reduís la mortalitat. Just fa uns pocs dies hem llegit a la premsa la polèmica amb el fàrmac "*Agreal*" després d'estar molts anys comercialitzat es va retirar perquè produïa en alguns casos efectes indesitjables en el SNC. En aquests moments dos fàrmacs que estaven ja a punt de ser comercialitzats el ximelagatran d'AstraZeneca, anticoagulant oral que no necessita control dels temps de protombina com el cumarinics i que per tant suposava un gran èxit de vendes, s'ha suspès la sortida al mercat degut a que un petit percentatge de casos presentava un increment de les transaminases que s'ha considerat podia ser perillós. També l'antiarítmic dronedarona de Sanofi-Aventis se li ha demanat més estudis abans de sortir al mercat per demostrar que no és perjudicial pels malalts amb insuficiència cardíaca.

El pitjor és que tot això passa en general quan ja la indústria ha gastat molts milions de dòlars o euros com van ser els casos abans esmentats. És doncs evident que la recerca de nous medicaments és cada vegada més difícil. Un altra factor afegit a les dificultats en el desenvolupament de nous fàrmacs és que no sempre estic segur que la tasca dels experts que participen en els diferents comitès sigui feta a la perfecció, no pas per mala fe, sinó per excés de feina o perquè l'accepten perquè no saben dir que no o perquè poden perdre la compensació econòmica, etc. Això formaria part dels pecats dels experts que va expressar en un dels articles més debatuts dels últims anys en David Sacket, publicat al BMJ l'any 2000.

Actualment es necessita l'experiència acumulada en 2-3 assaigs clínics perquè es canviïn les guies d'actuació mèdica que periòdicament surten, en general auspiciades per les Societats Científiques. Cal dir que aquestes han de servir d'orientació. És evident que si s'apliquen d'una manera correcta, el malalt en surt beneficiat però s'ha de tenir en compte sempre quines són les seves limitacions i les dificultats de la seva implementació en la que hi intervenen a vegades també aspectes econòmics. A més s'ha de saber que tot sovint s'utilitzen com a medicina defensiva, actuant els metges d'acord amb elles per quedar ben resguardats de qualsevol reclamació. Les guies són per seguir-les però valorant que hi ha coses que s'han de matitzar molt bé. D'aquí la importància d'afegir-hi l'experiència personal. Hem passat doncs d'una medicina basada en la relació metge-malalt a una medicina basada en l'evidència que si bé es sustenta en els assaigs clínics, d'acord amb el concepte de David Sacket s'ha de basar també l'experiència clínica individual. Encertadament també en James Weinberg en el seu article "Guidelines and intuition" aparegut el Maig de 1999 al JACC parla de la necessitat d'aquesta integració evidència-experiència.

En el futur la farmacogenòmica, de la que suposo se'n parlarà a continuació, servirà per fer un tractament a mida per cada malalt, per exemple per conèixer a quins malalts els seran útils els betabloquejants i a quins no, amb la qual cosa s'estalviarà una part important de la població dels efectes secundaris del mateixos.

Cal doncs que el metge rebí informació fidedigna quan un nou medicament es comercialitza per estar segurs de quins són els possibles efectes secundaris i poder prendre en cada cas la decisió més adient. Per aconseguir això les Institucions mèdiques en general, i especialment les Societats Científiques tenen l'obligació, no només d'organitzar simposis o reunions científiques sobre els nous fàrmacs, sinó de donar de forma asèptica la informació detallada de tots els efectes secundaris, senyals d'alarma que vagin sortint. Actualment sóc president de la Societat Internacional de Farmacologia Cardiovascular i una de les nostres prioritats ha estat endegar una pàgina web, de la que en te cura Prous Science, dirigida pel Prof. Juan Tamargo de Madrid, per educar sobre tots aquests aspectes als cardiòlegs i metges en general de tot el món, amb especial

èmfasi als països en vies de desenvolupament. Tothom que la vulgui consultar ho pot fer. L'adreça és www.iscpcardio.org.

Amb tota aquesta informació el metge podrà prendre la millor decisió però sempre després d'haver escoltat molt atentament al malalt i de saber si els medicaments l'hi poden provocar intolerància. En qualsevol cas el metge ha de receptar els medicaments necessaris però sense excedir-se en el nombre ni en la dosificació.

Pel que fa referència als nous procediments diagnòstics i terapèutics, deixeu-me dir unes pinzellades sobre l'efecte de les radiacions d'alguns dels nous mètodes diagnòstics i sobre la necessitat de quan s'ha d'aconsejar la cirurgia cardíaca a la gent de més de 80-90 anys.

Quant a l'efecte de les radiacions sobre el cos humà és bo prendre precaucions doncs després de l'impacte sobre la salut de les bombes d'Hiroshima i Nagasaki, aquest és un tema molt sensible. Tots sabem que els raigs X, a dosis altes i sense protecció, havien provocat efectes secundaris greus als metges, encara que menys al malalt. El problema està que algunes tècniques utilitzades actualment com les coronariografies, les tècniques isotòpiques i els scanners representen una radiació equivalent a vegades a 500 radiografies. Això és un perill real, que se suposa que és inferior al 0,1%, de provocar efectes secundaris greus si aquestes tècniques s'apliquen de forma repetida. Hi ha tècniques en canvi molt segures en tots els aspectes com són l'ECG i l'ecocardiografia. També la ressonància magnètica és segura i no irradia la qual cosa és molt important però te l'inconvenient de la incomoditat. De tota manera quan es puguin veure be les coronàries, jo crec que això passarà abans de 10 anys, desplaçarà completament als scanners computoritzats multi-tall. En l'actualitat aquests es fan servir bastant com a tècnica no invasiva per visualitzar les coronàries perquè donen informació igual o a vegades superior a la coronariografia. Això en determinades circumstàncies pot ser molt útil, com per exemple en cas d'una persona jove amb molts antecedents familiars de cardiopatia isquèmica i amb factors de risc, que vol saber realment com estan les seves coronàries. Un cas paradigmàtic que hem vist recentment és el d'un senyor d'uns 40 anys que te un germà bessó que ha tingut un infart de miocardi per oclusió de la descendent anterior proximal fa pocs dies, i te els mateixos factors de risc d'ell. Degut a això se li va practicar un scanner multi tall i curiosament presentava una estenosi coronària en el mateix lloc i del mateix grau que la que havia provocat l'infart al seu germà. També es fan a vegades per "pressió social". Un cas d'aquests va passar fa poc als Estats Units, on el que havia estat president de l'empresa més important del món, va tenir un infart de miocardi que va necessitar 5 bypass, malgrat que feia "jogging" sovint i no tenia hipertensió. Això va aixecar l'alarma i el nou president es va veure obligat a fer-se un scanner multital que va sortir be. El president sortint era en Bill Clinton, i l'entrant, naturalment, en George Bush.

I parlant de gent molt coneguda o recomenada, és ben cert que sovint els metges responsables d'atendre'ls no els saben tractar

doncs es creuen en la necessitat de fer totes les proves inimaginables i no guarden una relació metge/malalt amb pla d'igualtat. I això no sols passa a Espanya, sinó també als països més desenvolupats. Recentment hem pogut comprovar com es practicava una coronariografia innecessària a un malalt que tenia una insuficiència renal i que va acabar amb diàlisi i les coronàries netes com una patena.

Per últim, un toc d'atenció per les tècniques invasives i la cirurgia agressiva com és la cardíaca, amb malalts de més de 85-90 anys. Només les aconsellem quan el malalt té símptomes que l'hi interfereixin la vida diària. En aquest cas tinc clar que s'ha d'arribar fins la cirurgia cardíaca si cal, sempre que l'edat biològica del malalt ho permeti. Un exemple clar de la necessitat d'actuar és el malalt que té una estenosi aòrtica severa amb dispnea i angina i té més de 85 anys. Temps enrera vàrem operar-ne a un en aquestes circumstàncies i va anar molt bé. Pocs anys després la seva dona ens va venir a veure i tenia crisis de subedema agut de pulmó de repetició i angina de petits esforços. Edat 90 anys. El mateix cirurgjà, el nostre company d'Acadèmia Dr. J.M. Caralps, la va operar i també va ser un èxit. Però així i tot no sóc partidari d'actuacions agressives si el malalt està asimptomàtic. Inclòs malalts que han tingut un infart per suboclusió del tronc comú, pot ser que visquin anys amb la medicació adequada sense necessitat d'exposar-los a riscos que a aquesta edat són més perillosos.

Com a conclusió m'agradaria dir:

1. Donar la medicació necessària però no excedir-se ni en el nombre de fàrmacs ni en la dosificació.
2. No canviem sistemàticament fàrmacs que van bé per altres semblants que tenen estadísticament alguns avantatges després de "torturar" les dades.
3. Prenem les nostres decisions després de llegir els articles originals i de comprovar si els possibles avantatges no poden estar contrarestats per efectes secundaris.
4. Les guies d'actuació de les societats científiques han de ser un referent molt valuós, però no s'han de seguir a cegues doncs l'experiència clínica del metge ha de comptar, i molt.
5. Apliquem o aconsellem els nostres tractaments després d'una freda reflexió sobre avantatges i inconvenients, prescindint dels status social o econòmic del malalt. A vegades el risc més greu és ser famós o estar molt recomanat, i trobar-se amb un metge que se sent aclaparat per la responsabilitat.
6. Siguem molt curosos a l'hora d'aconsellar exploracions agressives o cirurgia, sobretot a gent molt gran que tenen pocs símptomes. No tinguem por de fer-ho si cal, però valorem primer amb molta cautela quina és la relació risc/benefici.

Acabem com hem començat, no oblidem mai la màxima llatina "*Primum non nocere*".

EL PUNT DE VISTA DEL FARMACÒLEG: DE LA TERAPÈUTICA BASADA EN L'EVIDÈNCIA A LA TERAPÈUTICA INDIVIDUALITZADA

Xavier Forn i Dalmau

L'avaluació del risc que comporta un determinat tractament farmacològic en relació al benefici que se'n pot obtenir és un dels principals objectius de la Farmacologia Clínica i també un dels seus reptes més difícils. Els farmacòlegs, per formació i experiència, tenim sempre molt present que la dosi és un factor determinant per que un fàrmac sigui medicament o metzina. L'OMS ho té també en compte quan defineix una reacció adversa com un efecte nociu i no desitjat, atribuïble a l'administració d'un medicament en les "dosis establertes". En una coneguda classificació de Rawlins i Thomson(1) s'anomenen reaccions adverses de tipus A les que depenen de la dosi i són predictibles. Aquestes reaccions poden estar relacionades amb l'acció principal del fàrmac, com per exemple una hemorràgia per anticoagulants, o produir-se per un altre mecanisme, com l'hepatotoxicitat del paracetamol o l'ototoxicitat dels aminoglicòsids. Si una d'aquestes reaccions es presenta perquè el metge no ha prescrit les dosis establertes i adequades a cada cas més que de reacció adversa parlarem d'error mèdic. Però la gran variabilitat de la resposta individual als fàrmacs o les interaccions amb altres fàrmacs o tòxics ambientals poden donar reaccions d'aquesta classe sense haver-hi error mèdic. Les reaccions adverses no relacionades amb la dosi les varen classificar del tipus B (les A de "Augmented", les B de "Bizarre"), i són impredecibles, menys freqüents i generalment més greus, entre altres raons perquè si no ho fossin probablement no serien detectades. Acostumen a ésser degudes a factors genètics i mecanismes al·lèrgics o immunitaris. Les autoritats sanitàries qualifiquen una reacció adversa de greu quan produeix la mort, requereix o allarga el temps d'hospitalització, posa en perill la vida o és causa d'alguna incapacitat permanent. Hem recordat aquests mecanismes i definicions perquè són importants a l'hora de discutir la valoració i prevenció d'aquestes reaccions adverses. L'home s'acostuma des de que neix a conviure amb la incertesa. Quan coneixem la probabilitat d'un esdeveniment incert, aquest es transforma en risc. El risc es pot quantificar estadísticament de moltes maneres, i això pot influir en la percepció i en la conducta de l'home envers aquest risc. Aquesta qüestió ha estat debatuda molt recentment en relació als medicaments tant a revistes científiques com a la premsa. Atès el caràcter de controvèrsia d'aquesta taula rodona em sembla adient exposar breument el fons d'aquest debat. En el cas dels fàrmacs el risc s'expressa molt sovint com risc relatiu, el quocient entre el risc de que es presenti una reacció

adversa o efecte beneficiós entre els individus que prenen un determinat fàrmac i el risc de que aparegui aquest mateix efecte en individus que no el prenen. El risc relatiu dóna una idea molt intuïtiva de l'increment o disminució de risc, però pot donar una idea molt distorsionada sinó va acompanyat del coneixement del risc absolut, la relació entre el nombre d'esdeveniments i el total d'individus dins de cada grup, fent referència al temps d'exposició o d'observació. Són sorprenents els resultats d'un treball que va aparèixer fa tres mesos en el British Medical Journal (2) on es va examinar la manera de presentar els riscos en 222 articles publicats en sis de les principals revistes mèdiques: Annals of Internal Medicine, BMJ, JAMA, Journal of the National Cancer Institute, Lancet i NEJM. En tots aquests articles es donava el risc com risc relatiu, però en el 68% dels articles no es mencionava el risc absolut en el resum. D'aquests, a la meitat d'ells es podia trobar una indicació del risc absolut en el text, taules o figures, però en l'altra meitat no hi havia cap indicació del risc absolut. La presentació dels resultats únicament com risc relatiu exagera la percepció del lector en quan a la intensitat de l'efecte advers o beneficiós. Si es valoren per exemple els efectes adversos d'un fàrmac antiarítmic versus placebo en dos grups de malalts, un risc relatiu de 2 en quan a mortalitat té una significació molt diferent si el tractament augmenta el risc absolut del 10% al 20% que si l'augmenta del 0,001% al 0,002%. En els dos casos el risc relatiu és el mateix, però les implicacions clíniques seran molt diferents. Els autors fan una crida a la responsabilitat dels editors, i els recorden que tots ells són signants d'un acord internacional, CONSORT, (Consolidated Standards of Reporting Trials), en el que s'especifica precisament que sempre que sigui possible es tenen que presentar els resultats d'assaigs clínics donant xifres absolutes. Aquest debat ha sortit fora de l'àmbit estrictament científic en un article publicat en un dels últims números de la revista TIME (February 26, 2007). En el mateix es refereixen a la divulgació dels resultats d'un assaig clínic, que no identifiquen, relatiu a una estatina administrada durant cinc anys i en el que es veuen un 30% menys d'infarts de miocardi en el grup tractat que en el grup control. La xifra sembla impressionant, diuen, però no té gaire significat si no sabem el percentatge d'homens en cada grup que pateix infarts de miocardi. És a dir, com dèiem abans, els resultats es venen com reducció del risc relatiu sense fer referència o amagant els riscos absoluts. Proposen que els resultats es donin utilitzant, i especialment quan

van dirigits al públic, un altre paràmetre estadístic, el NNT (Number Needed to Treat, Nombre que és Necessari Tractar), que en aquest cas seria el número d'homes que seria necessari tractar per evitar un sol cas addicional d'infart de miocardi. El NNT se calcula senzillament com invers de la reducció absoluta del risc, aproximadament un 2% a l'assaig mencionat. El resultat de dividir 1 per 0,02 donaria un NNT igual a 50. Realment una reducció relativa del risc del 30% sembla més important que el fet que 50 homes durant 5 anys tinguin que prendre una estatina per prevenir un únic, i no necessàriament mortal, infart de miocardi. I sense oblidar que aquests 50 homes estan exposats a les possibles reaccions adverses de les estatines durant cinc anys. El mateix tema, havia estat analitzat molt més extensament en un article aparegut el 26 de setembre de 2006 en un diari d'accés gratuït publicat "on line", Slate, que pertany al grup del Washington Post (www.slate.com). En aquest article es fa una referència més concreta a un estudi publicat l'any 1995 en el New England Journal of Medicine amb unes dades que semblen la base del article del TIME. La incidència d'infarts, en termes absoluts, va passar de 7,5% a 5,3%, una reducció absoluta del risc del 2,2%, que pot ser important epidemiològicament si el grup poblacional es gran, però molt lluny de l'impacte que produeix parlar d'una reducció relativa del 31% (5,3 respecte a 7,5). Després de presentar altres exemples, s'arriba a la mateixa conclusió: presentar les dades d'eficàcia com NNT seria molt més útil i entenedor per l'usuari. Els epidemiòlegs han escrit molt sobre la millor manera de donar significat clínic a les expressions dels resultats dels assaigs clínics, i tots estan d'acord en que les mesures absolutes són millors que les mesures relatives. El paràmetre NNT, que va ser introduït l'any 1988(3), té l'avantatge de ser una mesura absoluta, i és fàcil de comprendre i intuïtiu, però de vegades pot resultar excessivament simplista i té limitacions que han estat molt discutides (4), però probablement s'anirà utilitzant més a mesura que editors i autors es facin més conscients de presentar els resultats de la forma més objectiva i donant sempre preferència a les xifres absolutes.

Un altre paràmetre que es calcula igual que el NNT encara que és menys utilitzat és el NNH (Number Needed to Harm), Nombre Necessari per Danyar. Quan es comparen dos variables finals d'importància similar, la comparació del NNT i NNH pot ésser útil per decidir l'actitud terapèutica. Seria el cas per exemple de la terapèutica anticoagulant en la prevenció de l'embòlia cerebral en la fibril·lació auricular en front del risc de producció d'accidents hemorràgics. En situacions greus pot estar indicat utilitzar fàrmacs amb un NNH baix sempre que el NNT sigui inferior.

El metge ha de ser molt conscient que la equació risc/benefici pot ser fàcilment manipulada per interessos econòmics. La percepció del risc és molt subjectiva i la resposta de l'home no és sempre la més racional. En tenim un exemple molt recent en la lamentable retirada del projecte de llei per reduir el consum d'alcohol entre menors d'edat, un col·lectiu que tots tenim el deure de protegir i en

el qual l'alcohol està fent estralls. La indústria vinícola ha sabut promocionar els beneficis limitats i molt discutibles del consum moderat, terme difícilment acceptable en el cas d'una substància tan altament addictiva com l'alcohol, sense parlar dels grans riscos i danys del consum excessiu. Però és que en el cas dels adolescents ni tan sols hi ha lleugers beneficis discutibles, només podem parlar que de riscos, i els danys afegits que l'alcohol pot produir en un cervell en fase de maduració estan molt ben documentats. Tot i això la ministra de Sanitat Elena Salgado el passat 21 de febrer de 2007 es va veure obligada a retirar el projecte d'una tímida llei que limitava la publicitat i venda de begudes alcohòliques a menors d'edat, per falta de suport social i polític davant de les pressions de la indústria vinícola, tot i que la llei estava recolzada per associacions de famílies, consumidors i professionals sanitaris. L'agressivitat comercial ha arribat a l'extrem inaudit de defensar, i amb èxit, que el vi no fos considerat una beguda alcohòlica. Poca gent coneix a l'Estat espanyol que des de l'any 1991 totes les botelles i llaunes de cervesa, vi i licor als Estats Units porten un etiquetatge d'avertència, en que es demana que les dones no beguin alcohol durant l'embaràs pel risc de produir malformacions fetals, i s'informa del risc de conduir cotxe, treballar amb maquinària, i d'altres problemes per la salut. La síndrome de l'alcoholisme fetal es coneix des de 1973 i és la principal causa evitable de malformacions congènites i retard mental. El tema de l'etiquetatge d'avertència, al Regne Unit, on el consum d'alcohol per adolescents és també un greu problema, ha estat motiu d'un ampli debat. Entre nosaltres ni se n'ha parlat, i en conseqüència poques dones espanyoles saben que l'alcohol és l'únic fàrmac teratogen del que se'n pot fer publicitat i promoció del consum sense cap limitació i sense donar cap avertència dels riscos. La gran manca d'informació que les dones embarassades i adolescents del nostre país tenen sobre els riscos enormes i beneficis nuls que per ells té l'alcohol és una gran responsabilitat que la nostra societat fins ara ha defugit.

En termes absoluts, l'elevada incidència de reaccions adverses greus és també un problema sanitari de gran transcendència. Segons una metaanàlisi àmpliament citada (5), en el curs d'un any 2,2 milions de pacients hospitalitzats a Estats Units varen presentar reaccions adverses greus, i a conseqüència d'aquestes reaccions es varen produir 106.000 morts. Segons la FDA les reaccions adverses a medicaments són la cinquena causa de mort a Estats Units. És una xifra realment alta en termes absoluts, i s'ha de fer tot el que calgui per reduir-la, però que s'ha de relativitzar en funció dels beneficis indubtables dels medicaments en prolongar la vida i millorar la seva qualitat. En aquest estudi es comptabilitzaven tan malalts ingressats com a conseqüència d'una reacció adversa greu com malalts que havien presentat la reacció mentre estaven hospitalitzats per un altre motiu. Dades similars han sigut confirmades a molts altres països. I segons un informe publicat al Regne Unit hi ha un creixement anual del nombre de reaccions adverses (6). En aquest estudi, en malalts ingressats, les reaccions adverses prolonguen

l'estància hospitalària una mitjana de 8,5 dies. I el nombre de reaccions adverses augmenta exponencialment si s'administren varis fàrmacs. En un estudi en malalts hospitalitzats (7) l'aparició de reaccions adverses fóra de 4,2% quan el malalts prenien entre 1 i 5 fàrmacs, i pujava al 7,4 % entre 6 i 10, i al 24,2% entre 11 i 15. Cal tenir en compte que la mitjana de medicaments que rep un malalt hospitalitzat està a molts països entre 6 i 10. A nivell ambulatori és també molt elevat. Hi ha malalts, en especial pensionistes, que van acumulant prescripcions de diversos especialistes, sense interrompre medicacions que probablement són ja innecessàries. Tant metges com pacients haurien de tenir molt present més sovint el gran increment del risc que comporta la polimediació. Al nostre país, per moltes raons, entre elles la prestació farmacèutica gratuïta i l'automedicació, hi ha una situació de sobreconsum, repetidament denunciada per les autoritats sanitàries, que contribueix a l'alta prevalença de reaccions adverses relacionades amb l'ús de medicaments.

Donat que qualsevol terapèutica farmacològica té un risc de produir reaccions adverses, el balanç risc/benefici de cada tractament hauria d'ésser ben conegut. Aspirar al risc zero, la seguretat absoluta, el "*primum non nocere*", en la situació actual dels coneixements científics, només el podríem aconseguir practicant el més pur nihilisme terapèutic, actitud que ningú mínimament informat sobre la utilitat dels medicaments en totes les especialitats mèdiques i quirúrgiques no pot defensar. Però resoldre l'equació risc/benefici és un exercici molt complex. Els riscos acostumen a ser en quan a naturalesa i freqüència totalment diferents als beneficis. I mentre que el benefici sol ser un efecte específic i limitat a algunes indicacions, i per això és més apropiat parlar d'efecte beneficiós que de benefici, els riscos són múltiples. Dels dos factors, l'efecte beneficiós es més fàcil de definir i de valorar. Els riscos són molt diversos i modificats per moltes variables. I la solució encara és més complexa perquè abans de prendre una decisió sobre el balanç risc/benefici, tant per part del metge com de l'administració, s'han de tenir en compte totes les opcions terapèutiques disponibles. Això és decisiu moltes vegades perquè un fàrmac es retiri del mercat, com va passar als anys 70 quan es va descobrir el risc cancerígen del dietilestilbestrol, o perquè únicament es limitin les seves indicacions, com ha passat més recentment al demostrar-se les accions aritmogèniques de la flecaïnida. Però tot i les dificultats el metge té sempre en compte aquest balanç, conscient o inconscientment, quan pren una decisió terapèutica. Com millor es conegui un risc més fàcil serà prevenir-lo o minimitzar-lo.

Per qualsevol intervenció terapèutica l'assaig clínic controlat i aleatoritzat és el pilar fonamental de la medicina basada en l'evidència. La demostració de l'eficàcia d'un nou fàrmac en aquestes condicions és un requisit que exigeixen les autoritats sanitàries per aprovar el seu registre i comercialització. Si una reacció adversa apareix en suficient intensitat i freqüència en els assaigs clínics de pre-registre, s'aturarà el desenvolupament del fàrmac, excepte si

l'efecte beneficiós és tan important i únic que compensa l'aparició de la reacció adversa. Per detectar estadísticament una reacció adversa greu que apareixi amb una freqüència de 1 entre 3.000 es necessiten 9.000 casos tractats. Una reacció adversa greu de freqüència semblant o inferior difícilment serà detectada abans de la comercialització. Cal també recordar que els assaigs clínics inicials estan dissenyats per demostrar prioritàriament l'eficàcia i no per detectar tots els possibles efectes indesitjats.

Quan un fàrmac es comercialitza, el perfil de seguretat és molt incomplet. Això podria justificar la dita que el bon metge és el que no és el primer en prescriure un nou medicament ni l'últim en abandonar-lo. La primera línia de defensa per a la detecció de reaccions adverses, i en especial de les greus, són els sistemes de notificacions voluntàries de sospites de reaccions adverses. El Sistema Espanyol de Farmacovigilància està basat en centres a totes les comunitats autònomes coordinats per l'Agència Espanyola del Medicament i Productes Sanitaris (AEMPS), que a la vegada està connectada a un centre de monitorització de l'OMS. Aquest sistema ha estat molt eficaç per restringir l'ús de certs medicaments o retirar-los del mercat, encara que té serioses limitacions, com la dificultat per a establir amb certesa relacions de causalitat i fer valoracions quantitatives del risc. I quan la reacció adversa apareix molt temps després de l'administració del fàrmac difícilment serà relacionada i notificada. Per al metge és un deure legal i moral informar de totes les sospites de reaccions adverses clínicament importants, i sobre tot en el cas de medicaments nous. La comunicació en aquest terreny entre les autoritats sanitàries i els metges és de cabdal importància per la correcta aplicació dels coneixements actualitzats al balanç risc/benefici. En tenim un exemple molt recent. L'any 2006 l'AEMPS en una nota informativa (2006/01) alertava sobre el mal ús de l'associació amoxicil·lina-clavulànic i del risc d'hepatotoxicitat deguda a la presència de clavulànic. L'any 2004 es varen comptabilitzar 7,2 milions de casos de tractament amb aquesta associació a càrrec del Sistema Nacional de Salut, la majoria per infeccions respiratòries, el que representa el 34% del consum total d'antibiòtics. Les dades més recents indiquen un risc de 1 cas per cada 10.000 tractaments. Encara que el risc no és molt elevat, degut al gran consum la hepatitis aguda per amoxicil·lina-clavulànic és la primera causa d'ingrés hospitalari per hepatotoxicitat medicamentosa a l'estat espanyol i un problema de salut pública. Cal recordar que s'atribueixen a reaccions greus hepàtiques més d'un 12% de les morts per fàrmacs. I probablement, per la dificultat d'establir relacions causals, les xifres reals siguin superiors. L'associació amoxicil·lina-clavulànic està indicada per infeccions causades per bacteries resistents a la amoxicil·lina per producció de beta-lactamasas. Aquesta situació es dona poques vegades en el cas de les infeccions respiratòries altes, motiu principal de la prescripció de l'associació. La majoria d'infeccions respiratòries són d'origen viral, mentre el *Streptococcus pneumoniae* i el *Streptococcus pyogenes* resistents no són productors de beta-lactamasas. En indicacions apropiades la relació risc/benefici

d'aquesta associació és favorable, però l'ús injustificat que se'n fa comporta l'aparició freqüent d'una reacció adversa greu evitable. Desde 1992 existeix una base de dades anomenada FEDRA (Farmacovigilancia Española de Datos de Reacciones Adversas). El grup farmacològic que té un major percentatge de notificacions a FEDRA és el dels antiinfecciosos, amb 21%. El consum d'antibiòtics a l'Estat espanyol és clarament abusiu i injustificat en molts casos, i en resposta a aquestes dades el Ministeri de Sanitat ha endegat una campanya per l'ús responsable dels antibiòtics. Com comentarem més endavant, la informació als usuaris és també molt important per reduir la incidència de reaccions adverses.

Els estudis epidemiològics observacionals són els que ofereixen millors possibilitats per obtenir informació quantitativa sobre reaccions adverses de fàrmacs ja comercialitzats. En els estudis de cohorts un grup de pacients sotmesos a un mateix tractament es comparen amb grups controls i se segueix l'evolució a intervals regulars. Poden donar informació molt valuosa, encara que són estudis costosos i llargs, i cal tenir molt en compte els biaixos de selecció i d'observació per la manca d'aleatorització i de condicions de doble cec. En els estudis de casos i controls se selecciona un grup d'individus que presenten un determinat símptoma o malaltia (casos) i s'investiga l'exposició prèvia al fàrmac o factor de risc. Paral·lelament s'investiga igualment l'exposició prèvia en un grup sense el símptoma o malaltia (controls). Els estudis de casos i controls són molt útils per detectar i quantificar reaccions adverses i menys adequats per avaluar l'eficàcia d'un tractament. Han donat molt sovint informació molt valuosa i concloent. En posaré dos exemples ben diferents. Se sabia, per la notificació de casos aïllats o de petites sèries que l'ús de fàrmacs antiepileptics estava associat amb la aparició de reaccions cutànies greus com la síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) i la necròlisi epidèrmica tòxica (NET). Però no se va poder quantificar el risc fins la publicació d'un extens assaig multicèntric i internacional de casos i controls (8) en el que s'hi varen incloure 136 casos de SSJ, 216 de NET i 1.579 controls. L'associació de les reaccions cutànies amb l'administració de fàrmacs antiepileptics durant les 8 setmanes prèvies va ser aclaparadora. El 20,7 % dels casos havien pres antiepileptics, front a només el 1,8% dels controls. Els fàrmacs més utilitzats foren fenobarbital, fenitoina, carbamazepina i valproat, i el risc relatiu molt elevat, de 57 o més. En canvi el risc absolut per tots ells és molt baix, de l'ordre de 1 cas per milió de tractaments per setmana. La baixa incidència, la pràctica desaparició del risc després de 8 setmanes de tractament, la poca diferència entre tots ells en quant al risc i els grans beneficis de la terapèutica antiepileptica ha determinat que tots aquests fàrmacs es segueixin utilitzant sense restriccions. Nombrosos estudis de casos i controls han contribuït a definir amb precisió el perfil toxicològic dels antiinflamatoris no esteroïdals (AINE). Algunes reaccions greus associades com les discràxies sanguínies, reaccions cutànies greus o anafilaxis tenen un risc absolut molt baix i no són gaire preocupants. Els pacients grans

ingressats per insuficiència renal és de 2 a 4 vegades més probable que hagin consumit AINE que els malalts control. Aquest efecte probablement està menys valorat perquè els malalts renals són exclosos dels assaigs clínics (9). Però sens dubte l'hemorràgia digestiva alta (HDA) associada a l'ús d'AINE és l'efecte més perillós, ja que té un risc relatiu alt acompanyat, a diferència del cas dels antiepileptics, d'un risc absolut també elevat. En un estudi de 2.813 casos i 7.193 controls realitzat majoritàriament a l'Estat espanyol (10) es va detectar una incidència de 401 casos de HDA per milió i any, dels que 152 estan associats a l'administració d'AINE. El risc atribuïble a l'ús d'AINE és doncs molt alt, del 38%. El risc relatiu de HDA per una dosi de 0,5 grams d'àcid acetilsalicílic es de 7,1, i puja a 14,6 per una dosi igual o superior a 1,5 grams. Per l'ibuprofèn, un dels AINE més segurs, el risc relatiu de dosis baixes fou de 2,1 i s'incrementa a 8,5 per dosis superiors a 1,2 grams. Es varen detectar també factors que incrementen significativament el risc, com edat del pacient superior a 65 anys, antecedents d'úlceres pèptiques i ús concomitant d'antiagregants plaquetaris. Es calcula que a tot l'Estat espanyol són atribuïbles als AINE 1.100 morts anuals.

Tot i els riscos elevats, els AINE milloren considerablement la qualitat de vida de molts malalts afectats per exemple d'una malaltia de tanta incidència com l'artrosi, i pocs estarien disposats a prescindir-ne. Donat el caràcter crònic de la malaltia, i en el paper protagonista que sovint té el malalt en aquesta indicació en l'ajust de la dosificació segons la intensitat dels símptomes, és un exemple clar de la conveniència i obligació moral per al metge de donar al malalt una informació acurada sobre els riscos principals de la medicació, els factors que els augmenten, i la millor manera de prevenir-los. Informar degudament al pacient dels riscos d'una medicació no és únicament una mesura defensiva per evitar possibles reclamacions o denúncies. El malalt ben informat pot contribuir molt eficaçment a la disminució de les reaccions adverses. Un pacient que conegui els riscos d'un tractament prolongat amb corticoides sistèmics serà el principal col·laborador del metge per disminuir una iatrogènia molt freqüent. Això naturalment acompanyat d'un seguiment terapèutic adequat.

La valoració del risc és una qüestió molt subjectiva i emocional, i la transmissió d'aquesta informació no es gens fàcil. La forma de quantificar i comunicar el risc influeix en la percepció que se'n forma el malalt. Comunicar per exemple que una reacció adversa greu es pot presentar en 1 de cada 10.000 malalts tractats pot ser rebut amb perplexitat, però especificar que aquest és un risc igual al que té un català de morir en un any en un accident de trànsit pot permetre una percepció molt més real del risc. L'ensenyament de les habilitats per comunicar riscos ha començat a interessar als educadors i comença a formar part del currículum d'algunes Facultats de Medicina (11, 12).

Un metge de 39 anys diagnosticat sis mesos abans de càncer colorectal va publicar una emotiva comunicació al British Medical Journal que em servirà d'introducció a la segona i última part

d'aquestes reflexions (13). Li havien diagnosticat una petita lesió que va ser tractada amb cirurgia i quimioteràpia. Hi havia una mínima invasió del múscle però el gangli més pròxim, entre 17 extirpats, estava afectat. Quan va patir una sèrie de reaccions adverses, comentava que tot i la seva formació i coneixements, en el moment de valorar els riscos havia senzillament assumit que ell no els patiria. El títol de l'article explica molt bé els seus sentiments: *"Risc, estadística i l'individu"*. Es donava compte que l'estadística i l'evidència eren poc rellevants en el seu cas. Ni per l'edat ni per la clínica estava representat en els grups de malalts inclosos en els assaigs clínics. L'evidència, útil sens dubte des del punt de vista poblacional per decidir la millor conducta terapèutica, no l'informava a ell, com individu, dels seus riscos i beneficis. I a continuació comentava tres articles publicats en el British Medical Journal. En el primer es fan una sèrie de consideracions sobre els protocols de diagnòstic i tractament en el sistema de Salut Pública, que si li haguessin aplicat haurien retardat molts mesos el diagnòstic(14). En el segon es critica l'aplicació a l'individu de criteris de prevenció poc fonamentats (15). En el tercer es discuteix la gran variabilitat individual en la resposta als fàrmacs (16), i la poca atenció que a aquest tema hi dedica la indústria farmacèutica, que orienta els assaigs clínics a la demostració d'eficàcia, i n'exclou a nens, vells, grups ètnics i patologies associades. L'autor de l'article acabava dient, que quan tornés a l'exercici de la professió i es trobés davant d'un malalt, pensaria més en la persona que tenia davant i en el seu criteri sobre el que podria ser millor per ell, que no en el que es creia millor per la comunitat i pel sistema de salut pública. Tot plegat no es tenia d'interpretar com una crítica de la medicina basada en l'evidència, que per la terapèutica representa un gran progrés en relació el que teníem abans, una terapèutica basada en gran part en la tradició, la superstició i la ignorància, però si com un crit d'atenció sobre les limitacions de la terapèutica basada en l'evidència quan s'arriba al nivell del individu.

Tenim exemples de moltes reaccions adverses i variacions en la resposta clínica als fàrmacs que es produeixen per diferències a nivell del metabolisme, receptors, transportadors, canals iònics, segons missatgers intracel·lulars i altres dianes terapèutiques. L'objectiu ideal d'una terapèutica individualitzada seria que el metge, abans de prescriure un fàrmac, disposés d'un perfil genètic i bioquímic de cada malalt, que li permetés anticipar en cada cas tant les reaccions adverses com la resposta terapèutica.

A partir dels anys 1950 es van començar a conèixer exemples de grups de població que per diferències enzimàtiques hereditàries presentaven variacions en quant als nivells, vida mitja i resposta terapèutica i tòxica després d'una mateixa dosificació de determinats fàrmacs. Aquests nous coneixements van donar lloc al primer llibre sobre farmacogenètica i resposta als fàrmacs publicat amb un gran impacte per Kalow l'any 1962 (17).

Una gran majoria de fàrmacs són metabolitzats mitjançant el citocrom P450, i fins l'any 1980 no se sabia si existia en una o varies formes.

Avui sabem que el citocrom 450 està format per una extensa família d'enzims. Cada citocrom s'anomena amb el prefix CYP, seguit d'un número que indica la família, una lletra que indica la subfamília i un número final que defineix l'enzim. Hi ha dos enzims molt estudiats i que metabolitzen un gran nombre de fàrmacs, el CYP2D6 i el CYP3A4. Entre ells dos metabolitzen més del 50% dels fàrmacs més utilitzats, però el problema es pot complicar perquè un mateix fàrmac pot ser metabolitzat per més d'un citocrom, i segons el citocrom pot actuar com substrate, inhibidor o inductor enzimàtic. Les grans variacions interindividuals en el metabolisme de fàrmacs es deuen a polimorfismes genètics i variants al·lèliques d'aquests i altres citocroms que comencen a ser ben coneguts. Entre la població europea, en quant al CYP2D6 hi ha un 7% de metabolitzadors pobres, amb dos al·lèls polimòrfics inactius o d'activitat reduïda, i un 5% de metabolitzadors ultraràpids, (fins a 10% a l'àrea mediterrània), amb al·lèls amb varies repeticions del gen actiu. Això pot produir diferències interindividuals de nivells plasmàtics de 10 a 20 vegades, i significa que per una part significativa de la població les dosis usuals de molts fàrmacs són inactives o perilloses(18). En principi les reaccions adverses de tipus A, que depenen més directament de la concentració del fàrmac, serien més fàcilment evitables. Els fàrmacs que són metabolitzats per enzims polimòrfics estan associats amb molta més freqüència a l'aparició de reaccions adverses. Per altra banda hi ha molts exemples de polimorfisme en molècules dianes, com receptors o canals iònics, que també modifiquen la resposta i la toxicitat dels fàrmacs.

La monitorització dels nivells plasmàtics de fàrmacs per ajustar la dosificació ha sigut històricament el primer intent sistemàtic de terapèutica individualitzada. La monitorització està indicada per optimitzar la resposta terapèutica, en especial en situacions greus i quan hi han situacions patològiques que poden modificar la cinètica, per minimitzar els efectes adversos i per comprovar l'observança terapèutica. Es realitza tan sols quan hi ha indicacions precises, i a la majoria d'hospitals es limita a uns quants fàrmacs amb unes característiques especials. Són fàrmacs amb un marge terapèutic estret, una bona correlació entre nivells i efectes terapèutics i tòxics, importants variacions individuals i dificultat per valorar els efectes terapèutics i/o adversos. També quan, com és el cas d'alguns antiepilèptics, s'arriba fàcilment a una cinètica de saturació. Fàrmacs sovint monitoritzats són els aminoglicòsids, vancomicina, antiepilèptics, ciclosporina, metotrexat, liti, digoxina i antiarítmics. Però per molts fàrmacs no hi ha dades de correlació entre nivells plasmàtics i efectes adversos, i dificultats tècniques fan impensable una monitorització extensiva de la població.

El coneixement del genoma humà, i la clonació de citocroms P450, receptors i transportadors, ha donat lloc a un altre objectiu més ambiciós i realista, anar del genotip al fenotip, el que es coneix com farmacogenòmica (19). No sembla molt llunyana la possibilitat de conèixer tots els polimorfismes funcionalment actius dels citocroms P450 de cada individu i de moltes molècules diana que ens permetin

preveure la resposta a un determinat fàrmac. De fet ja s'han comercialitzat bastants microarrays amb aquestes finalitats, encara que per ara estiguin més orientats a la recerca, i en alguns hospitals es determinen polimorfismes per alguns fàrmacs.

L'aproximació farmacogenòmica té l'avantatge que ens dóna informació que és permanent durant tota la vida de l'individu. Però ignora els factors ambientals, interaccions i altres factors fisiopatològics que també poden modificar la resposta i fan difícil moltes vegades establir relacions unívocues genotip-fenotip.

Avui sabem que cada gen pot codificar varies proteïnes, i que hi han factors post-transcripcionals que determinen i modifiquen les proteïnes funcionals que s'expressen als diferents òrgans i teixits. La proteòmica pretén el coneixement qualitatiu i quantitatiu de totes les proteïnes de l'organisme. Tindrà probablement una gran rellevància diagnòstica i terapèutica.

En els últims anys s'està desenvolupant una nova tecnologia que complementa les dues anteriors: la metabonòmica (20). Consisteix en la identificació qualitativa i quantitativa dels milers de metabòlits de baix pes molecular derivats de tòxics ambientals, fàrmacs, agents infecciosos, cèl·lules neoplàsiques i de totes les vies metabòliques cel·lulars. Amb aquesta finalitat s'ha estat desenvolupant tot una tecnologia analítica, basada en ressonància magnètica nuclear i espectrometria de masses acoblada a potents programes de recollida de dades i d'anàlisi estadístic, que permetrà mesurar tots aquest metabòlits a concentracions molt baixes. A diferència de la genòmica, la metabonòmica permetrà obtenir un perfil del fenotip que reflecteixi totes les influències fisiològiques, patològiques i ambientals en un moment donat. S'espera que pugui detectar patrons de canvi que anticipin la presentació d'una reacció adversa a un fàrmac o la simptomatologia clínica d'un procés patològic.

És molt raonable preveure que la utilització integrada de la farmacogenòmica, la farmacoproteòmica i la farmacometabonòmica farà realitat l'objectiu que hem comentat abans d'una terapèutica individualitzada. Que els avenços en aquestes àrees arribin a influenciar la pràctica clínica és un clar exemple de recerca translacional. La gran activitat de recerca en totes aquestes àrees, els coneixements acumulats i els ràpids progressos tecnològics

fan pensar que aquesta nova terapèutica individualitzada no està massa llunyana.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Rawlins MD, Thomson JW. Mechanisms of adverse drug reactions. Davis DM (ed) Textbook of adverse drug reactions, 3rd ed. Oxford University Press 1985; 12-38.
2. Schwartz LM, Woloshin S, Dvorin EL, Welch HG. Ratio measures in leading medical journals: structures review of accessibility of underlying absolute risks. *BMJ* 2006; 333:1248-1252.
3. Laupacis A, Sackett DL, Roberts RS. An assessment of clinically useful measures of the consequences of treatment. *NEJM* 1998; 318:1728-1733.
4. McQuay HJ, Moore A. Using numerical results from systematic reviews in clinical practice. *Ann Int Medicine* 1997; 126:712-720.
5. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients. A meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998; 279:1200-1205.
6. Eaton L. Adverse reactions to drugs increase. *BMJ* 2002; 324:8
7. Smith JW, Seidl LJ, Cluff LE. Studies on the epidemiology of adverse drug reactions. *Annals Int Med* 1966; 65:629-634.
8. Rzany B, Correia O, Kelly JP, Naldi L, Auquier A, Stern R. Risk of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis during first weeks of antiepileptic therapy: a case-control study. *Lancet* 1999; 353:2190-2194.
9. Perneger TV, Whelton PK, Klag MJ. Risk of kidney failure associated with the use of acetaminophen, aspirin, and nonsteroidal antiinflammatory drugs. *NEJM* 1994; 331:1675-1679.
10. Butlletí groc. Antiinflamatoris no esteroïdals i hemorràgia digestiva. 2004; 17(3):11-13.
11. Edwards A, Elwyn G, Gwyn R. General practice registrar responses to the use of different risk communication tools in simulated consultations: a focus group study. *BMJ* 1999; 319:749-752.
12. Sedgwick P, Hall A. Teaching medical students and doctors how to communicate risk. *British Med J* 2003; 327:694-695.
13. Shelford G. Risk, statistics and the individual. *BMJ* 2003; 327:757.
14. Thomson MR, Heath I, Ellis BG, Swabrick ET, Wood LF, Atkin WS. Identifying and managing patients at low risk of bowel cancer in general practice. *BMJ* 2003; 327:263-265.
15. Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable? *BMJ* 2003; 327:498-500.
16. Aronsson J. One man's medicine. *BMJ* 2003; 327:507.
17. Kalow W. Pharmacogenetics: heredity and the response to drugs. Philadelphia, PA: Saunders, 1962.
18. Ingelman-Sundberg M. Pharmacogenetics of cytochrome P450 and its application in drug therapy: the past, present and future. *Trends in Pharmacol Sci* 2004; 25:193-200.
19. Nebert DW, Vessell ES. Advances in pharmacogenomics and individualized drug therapy: exciting challenges that lie ahead. *Europ J Pharmacology* 2004; 500:267-280.
20. Clayton TA et al. Pharmaco-metabonomic phenotyping and personalized drug treatment. *Nature* 2006; 440:1073-1077.

EL QUE ÉS IMPORTANT ÉS CURAR O MILLORAR AL PACIENT

Dr. Josep Muñoz Gómez.

Cap del Servei de Reumatologia. Hospital Clínic. Barcelona

Les tècniques exploratòries han evolucionat de manera espectacular. Tots som conscients del risc a que se sotmeten els nostres malalts quan els demanem, per exemple, una mieelografia amb lipiodol per a la detecció d'hèrnies discals, una arteriografia cerebral, o les primeres artroscòpies i laparoscòpies. De tot això se'n va obtenir l'experiència necessària perquè més tard, ajudats pel progrés de les tècniques d'imatge (escàner, ressonància magnètica, angiogram, angiogram magnètic, gammagrafia de positrons, noves metodologies laparoscòpiques, cateterismes, etc), es disminuïssin els efectes secundaris, a vegades greus, per a minimitzar-los i arribar a aconseguir eliminar-los. Però calgué pagar un preu car, pel malalt i pel metge, fins que es modificaren els procediments, es millorà l'ús, etc.

No podem deixar de banda la gran quantitat d'informació que ens han proporcionat les biòpsies. A vegades ha calgut punxionar òrgans potencialment perillosos, com el fetge, el cor o el cervell. Fa anys ja es va considerar com una agressió fer una biòpsia de ronyó, però no vull pensar on estaríem encara si no s'hagués tingut la determinació d'anar a la cerca d'un diagnòstic, potser per damunt de tot.

Des del punt de vista del món del diagnòstic crec que l'agressivitat és necessària. Sense un diagnòstic no es pot fer un tractament adequat o, com a molt, serà simptomàtic. Un altre gran capítol en el que poden estar justificades actituds que en alguns moments semblen saltar-se les regles del joc, és el de la terapèutica. Aquí l'espectre és molt ampli. En repassarem alguns temes.

Situant-nos en el camp de les malalties de l'aparell locomotor, pel que s'ha mogut la major part de la meua vida acadèmica, personalment m'he fet conscient de la importància d'una certa agressivitat, això sí amb un coneixement bàsic de fons. Els reumatòlegs tractem sovint malalties inflamatòries cròniques o sistèmiques potencialment invalidants o mortals, a més de processos locals que poden provocar una gran incapacitat, sigui pel dolor o per les alteracions anatòmiques que comporten: artritis, artrosi, dolor crònic, etc.

L'artritis reumatoide (AR) és una malaltia articular crònica, potencialment invalidant, de la que ho coneixem gairebé tot, excepte la causa. En un cert moment se la va considerar empíricament com una malaltia maligna (1), el que va justificar la utilització de fàrmacs citostàtics. Un dels capdavanters en la seva utilització fou Jiménez Díaz (2) l'any 1950, quan va utilitzar les mostasses nitrogenades. Més tard, a finals dels anys seixanta, s'emprà la ciclofosfamida (3), clorambucil, combinacions de diferents fàrmacs, plasmafèresi, irradiació total, etc.

Personalment he viscut en primera línia la introducció del metotrexat pel tractament de l'AR. Jo era resident en un hospital anglès, capdavanter en la investigació en reumatologia, i havia de tenir cura directa dels malalts als quals s'administraven dosis altes del fàrmac (1 mg/kg/dia). Així vaig veure les complicacions greus amb aplàsia medul·lar i mort d'alguns malalts per complicacions sistèmiques. L'estudi pilot es va parar i va ser alguns anys més tard, de la mà dels dermatòlegs i pel tractament de l'artritis psoriàsica, que vaig aprendre que dosis més baixes podien ser útils, i així es va demostrar en estudis posteriors controlats (4). I d'aquesta manera avui és el fàrmac d'elecció. El metotrexat i la ciclofosfamida es continuen utilitzant en dosis d'1 gram per al tractament de situacions que posen en perill la vida del malalt (vasculitis, neuropaties, nefropaties, altres). També en diverses malalties sistèmiques en particular el lupus i l'AR. El clorambucil és, fins ara, el millor tractament de l'amiloidosi renal secundària a diferents malalties inflamatòries cròniques.

La cortisona va representar també un gran progrés pel tractament d'aquestes malalties. Però la seva utilització va ser en part incorrecta en les fases inicials (dosis altes, error en la prescripció, etc) doncs es partia d'un error fonamental, creure que amb dosis elevades es guaria la malaltia quan l'únic que s'aconseguia era disminuir la inflamació, però no eradicar-la. El mateix passa amb els fàrmacs biològics que després esmentarem. Estàvem utilitzant un medicament amb un gran poder antiinflamatori, però amb un gran potencial lesiu, i que s'havia de prendre durant tota la vida.

Així es van veure els efectes secundaris greus: hipertensió, osteoporosi amb fractures, alteracions del metabolisme dels glúcids, insuficiència suprarenal, Cushing secundari, etc. Però tot això no ha fet pas que es deixessin de banda. Utilitzats a les dosis adequades, amb indicacions precises, amb un objectiu concret encara es recreen. Però els malalts van ser els qui van patir aquests efectes negatius, fins que es va conèixer més bé perquè es donaven.

La utilització de fàrmacs biològics és potser el tractament més novedós, en les malalties cròniques i sistèmiques, reumatològiques i intestinals, com són l'AR, les espondiloartropaties, la malaltia de Crohn, i altres. Són fàrmacs que s'han dissenyat a mida, ja que bloquegen la inflamació en diverses fases actuant contra el TNF alfa, les interleukines, etc. I plantegen un apropament més global a la malaltia.

Segons dades recents, publicades el gener de 2007 per la Societat Espanyola de Reumatologia, amb informació recollida fins el mes

de gener de 2006 (5), en un conjunt de 6.909 malalts registrats s'hagué de parar el tractament en un 28%, per causa de l'aparició d'efectes secundaris. Entre ells els més freqüents van ser les infeccions (36%), seguides de les reaccions infusionals greus (20%), reaccions cutànies (10%) i cardiovasculars (7%). Durant els sis anys de seguiment hi hagué 73 òbits i 587 ingressos hospitalaris. Les morts van ser en la seva majoria per infeccions (38%) i episodis cardiovasculars (27%). Hi ha doncs problemes greus en la seva utilització, però tots estem d'acord en que s'han d'assumir, malgrat que en la meua opinió, es tracta només de grans antiinflamatoris sense capacitat per a curar la malaltia.

Actualment es tendeix a recomanar que s'utilitzin en les fases inicials, quan fa pocs anys el criteri era diferent i la prescripció s'ajustava només als casos refractaris. Els clínics estem treballant en la cerca de determinats marcadors de pronòstic, com són els anticossos anticitrulinats, que ens ajudin a conèixer el casos que tenen més possibilitats d'una evolució negativa, per a tenir en compte aquestes indicacions.

El tractament del dolor crònic, no oncològic, és un altre capítol en el que d'alguna manera hi estem implicats els reumatòlegs. Aquest quadre clínic, de gran prevalença, és molt sensible per a la població que ho pateix perquè els mètodes de que disposem (bloqueigs nerviosos, estimulacions medul·lars, còctels d'anestèsics, morfina, etc) sovint no són ben interpretats ni pels malalts ni pels metges. Els malalts estan desesperats demanant alguna cosa que els alleugí en el seu patiment i estan decidits a acceptar el risc que les diverses actuacions mèdiques els hi poden ocasionar, si se'ls ofereix alguna possibilitat de millora en el seu dolor.

La cirurgia de reemplaçament (pròtesi) per a problemes articulars concrets també entra en aquest camp, sovint turbulent, i a vegades les intervencions han resultat un desastre. Però pensem en què hagués passat si s'hagués parat la recerca perquè els resultats inicials eren dolents? Perquè avui els resultats ja són bons, magnífics, i la substitució de diverses articulacions, en particular el maluc i el genoll ens fan oblidar les dificultats i mals moments del començament.

En els últims anys han aparegut nous procediments que semblen, i són, bàsicament molt agressius. M'he de referir a les intervencions

d'ablació vertebral, conegudes amb el nom de corpectomies (6). Van començar pel tractament de tumors malignes, o benignes que posaven en perill la vida o la capacitat funcional del malalt (paraplègia o tetraplègia). Aquestes intervencions, tan agressives, eren necessàries malgrat els seus mals resultats inicials, perquè amb les millores tècniques i amb un utilatge més precís, es puguin emprat en processos teòricament benignes, com són les estenosis cervicals (7) o a altres nivells.

L'enfocament d'aquestes possibilitats ha permès que avui ja es facin amb una certa freqüència intervencions com les vertebroplàsties o cifoplasties en les que s'injecta en el sí de vèrtebres fracturades, per osteoporosi o per tumors, metacrilat, o un baló que els hi retorna una configuració més anatòmica.

Així doncs, després d'aquesta repassada breu i incompleta (no hem pas tractat de la quimioteràpia en tumors, per exemple) veiem com el progrés de la medicina basat en un diagnòstic correcte i un tractament adequat, està ple d'incidentes, a vegades greus, però que han estat necessaris per aconseguir el progrés en el coneixement. Podem comparar aquesta situació als grans incendis forestals on per parar la seva progressió cal que els bombers provoquin tallafocs, amb nous incendis controlats per evitar un risc més gran.

BIBLIOGRAFIA

1. Winkelstein, A. Efficacy of combined therapy with plasmapheresis amb immunosuppressants in rheumatoid vasculitis. *J Rheumatol*, 1984; 11, 162.
2. Jiménez Díaz, C; Merchante, A; Perianes, J, et al. El tratamiento de las enfermedades de disreaccion con las mostazas nitrogenadas: fundamentos y resultados. *Rev Clin Esp*, 1950; 38, 261.
3. Muñoz Gomez, J; Rotés Querol, J; Roig Escofet, D: Tratamiento de las enfermedades reumáticas con ciclofosfamida. *Med Clin (Barc)* 1969; 53, 179.
4. Weimblatt, ME; Coblyn, JS; Fox, DA et al. Effect of low dose methotrexate in rheumatoid arthritis. *N Eng J Med*, 1985: 312, 818
5. Descalzo, MA: Registro español de acontecimientos adversos de terapias biológicas en enfermedades reumáticas (BIOBADASER): informe de la situación, 26 enero 2006. *Reumatol Clin*, 2007: 3,4.
6. Salzman, M; Jamaris, J; Leveque H and Ducker, TB. Transoral cervical corpectomy. The aid of the microscope. *Spine J*, 1979; 4, 209.
7. Medow JE; Trost, G; Sandin, J: "Surgical management of cervical myelopathy: indications and techniques for surgical corpectomy. *Spine J*, 2006; 6 (S-233.

Ingrés d'Acadèmics corresponents

UN SEGLE D'ASSISTÈNCIA PSIQUIÀTRICA MUNICIPAL A BARCELONA

Josep M. Costa i Molinari

Acadèmic corresponent

L'assistència psiquiàtrica a Barcelona a mitjans del XIX es repartia entre diverses institucions, la majoria públiques i algunes privades. Hi havia malalts ingressats a l'Hospital de la Santa Creu, i també a la Casa de Caritat. L'estadística oficial de dementes en establiments públics de l'any 1847 assenyalava que a l'Hospital General de la Santa Creu hi ha 227 malalts i a la Casa de Caritat de Barcelona n'hi ha 286. Però també n'hi havia a la Casa de Misericòrdia institució creada el 1802 amb la finalitat de recollir "*los holgazanes y vagabundos, los hijos mal inclinados, los impedidos, los locos, los fatuos y decrepitos.*"

Tanmateix un gran nombre de malalts no podien ser atesos en aquestes institucions per no tenir llits disponibles o per requerir-ho de manera immediata o per no haver-hi cap persona responsable i es va haver d'habilitar unes dependències als baixos de l'ajuntament per poder assistir les emergències causades per pertorbacions greus de conducta.

Al cap de poc es va haver de buscar una solució més adient i aprofitant la gran reforma ciutadana amb motiu de l'Exposició Universal de l'any 1888 es va decidir construir l'Asil Municipal del Parc que hauria d'acollir persones necessitades mancades de recursos o amb diversos impediments per poder dur una vida autònoma i adaptada socialment.

Entre aquestes persones n'hi havia un bon nombre que ho eren per patir algun tipus de malaltia mental, d'alienació. Aviat es va veure que aquestes persones necessitaven una atenció especial que anava més enllà del que podia proporcionar-los-hi el metge municipal del districte del Born que era l'encarregat de l'assistència mèdica de l'Asil.

El 1885 es va instituir dins de l'asil un servei específic per a malalts mentals. És en aquest moment en el que podem fixar l'inici d'una assistència psiquiàtrica per a casos urgents per part de l'Ajuntament de Barcelona que ha donat lloc a un procés que ha culminat amb la creació de l'Institut Municipal de Psiquiatria d'Urgència.

Podem identificar-se en el transcurs de l'evolució de l'Institut Psiquiàtric una sèrie d'etapes que corresponen, més o menys, als successius canvis de conjuntura política. Així, en un principi, l'assistència s'ordena i s'estructura a l'Asil del Parc, coincidint amb

l'època de la Primera Exposició Internacional del 88. La República construeix el primer Institut Psiquiàtric, que serà profundament transformat per la guerra civil en ser traslladat a una moderna i racional edificació expressament concebuda per la finalitat que li era pròpia, a un col·legi-convent que anava a ser saquejat i qui sap si cremat. L'època del primer franquisme correspon a una concepció ben expressada, jo diria, per la nova denominació de Preventorio, és a dir, lloc on recollir a qui molesti, ben en sintonia amb l'ambient d'aquells dies. Aquesta situació mal acceptada pels responsables del centre, que van procurar en tot moment actuar com si estessin fent marxar una clínica per a malalts aguts en situació que avui direm de crisi, es va transformar amb l'eufòria de la millor època del porciolisme, en crear l'Institut Municipal de Psiquiatria d'Urgències. Finalment, amb els Ajuntaments democràtics s'ha acabat de delimitar el paper real de la institució dins el marc d'una assistència psiquiàtrica més àmplia que, malauradament, encara està per fer.

L'evolució d'aquesta assistència ha estat complexa i accidentada i podem dividir-la en cinc etapes:

1. Una etapa preliminar a l'Asil del Parc.
2. La creació de la Clínica Psiquiàtrica Municipal
3. El Sanatori Mental, durant la Guerra.
4. El Preventorio Municipal de Psiquiatria
5. L'Institut Municipal de Psiquiatria d'Urgència.

En aquesta comunicació estudiarem les tres primeres.

1. ASIL DEL PARC

A partir de la Llei de Beneficència del 23 de gener de 1822 es disposava que les Diputacions provincials, mitjançant les Junes de Beneficència eren les oficialment encarregades de l'assistència psiquiàtrica de tot el territori nacional. Els resultats foren molt poc adequats atesa l'escassa dotació de les diputacions i l'absència d'una legislació sistematitzada. Des de la llei de Beneficència del

1849 (reglament 1852) és l'Estat qui s'ha de fer càrrec del govern i de l'organització del asils de «dements». No obstant la insuficiència dels establiments, les diputacions i els ajuntaments, en especial el de Barcelona, van haver de fer-se càrrec de l'internament dels malalts. Per tal motiu el Reial Decret del 19 de maig del 1885 sobre l'internament de dements, prescriu que les diputacions provincials i els ajuntaments cuidaran d'habilitar un local amb les convenients condicions per a recluir els dements en observació, on puguin romandre fins que s'els dugui a un manicomi com a reclusos permanents. Es tractava del Departament d'observació de dements, vigent encara a la llei del 1931. A casa nostra en no poder-se'n fer càrrec la Diputació d'aquesta obligació ho va haver de fer l'Ajuntament.

Per tal de solucionar el problema creat per aquests malalts que s'aplegaven en dependències de la Casa de la Ciutat, va obligar a habilitar les dependències de l'Asil del Parc a l'edifici bastit per sostenir el dipòsit d'aigües del Parc de la Ciutadella acabat de construir amb motiu de l'Exposició Universal del 1888. Aquest important esdeveniment ciutadà va representar més enllà de la seva transcendència econòmica comercial i industrial, un motiu de renovació de gran part de les estructures que havien quedat caducades.

La remodelació de la ciutat, des del punt de vista formal i dinàmic, havia d'afectar, també, a l'assistència psiquiàtrica. S'havia d'acabar amb la retirada de la vista pública de l'espectacle provocat per la presència dels malalts mentals que eren conduïts a unes dependències de la Casa de la Ciutat, des d'on eren traslladats als manicomis.

Primer junt amb altres malalts, poc després en una secció de dements, després ja en un edifici propi i finalment separats dels malalts neurològics veiem com l'Ajuntament va anar solucionant aquest greu problema. Estem en els començaments d'una assistència individualitzada pels malalts mentals per part de l'Ajuntament de Barcelona que s'havia d'anar desenvolupant fins l'actual Institut Psiquiàtric. A l'Acord municipal del 20 de gener de 1884, regla 34, es diu:

...»vendran además obligados los médicos primeros y segundos a visitar y reconocer a los dementes o presuntos dementes que carezcan de asistencia facultativa, cuando para ello reciban aviso de la alcaldía, librando las certificaciones que de su estado les sean reclamados por igual conducto».

En 1885, Eugeni Jaques i Canal, Metge del Cos Municipal de Barcelona, manifesta la seva satisfacció, en un article publicat a la Revista Frenopàtica Barcelonesa, per la determinació del Consistori Barcelonès d'habilitar per albergar provisionalment als «bojos» en els espais situats sota el dipòsit d'aigües del Parc de la Ciutadella: «cuyo edificio, previas las reformas y construcciones que sean me-

nester, servirá comodamente para depositar, aunque sea no más que de una manera provisional, a los infelices orates que se recojan por las calles de la ciudad.»

Abans comenta la necessitat d'erigir com més aviat possible un edifici per a recollir provisionalment els nombrosos casos que es veuen pels carrers i que no poden ésser adequadament atesos a les institucions barcelonines, la major part d'elles de propietat particular, bé per impossibilitat econòmica, bé per les dificultats emanades del Decret del 19 de maig del mateix any. Fins aleshores un internament a un manicomi podia fer-se mitjançant un certificat signat per dos metges i convenientment legalitzat per un notari. En els casos en els quals la família o responsables no poguessin fer front a les despeses d'un internament en un centre privat, calia un llarga tramitació sol·licitant l'ingrés a la Diputació per obtenir la subvenció necessària per a una reclusió en un manicomi contractat per aquella, o sol·licitar un ingrés de caràcter benèfic a l'Asil depenent de l'Hospital de la Santa Creu, on no sempre hi havia llits disponibles.

Moltes famílies sense recursos per a poder atendre els malalts agitats o violents a casa, es veien obligats a abandonar-los al bell mig del carrer, on eren recollits pel guàrdies municipals per a ser dipositats a la Casa de la Ciutat, o en el «cuartelillo» de la secció d'ordre públic. Allí eren retinguts fins a poder aclarir la procedència i la naturalesa del problema.

El retard en poder traslladar a l'establiment corresponent s'agreujava per mor dels requisits i formulismes ordenats per l'esmentat Decret per a l'ingrés en el manicomis. Essent impossible solucionar amb la rapidesa oportuna aquests tràmits s'imposava, segons el parer del Dr. Jaques, la creació d'un establiment, amb el personal adequat i intruït a l'efecte per poder retenir provisionalment als alienats, mentre es tramitin els expedients de reclusió, o als malalts recollits al carrer.

Totes aquestes dificultats sens dubte van obligar a l'Ajuntament de Barcelona a habilitar l'esmentat Asil, atès el notable increment de la demanda que no podia ésser satisfeta utilitzant els baixos de l'Alcaldia mentre estaven esperant que fossin traslladats al seu domicili o als centres de destinació.

En realitat aquest famós Decret del 20 de juny del 1885, regulant l'ingrés dels presumptes alienats en els Manicomis, «va obligar a l'Ajuntament a tenir un lloc per a custodiar aquests malalts de la ment, interí es tramités l'indispensable expedient d'ingrés al Frenocomi, amb caràcter d'observació, fou habilitat l'Asil Municipal del Parc per a prestar-hi aqueix servei».

El 28 de maig del 1885, l'Ajuntament va aprovar el Reglament per al funcionament del **Servei mèdico-sanitari permanent de la Ciutat de Barcelona**. En ell s'estableixen les categories de Metge Primer i Segon per a cada un dels diversos Districtes Municipals. Entre llurs obligacions, l'article 24 disposa que hauran de visitar als dements o presumptes dements mancats d'assistència facultativa, quan se'ls avisi de l'alcaldia, havent de lliurar el certificat corresponent. Al

districte del Born corresponia ocupar-se de l'assistència de les persones acollides a l'Asil del Parc.

En 1893 l'**Asil Municipal de Barcelona** tenia entre altres obligacions l'alberg i manutenció dels alienats i idiots pel temps que calgui fins llur ingrés en un Manicomi o establiment de curació. (art.1,3 del Reglament).

A l'article 27 s'estableix que *el tratamiento de los vesánicos será el que prescriban los médicos del establecimiento.*

Als articles 28 i 29 es regula l'admissió d'alienats. Diuen així:

«Art.28.- Acreditada la alienación ó idiotismo, la Alcaldía dispondrà el ingreso provisional en el Asilo, debiendo solicitarlo la persona más próximamente interesada, siempre que ni ésta ni el alienado posean medios de atender á las necesidades del mismo, y se procurará su inmediata salida para un Manicomio ó Casa de curación.»

«Art. 29. La permanencia en el Asilo durará todo el tiempo que sea necesario, á no ser que lo reclame persona directa y próximamente interesada, la cual deberá expresar los motivos en que funda la reclamación de salida del Asilo.»

També es refereix al tractament en l'article 40 : *«El tratamiento á los vesánicos, será el que prescriban los médicos del Establecimiento.»*

Al 1896 es va crear un **Dispensari Municipal medicoquirúrgic** als baixos de l'Asil. Els metges adscrits al servei eren els encarregats de reconèixer i estendre els dictàmens. El tractament especialitzat es va encomanar al Dr. **Pere Ribas i Pujol** i al Dr. **Artur Galceran i Gaspar**.

Junt amb el personal facultatiu, hi figuren tres *«loqueros»* i altre personal eventual que calgui, la qual cosa ens dona notícia de la importància atorgada a l'assistència dels malalts mentals.

A començaments del XX es descriu l'activitat del Cos mèdic municipal de la següent manera:

«dividit en tres Seccions: Institut Municipal de Beneficència, Institut Municipal d'Higiene i Institut Municipal de Demografia Sanitària. Per altra banda Indica que hi ha diverses especialitats, entre elles la de Malalties mentals que funciona a l'Asil del Parc».

«En aquest establiment hi ha dues seccions per a presumptes dementes. «Cuiden d'elles una Germana de la Sagrada Família per a cada Secció, un «lacro» pels homes i una criada amb igual càrrec per a les dones, una vetlladora i un vigilant (aquest presta, endemés, servei comú a tot el departament d'homes).»

«Hi han en cada Secció, ultra els menjadors, dormitoris, banys i patis d'esbarjo, cel·les individuals pels malalts furiosos, les quals solsament s'utilitzen en cas d'imprescindible necessitat».

«El menjador de la Secció d'homes -continua la memòria- ha estat modificat totalment permetent una major comoditat i netedat en els serveis i en el pati de la mateixa s'ha construït el paviment d'asfalt (que el de dones ja tenia) amb el qual s'evita el perill de que els malalts puguin causar-se danys amb les pedres que arrencaven de terra i amb les que freqüentment s'agredien uns als altres.»

«El nombre de malalts varia constantment, degut a les contínues remeses que s'efectuen al Manicomi, si bé no es en cap ocasió menor de 40 homes i 70 dones.»

«L'Administració de l'Asil s'encarrega gratuïtament del despatx dels expedients de reclusió dels malalts pobres i de son trasllat al Manicomi, passant després nota a la Diputació, per a que aquesta pugui resoldre en definitiva ço referent a les despeses a que dona lloc l'estada dels dementes a aquells establiments.»

A l'Asil es diferencien clarament dos aspectes: el servei general dels asilats que emmalalteixen i l'especial als malalts mentals.

S'hi diferenciaven les següents seccions:

- Secció de transeünts
- Secció de presumptes dementes
- Secció de nens
- Secció d'impedits.
- Infermeries
- Serveis auxiliars.

Hi havia, també, cinc metges que es distribueixen la feina de la següent manera: El Cap de Servei visita als alienats homes, i els altres metges a les alienades dones, als impedits, als transeünts i als nens, respectivament.

La necessitat i conveniència de que Barcelona tingués una institució adient, ve reflectida en una recomanació que la Societat de Psiquiatria i Neurologia va manifestar en una sessió en a que afirma: *«...la necesidad de que existan Clínicas de observación para los psicópatas, del todo distintas de los Manicomios donde sean atendidos aquellos enfermos de la mente, cual dolencia ha adquirido un desarrollo rápido, constituyendo los casos verdaderamente urgentes, que no consienten las demoras de un expediente a causa de los peligros que entrañan para el sujeto o para el público, y donde también tengan temporal estancia los transeuntes y vecinos sin familia que enfermen de dolencia mental. Hasta la resolución de su definitivo destino, los que padezcan vesania transitoria o regularmente accasional y todos los que precisen preliminar estudio antes de ser incorporados al establecimiento que les corresponde; entendiéndose que el ingreso en las Clínicas de observación, dado su objeto, necesariamente ha de realizarse sin las formalidades legales vigentes, la permanencia del sujeto ha de ser regulada por especial Reglamento, la inspección verificada per personal técnico*

delegado del Gobierno y el número de dichas Clínicas debería, por lo menos, elevarse al de las capitales de provincia."

L'**Asil del Parc** és descrit al 1922 de la següent manera:

«Es un buen establecimiento de la Beneficencia municipal, donde son acogidos los menesterosos de ambos sexos, imposibilitados para el trabajo.

El asilamiento tiene carácter provisional, permaneciendo los recogidos en este Asilo el tiempo necesario para el trámite de su destino a otro Establecimiento, en situación de mayor permanencia...

También se halla en esta dependencia el departamento destinado a reclusión provisional de presuntos dementes pobres.

«Els expedients tramitats durant l'any 1920 assoleixen el nombre de 143".

L'any 1922 es va jubilar el Dr. Ribas. Poc després presenta a la Societat de Psiquiatria i Neurologia una comunicació que descriu el servei municipal de dements que es va modernitzar i declarar especialitzat el servei en ser encomanat a dos psiquiatres (ell mateix i Galceran Gaspar) titulant-lo "*Dispensario de enfermedades mentales*" Durant els darrers anys s'ha sol·licitat reiteradament importants modificacions de les que es van aconseguir tan sols la celebració d'unes oposicions per proveir tres places de metges especialistes. D'aquesta manera s'acorda ascendir al Dr. Galceran que tenia el número 1 de l'escalafó. Al mateix temps es convoquen unes oposicions per a cobrir la plaça vacant i a més a més la de dos metges supernumeraris. Es varen presentar quatre candidats: Rodriguez Arias, Emili Mira, Pere Lliteras i Carles Soler Dopff (que va renunciar a darrera hora). Les oposicions consistien en dos exercicis: un de teòric en el que s'havien d'exposar dos temes triats a l'atzar d'entre els d'un programa preestablert i un altre de pràctic consistent en l'exposició de l'examen de dos malalts (un de cada sexe) que no hauria de superar, entre l'exploració i l'exposició, d'un quart d'hora. El Dr. Rodriguez Arias fou nomenat Metge d'entrada i responsable de l'assistència dels dements i els altres dos com a Metges supernumeraris. El Dr. Ribas afegeix:

" Urge que un servicio de psicópatas como el del Parque, que alberga constantemente de 100 a 130 enfermos mentales, represente una verdadera "Clinica de agudos mentales" y sea una antesala adecuada de los manicomios y constituya un Centro auxiliar de enseñanza de la Psiquiatría".

L'any 1924 aquesta assistència als malalts mentals es va oficialitzar al crear-se el "**Dispensario de Enfermos Mentales de la Ciudad de Barcelona**" del que va ésser director el Dr. **A. Galceran i Gaspar**, formant-ne el cos facultatiu els Drs. **Bel-larmí Rodriguez Arias, Emili**

Mira i Lopez i Pere Lliteras i Brunet.

Les idees sobre l'assistència anaven per aquests camins. Per això l'Ajuntament va decidir renovar les estructures i renovar l'Asil creant la Clínica Psiquiàtrica Municipal, que havia de reunir unes condicions adients per a una assistència digna.

Amb la Dictadura, Martínez Anido, gobernador de la Barcelona, volia fer desaparèixer l'Asil del Parc al·legant que la legislació disposava que l'assistència psiquiàtrica corresponia a les diputacions i no als Ajuntaments, però li vam dir - afirma Rodriguez Arias - que si volia crear problemes a la Diputació, que ho fes ell».

En general, els esforços de la província i del municipi per a subvenir el tractament de les malalties mentals era totalment insuficient. A primers del 1930 una visita de l'Alcalde de Barcelona Comte de Güell a l'Asil del Parc, origina una nota de premsa que deia:

«El alcalde visita el Asilo del Parque. El Alcalde ha visitado hoy el Asilo del Parque habiendo comprobado, segun nos ha dicho, que los servicios de administración y facultativos son excelentes, pues ha tenido ocasión de comprobarlo en todos los detalles incluso en los de la comida que se sirve a los asilados, que nada deja que desear.

La impresión que ha sacado de los locales, especialmente de los destinados a los dementes, no ha sido tan satisfactoria, porque aquellos locales son excesivamente reducidos para el número de personas que han de albergar, dándose el caso de que tienen que dormir en un solo lecho tres o cuatro mujeres locas.

En vista de ello y tratándose de una necesidad tan apremiante el Conde de Güell se propone indicar a la Delegación correspondiente, que es la de Beneficencia, la necesidad de que con toda urgencia se proceda a la ampliación de los locales del Asilo, destinando a ello el crédito que sea necesario».

Rodriguez Arias ho comenta de la següent manera:

"Seis años de denodada lucha (de Mira y mía) y en 1930 el nuevo alcalde Conde de Güell visita el tétrico y absurdo caserón y aprueba los planos de una moderna Clínica Psiquiátrica Municipal de Urgencia, con enfermerías destinadas a psíquicos, un anejo a nerviosos y departamentos complementarios de exploración y tratamiento".

La inquietud entre el metges i en general en la societat es fa palesa. Cal renovar les institucions. En el discurs inaugural de la Societat de Psiquiatria i Neurologia de l'any 1930 el president cessant Dr. Àngel A. Ferrer i Cagigal celebra que la Diputació de Barcelona estigui construint la seva Casa de Salut Regional, lamentant-se però de que les obres vagin tan lentes.

Considera la necessitat de la creació d'un cos nacional de metges psiquiatres de l'Estat al qual s'accedís després d'una estada de dos anys en una clínica psiquiàtrica i fent un concurs-oposició. Els establiments particulars estarien obligats a utilitzar els seus serveis. Aboga per uns Inspectors, creació d'escoles d'infermeria psiquiàtrica i per la creació de Càtedres de Psiquiatria obligatòria a les Universitats i de laboratoris histo-patològics a tots els manicomis provincials. i de dispensaris psiquiàtrics, així com de colònies familiars i agrícoles i de treballs manuals i industrials per a malalts mentals.

Se'l va convèncer de la necessitat de la creació d'una Clínica per a malalts psíquics la qual cosa es va fer en un edifici situat al costat de l'Asil.

2.- CLINICA PSIQUIATRICA MUNICIPAL D'URGÈNCIA.

Recorda Rodriguez Arias *«Pero el vetusto y anfibólico Dispensario de Enfermedades Mentales, instalado en el caserón tachado de Asilo del Parque, fue la bandera y el manantial propicio de nuestras inquietudes juveniles de neuropsiquiatras oficiantes».*

«En 1924 logramos consolidar -mediante oposiciones- los puestos de especialistas en enfermedades mentales y nerviosas, casi sin garantías de validez, que supimos mantener tenazmente, no obstante, para fundar, en 1933, la Clínica Psiquiátrica Municipal de Urgencia, con Departamentos Psiquiátrico y Neurológico independientes y modernos».

La funció psiquiàtrica d'aquest dispensari era la de diagnòstic i classificació dels malalts, en règim d'observació, i si es confirmava l'existència d'un trastorn mental en aquests malalts, el seu tractament corresponia a la Diputació.

La Clínica i dispensari psiquiàtrics, ocupava un solar contigu a l'Asil, situat al xamfrà nord dels carrers Llull i Sardenya. Constava de semisoterrani, baixos i dos pisos. Al xamfrà hi havia la porta central de l'edifici.

L'edifici, projectat per l'arquitecte municipal Sr. Josep Plantada, constava d'un cos central, el qual ocupava el xamfrà i dues ales: la del carrer de Llull destinada a dones i la del carrer Sardenya als homes.

Tenia una capacitat per a dos-cents sis malalts .

La inauguració de la Clínica de Psiquiatria es va fer per part de l'Alcalde Jaume Aiguader i Miró. l'octubre de 1933.

Aquest establiment va tenir una curta però intensa vida. Fou una víctima més de la Guerra Civil del 36.

En constituir-se la **Universitat Autònoma** i en ésser nomenats professors de Psiquiatria i Neurologia respectivament els caps dels serveis de l'Ajuntament de Barcelona es reconeixia públicament l'enorme talla científica i professional dels interessats així com l'altura funcional dels serveis que dirigien.

Així pot dir Rodríguez Arias l'any 1936: *«Más tarde, creaba yo el Instituto Neurológico y Mira instituía un gran Preventorio de Psiquiatría.*

En realitat, al desembre del 1936 la Clínica de Psiquiatria es convertí en **Institut Neurològic Municipal** sota la direcció del Dr. Bel-larmí Rodríguez Arias i al Col·legi de Jesús Maria es constituïa el **Sanatori Mental Municipal** sota la direcció del Dr. Galceran i Gaspar. La gegantesca figura d'Emili Mira havia d'apagar en el record del Dr. Rodríguez Arias la presència d'Artur Galceran, Lliteras i, fins i tot, del jove Pons i Balmes.

La culminació de la carrera psiquiàtrica de Mira s'assoleix el 1933 al ser nomenat professor agregat de Psiquiatria de la recent Universitat Autònoma de Barcelona, de la mateixa manera que Rodríguez Arias ho fou de Neurologia. Allà té com Ajudant a Ramon Sarró i Burbano. Al mateix temps Joaquim Fuster i Pomar, ho fou de Medicina Legal amb el Prof. Saforcada.

A la Universitat Autònoma imparteix tres cursos:

Una assignatura obligatòria de Psiquiatria dins el grup d'assignatures del període clínic on s'imparteixen nocions de Psicologia, Semiòtica i iniciació a la Terapèutica Psiquiàtrica.

L'altra assignatura formava part del grup d'especialitats noves, a elecció de l'alumne, i amb la possibilitat d'assistir-hi metges ja llicenciats, que comprenia 40 dies lectius de 8 a 11 del matí durant els mesos de maig i juny.

Finalment s'organitzaren uns cursos superiors i monogràfics entre el que es van impartir els següents:

Psiquiatria social Dr. O. Forel

Tractament dels símptomes psicogenètics, Dr. R.Sarró

Psiquiatria infantil Drs. Strauss, Moragas i Córdoba

Tècniques modernes d'exploració psiquiàtrica per part del propi Dr. Mira.

Les psychoses hallucinatoires chroniques . Dr. G.G. de Clerambault.

Teories etiopatogèniques de l'esquizofrènia. Drs. Mira i Sarró

Psicologia mèdica. Dr. Auerbach.

Caracterologia. Drs. W. Wolff i R. Sarró

Terapèutica de les psico i organoneurosis. Dr. E. Mira.

La Universitat Autònoma va ser abolida en acabada la Guerra Civil i el Dr. Mira va haver d'abandonar el país i començar el seu períple estranger on va continuar la seva activitat docent i investigadora especialment en el camp de la psicologia i la pedagogia.

Es interessant estudiar el Reglament proposat per Mira per adonar-nos de la modernitat de les disposicions indicades.

Tanmateix cal senyalar que, segons es desprèn dels registres de

farmàcia, que hem pogut consultar, qui feia la feina era precisament un home gris i treballador, el Dr. Lliteras, mentre que els altres, especialment en Mira, es dedicaven a la feina pública, política, universitària i representativa.

3.- SANATORI MENTAL MUNICIPAL.

La Guerra civil va causar un impacte terrible al país i també a la institució. L'any 1936 i com a conseqüència del gran augment de malalts amb alteracions neurològiques per ferides de guerra, es va decidir destinar l'establiment a neurologia i es van traslladar els malalts mentals al Col·legi de Jesús Maria situat al Passeig de la Bonanova, el qual havia estat incautat per l'Ajuntament.

Sembla que Rodríguez Arias es va assabentar dels propòsits d'enderrocament del col·legi de les Germanes del Sagrat Cor de la Bonanova per la seva germana que n'era la monja directora i aprofitant la situació angoixosa de la Clínica Mental que patia d'un excés de malalts mentals i de ferits de guerra, va convèncer les autoritats per a que traslladessin al mencionat col·legi tots els malalts mentals, quedant solament els neurològics a la Clínica del carrer Llull que es va convertir en el futur Institut Neurològic de ... "Un colegio religioso

de niñas- en trance de ser derruido- fue habilitado como Sanatorio Mental y la Clínica de Urgencia se destinó a Instituto Neurológico".

Fou nomenat director provisional el Dr. Joaquim Montagut i Vallobà, sembla que per motius polítics.

En el mateix any, el Dr. **Josep Pons i Balmes** passa a ser metge municipal de plantilla.

Els malalts estaven sota la responsabilitat del Dr. Lliteras i la secció de dones del Dr. Pons. Hi havia un metge de guàrdia el Dr. Hernández. Constava de tres plantes en les que hi van haver-hi gairebé 400 malalts

Aquesta situació va durar poc, i a causa de la gran quantitat de ferits de guerra, una vegada més els malalts psíquics es van veure obligats a traslladar-se. El 8 d'abril de 1938 es va constituir allí un «Hospital Militar de Base de Medicina», centre de reraguarda, i els malalts mentals, van haver de ser traslladats a un altre lloc. La majoria van fer-ho al manicomi de Sant Boi.

El mateix va passar amb el personal que va ésser distribuït diversos hospitals, alguns dels quals van retornar al Neurològic.

El Dr. Montagut, per exemple, amb data de 23 d'abril de 1938, fou traslladat al Neurològic.

Va canviar el nom per **Institut Psiquiàtric Municipal** i això va durar fins el final de la guerra.

LA SALUT MATERNO-INFANTIL AL TERCER MÓN

Josep Maria Carrera i Macià

Acadèmic corresponent

Excel·lentíssim Senyor President, Molt il·lustres senyores i senyors acadèmics, Digníssimes autoritats, Distingits companys i amics, Senyores i senyors,

Les meves primeres paraules són de sincer i sentit agraïment envers tots els membres d'aquesta Corporació per la distinció de la qual m'han fet objecte en elegir-me per formar-ne part com a membre corresponent. Aquest honor m'omple de joia, i malgrat no poder dir que aquest fet em servirà d'estímul per a la meua vida professional, ja que per imperatiu de l'edat, aquesta se m'està acabant, sí que de ben segur, em servirà per donar ales intel·lectuals a la meua vocació científica i acadèmica. Així doncs, poden estar ben segurs que a partir d'ara em tenen a la seva total disposició i que posaré tot el meu zel en contribuir a fer realitat els objectius de l'Acadèmia.

Un cop més posaré en pràctica una màxima que ha estat el *Leitmotiv* de la meua vida «No demanis un càrrec important i fes important el càrrec que tinguis».

Vull agrair de manera ben especial, al Molt Il·lustre Acadèmic Dr. Josep. M. Dexeus l'haver acceptat fer el discurs de resposta, i tant a ell com al Professor Àngel Ballabriga, el meu agraïment pel seu suport i per acompanyar-me com a padrins en aquest acte solemne. No puc tampoc deixar de donar les gràcies per la seva presència aquí a algunes personalitats il·lustres del món acadèmic internacional. En primer lloc al Prof. Walt Anderson, President de la World Academy of Art and Science, al Prof. Erich Saling, President de la International Academy of Perinatal Medicine, als seus tres vicepresidents, els meus amics Prof. Asim Kurjak, Frank Chervenak i Aris Antsaklis, i a tots els seus membres numeraris que ens acompanyen. I finalment al Prof. Josep Antoni Bombí, que uneix a la seva condició de membre d'aquesta Corporació, el càrrec de President de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, com també els meus companys de Junta Permanent, Professors i Doctors Àlvar Net, Josep Monterde, Melcior Sentís i Lluís Blanch.

Voldria adreçar unes paraules de profund agraïment als meus mestres, els quals em van guiar en el moment clau d'orientar la meua vida professional, em van introduir al sempre sorprenent món científic i acadèmic i, sobretot, em van fer créixer com a persona ensenyant-me a practicar una medicina humanística, oberta i solidària. Fent camí per la vida hi ha moments de llums i d'ombres. Una de les llums primordials de la meua vida me l'ha proporcionat l'Escola a la

qual pertanyo. He tingut la sort que tota la meua vida professional es desenvolupés dins la mateixa institució hospitalària i dins de la mateixa escola. Una Escola que va fundar el Prof. Santiago Dexeus i Font, mestre d'innombrables generacions d'obstetres i ginecòlegs d'Espanya i Amèrica Llatina, i que va ser acadèmic numerari d'aquesta Corporació. Des dels seus càrrecs de Director de la Maternitat de Barcelona i President de la Societat Espanyola d'Obstetrícia i Ginecologia, va ser, en un temps d'obscuritat i deserció, el capdavanter d'una Obstetrícia moderna i progressista. Ell va ser el meu primer i gran mestre.

El meu segon mestre va ser Josep Ma Dexeus i Trias de Bes que va heretar, per mèrits propis, la direcció de l'Escola en morir el seu pare. Com ell, fou Director de l'Institut Municipal de Maternologia, President de la Societat Espanyola d'Obstetrícia i Ginecologia i membre destacat d'aquesta Corporació. Gràcies a ell, puc dir que sóc qui sóc i sobretot com sóc. Ell, per a mi, ha estat un mestre, però per sobre de tot un amic i un fidel confident. Per això li agraeixo molt especialment que estigui avui aquí donant-me suport, fent-me de padrí i pronunciant el discurs de resposta.

Finalment, he tingut un altre gran mestre: el Prof. Santiago Dexeus i Trias de Bes, President de la Fundació que porta el nom del seu pare, Director de la Càtedra d'investigació en Obstetrícia i Ginecologia de la Universitat Autònoma de Barcelona i que durant molts anys ha estat un mestre i un bon amic, que em va introduir dins el món apassionant de la citologia, la colposcòpia i de la patologia oncològica ginecològica, i amb qui he compartit il·lusions i innombrables desficiis intel·lectuals.

Però no s'acaba aquí, gràcies a Déu, la llista de persones que han contribuït a la meua formació professional i humana. He de fer menció, en primer lloc, dels meus dos mestres intel·lectuals: el Professor Roberto Caldeyro-Barcia, pare, conjuntament amb el Prof. Erich Saling, de la Medicina Perinatal Mundial, que em van contagiar el seu entusiasme per la Perinatologia i el Prof. Asim Kurjak, que m'ha ensenyat ecografia, però sobre tot m'ha obert les portes de la Medicina Perinatal Mundial. I, amb ells, els companys de les dues institucions hospitalàries on em vaig formar i he treballat: la Maternitat Provincial de Barcelona, on dissortadament la majoria dels meus mestres ja no són entre nosaltres (els Drs. Santiago Dexeus Font, Carles Carceller, Rafael Fuster, Lluís Guilera, Joan Fortó, Josep M. Sas de la Encina, etc.) i els companys i amics de l'Institut Universitari Dexeus amb qui he compartit més de 40 anys de

treball, inquietuds i especialment una ferma amistat. He d'esmentar aquí, a més dels dos germans Dexeus, el Dr. Alfonso Fernández-Cid, Pere Nolasc Barri (actual Director del Departament), Josep Mallafre, Ramón Labastida i Rafael Fábregas i tot un reguitzell de col·laboradors i amics, especialment de la Secció de Diagnòstic Prenatal.

Seria del tot injust si no dedicués unes paraules d'agraïment a les meves secretàries, especialment a la Sra. Sílvia Núñez, i a les meves infermeres, fonamentalment a la Sra. Berta Junqué, com també a la persona que ha resolt tots els meus problemes d'iconografia, el Sr. Miquel Llobet. Gràcies a ells, a la seva paciència, dedicació i estima, he pogut fer tot allò que m'ha donat moltes satisfaccions personals i al mateix temps un cert prestigi.

Sota cap concepte, em puc oblidar en aquest moment de la gent, de la bona gent, de MATRES MUNDI, una organització humanitària que vaig fundar ara fa 10 anys, i que ha encaminat la meua vida cap al món de la solidaritat. Aquesta és la raó del títol del meu discurs d'ingrés. Gràcies pel seu suport absolutament desinteressat, per tirar endavant un projecte sempre amenaçat però sempre creixent i fructífer. Gràcies Vicenç, Antonio, Carles, Josep Ma, Dolores, Bely, Ma Àngels, Montse, Teresa, Esther, M. Cruz, etc.

El meu record final, però gens menys important, el vull dedicar a la meua família. Als meus pares, que es van sacrificar per mi, aconseguint, amb el seu esforç personal, que jo pogués estudiar Medicina. Lamentablement la meua mare, malgrat ser viva, no pot ser avui aquí i per tant no pot gaudir de la satisfacció d'aquest moment.

Però, sobretot, puc sentir la presència de la meua dona, la Loli, amb qui vaig fer camí durant 30 anys de felicitat i il·lusionat matrimoni. Ella va omplir la meua vida d'amor i alegria. Sé que des d'algun lloc continua desplegant damunt meu i de les nostres filles: Marta, Sonia, Mireia i Itziar i els nostres nets: Claudia, Maura, Izaskun i Nacho, una suau capa protectora d'amor, afecte i tendresa. Gràcies, també, Bernat i Nacho per ajudar-me a tirar endavant la família.

LA SALUT MATERNO-INFANTIL AL TERCER MÓN

He escollit aquest tema perquè fa temps que penso molt seriosament que la situació que pateixen els països en curs de desenvolupament és el problema sanitari mundial més important que tenim avui dia. Com, si no, ha de considerar-se que 1.200 milions de persones, més d'una cinquena part de la humanitat, visqui per sota del llindar de pobresa absoluta i que l'esperança de vida en néixer, en molts d'aquests països, no superi els 40 anys? (1)

Aquesta situació és especialment penosa en el cas de la dona i en el terreny de la salut materno-infantil.

Mentre en el primer món, el nostre, les màximes preocupacions quotidianes en referència a la salut són l'obesitat, el colesterol, la lluita contra l'envelliment i l'estigmatització de qualsevol defecte corporal, hi ha un altre món on la majoria de la població es mor literalment de fam. Mentre a l'Europa «que va bé» qualsevol dona pot afrontar la seva

experiència reproductiva amb un mínim de riscos per a ella i el seu fill, hi ha un altre món en el qual la dona es juga la vida en cada embaràs. Mentre a Espanya, els sofisticats i costosos procediments de reproducció assistida van deixant de ser un espectacle mediàtic i esdevenen una prestació més de la Medicina Pública, a l'Àfrica, i també a moltes àrees d'Amèrica Llatina, el 60-70% de les dones no reben cap tipus d'assistència sanitària ni durant l'embaràs ni en el moment del part. Els naixements solen tenir lloc en habitacles en condicions d'extrema pobresa, atesos per matrones empíriques i gairebé sempre analfabetes. El patètic contrast entre aquests dos móns hauria de fer-nos reflexionar i commoure les nostres adormides i satisfetes consciències.

Al voltant de 600.000 dones, probablement un milió, si tenim en compte els subregistres i l'absència de certificats de defunció, moren cada any al tercer món (2,3). Constitueixen el 99% de totes les defuncions maternes mundials (només un 1% mor al primer món). Moren, durant l'embaràs, el part i el puerperi, víctimes de problemes gairebé impensables al nostre món: fam, set, infeccions (com el tètanos o la malària), hemorràgies, part obstruït, eclàmpsia, etc. En definitiva, de misèria (4,5).

Hi ha països com ara Mali, Somàlia, Bhutan, Ghana o Haití, en què moren entre 1.000 i 2.000 dones per cada 100.000 nascuts vius. Fins i tot en alguns països com Afganistan superen la barrera de les 2.000. La mortalitat materna al tercer món és, en el seu conjunt, vint vegades superior que a Europa. Perquè se'n facin una idea: cada minut moren dues dones per causes relacionades amb l'embaràs o el part. De fet, el 2005, mentre una dona espanyola tenia al llarg de la seva vida, a conseqüència d'un embaràs un risc de mort gairebé inapreciable (1/3.000), a l'Àfrica aquest índex arribava a 1/16. Tres-centes vegades més, una xifra desoladora.

Però això no és tot. Per cada dona que mor durant el part, 30 sofreixen lesions humiliants, doloroses o invalidants (estrips, fístules, etc.) que hipotecaran la seva salut de per vida. Se suposa que a l'Àfrica hi ha més de deu milions de dones en aquestes condicions (6-8). Les dones amb fístules obstètriques, conseqüència de parts obstruïts o sobrevinguts després de mutilacions genitals, són rebutjades per la seva parella, abandonades per les seves famílies i expulsades de la seva comunitat. La seva fi sol ser la mort tenint com a únics companys, la soledat i la misèria.

L'Àfrica, a més, té el trist privilegi de tenir el nombre més elevat de dones infectades per la sida: uns 14 milions (9). Donat que la possibilitat de rebre tractament és molt baixa, hi ha un elevat índex de transmissió tant per via sexual com per via vertical, així com també una altíssima taxa de mortalitat. A l'Àfrica subsahariana la prevalença del VIH en les dones és del 8% i cada any que passa s'infecten 2 milions de dones més. Un 57% de totes les persones infectades pel VIH són dones i un 76% dels joves (de 15 a 24 anys) que viuen amb el VIH són noies. Això, sumat a l'escassa adopció de mesures efectives de prevenció i a la inexistència d'un tractament efectiu, per manca d'accés als medicaments, fa que cada any morin

de sida a l'Àfrica un milió i mig de dones i nens. Pobles i comarques senceres han desaparegut. La pandèmia és l'única cosa que ha frenat l'explosió demogràfica d'aquests països.

Hi ha una altra font de mort durant l'embaràs que sovint es passa per alt. Dels 42 milions d'avortaments provocats que es realitzen al món, prop del 80% es fan als països subdesenvolupats, 20 milions són il·legals i es practiquen en condicions sanitàries del tot inacceptables. Mentre que als països desenvolupats la mortalitat per avortament és de 0,6 morts per cada 100.000 avortaments, al tercer món moren de 100 a 600 dones per cada 100.000 avortaments (10), és a dir, 400 vegades més. A aquestes dades cal afegir l'alt percentatge de dones que queden amb discapacitats físiques definitives.

Però, el drama d'una mort materna va més enllà de la tragèdia personal. Molts fills queden abandonats i malmesos: a la misèria cal sumari l'orfandat (11).

Per als nadons, i en general als nens i nenes de menys de cinc anys, les coses no els van molt millor (11-15). A Somàlia, per exemple, moren 200 de cada 1.000 nounats. La mortalitat perinatal és també elevadíssima en països com ara Mali (120 per mil) o Perú (160 per mil). De fet, les taxes nacionals de mortalitat perinatal, neonatal i infantil no estan ben establertes, ja que generalment els nens que neixen morts no es registren (i els que neixen vius a vegades tampoc). En conjunt, la mortalitat perinatal a l'Àfrica és del 100 per mil, i la d'Amèrica Llatina del 90 per mil. Això significa moltíssim més que la mortalitat perinatal a casa nostra (12-13), que en aquest moment és de l'un per mil. La bona notícia, per fi, és que en alguns països d'Amèrica Llatina, els darrers anys la mortalitat perinatal ha passat del 56,2 per mil al 17 per mil (13). El fet és, però, que cada any al voltant de 3 milions i mig de nens neixen morts i 4 milions més moren durant les primeres quatre setmanes de vida.

Es desconeixen les taxes de minusvalidesa mental atribuïble a causes perinatals en aquests països, però si es considera la regla que per cada mort perinatal per asfíxia es produeixen entre 2 i 3 minusvalideses mentals, pot teoritzar-se que la xifra ronda entre el 10 i el 15% dels nascuts vius. Però a més, entre el 20 i el 30% de tots els nens i nenes moren abans dels 5 anys. Catorze milions de nens moren cada any víctimes de malalties perfectament evitables mitjançant la vacunació (xarampió, tètanus, etc.) o la higiene més elemental. Cada minut moren 30 infants per manca d'aliments, aigua o assistència mèdica (40.000 morts diaris). Cada 30 segons mor un nen a l'Àfrica de malària, una malaltia que mata al món un milió d'infants l'any (el 90% a l'Àfrica). La malnutrició i la pobresa en general són la base de la majoria de malalties sofertes per la població infantil del Tercer Món. Per això el percentatge de nadons amb «baix pes» és 10 vegades més gran que a Europa (12).

L'explosió demogràfica, sense la contrapartida d'un desenvolupament econòmic equilibrat és una amenaça evident per a tots. Cada tres segons neix un nadó. En molts països de l'Àfrica la mitjana de fills és de 7 per cada dona. A l'Amèrica Llatina la situació és semblant: entre el 34% (Amèrica del Sud) i el 38% (Amèrica central)

dels parts corresponen a dones adolescents (menys de 20 anys) i el nombre de fills per dona és altíssim (14). Es calcula que al 2.050 serem 9.000 milions d'humans sobre el planeta Terra, un planeta Terra súper contaminat i ecològicament malmès, dels quals 3/4 parts dels habitants viuran en països subdesenvolupats. Em temo que la Dra. Eulàlia Capdevila, metgessa i patòloga de la qual ens parlava el Prof. Bombí en el seu excel·lent discurs d'ingrés com a Acadèmic Numerari d'aquesta corporació, patirà, com a conseqüència d'aquesta greu situació planetària, freqüents mals sons.

I tot això no és fruit de la fatalitat o dels desastres naturals, sinó que és perfectament evitable. Es considera que del 60 al 80% de les morts maternes i infantils es podrien evitar simplement millorant una mica les condicions socioeconòmiques i també culturals dels països poc desenvolupats (16-17). Així, per exemple, gairebé la meitat de les morts maternes es podrien evitar si s'aconseguís amb un gest que ens pot semblar banal, que les persones que atenen els parts es rentessin abans les mans. Cal fomentar la formació d'agents de salut comunitaris, fer més efectiva i assequible, la xarxa assistencial de cada país, però sobre tot millorar les condicions polítiques i socioeconòmiques que perpetuen les desigualtats entre diferents regions del planeta. Però els objectius de la ONU-OMS es van demorant una vegada i una altra. Durant els dos darrers decennis del segle XX se'ns insistia que al 2000 hi hauria salut per a tothom. Quan va quedar clar que això no s'aconseguiria, els «sanitaristes de saló» es van afanyar a fixar els «objectius del mil·lenni: abans del 2015 ha de reduir-se en 3/4 parts la mortalitat materna i en 2/3 parts la mortalitat infantil». I tothom, amb un esperit acrític sorprenent, fa veure que s'ho creu sense plantejar-se quines són les raons profundes del problema. I obliden massa fàcilment que els compromisos dels nostres governants molt freqüentment se'ls endú el vent. I amb tots els respectes crec que aquest drama no es pot considerar, com fan personalitats molt influents del nostre entorn mèdic, com el segon problema de la salut pública del món, situant com a primer, el d'allargar la vida fins a 125-150 anys al primer món (18). Això és un insult al tercer món i a la nostra sensibilitat.

Si ens preguntem quines són les causes d'aquestes inacceptables diferències, se'ns en poder acudir de ben diverses: la inestabilitat social i política de molts d'aquests països, la corrupció, un desenvolupament cultural inadequat, els continus conflictes armats, la violència ètnica i de gènere, els fonamentalismes, el dèficit de recursos... Tot això és veritat, però no podem deixar de banda que en el rerefons de tot això hi ha la pobresa i la misèria, sovint conseqüències de l'espoliació colonial que aquestes societats han patit durant segles (19-20). I s'oblida, massa sovint, que el primer i fonamental terrorista és la fam.

I què podem fer? Promoure els drets humans? Reclamar justícia per a aquests països? Afavorir l'aproximació cultural? Organitzar bé l'acollida dels immigrants? Tot això és important i fa molts anys que estem fent declaracions solemnes en aquest sentit, però no n'hi ha prou. És necessari que deixem de veure aquest problema com un

assumpte de caritat, un problema que en definitiva afecta gent que es troba lluny de nosaltres. Cal que, per raons simplement egoistes, el comencem a veure com a un problema propi. Recordin que Europa és el destí prioritari de la immigració. Imaginin per un moment que Europa és un vaixell, un vaixell vell i cada cop més ple de passatgers que gaudeixen d'un benestar evident, però cada cop més difícil de mantenir. A bord hi ha desencís i cada dia que passa més passatgers van més a la seva. La insolidaritat, els egoismes i la perpetuació de diferències insostenibles malmeten la fraternitat.

Però, a més d'aquesta gent que va a bord d'aquest vaixell que es diu Europa, hi ha una altra Humanitat amb molts més problemes, molt més importants i que ni tan sols viatja a bord del vaixell. Una humanitat amb l'aigua al coll tot lluitant per no enfonsar-se definitivament i malvivint amb les sobralles que els llencen des de la coberta. Només uns quants, encara que sembli una paradoxa, molt pocs encara, es juguen la vida i aconseguen enfilar-se i arribar a la coberta (19).

Però, fins quan durarà això? Fins quan serà possible que els qui s'enfilen trobin un lloc, encara que sigui a la intempèrie, a la coberta del vaixell? Mentre els qui piloten el vaixell estan enfeïnats amb els seus negocis de sempre, els qui són a l'aigua són cada cop més, estan més desesperats i comencen a organitzar-se per a l'abordatge. I, algú pot tenir dubtes encara, que aquest vaixell, envoltat i assetjat per persones com nosaltres però famèliques i desesperades, pot aguantar gaire sense enfonsar-se si no fem tot el que hem i podem fer?

I què és el que hem de fer? Primer posar ordre dins del vaixell, pressionar a qui marca el rumb i canviar el model de solidaritat (21). No podem seguir fent de bombers i simplement dedicar-nos a apagar focs quan els desastres ja són inevitables. Hem de donar la volta a la situació sensibilitzar a la població i pressionar de totes les maneres possibles als qui governen i als qui manen (que no sempre són els mateixos). Cal millorar, i no només apedaçar, la situació socioeconòmica d'aquestes països. Se'ls ha de dir «no us mogueu de casa perquè com a casa enlloc. Nosaltres us ajudarem. Us ajudarem a guanyar-vos la vida, us ensenyarem a pescar, però després haureu de fer-ho vosaltres i tirar endavant». Per un sentit de supervivència, els països del nord i d'occident que han fonamentat la seva prosperitat en l'explotació del sud i de l'orient hauran d'invertir ara el seu comportament i ajudar aquests països de forma activa. Hem de poder controlar el procés inevitable de la deslocalització, i hem de viure una miqueta menys bé (aprofitant més, llençant menys), i estreneu'ns el cinturó si convé, per tal que ells puguin viure una mica millor i perquè les mares i els nens no es morin per la manca dels recursos més elementals. Si no ho fem així, si simplement insistim a fer una globalització de botiguers, el fracàs està servit. Lamentablement, en aquesta albada del segle XXI, plena de llum però també d'ombres espesses, no hi ha temps per a la reflexió. El que és urgent, la cultura de la immediatesa, ens impedeix ocupar-nos del que és veritablement important, però potser hauríem de parar-nos tots una mica a la vora del camí, reflexionar sobre el que està passant, recordar que hi ha una sola espècie humana, que tots

som germans i fills de Déu (se l'invoqui amb un nom o amb un altre) i que no és possible ignorar per més temps la crítica situació del tercer món. No hi ha dubte que la nostra condició de metges, que ens obliga a ajudar la gent, i la nostra condició d'acadèmics, que ens porta a la reflexió i a l'assumpció de la veritat i la raó, han de ser claus per cercar un futur millor. Perquè un altre món, més humanitari, més just, amb més calidesa humana, més afecte, i molta més comprensió i solidaritat, no en tinc cap dubte, encara és possible. Moltes gràcies.

BIBLIOGRAFIA

1. Das Gupta M. i Adetunji J.: *Women and Mortality Trends*. A: Women in the Third World. Pàg. 148-156. Editat per N. Stromquist. Garland Publish., Nova York, 1998.
2. Fathalla M., Rosenfeld A., Indriso C., Sen D., Ratnam S.: *Mortalidad Materna*. A: Salud Reproductiva. Aspectos globales (FIGO, Manual de Reproducción Humana) Editat per M. Fathalla et al., Barcelona. Edika Mod SL. 1990, 3(5): 85-104.
3. Fortney J. A., Smith J. B., Bailey P.E.: *Maternal Mortality in Developing Countries*. A: Textbook of Perinatal Medicine» (pàg. 2.703 – 2.712). Editat per A. Kurjak y F. A. Chervenak. The Parthenon Publishing. Londres, 2006.
4. Aboozahr C., Wardlaw T.: *Maternal Mortality in 2000*. Estimacions realitzades per WHO, UNICEF y UNFPA, Ginebra, 2003.
5. Benagiand G., Thomas B.: *The Goals of Safe Motherhood*. A: "Textbook of Perinatal Medicine" (Pàg. 2.716 – 2.728). Editat per A. Kurjak y F. A. Chervenak. The Parthenon Publishing. Londres, 2006.
6. Waaldijk K.: The Immediate surgical management of fresh obstetric fistulas with catheter and/or early closure. International Journal of Gynaecology and Obstetrics. 1994, 45:11-16.
7. Hilton P., Ward A.: Epidemiological and surgical aspects of urogenital fistulae: a review of 25 years' experience in southeast Nigeria. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct. 1998;9(4):189-94.
8. Hilton P.: Vesicovaginal Fistulas in Developing Countries. A: "Textbook of Perinatal Medicine". (Pàg. 2.725 – 2.741). Editat per A. Kurjak y F. A. Chervenak. The Parthenon Publishing. Londres, 2006.
9. ONUSIDA/OMS: Situación de la epidemia de SIDA: 2004 (ISBN 92-9-173392)
10. INDUCED ABORTION. A world review. 1990. Family Planning. Perspectives. 1990; 22 (2): 76-89
11. Costello A.: State of the World's Newborns. Save the Children Fund., 2001.
12. Kurjak A.: Perinatal Problems in developing countries. Lessons learned and future activities. A: Maternal and Infant Health (Pàg. 11-14). Editat per WAPM. i MATRES MUNDI.
13. Woods D.: *Perinatal Health in Africa: Neonatal Aspects*. A: "Proceedings of the 5th World Congress of Perinatal Medicine". (Pàg 114-15). Editat per J. M. Carrera, L. Cabero i R. Baraibar. Monduzzi Edit., Bolonya, 2001.
14. Belizan J.M., Martínez G. i Capurro H.: Perinatal Health in Latin America. A: "Proceedings of the 5th World Congress of Perinatal Medicine". (Pàg 19-24). Editat per J. M. Carrera, L. Cabero i R. Baraibar. Monduzzi Edit., Bolonya, 2001.
15. Karchmer S.: Perinatal Health in Central America. A: "Proceedings of the 5th World Congress of Perinatal Medicine". (Pàg 19-24). Editat per J. M. Carrera, L. Cabero i R. Baraibar. Monduzzi Edit., Bolonya, 2001.
16. Laconde B.: Accords bilatéraux pour réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement. J. Gynecol. Obstet. Biol. reprod. 2000; 29: 234-236.
17. Tuzla Statement: World Association of Perinatal Medicine: History, organization and activities. Pàg. 343-344. Barcelona, 2005.
18. Fuster V.: El Progrés Biomèdic i el Futur: visió d'un Metge-Científic. Acte d'Investidura de Doctor Honoris Causa. Universitat Ramon Llull. Barcelona. Desembre 2005.
19. Carrera J. M.: Ser dona i no morir en l'intent. Conferència de clausura del curs acadèmic 2003-2004 de la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia (ACMGB), 22 de juny de 2004.
20. Leonard V.W.: *Women and anticolonial movements*. A: Women in the Third World (Pàg. 447-457). Editat per N. Stromquist. Garland Publish. Nova York, 1998.
21. Matres Mundi: Diez años de esperanza solidaria. Publicat per MATRES MUNDI-Espanya. El futuro de la Solidaridad, Barcelona, 2006.

El Racó de la Història

ELS DOMICILIS DE L'ACADÈMIA DE MEDICINA

Jacint Corbella i Corbella

Acadèmic numerari

Entre els papers antics de l'Acadèmia hem trobat un document fet pel doctor Lluís Suñé i Molist que porta el títol "*Datos o noticias históricas referentes a la casa que posee la Academia de Medicina en la calle de los Baños Nuevos número 9*". Són tres pàgines manuscrites en bona lletra. Tot i que les coses que diu són conegudes, però de manera dispersa, creiem que val la pena transcriure'l per posar a l'abast dels estudiosos actuals una informació que ha tingut poca difusió. El text manuscrit és en castellà, i ara en fem només la transcripció i traducció. Pel context creiem que està fet l'any 1913.

"DADES O NOTÍCIES HISTÒRIQUES REFERENTS A LA CASA QUE TÉ L'ACADÈMIA DE MEDICINA AL CARRER DE BANYS NOUS NÚMERO 9.

Els domicilis de l'Acadèmia en el segle XVIII van ser:

- *Des de 1770 al 1779.* En el domicili particular del Dr. Sanpots, i en absència d'aquest a la casa del doctor Güell.

- *Des de 1779 al 1788.* Una sala que li cedia l'Ajuntament, als baixos de les Cases Consistorials, prèvia petició.

- *Des de 1788 al 1789.* Unes sales de la capitania general, ofertes pel general Comte del Asalto, coneixedor que l'Ajuntament havia disposat que l'Acadèmia desallotgés la dependència de les Cases Consistorials.

- *Des de 1789, de març a setembre.* Traslladat a Madrid el Capità general, el seu successor no va voler més acadèmies a la capitania. De moment l'Acadèmia va allotjar-se en els domicilis dels doctors Pere Güell i Benet Coll.

Al segle XIX:

- *Des de 1790 a 1820.* Unes peces o sales de l'antic Palau dels Comtes, amb finestres i reixes al carrer de la Tapineria, i amb entrada per la plaça del Rei. En aquell temps l'edifici era conegut com "*la Inquisició*".

Per R.O. d'11 de setembre de 1789 S.M. va concedir en propietat i perpètuament, a l'Acadèmia una sala de l'esmentat Palau de la

Inquisició, de la qual va prendre possessió el 22 d'octubre de 1789, davant del notari Froch, el Governador D. Alejandro Arroyo de Rosas i el Capità d'Enginyers D. A. Estramiana.

- *Any 1821.* L'Acadèmia, descontenta del Palau de la Inquisició, va demanar al govern fer la permuta d'aquell local amb una de les cases de la Pròcura dels Cartoixans de Scala Dei, situada al carrer dels Banys, i per R.O. d'11 de setembre de 1821 es va accedir a aquesta permuta, doncs per la desamortització dels bens eclesiàstics aquesta Casa havia passat a l'Estat, i podia vendre-la, cedir-la o donar-la.

Des de l'any 1823 a finals de 1824. L'Acadèmia va perdre aquesta possessió i hagué de desocupar la casa perquè els monjos cartoixans de Scala Dei la van reclamar i el Rei va manar que es posés immediatament la plena possessió d'aquella casa.

Des de 1824 a 1835. A conseqüència d'aquest fet l'Acadèmia es va veure obligada a tornar a aixoplugar-se a la sala de l'antic Palau de la Inquisició.

Des d'octubre de 1835 fins a l'actualitat. L'Acadèmia va recuperar (a conseqüència del que es va acordar l'11 d'octubre de 1835, per la Comissió especial d'administració i recaptació de Monestirs i Convents suprimits a Catalunya), la possessió de la Casa sense interrupció ulterior.

Després d'un llarg expedient, una R.O. de 19 d'agost de 1850, va declarar ben feta la permuta i va manar que l'Acadèmia continués en possessió de la finca, i que quedés sense efecte la R.O. de 15 de juliol de 1843, per la que es disposava que l'Estat es tornés a fer càrrec d'aquesta.

El 1878, en ocasió d'unes obres de paleta, per les quals es va demanar permís a l'Ajuntament, aquest va reclamar els títols de propietat, i com que no hi eren, l'advocat senyor Manuel Duran i Bas va disposar que es fes un expedient de possessió, el qual es va fer en regla, quedant la finca inscrita en el Registre de la Propietat (foli 231 del llibre 308 d'Orient; Finca 2026, inscripció 2a, dia 27 de novembre de 1882).

El Sr. Duran i Bas (27 de març de 1879) va dir el següent:

«Tot i que la concessió de la finca l'ha obtingut l'Acadèmia per una finalitat concreta i determinada, com és la celebració de Junes, és indubtable que té el domini de la Casa, doncs la permuta es titol trasllatiu d'aquest dret i el tenia l'Acadèmia sobre una sala del Palau de la Inquisició. Més encara: la R.O. de 19 d'agost de 1850 va declarar que la permuta estava ben feta, després de constar en l'expedient que l'Estat havia rebut el preu en venda de la sala del Palau de la Inquisició. De manera que, encara que fos per una finalitat determinada, l'Acadèmia té el títol civil de domini sobre la finca. Amb tot això, al meu entendre, és convenient inscriure aquest dret en el Registre de la Propietat, 1er. Per evitar que en cap altra època en que hi hagi un canvi polític tornin a reproduir-se els fets de 1823. i 2n. Per a poder exercitat contra tercers si cal tots els drets inherents al domini, etc.»

(A conseqüència de tot això es va inscriure com s'ha dit més amunt)

Resum: Que l'Acadèmia té possessió d'aquesta casa, en el pis principal de la qual està instal·lada com a Corporació (amb l'arxiu al pis 2n. o últim) des de l'any 1835. Que la casa és vella i antiquada i petita. Que en aquests 78 anys, sovint hi ha hagut la necessitat de fer reparacions costoses, amb terres que s'esquerdaven bigues que es podrien, i juntes que no tancaven, etc. I tot amb amenaça de ruïna, a banda de que es tracta d'un local mesquí”.

Signa: **Lluís Suñé**, que era el secretari.

Per les referències el paper correspon cap a l'any 1913. Suñé va morir a les acaballes de l'any següent, 1914. L'Acadèmia va continuar en aquesta casa fins a l'any 1929, en que va traslladar-se al magnífic edifici que havia estat seu del Col·legi de Cirurgia, després de la

facultat de Medicina, de 1843 a 1906, i després abandonat fou un temps escola de mestres. Més tard es va cedir a l'Acadèmia de Medicina.

Lluís Suñé i Molist va ser el primer secretari “perpetu” de l'Acadèmia. Va ser un otorinolaringòleg molt destacat. Havia nascut a Barcelona l'11 de gener de 1852. Es va llicenciar l'any 1874 i ben aviat va ser metge de les Cases de Socors de Barcelona, durant uns pocs anys, de 1875 a 1881. Va ser un dels fundadors de “*El Laboratorio*”, que es juntà amb l'Acadèmia, formant l'Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques, de la que fou president l'any 1889.

L'any 1886 va ingressar a l'Acadèmia de Medicina, amb un discurs sobre “*Higiene del espíritu*”, amb resposta de Josep Cabot i Rovira. També va fer la lliçó inaugural de curs de l'any 1898, amb el tema “*El oído en sus relaciones con el organismo*”. Va tenir una activitat molt extensa com a ORL. Tenia una considerable facilitat per a escriure i amb el pseudònim de “*Emilio Solá*” va publicar una novel·la “*Misterios del Hospital*” que és un retrat de la vida mèdica del seu temps. Va ser secretari fins a la seva mort a Barcelona el 5 de desembre de 1914, quan tenia 62 anys. Va estar sempre en el vell edifici del carrer dels Banys Nous, que esmenta en aquest escrit. Va treballar molt amb els documents de l'arxiu de l'Acadèmia i va recollir amb la seva lletra de bona caligrafia i regular, un catàleg que es conserva en deu llibres. És l'index d'una bona part dels documents de l'Arxiu de l'Acadèmia, que encara avui és una font imprescindible per a conèixer molts aspectes de la nostra història.

També va ser el cap d'una nissaga que ha fet un llarg servei a l'Acadèmia. El seu fill, **Lluís Suñé i Medan** (1881-1967) va ser també ORL i acadèmic. Llicenciat el 1903, doctorat el 1904 amb un treball sobre “*Reflejos de origen nasal*”, ingressà a l'Acadèmia el 1923 i va ser vicesecretari des del 1926, secretari interí el 1935, fins el 1946 i secretari general de 1946 a 1963 en que fou substituït pel doctor Bel·larmí Rodríguez Arias.

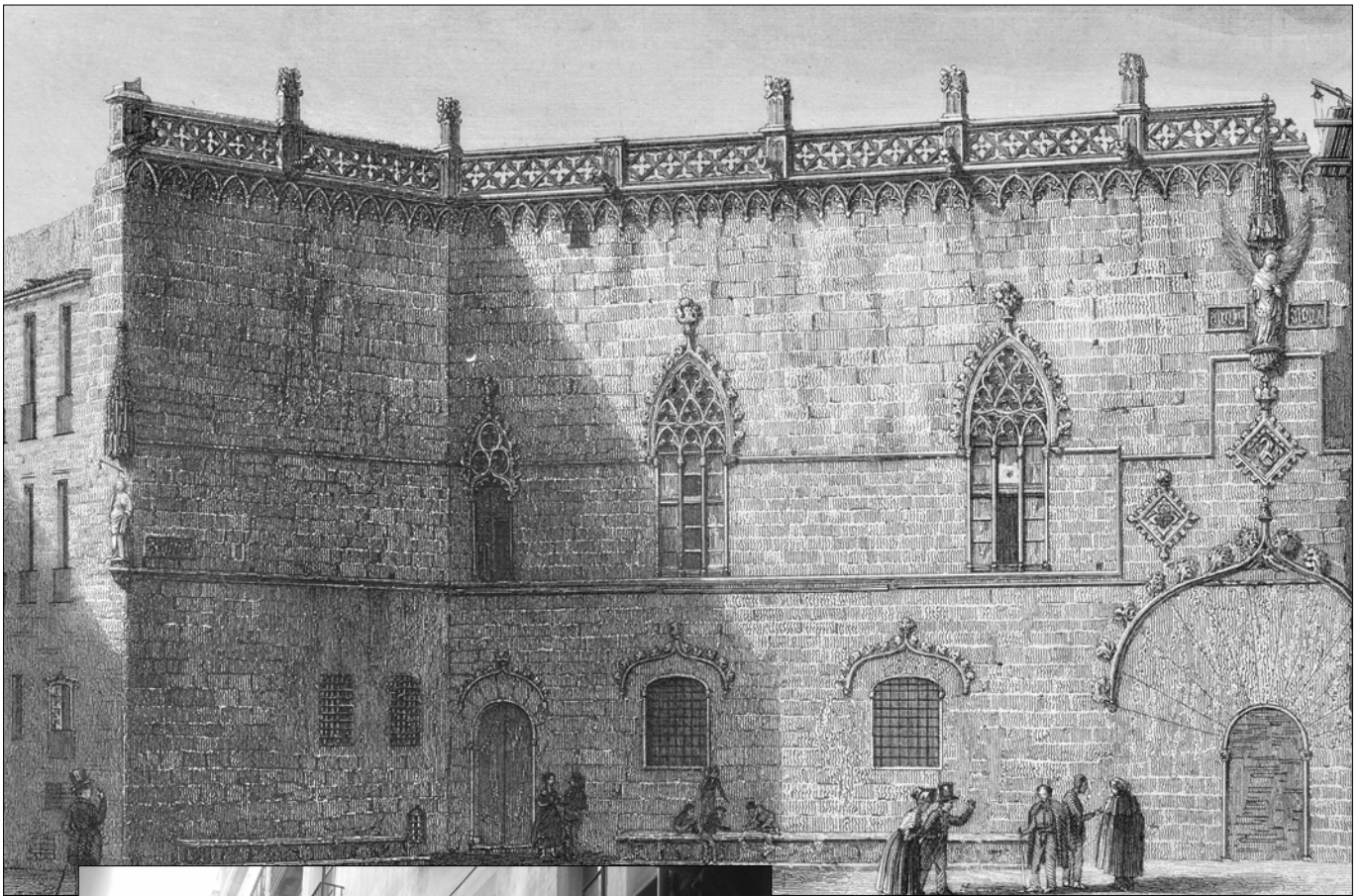
Genere de Suñé i Molist fou **Benet Olivé i Rodés**, farmacèutic, conegut principalment per ser l'iniciador d'una nissaga dedicada a les anàlisis principalment d'aigües i que encara és ben activa. Fou vicesecretari de 1910 a 1926 i tresorer de 1927 a 1963. Ingressat el 1908, morí l'any 1970, als 89 anys. El fill d'aquest, **Benet Olivé i Suñé**, nét de Suñé i Molist, (1905-1988), també farmacèutic, fou acadèmic afí des l'any 1965 fins a la seva mort el 1988.



1



2



3



4

1. Lluís Suñé i Molist
2. Lluís Suñé i Medan
3. Façana lateral de l'Ajuntament de Barcelona, seu de l'Academia Mèdico Pràctica de Barcelona al segle XVIII.
4. Imatge actual de l'antiga seu de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona situada al número 9 del carrer dels Banys Nous.

Necrològica

ANTONI TEJEDO I MATEU. In memoriam. (1932-2006)

Domingo Ruano Gil

Acadèmic numerari

La Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya m'ha encomanat la tasca, ben trista, de recordar la figura i personalitat del meu amic, volgut amic, el professor Antoni Tejedo i Mateu, que va morir el dia 15 de març de 2006, a conseqüència d'una malaltia ràpida i cruel. La meua tasca en aquest cas no és gens fàcil, pels problemes que planteja la valoració, amb l'objectivitat adequada, de les qualitats universitàries i humanes d'una persona amb la qual he conviscut durant quaranta anys, amb una perfecta, total i continuada harmonia. Des del punt de vista acadèmic recordo que vaig contactar de manera directa amb Antoni Tejedo el dia 2 d'octubre de 1966, quan ple d'il·lusions em vaig incorporar a la càtedra d'Anatomia Humana, descriptiva i topogràfica i Tècnica Anatòmica, de la facultat de medicina de la universitat de Barcelona. Aleshores ell ocupava el càrrec de professor ajudant de classes pràctiques, situació que era absolutament injusta. Així ben aviat, per la seva vàlua, dedicació i treball personal va ser nomenat professor adjunt, i després professor agregat i més endavant catedràtic d'aquesta matèria a la facultat de medicina.

Havia començat els estudis en aquest Facultat l'any 1950 i no la va deixar fins que complí l'edat reglamentària de jubilació el 30 de setembre de 2002, després de cinquanta-dos anys d'entrega plena. Per això es podria dir, en certa mesura, com es va dir del seu col·lega, l'escriptor rus Anton Chejov, respecte a la literatura, que tenia dues esposes: la legítima, Elvira, i la il·legítima: la facultat de Medicina i l'Anatomia Humana.

En el vell, i ara renovat, edifici del carrer de Casanova, el nostre amic, com la major part dels companys d'aquell temps, explicava que en el departament d'Anatomia Humana havia realitzat les tasques més variades, incloses les domèstiques, i se li podia aplicar la frase, atribuïda a Josep Letamendi *"A la sala de dissecció he fet tots els papers menys el de cadàver"*, que el meu antecessor a la càtedra, el professor Salvador Gil Vernet, repetia habitualment.

Aquesta formació en situacions ben adverses va anar forjant un professor dotat d'una sòlida capacitat docent, que venia cada dia a la seva cita amb els alumnes, experimentant aquest incomparable procés d'òsmosi intel·lectual que s'estableix entre el professor i l'alumne, per medi de la sovint denostada *"no classe magistral sinó del mestre"*, que no podrà desaparèixer mentre quedin en algun

lloc, més o menys amagat, algunes persones amb ganes d'adquirir coneixements i altres amb ganes de transmetre'ls. Com va dir, amb molt encert, Noam Chomski *"el professor, en una classe, representa gairebé el 100 % pel que fa a l'interès i efectivitat de la mateixa. Algunes teories postmodernistes no solament han matat a l'autor, en benefici del text, sinó al professor en benefici de l'alumne. Tots sabem que l'alumne és el gran protagonista, però sense professor no s'aprèn"*.

Però a més el professor universitari ha de contribuir al progrés de la matèria o ciència que ensenya. Antoni Tejedo també complia amb aquest requisit, doncs fou autor d'una tasca investigadora brillant sobre la morfologia i el desenvolupament de l'aparell urinari, el que li va permetre fer aportacions importants, que han quedat reflectides en la literatura mundial, sobre el reflux ureteral, les hidronefroses congènites no obstructives, les vàlvules ureterals congènites i la malaltia renal poliquística del nadó, tipus Potter I.

Amb tota aquesta tasca d'ensenyament i de recerca, la part més valuosa d'Antoni Tejedo eren les seves qualitats humanes. Era un home exquisit, un autèntic gentleman, com va explicar en el seu funeral, amb la veu tallada per l'emoció, el seu company de promoció i d'acadèmia, el jesuïta Francesc Abel. Tejedo era una persona seriosa, honesta, bondadosa, inaccessible a la maledicència, de lleialtat provada i amb una amistat que no es trencava, probablement perquè pensava, com Aristòtil, que l'amistat, com l'amor, són el més important de la vida.

Tenia a més una gran disponibilitat, i un fet ben admirable era la seva calma davant de les situacions adverses, el que li permeté fer front fins a cinc intervencions quirúrgiques abdominals en dos anys, sense que es modifiqués el seu caràcter, doncs Tejedo era, com deia el filòsof italià Norbert Bobbio, referint-se a aquesta qualitat, *"el tipus de persona que travessa la tempesta dels sentiments sense alterar-se, mantenint el seu capteniment i mesura"*.

Quan va arribar el moment va saber fer front, amb dignitat i resignació cristiana, al diagnòstic clínic d'una malaltia cruel, en la qual malgrat el progrés dels coneixements i els avenços tecnològics, el metge encara té poques armes i sent com el seu esperit és impotent quan ha de donar al seu malalt, en aquest cas un company i amic, un bri d'esperança, que el propi Antoni Tejedo, va tallar des del primer

moment amb una frase lapidària: *"Domingo, desenganyat, això s'ha acabat"*, essent plenament conscient que el seu rellotge biològic arribava al final del camí.

En aquesta actitud hi va tenir un paper de primer ordre, fonamental, la persona que des que es van casar es va convertir en el *"primum movens"* de les seves aspiracions, compartint penes i alegries, la seva esposa Elvira, l'amor de la seva vida, forta, valenta, abnegada, però també dotada de la sensibilitat fina necessària per a endolcir

i suavitzar el camí, ple de pedres i espines, que en pocs mesos el va portar al seu trànsit final. I així, recordant parcialment a Antoni Machado, podríem dir: tot passa i tot queda, la nostra tasca és passar fent camins, camins no sobre la mar sinó sobre la terra ferma, deixant una petjada permanent en tots els qui el vàrem conèixer. Amb aquest sentiment recordem també la sentència de Giacomo Leopardi, quan diu *"La capacitat de recordar ens salva de la desesperació"*.



Dr. Antoni Tejado i Mateu (1932-2006)

Necrològica

JOAQUIM TORNOS I SOLANO. In memoriam. (1918-2005)

Miquel Torner i Soler

Acadèmic numerari

Excm. Sr. President, Molts Il·lustres acadèmics, Senyores i Senyors,

És per a mi un trist deure, i a la vegada un privilegi, evocar la vida i l'obra del metge que va ésser un dels meus primers mestres i a la vegada un gran amic de tants anys.

El doctor Joaquim Tornos Solano va néixer al Tormillo, un petit poblet d'Osca el mes de març de l'any 1918. Van ser set germans, cinc nois i dues noies. Ell era el número 5. Tingué un altre germà metge, David, anestesista, que morí el 2002.

El doctor Tornos va estudiar a la Facultat de Medicina de Saragossa, brillantment, i obtingué el premi extraordinari de llicenciatura l'any 1944. Va ser alumne intern per oposició de la càtedra de Patologia Mèdica, i allí va començar la relació amb el professor Gibert-Queraltó, que se'l va emportar a Barcelona quan es va traslladar per ocupar la càtedra del professor Ferrer Solervicens l'any 1944. L'any 1947 va aconseguir la plaça de professor adjunt, que va ocupar durant catorze anys.

El professor el 1951 llegí la tesi doctoral, dedicada a l'estudi del mètode del blau d'Evans per a la determinació del volum sanguini. Va ésser confirmat i admès a la plantilla del cos de professors adjunts d'universitat. També va ser professor encarregat de l'Escola de Cardioangiologia de la Universitat de Barcelona i adjunt de la secció de Cardiologia del Consell Superior d'Investigacions Científiques.

L'any 1970 va ser professor encarregat de Patologia General de la facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona i catedràtic contractat per la mateixa universitat per un període de cinc anys, a partir d'octubre de 1971, i cap del departament de Medicina Interna de la Ciutat Sanitària Francisco Franco.

Va ser també Diplomata de Sanitat l'any 1950 i va obtenir els títols d'especialista de Medicina Interna i de l'Aparell Circulatori.

Les seves aportacions a la bibliografia mèdica són importants i quantioses. Va donar moltes lliçons i conferències i va publicar una cinquantena de treballs en revistes de medicina interna.

També va ser el professor encarregat de les matèries clíniques en l'antic ensenyament per a "Practicants", que aleshores durava dos anys i es feien classes al final de la tarda a la vella aula 7, que era annexa a la Càtedra de Fisiologia.

Joaquim Tornos i Solano explicava la medicina interna i Miquel

Molins i Benedetti la cirurgia i traumatologia. Era un ensenyament molt ben adaptat a les necessitats dels alumnes. Ambdós van deixar molt bon record com a professors. Ensenyaven amb eficàcia, sense excessos de lluïment, demostrant la seva experiència. A més tenien un tracte afable, proper als alumnes, sense marcar distàncies, fet no massa freqüent a la facultat dels anys cinquanta.

Ha estat president del Col·legi de Metges de Barcelona, en una època especialment conflictiva, després de la mort de Franco. Va succeir al doctor Lluís Trias de Bes, també acadèmic.

Destaquem entre les seves obres "*Nociones de Medicina Interna*" (1958) i "*Enfermedades del Aparato Circulatorio*".

A l'Acadèmia, l'any 1981 va fer el seu discurs d'entrada en aquesta Reial Acadèmia sobre el tema "*Reflexiones sobre la medicina y el ejercicio profesional en nuestros días*". El doctor Josep Laporte va fer el discurs de resposta i, entre altres coses, va comentar que avui entra a la Reial Acadèmia el doctor Tornos, un metge metge.

A l'Acadèmia hi va fer una tasca molt destacada. Ocupà el setial número 19, substituint al doctor Pere Domingo que havia estat president de 1971 a 1979. L'any 2002, seguint l'ordre d'antiguitat establert, va llegir la lliçó inaugural de curs, amb el tema "*La medicina que he viscut*". Va ser requerit per a fer la resposta al discurs d'ingrés de sis nous membres numeraris, que per ordre cronològic foren els doctors Jordi Sans i Sabrafen l'any 1989, Francesc Vilardell i Viñas el 1990, Jaume Planas i Guasch el 1993, Miquel Torner i Soler també el 1993, Miquel Àngel Asenjo Sebastián el 1995 i Francesc Domènech i Torné el 1998.

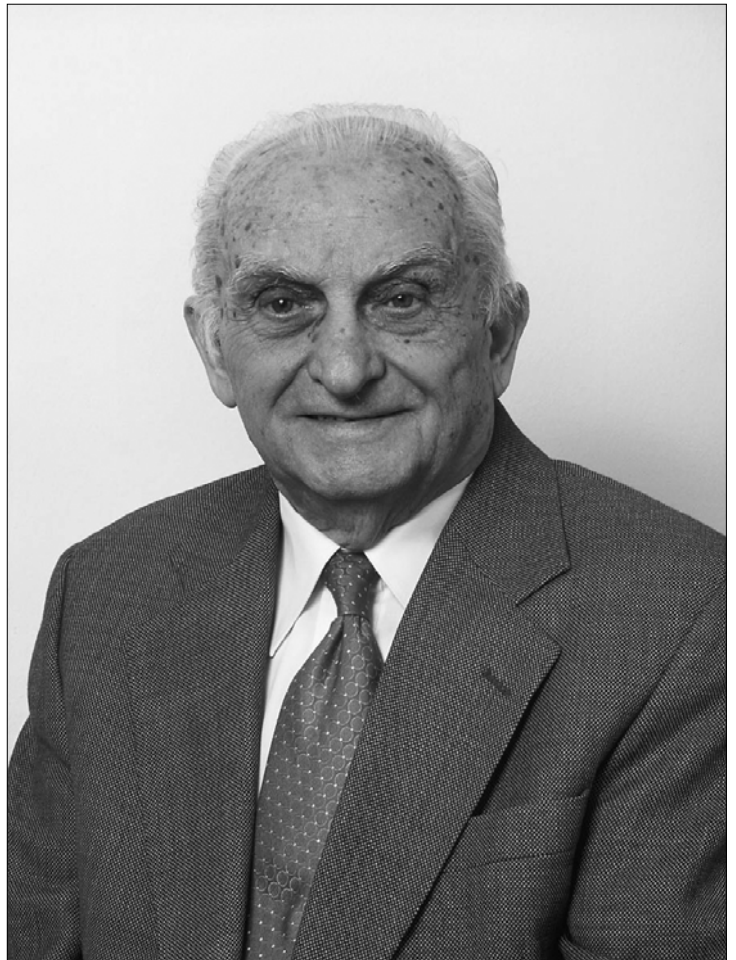
Fou membre molt actiu de la Junta de Govern de l'Acadèmia, ocupant el càrrec de secretari general, pel que fou elegit el 20 de desembre de 1983, substituint al doctor Bel·larmí Rodríguez Arias. Ho va ser durant catorze ans, primer amb el president Moisès Broggi i després amb Josep Laporte, fins el 1997. Després fou tresorer de 1997 a 2003, fins al final del temps del president Laporte. Sempre ha estat una persona de concòrdia a les Juntes de Govern, que per altra banda no eren conflictives, i ha donat un recolçament actiu a les iniciatives dels presidents. Durant molts anys Tornos ha estat un dels suports més sòlids de l'Acadèmia.

L'any 1950 es va casar amb Montserrat Mas, farmacèutica, que li va donar quatre fills, tots ells personalitats destacades en les seves

especialitats. Pilarín, la més gran, és cardiòloga i ha estat presidenta de la Societat Catalana de Cardiologia, i cap clínic i professora titular de cardiologia de l'Hospital de la Vall d'Hebron de Barcelona. En Joaquim és catedràtic de Dret Administratiu de la Universitat de Barcelona. Ha estat degà de la facultat de Dret i és president del Consell Consultiu de la Generalitat de Catalunya. El març de 2005 va llegir el seu discurs d'entrada com a membre numerari d'aquesta Acadèmia, amb el tema "*La investigació científica mèdica i el paper del jurista*". Li va donar la benvinguda, escrita, el professor Josep

Laporte, que havia finat pocs dies abans. Això va passar, a més, pocs dies abans de la mort de Joaquim, pare, que ja feia mesos que es trobava molt malament. Però l'entrada del seu fill a l'Acadèmia li feia una enorme il·lusió, i va ser la seva darrera satisfacció acadèmica. L'Enric va estudiar dret i econòmiques i és el director general de la Mutual Mèdica de Catalunya i de Balears, i en Joan Pau va estudiar dret i és soci del bufet Becerra.

Per acabar, Excm. Sr. President, molt il·lustres acadèmics, senyores i senyors, us prego que el tingueu present en les vostres oracions.



Dr. Joaquim Tornos i Solano (1918-2005)

VIDA ACADÈMICA

BUTLLETÍ INFORMATIU NÚMERO 8. INFORME DEL PRESIDENT AL PLE DEL DIA 12 DE JUNY DE 2007.

Aquest és el segon ple d'aquest any, corresponent al segon trimestre. Des de l'anterior ple del 20 de març hi ha alguns aspectes que cal comentar.

Baixes d'acadèmics. En primer lloc hem de lamentar, i demano que consti en l'acta el nostre condol per la desaparició de quatre acadèmics. El 28 de maig, va morir el doctor Josep Antoni Salvà, que era un dels acadèmics més antics i que havia dedicat més esforç a l'Acadèmia, des de llocs de servei diferents i sempre, com era ell, amb tot l'altruisme i disposat a fer el que se li demanés. Salvà va ser el president que substituï a Josep Laporte quan aquest va passar a ser president de l'Institut d'Estudis Catalans, el 2002. Va ser president durant mig any, fins que fou elegit, en el temps que tocava, el doctor Jordi Sans. No volgué ser candidat, tot i que se li va proposar, preocupat per la malaltia del seu fill Pau, i perquè creia que no era el seu moment. Anteriorment havia estat president de la Reial Acadèmia de Farmàcia, havia ocupat prou càrrecs de responsabilitat acadèmica, així el de degà de les dues facultats de medicina de Barcelona, la del Clínic i la de Bellaterra. També havia estat delegat provincial del ministeri de Sanitat, i per la seva signatura havien passat les ingents facturacions de la Seguretat Social. Tenia una amplíssima experiència en resoldre les situacions complexes, dominava bé l'ofici directiu, trobava les solucions adequades, i a més era un home per a posar pau. Havia estat membre de la Junta de Govern en diverses ocasions, amb els presidents Broggi i Laporte: vicesecretari des del 1983, i vicepresident en dues ocasions.

També, i en poc més d'un mes, ens han deixat tres acadèmics corresponents, els doctors Carles Oliveras de la Riva, neuròleg, que ho era des de 1952, el doctor Ramon Jordi González, farmacèutic, elegit el 1979, i Josep Maria Sánchez Ripollès, des del 1992, professor d'història de la medicina de la facultat de Reus, que fou president del Congrés d'Història de la Medicina Catalana de La Canonja, i bastant assidu a les nostres convocatòries mentre la malaltia li ho va permetre.

Places d'acadèmics. Numeraris: De les ja resoltes cal informar que el proper diumenge dia 17 ingressa el doctor Antoni Bayés de Luna, contestant-li el doctor Miquel Torner. Queda pendent el discurs d'ingrés del doctor Xavier Forn. Avui tindrem la votació per

una plaça de Ciències Fisiològiques. De la sèrie pendent encara en queden dues: la d'acadèmics afins, de la qual avui els informem de les propostes fetes en les reunions de les seccions, i l'última que avui proposem destinat a un acadèmic forani. Amb això acabariem un cicle.

Dels *acadèmics d'honor* avui es presenta la proposta recolzada en primer lloc pel doctor Joan Viñas, del professor Umberto Veronesi, del qual ja han rebut el curriculum, i que la Junta de Govern va aprovar de manera unànime. El doctor Veronesi, autoritat mundial en la terapèutica del càncer de mama, serà investit doctor honoris causa per la universitat de Lleida. A més va ser ministre de Salut del govern d'Itàlia els anys 2000-2001.

Acadèmics corresponents. Avui no van en l'ordre del dia. Hi va haver una reunió de la comissió nomenada, que ja té alguna proposta. Cal dir que per les deu places convocades per a metges no residents a l'àrea de Barcelona (regió sanitària 1), encara en queden algunes lliures i per tant podem pensar en algun altre candidat, millor si és de zones o comarques no representades a l'Acadèmia. En el cas dels afins no s'ha rebut cap proposta.

Acadèmics corresponents estrangers. Hi ha alguna proposta verbal, però esperem la presentació formal amb un curriculum.

Canvis a secretaria. Ara fa pocs dies la senyora Esperança Martí-Sensat, que exercia la funció de cap administratiu de la secretaria des de fa bastants anys, ha decidit de conformitat amb l'Acadèmia, demanar la jubilació parcial anticipada. Això significa que mantindrà una vinculació de sis hores setmanals que li permetrà seguir portant els afers econòmics, que coneix bé. Les altres funcions les farà la senyora Àngels Gallegos, que ja havia fet una substitució en la tasca de reordenació dels llibres de la biblioteca del segle XIX, que amb les obres havien quedat molt "esvalotats". Fa fer aquesta tasca amb eficàcia i discreció. Per a que la substitució de la senyora Martí-Sensat fos útil per a l'Acadèmia, en el sentit de costar pocs diners la nova incorporació, calia que fos una persona en situació administrativa d'atur i aleshores una part del seu sou és pagada per la Seguretat Social. I segueix la senyora Lourdes Ciuró, que s'encarrega del servei de la biblioteca. Tenim també en funcions de suport a l'Acadèmia al senyor Eduard Sánchez Casals que porta les tasques de la pàgina web i la senyora Cristina Aced que porta el gabinet de premsa.

Donacions. Tenim anunciada, i havia d'arribar avui, una donació important de llibres i fulletons, molts d'ells amb interès per la història

de la medicina catalana, que fa el doctor Josep Maria Calbet Camarasa, acadèmic corresponent. També hem fet l'acord, per ara verbal, d'intercanvi de llibres duplicats amb l'Arxiu Històric de Ciències de la Salut. Igualment preparem una cerimònia, senzilla, per rebre la donació de la biblioteca del doctor Bartomeu Robert, anunciada fa temps, i retardada més per culpa nostra (ara ja tenim una llibreria ben feta a la sala annexa a la presidència). Cal precisar la data amb el doctor Juli de Nadal, que és qui fa la donació.

Edifici. El president, personalment, tenia ganes d'acabar amb les obres i tornar a que fossin prioritàries les tasques habituals, però no sembla fàcil, perquè ens arriben algunes subvencions. La petició feta a la conselleria d'Economia, destinada a arreglar el pis de dalt, la segona planta, ha rebut una resposta positiva, per valor de més de 200.000 euros. He demanat al secretari general, doctor Ramon Trias, que sigui ell qui s'encarregui directament de la supervisió de les obres. El mateix doctor Trias els informarà, en el punt següent, d'un altre aspecte que pot ser important per a l'Acadèmia. També tenim prevista la dotació de l'estructura necessària per a poder utilitzar medis audiovisuals a la sala Gimbernat. Es tracta de dues pantalles de plasma, en principi de 63 polzades, col·locades en diagonal. El pressupost és bastant alt, en conjunt de més de vuit mil euros cadascuna, que es finançarien una amb fons de l'Acadèmia i l'altre per medi d'un sponsor que ja ha acceptat.

Revista. Ja ha sortit el número tercer de l'any 2005. Queden els tres del 2006, dels quals ja tenim el material. L'oferta que tenim de Doyma (denominació antiga, ara ha canviat), que la feia fins ara, continua essent molt alta. El doctor Solé Balcells ha trobat un pressupost molt més adient, i més si reduïm la tirada i distribució. Cal dir que un dels punts greus del finançament és la tramesa per correu. Si es fa una edició digital, amb tramesa per correu electrònic, la qual cosa és fàcil tant des del punt de vista tècnic com econòmic, es podria controlar més la despesa. Es mantindria la forma impre-

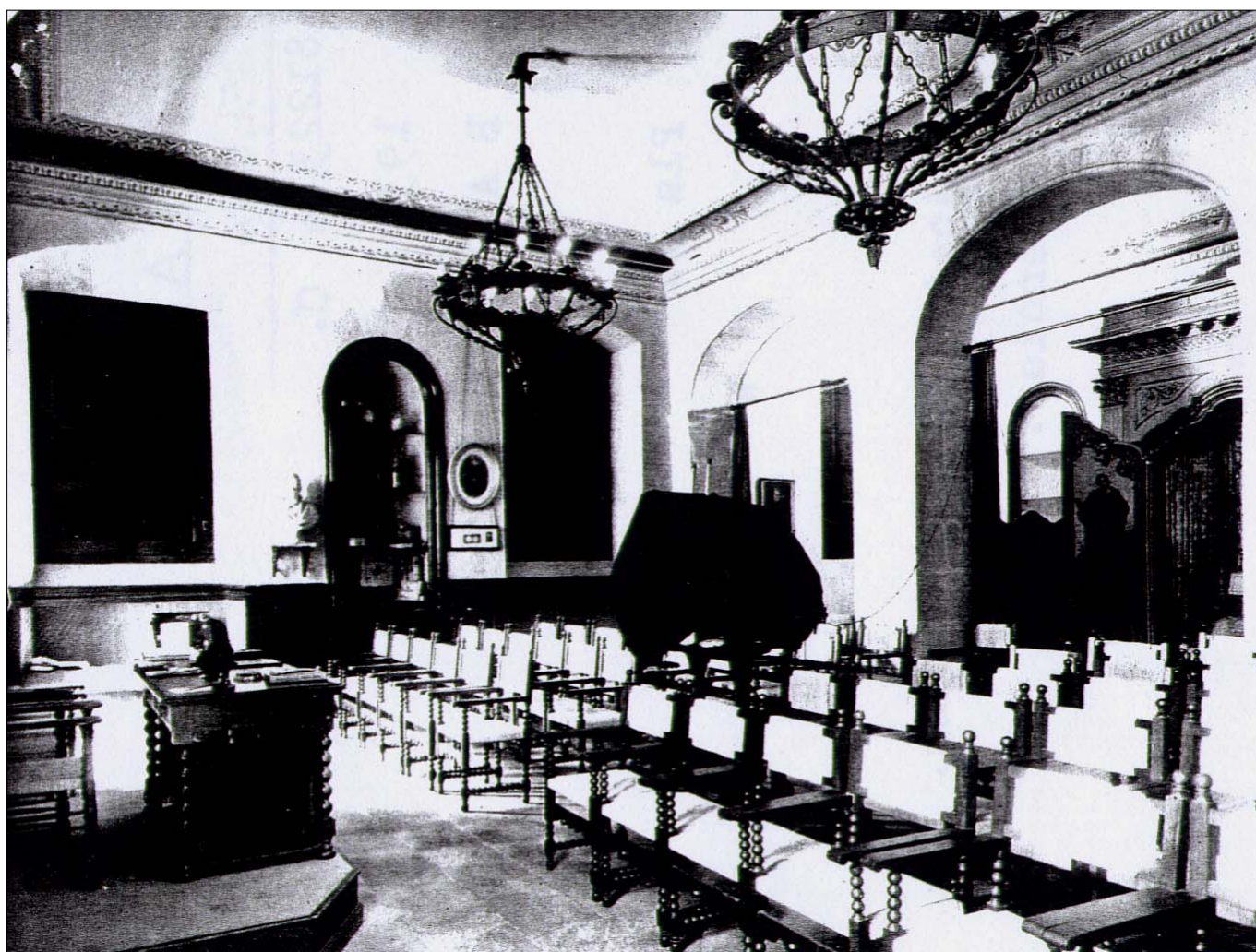
sa per a tothom qui ho demani i amb aquesta finalitat s'ha posat un petit full a la revista perquè ens l'enviïn tots els interessats en mantenir també el procediment antic.

Exposició: Igualment com succeí amb el centenari del Clínic, que es va fer una exposició amb quaranta plafons, i es va editar un llibre (Gimbernat sèrie Gràfica), repartit a tots els acadèmics, ara s'ha fet una nova exposició sobre el tema de l'Institut de Fisiologia. Es va posar primer a la facultat de medicina i ara s'ha baixat a l'Institut d'Estudis Catalans, on és a la sala Nicolau d'Olwer, a la planta baixa del pati central. Hi serà fins el divendres dia 15. És de dimensions més petites, té 26 plafons, i es vol donar idea del que ha significat l'Institut de Fisiologia, i l'obra del doctor August Pi Sunyer per a la medicina catalana. Recordem que Pi era el president de l'Acadèmia l'any 1929 quan es va restaurar aquest edifici i es convertí en la nostra seu.

Commemoracions. L'any que ve serà el del centenari del doctor Moisès Broggi, el nostre President d'Honor. L'Acadèmia no podrà deixar passar aquesta efemèride, l'any 2008, sense agrair al doctor Broggi de manera institucional i pública, molts aspectes de la seva vida, inclosa a més la seva dedicació a l'Acadèmia, de la que ha estat president actiu durant bastants anys, de 1979 a 1993, en que el succeí el president Laporte. Avui és probablement la personalitat més representativa de la medicina catalana. Recordem que el seu llibre *«Memòries d'un cirurgià»* en dos volums, ha estat un dels grans èxits editorials de les edicions catalanes dels últims anys. Entre altres coses estem preparant un audiovisual de l'Acadèmia. Els proposarem que l'any 2008 a l'Acadèmia sigui declarat *«Any del centenari del doctor Moisès Broggi»*.

Jacint Corbella I Corbella
President RAMC
 12 de juny de 2007

L'Arxiu Iconogràfic Històric de la Sanitat Catalana 'Gaspar Sentiñon'



IMATGE ANTIGA DE L'ACTUAL SALA RAMON TURRÓ. La tarima i la taula estaven en el que ara és lateral esquerre vist des de la porta d'entrada. En l'antic fons, on ara hi ha armaris amb llibres i el retrat de Turró, hi havia una abertura àmplia cap a l'actual secretaria, que estava ocupada per l'antic altar de la Pròcura de Scala Dei que venia de la casa del carrer dels Banys Nous.

(Fotografia: AIHSC - Fons RAMC)

La Fundació Pere Virgili dóna suport a la publicació de la Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

FUNDACIÓ PERE VIRGILI

Patrons Fundadors

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears
Banc de Sabadell
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
Fundació Dr. Antoni Esteve
Fundació Espriu
Fundació Mèdica Catalana
Fundació Puig
Fundació Uriach 1838
Nestlé España S.A.

Membres Honorífics de la Fundació

Almirall Prodesfarma S.A.
CETIR Grup Mèdic
Col·legi Oficial de Metges de Barcelona
Fundació Uriach 1838
Grup Ferrer Internacional S.A.
Grup Novartis a Espanya
Laboratorios Menarini S.A.
Laboratoris del Dr. Esteve S.A.
Química Farmacèutica Bayer S.A.

Protectors de la Fundació

Grup Bristol Myers Squibb
Laboratoris Astra
Laboratoris Fardí S.A.
Sanofi Winthrop S.A.