LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y LA PROTECCION MEDICO-SOCIAL DEL CARDIACO

DISCURSO DE RECEPCION

A LA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE BARCELONA

LEIDO POR EL ACADEMICO ELECTO

Dr. D. LUIS TRIAS DE BES GIRÓ

EL DIA 31 DE MAYO DE 1948

DISCURSO DE CONTESTACION

DEL

Dr. D. LORENZO GARCIA-TORNEL CARRÓS

ACADEMICO NUMERARIO

DISCURSO DE RECEPCIÓN

LEIDO POR EL

DR. LUIS TRIAS DE BES GIRÓ

Excmo. Sr.:

Ilustres señores académicos:

Los que con plena conciencia de nuestra determinación nos hemos adscrito al ámbito intelectual, sabemos perfectamente que la compensación material raras veces constituirá el justo premio a las constantes inquietudes de nuestro espíritu. Sin embargo, por una providencial e inmanente ley de equilibrio, los intelectuales hemos recibido del Supremo Hacedor unos dones cuya excelsitud sólo nosotros podemos gustar. En efecto, frente a las espectaculares ganancias materiales de los magnates de la fortuna, podemos oponer nosotros con ventaja el superior goce de las realizaciones estéticas y contra el frágil y aparatoso beneficio crematístico del agio y la especulación, enfrentamos nosotros la suprema satisfacción del deber cumplido, con la esperanza de alcanzar algún día el favorable refrendo moral que premie nuestro ahinco en las rudas luchas libradas en la defensa de la jerarquía del espíritu.

Felizmente para mí, tan honroso premio me ha sido generosamente otorgado al ser elegido para formar parte de esa ilustre y docta Corporación. De cuantos pueden aspirar a tan alto honor, es posible que yo sea uno de los más modestos, pero permitidme que me considere como uno de los primeros en estimarlo en lo que vale y en lo que significa.

Creo sinceramente que en mi elección habéis valorado mi único mérito positivo, cual es el de mi bien probada y ferviente devoción hacia esta Real Academia de Medicina, devoción que arranca de mis años estudiantiles, cuando impulsado por juvenil curiosidad o tal vez por una quimérica ilusión fuí ya un mudo testigo presencial de memorables sesiones académicas en vuestra antigua residencia de la calle de Baños Nuevos. Fué entonces, y de esto hace bastantes años, en que yo no era más que un insignificante estudiante de los últimos cursos de Medicina, cuando aprendí a admirar en vuestras sesiones científicas aquellas figuras prócer de la Medicina vernácula, Cardenal, Esquerdo, Fargas y tantos otros a quienes yo íntimamente rendía un cálido tributo de admiración casi taumatúrgica. Fué ya entonces,

en fin, cuando aprecié el alto honor de poder formar en vuestras filas, así como la elevada consideración científica que supone el ocupar uno de vuestros sillones académicos.

Bien puedo asegurar que entre las más ambiciosas e ingenuas ilusiones de mis tiempos juveniles descolló siempre, sobre toda otra inquietud, la de hacerme algún día merecedor de la investidura académica. Tan noble apetencia se robusteció aún más en el ambiente densamente intelectual del medio familiar, obra magnífica del que fué mi mejor maestro en vida y después de su prematura muerte; me refiero a mi padre, esclarecido varón de rectilínea conducta, que se llamó don Juan de Dios Trías y Giró, y que por espacio de varios años prestigió la cátedra de Derecho Internacional de la Universidad de Barcelona. Al lado de mi padre aprendí a estimar los más altos valores morales y fué él, y nadie más que él, quien imprimió indeleblemente en mi espíritu el supremo orgullo de pertenecer a la jerarquía intelectual, considerándola como una auténtica aristocracia. Al recordar la preclara personalidad de mi progenitor en el emotivo momento de recibir la investidura académica, le veo presente en espíritu junto a mí, asistiendo gozoso a una solemnidad de la que fué maravilloso precursor con su ejemplo y con sus enseñanzas.

* * *

Es de rigor, señores académicos, que en este reglamentario discurso sea llevado a cabo, por el académico entrante, un recuerdo póstumo del que, por inexorable ley de la vida, dejó vacante el sillón que hoy me está reservado. Es posible que en alguna ocasión este recuerdo tenga un sentido formulario; puedo aseguraros que, esta vez, mis palabras son pura *ex-abundancia cordis*. La selecta figura de don Francisco Soler y Garde, en su doble personalidad profesional y académica, será siempre recordada con respeto, lo mismo por aquellos que nos honramos con su amistad, como por los que, sin haberle conocido, sean sabedores por vía puramente informativa de la altísima calidad moral del que yo tengo el honor de suceder en esta Corporación.

El doctor Soler y Garde desarrolló todas sus actividades médicas dentro de la Sanidad Militar, en cuyo cuerpo alcanzó, por bien cimentados merecimientos, la más encumbrada jerarquía, el generalato. Dentro de la Medicina castrense, el doctor Soler y Garde formó siempre en el escogido grupo de los que supieron conservar y mejorar su formación médica, venciendo el estatismo a que propende la Medicina militar. Es por ello que sus trabajos científicos fueron numerosos y su actuación como excelente cirujano en el antiguo Hospital Militar de Barcelona altamente meritoria. Nada tiene de sorprendente, pues, que esta Real Academia le ofreciera espontáneamente, y sin él pretenderlo, la alta categoría académica.

Señalo este hecho porque, al lado de su sólida estructura médica, el doctor Soler Garde atesoró una cualidad nada común: la modestia. Su sencillez, su rectitud de intención, su limpia conciencia, hicieron de él la completa figura del caballero en el más amplio sentido de la palabra. Es mi deseo rendir en este momento un digno tributo a su memoria, y nada me ha parecido mejor que

reproducir aquí las mismas palabras con las que, el que fué eximio maestro de la cirugía patria, doctor Salvador Cardenal, saludó al doctor Soler Garde contestando a su discurso de ingreso en esta Real Academia.

Oigamos al ilustre doctor Cardenal: «Con ser muchos y muy valiosos los méritos que sitúan al doctor Soler Garde en un escalón especial y aparte de nuestra escala social y quirúrgica, destacan en él dos cualidades sobresaliente: el *culto fervoroso del honor* y la *modestia personal*. Si a pesar, pues, de su excesiva modestia, el doctor Soler y Garde ha llegado a donde ha llegado, y esta docta Corporación ha ido a buscarle y le ha propuesto espontáneamente como candidato a académico, sin pretenderlo ni solicitarlo el interesado..., ello prueba de un modo consolador y reconfortante que todavía, siquiera en estos centros casi privados, el mérito, por oculto que esté; la honradez y el honor indiscutible, acaban por imponerse, casi a despecho de sus mismos poseedores, y alcanzan el respeto y la admiración de todos los buenos y aun de muchos de los malos».

Permitidme, señores académicos, que estas elocuentes palabras de un contemporáneo tan destacado como fué el doctor Cardenal, cierren mi elogio póstumo a la relevante figura académica de mi ilustre predecesor.

* * *

Después del homenaje que acabo de rendir a la grata memoria de quien me precedió en el sitial académico, queda todavía subsistente en mí una obligación moral insatisfecha, y es la de testimoniar mi profundo agradecimiento a los señores académicos que un día propusieron mi modesto nombre para tan prestigiosa investidura y a todos aquellos que benévolamente me concedieron su voto favorable.

Pero en el terreno del agradecimiento, permitidme que reserve un lugar de especial predilección para uno de vosotros de quien no alcancé a obtener su sufragio por un imperativo cronológico, pero de quien recibo hoy el más preciado galardón al haberse dignado apadrinarme en esta solemnidad académica. Me refiero a mi entrañable amigo y por tantos motivos ilustre médico, doctor Lorenzo García Tornel Carrós. Con su inagotable cordialidad e impulsado — de ello no tengo la menor duda — por el gran afecto que me profesa, ha querido tomar parte bien destacada en este acto, contestando a mi mal hilvanado discurso con una magnífica producción literaria, con aquella erudición y galanura de estilo que le son peculiares.

Desde hoy queda acrecentada en desmesurada proporción la inextinguible deuda de gratitud que desde hace muchísimos años tengo contraída con el doctor García Tornel, quien con su ejemplar actuación profesional y sus alentadores estímulos, ha influído de un modo muy decisivo en el modelado de mi personalidad médica. Ello no podía ser de otro modo si se considera que nuestra amistad arranca ya desde mi condición de alumno interno, vinculada a la autoridad del médico de guardia, amistad que el rápido volar del tiempo ha consolidado con aquella firmeza que sólo es capaz de forjar nuestra íntima comunidad de ideas y sentimientos en todos los aspectos de la vida médica y social. La Pro-

videncia ha querido que durante los dos últimos decenios — bien agitados por cierto — de nuestra vida profesional, haya compartido con el doctor García Tornel culminantes momentos, favorables y adversos, capaces por sí solos de contrastar y afirmar la verdadera amistad. Y para que esta compenetración fuera más absoluta, en las constructivas jornadas de nuestra postguerra he tenido la gran fortuna de poder ser uno de los más adictos colaboradores del doctor García Tornel en su maravillosa y triunfal empresa de reorganización estructural y funcional del considerable y complicado mecanismo médico-sanitario del Ayuntamiento de Barcelona, al frente de cuya Tenencia de Alcaldía dejará con seguridad el doctor García Tornel un indeleble recuerdo de eficacia y acierto.

Aceptad, mi dilecto amigo, el fraternal testimonio de mi agradecimiento por vuestra aportación personal a esta solemnidad académica y tened la seguridad de que me siento profundamente feliz de que una vez más, hayáis compartido conmigo un gran momento de mi vida.

LA LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES CIRCULATORIAS Y PROTECCION MEDICO-SOCIAL DEL CARDIACO

El tema cuyo estudio someto a vuestra consideración, responde a una inquietud profundamente sentida por nosotros desde hace ya bastantes años y al cual hemos dedicado reiteradamente nuestra atención, tanto en el terreno profesional como en el bibliográfico.

En nuestra pasada y ya algo lejana actuación médica al servicio de una meritoria institución ciudadana, hoy desaparecida, el que fué Instituto de Orientación Profesional de Barcelona (actualmente reemplazado en sus funciones por el Instituto Psicotécnico de la Diputación de Barcelona), dimos ya a conocer por primera vez, en los Anales de la expresada Institución (año 1920), nuestros personales puntos de vista sobre un determinado y muy importante aspecto del problema que nos ocupa, cual es el de la correcta elección de las actividades profesionales en los jóvenes cardiópatas situados en la inminencia de emprender un oficio.

Nuestra insistente atención a tan sugestivo asunto cristalizó nuevamente en una comunicación sobre «La adaptación profesional del cardíaco», que presentamos al *I Congres International d'Enseignement Tecnique,* celebrado en Barcelona en el mes de mayo del año 1934. Un año más tarde, abril de 1935, publicamos en la revista profesional *Ars Médica* un artículo editorial en el que planteábamos en unos más amplios términos las variadas facetas que ofrece la «Protección social del cardíaco», y emitíamos la siguiente opinión: *Tenemos la convicción que no ha de tardarse mucho en estar perfectamente organizada una lucha médico-social, en la mayoría de los países civilizados, orientada a proteger al cardiópata, no ya sólo como enfermo, sino como factor humano susceptible de una rehabilitación social.*

Estas anteriores aportaciones personales al tema, que nos confieren probablemente una prioridad dentro de las iniciativas que sobre el particular se han desarrollado ulteriormente en nuestro ambiente médico nacional, no tuvieron, desgraciadamente, otro alcance que el que podía esperarse de un esfuerzo esporádico, bien intencionado y repleto de ambiciosos objetivos, pero al fin y a la postre, un esfuerzo aislado, condenado a perderse en el vacío; una voz más clamando en el desierto.

Hoy, nuestra incursión en el complejo terreno de la lucha contra las enfermedades cardiovasculares y en el complementario de la protección social del cardiópata, tiene la ventaja de desarrollarse en un momento particularmente oportuno, ya que nuestra disertación, honrosamente aureolada por el prestigio que le otorga esta ilustre y docta Corporación, coincide con un ostensible incremento de la atención médica en nuestra patria hacia el trascendental problema que consideramos. Abrigamos la esperanza de que, en esta ocasión, nuestro esfuerzo reporte una mayor utilidad para su conocimiento y resolución definitiva. Ha sido esta esperanza, unida a mi antigua devoción al tema, plenamente identificado con los postulados de la Sección de Higiene, a la que inmerecidamente me habéis adscrito como Miembro Numerario de esta Real Academia de Medicina, las ra-

zones fundamentales que me han impulsado a someterlo a vuestro docto juicio.

El tema que estudiamos es amplio y comprende dos aspectos igualmente importantes. Uno de ellos debe resolverse en el terreno de la Higiene Pública, esto es, en el de la lucha preventiva contra las enfermedades cardíacas y vasculares, mientras que el otro se desenvuelve en el campo de la medicina social, esto es, en el de la protección del cardiópata en los avatares de su azarosa existencia.

De hecho, este último aspecto, esencialmente benéfico y social, ha constituído casi siempre la primera etapa de las más afortunadas y completas realizaciones en la materia. En los Estados Unidos, por ejemplo, el primer jalón de la maravillosa organización actual referente a la prevención médico-social de las cardiopatías, se fundamentó en la filantrópica actuación llevada a cabo en el limitado terreno de una mera asistencia social, llevada a cabo por el *Social Service Bureau* del Hospital Bellevue de Nueva York, fundado y dirigido por el cardiólogo americano H. V. Guile en el año 1912. Igual suerte le cupo a la *Fundation Dike,* creada y dirigida por el profesor Vaquez en el año 1930 y cuya finalidad expresamente consignada en el artículo 1.° de sus Estatutos, se exponía de este modo: «La Asociación denominada «La ayuda a los cardíacos» (Fundación Dike), tiene por objeto organizar y hacer funcionar una obra de asistencia social a favor de los cardíacos, en colaboración con las obras de asistencia pública o privadas previamente existentes». En España, la meritoria obra impulsada y dirigida por el ilustre médico bilbaíno doctor Iriarte, con el título de «Fundación Vizcaya-Pro-Cardíacos», tiene como base los mismos principios altruistas médico-sociales.

Sin embargo, la correcta resolución del problema social del cardíaco sólo puede plantearse con acierto, a nuestro juicio, si no se procede a la vez a una complementaria y fundamental actuación en el ámbito de la higiene pública, concretamente orientada a la lucha eficaz contra la extensión de las cardiopatías, cada vez más manifiesta según se desprende de los modernos estudios estadísticos que oportunamente glosaremos. En efecto, no se comprende, dentro de un criterio rigurosamente científico, que la obra integral de gran categoría sanitaria representada por la lucha contra las afecciones cardiovasculares y sus funestas consecuencias sociales, puedan limitarse exlusivamente a la protección médica y social del cardiópata constituído, con descuido de la acción sanitaria eficientemente orientada a prevenir los morbosismos causales.

Partiendo, pues, de este doble punto de vista, estudiaremos el tema en sus dos grandes aspectos fundamentales, a saber:

A) El problema sanitario de las enfermedades circulatorias, en su aspecto preventivo, y

B) El problema médico-social del cardíaco constituído.

EL PROBLEMA SANITARIO DE LAS ENFERMEDADES CIRCULATORIAS SU FUNDAMENTO ESTADISTICO. SU PROFILAXIA

Se ha discutido, y se discute todavía por algunos, la realidad del problema de sanidad pública representado por los procesos cardiovasculares. Semejante escepticismo podía ciertamente justificarse en el momento en que otros patologismos de gran alcance médico-social, cual la tuberculosis, la sífilis y muy especialmente la mortalidad infantil, constituían apremiantes imperativos de la higiene pública; pero hoy, en que el rendimiento de las expresadas luchas médico-sanitarias se refleja ya de un modo definitivamente favorable en las más rigurosas estadísticas demográficas, surge con fuerza incontenible la obligación de orientar la bienhechora acción de la higiene hacia la patología cardiovascular que constituye en el momento presente un elevado factor ejecutivo de morbilidad.

Se ha insistido reiteradamente sobre el incremento de la morbilidad y mortalidad por causa cardíaca en los últimos decenios. Veamos hasta qué punto es ello cierto. Con objeto de llegar a una confirmación personal, nos hemos esforzado en recabar directamente de sus propias fuentes de origen las pertinentes informaciones estadísticas capaces de ilustrarnos con certeza sobre tan fundamentales elementos de estimación (1).

Así, por ejemplo, las estadísticas norteamericanas arrojan las siguientes cifras:

COEFICIENTES ESPECÍFICOS DE DEFUNCIONES POR EDADES EN LAS ENBERMEDADES DEL CORAZÓN POR 100.000 HABITANTES

(Tomado de las Tablas Estadísticas de Vida de los Estados Unidos, 1920-1944, Boletín del Gobierno, Wáshington, 1945)

	Todas edades	Hasta 1 año	1 - 4 años	5 - 14 años	15 - 24 años	25 - 34 años	35 - 44 años	45 - 54 años	55 - 64 años	65 - 74 años	75 - 84 años	85 años en adelante
1920	159,6	52,0	9,7	17,4	24,5	37,5	73,1	171,6	452,0	1200,9	2857,4	5214,4
1921	156,2	43,6	9,9	18,6	24,3	33,4	69,8	174,1	440,6	1166,7	2762,9	5172,8
1922	165,0	45,6	9,5	16,0	23,4	33,8	74,7	185,7	469,5	1249,6	2925,5	5735,0
1923	174,0	46,5	9,5	16,0	23,4	34,3	78,7	198,3	493,2	1273,0	3069,3	6103,6
1924	175,7	43,1	8,8	16,8	24,6	35,2	81,5	203,1	486,9	1261,9	3079,0	6076,5
1925	184,8	42,8	9,3	16,5	23,7	36,5	83,8	209,1	508,8	1319,8	3213,0	6745,7
1926	198,6	39,8	8,7	14,8	23,7	36,5	86,5	221,3	539,9	1419,6	3508,1	7238,9
1927	195,3	37,9	8,5	14,9	23,6	36,5	86,0	218,1	530,9	1390,2	3347,0	6825,0
1928	207,7	34,9	8,1	13,6	22,2	38,5	91,7	231,4	560,6	1484,5	3612,0	7267,1
1929	211,2	35,1	8,1	13,6	22,6	38,4	89,3	232,5	576,6	1495,6	3563,5	7105,9
1930	214,2	33,1	6,9	12,1	21,3	38,2	89,4	238,9	598,6	1493,9	3476,7	6680,9
1931	213,4	24,0	6,6	11,3	19,7	36,1	88,0	236,8	592,3	1453,5	3436,7	6554,6
1932	224,1	17,5	5,9	10,2	18,4	34,9	87,2	237,3	609,3	1510,4	3651,2	7136,2
1933	228,0	17,4	6,1	9,9	17,3	34,1	86,2	244,7	628,3	1523,0	3677,7	6926,9
1934	240,3	16,5	5,4	9,3	17,1	34,4	90,5	258,8	648,0	1562,6	3825,4	7291,0
1935	245,4	24,6	5,7	10,1	16,5	33,1	89,5	254,8	646,9	1570,6	3882,6	7399,2
1936	266,6	25,9	5,0	10,2	16,6	33,4	94,5	268,3	684,8	1655,3	4255,2	8112,7
1937	268,9	19,4	4,9	8,8	15,8	32,4	92,6	272,0	685,5	1643,2	4190,0	7894,0
1938	269,7	20,3	4,4	8,8	15,5	30,6	91,8	270,6	671,1	1639,1	4105,1	7640,0
1939	275,5	18,2	4,4	8,3	14,9	29,4	89,2	268,2	680,5	1638,2	4132,9	7945,7
1940	292,5	17,5	3,6	8,0	14,0	29,7	91,7	279,5	713,5	1723,5	4233,7	8313,0
1941	290,2											
1942	295,2											
1943	318,3											
1944	315,4											

(1) Los datos estadísticos que ilustran nuestro trabajo nos han sido directamente facilitados por la *American Heart Association*, de los Estados Unidos, por la *His Majestiy's Stationary Office*, de Londres, y por el Negociado Municipal de Estadística de Barcelona, a cuyo departamento y muy especialmente al culto funcionario señor Antonio Rodríguez, agradecemos cordialmente su colaboración.

El examen de las precedentes cifras pone de manifiesto el incremento de mortalidad por enfermedades cardíacas que de una manera incontenible tiene lugar en los Estados Unidos desde el año 1920 hasta 1944 y hasta qué punto debe valorarse el factor edad en el expresado incremento.

Las cifras expuestas, expresión relativa de un coeficiente (por 100.000 habitantes) no son más que el reflejo de unas cifras *absolutas* de defunción progresiva por cardiopatía; así vemos que en los Estados Unidos fallecieron 386.141 cardíacos en el año 1941; 394.915, en 1942; 426.391, en el año 1943, y 418,062, en 1944.

Las estadísticas inglesas exteriorizan un idéntico ritmo de mortalidad por causa cardíaca, según se desprende del último número publicado por la *Registrar-General S-Statistical Review of England and Wales*. De acuerdo con los datos consignados en dicha publicación oficial, que hemos consultado, resulta que la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Inglaterra durante el decenio 1935-1945, fué en *términos absolutos* la siguiente:

1935	114.855	1940	151.960
1936	124.252	1941	136.096
1937	127.485	1942	130.825
1938	129.421	1943	135.424
1939	140.440	1944	139.372
		1945	143.953

En España ha tenido lugar una curva igualmente ascendente en lo que atañe a las cifras de mortalidad por enfermedades cardíacas, expresada en términos absolutos y en porcentajes con relación al total de defunciones, del siguiente modo:

FALLECIDOS DE ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO
NÚMEROS ABSOLUTOS Y PORCENTAJES CON RELACIÓN AL TOTAL DE DEFUNCIONES

Años	Números absolutos	Porcentajes
1900	40.713	7,60
1901	40.713	7,87
1902	40.136	8,22
1903	39.284	8,35
1904	41.322	8,49
1905	42.072	8,56
1906	42.630	8,54
1907	43,282	9,17
1908	42.515	9,22
1909	46.856	10,04
1910	46.929	10,29
1911	47.389	10,16
1912	47.565	11,16
1913	49.380	10,99
1914	50.456	11,20
1915	51.052	11,28
1916	51.411	11,64
1917	55.304	11,87

Años	Números absolutos	Porcentajes
1918	62.089	8,92
1919	55.738	11,54
1920	54.059	10,93
1921	53.529	11,75
1922	53.145	12,04
1923	54.833	12,19
1924	54.003	12,54
1925	56.490	13,07
1926	55.176	13,11
1927	58.392	13,91
1928	55.844	13,52
1929	58.018	14,24
1930	56.608	14,35
1931	58.392	14,28
1932	58.682	15,09
1933	60.613	15,36
1934	60.794	15,63
1935	61.605	16,02
1936	62.132	15,02
1937	67.713	14,34
1938	77.216	15,92
1939	77.042	16,39
1940	68.634	16,15
1941	85.941	17,74
1942	69.773	18,14
1943	62.613	17,94
1944	63.600	18,40
1945	60.483	18,50

Las precedentes cifras, expresadas en coeficientes por 100.000 habitantes y comparativamente con los datos análogos referentes a los Estados Unidos, se exponen en el siguiente cuadro:

FALLECIDOS DE ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO
CIFRAS RELATIVAS POR 100.000 HABITANTES

Años	España	Estados Unidos de América
1920	257,7	159,6
1921	249,7	156,2
1922	245,2	165,0
1923	250,2	174,0
1924	243,8	176,7
1925	252,4	184,8
1926	243,9	198,6
1927	255,5	195,3
1928	241,8	207,7
1929	248,7	211,2
1930	240,2	214,2
1931	245,3	213,4

Años	España	Estados Unidos de América
1932	244,2	224,1
1933	249,9	228,0
1934	247,5	240,3
1935	249,2	245,4
1936	249,0	266,6
1937	268,8	268,9
1938	303,8	269,7
1939	300,4	275,5
1940	265,22	292,5
1941	335,15	290,2
1942	265,78	295,2
1943	236,23	318,3
1944	237,81	315,4
1945	225,12	

Las cifras correspondientes a los Estados Unidos forman una serie creciente sin apenas oscilaciones; las de España no presentan externamente al menos esta tendencia y sin embargo, su interpretación exacta es de este mismo sentido, como puede verse en el cuadro precedente en que las defunciones por enfermedades del aparato circulatorio se relacionan con el total general de defunciones, y en este caso los porcentajes forman claramente una serie creciente. La explicación es clarísima y debida al enorme descenso de la mortalidad general de España, que de 28'86 por 1.000 habitantes en 1900 pasa a 23'21 en 1920 y a 12'09 en 1945.

En España, al igual que en el resto del mundo, se ha producido en los últimos decenios el interesante fenómeno demográfico del descenso de la mortalidad general, tal como se expresa en el siguiente cuadro:

DATOS DEMOGRÁFICOS DE TODA ESPAÑA

NUMEROS ABSOLUTOS				NUMEROS RELATIVOS	
Años	Población	Nacimientos	Defunciones	Natalidad por 1000 habitantes	Mortalidad por 1000 habitantes
1900	18.594.405	627.848	536.716	33,76	28,86
1910	19.927.150	646.975	456.158	32,46	22,89
1920	21.303.162	623.339	494.540	29,26	23,21
1930	23.562.867	660.860	394.488	28,04	16,74
1940	25.877.971	627.303	424.399	24,24	16,40
1945	27.022.000	617.026	326.924	22,83	12,09

En efecto, la humanidad ha aumentado considerablemente su supervivencia en lo que va de siglo, aunque esta afirmación constituya para muchos una sorpresa si se considera que el hombre moderno, por su alimentación, por sus costumbres y por sus inquietudes económicas es un pésimo colaborador a la consolidación de tan alentadoras cifras estadísticas.

Mientras el promedio de vida humana estaba situado en los comienzos de siglo en derredor de los 50 años, actualmente es algo superior a los 60, de suerte que en medio siglo escaso, la vida del hombre ha ganado más de 10 años de promedio. Tan optimistas cifras se deben fundamentalmente a los formidables avances operados en el campo de la Medicina y de la higiene pública, al luchar

eficazmente en el tratamiento y en la prevención de tan grandes azotes morbosos como eran la mortalidad infantil, la tuberculosis y las enfermedades infecciosas en general. Igualmente han prestado una trascendente cooperación los grandes perfeccionamientos alcanzados en el campo de la cirugía.

Tan incuestionable mejoramiento del promedio de la vida humana ha dado lugar a dos consecuencias demográficas, de gran significado en lo que se refiere a la estimación de las cifras totales de mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Como resultado de la mayor supervivencia humana, se ha producido en el mundo un aumento de la población general. Este aumento global de la población humana es un hecho plenamente registrado universalmente. Claro está que tal incremento de población se ha conseguido a expensas de una mayor longevidad, esto es, por un aumento universal del número de viejos y no precisamente por un incremento de la natalidad que muy lamentablemente ha disminuído en todo el mundo. Ahora bien, la mayor longevidad humana lleva inevitablemente aparejada una segunda consecuencia, cual es una mayor extensión de aquellas enfermedades que podemos considerar como patrimonio de las edades superiores a los 50 años y entre las cuales destacan con mayor relieve las del aparato circulatorio.

De todo ello se infiere que el aumento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares es, en definitiva, una consecuencia de la mayor supervivencia humana, dándose con ello la curiosa paradoja de que el aumento de la mortalidad por cardiopatías, tan característica de nuestros tiempos, resulta ser un exponente real del mejoramiento de la salud pública y de la mayor longevidad del hombre. Este hecho paradójico aparece bien señalado en todas las modernas estadísticas en las que se observa cómo la curva ascendente de mortalidad por enfermedades circulatorias coincide con una curva descendente de aquellos otros procesos que fueron en otros tiempos dolorosamente ejecutivos para la vida del hombre. Reproducimos a continuación, como muy demostrativo en este sentido, el cuadro estadístico que entresacamos del libro de Stieglitz, titulado *A Future for Preventive Medicine,* en el que se señalan las defunciones por cada 100.000 habitantes de los Estados Unidos, comparativamente entre las más frecuentes enfermedades humanas.

	1900	1920	1940
Fiebre tifoidea	31,3	7,6	1,0
Sarampión	13,3	8,8	6,5
Difteria	40,3	15,3	1,1
Tuberculosis (todas las formas)	94,4	113,1	45,9
Cáncer (todas las formas)...	64,0	83,4	125,2
Diabetes	11,0	16,1	26,6
Parálisis general	7,4	5,8	3,4
Enfermedades circulatorias en general...	151,4	188,6	314,4
Enfermedades orgánicas del corazón	122,9	150,8	292,5
Pneumonia	152,6	82,2	25,2
Enteritis en niños menores de 2 años	115,9	43,4	7,6
Apendicitis	8,8	13,2	9,9
Nefritis (todas las formas)	88,7	88,7	81,5
Mortalidad puerperal (maternal)	13,4	19,0	6,7
Debilidad senil (senilidad en todas las formas) ...	50,2	14,2	7,7

En este cuadro aparece muy claro el contraste existente entre el descenso de la mortalidad por enteritis infantil, difteria, fiebre tifoidea y tuberculosis y el opuesto incremento de los procesos cardiovasculares.

Las estadísticas inglesas ofrecen las mismas características, como así lo atestiguan las siguientes cifras absolutas de defunción en Inglaterra:

Años	1935	1938	1942	1945
Enfermedades infecciosas parasitarias en general	49.692	42.772	38.268	33.453
Tuberculosis en todas sus formas...	28.489	25.539	25.143	23.464
Enfermedades del aparato circulatorio ...	114.855	129.421	130.825	143.953
Cáncer en todas sus formas	65.123	68.799	72.311	75.944

Por lo que respecta a España, podemos comprobar el mismo movimiento en sentido inverso de las curvas de mortalidad por afecciones cardiovasculares y cáncer, ambas en sentido ascendente, en oposición al sentido notablemente decreciente de las curvas de mortalidad por enfermedades infecciosas, tuberculosis, mortalidad infantil y otras.

Quinquenios	1901 - 5	1911 - 15	1921 - 25	1931 - 35	1936 - 40
Sarampión	12.546	6.157	5.035	3.289	2.505
Fiebre tifoidea	8.340	5.205	5.344	3.178	4.738
Enteritis infantil por debajo de los 2 años	44.889	44.334	49.419	33.628	30.289
Tuberculosis en todas sus formas	37.656	31.257	33.546	28.135	29.642
Aparato circulatorio	40.705	49.168	54.000	60.017	70.547
Cáncer en todas sus formas ...	8.453	11.089	12.531	16.538	16.750

La breve revisión estadística que hasta aquí hemos llevado a cabo y que por justificadas razones de espacio hemos limitado a los Estados Unidos, Inglaterra y a nuestra Patria como expresión efectiva de los mismos hechos registrados en las más diversas naciones, constituye una prueba fehaciente de la enorme importancia que reviste el problema de la mortalidad por afecciones cardiovasculares en los tiempos modernos. La consideración de este hecho, sugiere automáticamente la gran trascendencia que en un orden demográfico pueden tener cuantos esfuerzos se realicen en el sentido de disminuir o paliar en lo posible, la cuantía y los efectos de los procesos cardíacos. Es obvio que, si conseguimos disminuir el número de dichos enfermos, o conseguimos retardar el desarrollo de tales dolencias dentro del ciclo involutivo de nuestra vida, conseguiremos en un futuro no lejano un nuevo y considerable incremento de la longevidad humana.

Al apuntar este trascendental avance demográfico, creemos oportuno señalar el extraordinario interés que reviste la medicina geriátrica, esto es, la medicina orientada al estudio y tratamiento de la patología peculiar del anciano que, si antaño no pudo interesar dada la más limitada supervivencia humana, constituye actualmente un optimista y ambicioso objetivo, desde el momento que el número de los sesentones se acrecienta en todos los confines del globo terráqueo. Creemos que la patología cardiovascular es, con seguridad, el apartado morboso que con mayor atención debe estudiarse en el anciano y, por entenderlo así, hemos dedicado recientemente a tan importante capítulo patológico un estudio monográfico hecho en colaboración con Sánchez Lucas. Es de esperar que esta senda tenga continuadores.

BASES FUNCIONALES DE LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES CARDIO-VASCULARES

Para establecer sobre bases racionales una eficaz profilaxis de los procesos circulatorios, importa ante todo precisar la importancia ejecutiva de los mismos y la posibilidad de plantear aquélla sobre reales fundamentos etiológicos. Partiendo de estos puntos de vista, observamos que la máxima mortalidad por cardiovasculopatías tiene lugar preferentemente entre los 50 y 60 años, en cuyo período asistimos: a la cancelación final de cardiopatías reumáticas (afecciones valvulares y miocárdicas), al máximo desarrollo de las afecciones coronarias (angina de pecho e infarto del miocardio) y a la fase de acmé de los procesos arteriales (hipertensión, con sus consecuencias orgánicas y arterioesclerosis).

De consiguiente, toda actuación encaminada a combatir y prevenir eficazmente los patologismos circulatorios, debe orientarse hacia los grandes objetivos que acabamos de señalar.

Merece el primer puesto, por su superior capacidad morbosa, el *reumatismo poliarticular agudo*, o *fiebre reumática*. Este proceso infeccioso, febril, de ignota etiopatogenia, condiciona prácticamente toda la patología cardíaca del niño y es el responsable de un elevado contingente de cardiópatas en la edad adulta, cuya vida se extingue prematuramente, sin alcanzar las fronteras de la vejez. Paul White afirma, en su *Tratado sobre Enfermedades del Corazón*, que los enfermos de cardiopatía reumática sucumben, por lo general, a consecuencia de insuficiencia cardíaca, o de endocarditis infecciosa, en la tercera, cuarta o quinta década de la vida después de varios años, habitualmente 10 a 20 de incapacidad parcial y restricción de las actividades, y de pocos años, usualmente 2 a 5 de parcial o completa invalidez. Sin embargo, en algunos casos de lesiones pequeñas, si el sujeto es cuidadoso, afortunado, o ambas cosas, puede sobrevivir hasta una edad avanzada y morir a causa de otra enfermedad.

El reumatismo, y muy particularmente la fiebre reumática, ha de conceptuarse como una auténtica enfermedad social, cuya importancia depende no solamente del elevado número de inválidos que ocasiona, sino también porque esta invalidez se constituye ya, a expensas de la lesión cardíaca, en las edades jóvenes de la vida.

No nos es posible calcular, por falta de elementos estadísticos precisos, la enorme extensión que en España reviste la fiebre reumática. Podemos, sin embargo, afirmar, en términos generales, que es, junto a la tuberculosis, el proceso que mayores repercusiones ejerce en el futuro individual. En Norteamérica es considerada la fiebre reumática como uno de los máximos flagelos dentro de la patología infantil, y se la estima responsable, según E. F. Bland, del 95 por 100 de las lesiones cardíacas de la infancia. Por su parte, A. C. de Graaf afirma que en los Estados Unidos y en Inglaterra, el 0,7 por 100 de los niños en edad escolar sufren de cardiopatía, de suerte que sólo en Nueva York oscila la cifra total de

estos pequeños cardiópatas entre los 7.000 y 8.000. Por su parte, el argentino Lazarte ha señalado, en reciente trabajo, toda la importancia del rematismo como factor de cardiopatía en la República Argentina, y pone de manifiesto que sobre una población de 1.810.000 niños, existen 25.000 afectos de enfermedades de corazón por causa reumática y en el Ejército Argentino, el 7 por 1000 de los individuos jóvenes en edad militar están afectos de lesiones cardiovasculares. En nuestra Patria, el doctor Puente Veloso, que insistentemente se ha ocupado del problema en la provincia de Sevilla, señala un progresivo incremento de la morbilidad por fiebre reumática y de su casi obligada complicación cardíaca.

De todo ello se desprende la extraordinaria importancia que reviste el planteamiento de una amplia y correcta organización de lucha antirreumática como pieza fundamental de la gran lucha médico-social contra las cardiopatías. El valor de la profilaxia antirreumática como destacado factor de la higiene social ha sido plenamente estimado ya por muy diversos países, especialmente Norteamérica, Inglaterra y en los Países Escandinavos, entre los que sobresale Dinamarca, donde el estudio del problema reumático reviste notable amplitud bajo la dirección de una personalidad tan destacada en el mundo científico como es la del profesor Warburg.

Es de señalar, y de ello debemos tomar buena nota en España, que la lucha antirreumática, en la mayor parte de los países seriamente interesados en ella, está organizada y controlada predominantemente por los médicos cardiólogos. En Norteamérica, donde la lucha contra el reumatismo se halla perfectamente organizada, está dirigida por la *American Heart Association,* formando parte integrante de las grandes directrices del Programa que dicha importantísima Institución realiza en el ámbito médico-social de las cardiopatías.

No podemos silenciar las conspicuas dificultades que se oponen hoy por hoy a la plena consecución de los objetivos perseguidos en la prevención y lucha contra la fiebre reumática articular, desde el momento que no podemos asentarla sobre racionales bases etiopatogénicas. Es evidente que mientras subsista tan trascendental incógnita sobre la específica naturaleza infecciosa de la fiebre reumática articular, no tendrán una eficacia decisiva las actuaciones que se emprendan en un sentido estrictamente preventivo. Con todo, conocemos ya el papel real de diferentes factores que de un modo más o menos decisivo contribuyen a la eclosión de la enfermedad reumática, y no estamos tampoco faltados de unas posibles y eficaces tentativas terapéuticas. Como resultado de todo ello, es posible en el momento presente asentar la lucha contra el desarrollo de la fiebre reumática sobre los siguientes principios:

a) Limitar la propagación de la fiebre reumática, evitando el eventual contagio y combatiendo los procesos intercurrentes que facilitan o condicionan la infección (infecciones amigdalinas, agudizaciones respiratorias, infecciones dentarias, etc.).

b) Establecer un tratamiento precoz del reumático agudo dentro de las mejores condiciones asistenciales (saliciloterapia científicamente dirigida para obtener un suficiente y sostenido nivel de ácido salicílico en la sangre, según las modernas orientaciones de Coburn. Asistencia del enfermo reumático en clínicas *ad hoc*).

c) Control ulterior y por espacio de años del enfermo, con objeto de identificar precozmente los posibles brotes de reactivación reumática y establecer su inmediata yugulación por el tratamiento pertinente.

d) Combatir las precarias condiciones de vida de determinados sectores de la población infantil, especialmente en lo que afecta a la existencia de estados carenciales predisponentes (Hipovitaminosis A y D).

e) Correcto e ininterrumpido examen médico de las posibles secuelas cardíacas constituídas en el reumático, muy especialmente en el niño y establecimiento de normas de conducta bien orientadas de defensa de su capacidad cardíaca.

Existen, por lo tanto, amplias directrices médicas para la lucha contra la infección reumática tendentes a limitar su repercusión cardíaca. Lo importante es llegar a una efectiva coordinación de actividades médicas bajo un bien meditado y uniforme programa de acción. Tales actividades deben complementarse con otras no menos importantes actuaciones paramédicas, que muy acertadamente señala Puente Veloso en su excelente trabajo sobre «Organización de la lucha antirreumática y contra las enfermedades del corazón en la provincia de Sevilla» y que comprenden, en primer término, un severo estudio estadístico de la morbilidad y mortalidad por fiebre reumática y sus secuelas, que en todo momento sirva de orientación y pauta a los Organismos interesados en el problema; en segundo lugar, una comprensiva y bien estudiada campaña de divulgación entre el gran público profano que le permita comprender la gran magnitud morbígena de la infección reumática y sus graves derivaciones médico-sociales.

***

Después de la fiebre reumática, hemos de considerar, en términos generales, como otro factor de gran trascendencia etiológica dentro de la patología cardíaca, al amplio grupo de los *procesos vasculares* integrado por las *afecciones coronarias,* la *hipertensión* y la *arterioesclerosis*. Aun cuando podemos considerar a tales procesos como característicos de la edad madura y de la senilidad, por cuyo motivo llevan a *fortiori* impreso un visible sello de conformismo morboso, no por ello debemos renunciar a incluirlos dentro de los objetivos específicos del plan general de lucha contra las cardiopatías.

Si repasamos las más diversas estadísticas, podremos apreciar que el aumento de las defunciones por cardiopatía universalmente registrado en estos últimos años se debe fundamentalmente al progresivo incremento de la mortalidad a consecuencia de procesos de la circulación coronaria (angor pectoris e infarto del miocardio) y por enfermedad hipertensiva con sus secuelas (insuficiencia cardíaca, hemorragia cerebral y nefroesclerosis).

La información que a este respecto nos ha sido facilitada por la *Vital-Statistics-Special Reports,* vol. 25, núm. 5, de los Estados Unidos, pone de manifiesto unas cifras muy significativas sobre la mortalidad absoluta en dicha nación, según se trate de cardiopatía reumática o bien angina de pecho.

Año	Mortalidad global por causa cardíaca	Cardiopatía reumática	Por afección coronaria	Otros tipos de cardiopatía
1941	386.141	26.325	107.166	256.650
1942	394.915	25.296	113.636	255.983
1943	426.391	27.196	120.725	278.470
1944	418.062	25.539	124.493	268.030

Mientras la mortalidad por causa reumática se mantiene con ligeras variantes en el mismo nivel numérico, existe, en cambio, un ostensible aumento de la letalidad por procesos coronarios, la cual se refleja manifiestamente en la cifra absoluta de mortalidad por cardiopatías.

Tan acusado aumento de las defunciones por angina de pecho ha sido bien señalado por todos los cardiólogos. Claro está que tal aumento ha de estimarse como una de las resultancias de la mayor longevidad humana a que anteriormente nos hemos referido, ya que no debe olvidarse que la patología de las coronarias tiene especial predilección para el quinto decenio de la vida, pero podemos igualmente afirmar de un modo tajante que las cifras de defunciones por angina de pecho e infarto de miocardio se han incrementado en los tiempos modernos en términos absolutos y no como producto de una simple relatividad estadística. Una profunda visión retrospectiva de la historia de la patología humana nos demuestra hasta qué punto el hombre ha sido formalmente tributario, a través de los tiempos, de determinados azotes morbosos que marcan profundos surcos en la historia de la Medicina. Bien podemos decir sin temor a equivocarnos que el doloroso tributo actual a las afecciones del sistema vascular, y muy especialmente de la circulación coronaria, constituye un legítimo signo patológico de nuestra época.

Signo de los tiempos, de una época en que el hombre cada vez más triunfador del daño físico por las incesantes conquistas de la Medicina preventiva y curativa, busca afanosamente y con creciente inquietud una quimérica paz espiritual y económica. Señalemos muy significativamente que sean precisamente los médicos los profesionales que mayor tributo pagan a la patología coronaria. Hecho aparentemente paradójico, pero que es un fiel y doloroso exponente de nuestra lucha espiritual de cada día.

La lucha contra las enfermedades del corazón se nos presenta difícil, inoperante tal vez, cuando se la plantea desde el ángulo patológico que comentamos. Para actuar eficientemente en este sentido, para influir de un modo decisivo sobre el substrato neurovegetativo del hombre actual y sobre sus desbordados y anárquicos reflectismos vasculares, capaces de las más graves consecuencias patológicas, sería preciso modificar substancialmente el ritmo de la vida moderna, empresa harto difícil cuando este inquietante ritmo se halla condicionado a ineluctables y superiores imperativos biológicos. Ya que no podemos influir seriamente sobre los factores psíquicos que indudablemente gravitan sobre las reacciones vasculares patológicas, señalemos al menos algunas causas morbosas más asequibles a nuestra supervisión médica y que entran dentro de la categoría de los factores patológicos en cierto modo evitables. Como tales factores patogénicos vasculares nos referimos explícitamente a la sífilis, al alcoholismo, al tabaquismo y a las nocivas normas alimenticias permitidas a determinades clases sociales.

Este conjunto de factores causales, capaces incluso de otorgar una destacada predisposición del sexo masculino a favor de la patología coronaria, (hoy no nos atreveríamos a asegurarlo, ante la progresiva masculinización de los gustos femeninos), constituyen el único objetivo hacia el que puede dirigirse la profilaxia de la muy ejecutiva y cuantitativamente elevada patología vascular. Consignemos como elementos esenciales de esta empresa los siguientes aspectos:

a) Estudio y modificación, en lo que cabe, de los factores psicógenos alterativos. Posibilidad de llevar esta acción bienhechora al caso particular y, tal vez, a la pequeña colectividad.

b) Lucha contra el alcoholismo y las intoxicaciones crónicas en general, entre las cuales no debe omitirse el Tabaquismo.

c) Lucha antivenérea, con especial referencia a la sífilis.

Las normas de actuación han de regularse, como en el caso de la fiebre reumática, por concienzudas informaciones estadísticas y su planteamiento efectivo debe hacerse desde las organizaciones médicas adecuadas y debidamente apoyadas por una certera campaña de divulgación y propaganda que informe ampliamente al profano de la trascendencia que los factores apuntados tienen en el mantenimiento de la salud.

Resumiendo cuanto llevamos dicho, podemos llegar a la conclusión concreta que la profilaxia eficaz de las enfermedades cardiovasculares debe abarcar cuatro objetivos fundamentales, que por su decisiva capacidad morbosa han sido gráficamente expresados por Stone con el calificativo de «los cuatro jinetes», a saber:

La *fiebre reumática.*
La *vasculopatía coronaria y la hipertensiva.*
La *arterioesclerosis.*
La *sífilis.*

La adecuada estimación de tales objetivos desde el ángulo de la higiene pública, demuestra que la lucha preventiva contra las cardiopatías no puede afrontarse con éxito sin interferirla funcionalmente, y en cierto modo supeditarla, a otras grandes luchas sanitarias, como son la antivenérea y la antialcohólica. Todo ello le otorga una rara complejidad, no igualada todavía por otras grandes y bien resueltas batallas de la higiene moderna, que han podido desenvolverse con éxito dentro de límites más definidos.

ASPECTO MEDICO-SOCIAL DE LAS CARDIOPATIAS

La lucha médico-social contra las enfermedades cardíacas exige, al lado de los esfuerzos orientados en un sentido meramente preventivo, una obligada actuación en un sentido esencialmente social sobre el cardíaco constituído que le permita salvar del modo más favorablemente posible el doble conflicto médico y familiar que automáticamente se le plantea como consecuencia de su enfermedad.

Este aspecto médico-social de las cardiopatías reviste una magnitud nunca bastante ponderada, ya que la dolencia cardíaca no sólo afecta directamente al individuo por su estricta condición de enfermo, sino también a la colectividad social por las amplias repercusiones económicas a que aquélla da lugar. El cardiópata, en la vida social, suele estar profesionalmente emplazado con excesiva frecuencia entre dos situaciones equívocas. O bien se desenvuelve como un individuo en plena normalidad, con absoluto descuido de su estado patológico, bien por desconocimiento de su problema orgánico, o por una inconsciente estimación optimista del mismo, o por el contrario, se siente impulsado a comportarse como un auténtico inválido y vive agobiado por un injustificado fatalismo morboso. La traducción práctica de estas dos posiciones igualmente absurdas es siempre la

misma, esto es, la inhabilitación artificiosa en la vida social de un individuo con positivas posibilidades de un racional rendimiento profesional, a pesar de la existencia de su enfermedad cardíaca.

Deshacer este equívoco, afrontar el problema médico que cada enfermo de corazón plantea, estudiar la capacidad física de cada caso en particular y posibilitar en último término el encuadramiento social del cardiópata, constituyen los diversos matices de la gran función médico-social a llevar a cabo por las Organizaciones de lucha contra las cardiopatías y protección social del cardíaco. En una palabra, hay que hacer llegar hasta el cardíaco aquel conjunto de esfuerzos que a juicio de René Sand constituyen la esencia misma de la asistencia social considerada en su más amplio sentido, a saber: *asistencia preventiva* encaminada a evitar la intervención de factores desfavorables en su dolencia; *asistencia curativa,* orientada a suprimir o reducir el daño físico en la medida de lo posible; *asistencia paliativa,* que pueda compensar económicamente los desfavorables efectos sociales de la dolencia: *asistencia constructiva,* que permita una correcta utilización, o readaptación, de la capacidad física del cardíaco y su consiguiente rehabilitación social.

En el terreno de las realizaciones, la obra de protección social del cardíaco debe resolverse primordialmente en todos los casos como un fundamental problema médico. El primero y obligado eslabón funcional de tan meritoria empresa consiste en una amplia y perfecta organización médica, mejor dicho, especializada, que en perfecta coordinación de actividades y partiendo de normas de trabajo uniformes para tolos los centros interesados en la obra, se asista convenientemente y en todo momento al cardiópata en las vicisitudes que se susciten en el curso de su dolencia.

Esta primordial función de asistencia especializada debe desenvolverse a tenor de dos trayectorias perfectamente definidas, según se trate de un cardiópata con rendimiento físico prácticamente normal como consecuencia de una estabilización de su defecto lesional, o por el contrario, se trate de un cardiópata funcionalmente insuficiente, esto es, en situación de verdadero enfermo. En el primer caso la función médica pretenderá llegar al perfecto diagnóstico anatómico y funcional de la dolencia como base indispensable para el correcto encuadramiento físico del cardíaco. Asimismo, la expresada actuación médica deberá ejercer un sucesivo control del cardiópata al objeto de proteger el expresado equilibrio anatomo-funcional que prácticamente sitúa al individuo en condiciones muy próximas a la normal. En el segundo caso, en el del enfermo definitivamente constituído, la acción médica debe ser asistencial en el estricto sentido de la palabra y se orientará al tratamiento de la fase doliente y en cuanto sea posible intentará por medios terapéuticos la eventual recuperación física.

Es evidente que entre el simple concepto de normalidad funcional y el de enfermedad, existen amplias gradaciones de difícil estimación y cuyo adecuado conocimiento reviste gran importancia práctica en numerosos casos. Con perfecta conciencia de la necesidad de aquilatar en grado máximo las posibilidades físicas del cardíaco, con vistas a su adaptación profesional, el *Criteria Commitee of the New York Association,* ha formulado una tabla de valoración funcional, cuya aplicación se hace de un modo sistemático y uniforme en todos los centros médicos adscritos a la obra de protección médico-social del cardíaco. Para mejor información, reproducimos la indicada tabla en su formato original.

THE CLASSIFICATION OF PATIENTS WITH DISEASES OF THE HEART

Including patients with either organic cardiac disease or functional cardiac disorders

FUNCTIONAL CAPACITY

Class I	Patients with a cardiac disorder **without limitation of physical activity.** Ordinary physical activity causes no discomfort.
Class II	Patients with a cardiac disorder with **slight to moderate limitation of physical activity.** Ordinary physical activity causes discomfort.
Class III	Patients with a cardiac disorder with **moderate to marked limitation of physical activity.** Less than ordinary physical activity causes discomfort.
Class IV	Patients with a cardiac disorder **unable to carry on any physical activity without discomfort.**

THERAPEUTIC CLASSIFICATION

Class A	Patients with a cardiac disorder whose ordinary physical activity need not be restricted.
Class B	Patients with a cardiac disorder whose ordinary physical activity need not be restricted, but who should be advised against unusually severe or competitibe efforts.
Class C	Patients with a cardiac disorder whose ordinary physical activity should be moderately restricted, and whose more strenuous habitual efforts should be discontinued.
Class D	Patients with a cardiac disorder whose ordinary physical activity should be markedly restricted.
Class E	Patients with a cardiac disorder who should be at complete rest, confined to bed or chair.

POTENTIAL HEART DISEASE

Patients without heart disease, whom it is advisable to follow because of the presence or history of an etiological factor which might cause heart disease. In such cases the etiological factor should be stated

POSSIBLE HEART DISEASE

Patients with symptoms or signs referable to the heart but in whom a diagnosis of cardiac disease is uncertain.

Prepared by the Criteria Committee of the New York Heart Association

Adopted and Distributed by
AMERICAN HEART ASSOCIATION, Inc.
1790 Broadway, New York 19, N. Y.

Según la expresada tabla, los cardíacos se clasifican por su capacidad funcional y no por sus lesiones, criterio que estimamos muy acertado si tenemos en cuenta que el concepto funcional y lesional son frecuentemente discordantes en la práctica. Partiendo de la expresada estimación funcional, los cardíacos se dividen en:

I. Pacientes con perturbaciones cardíacas, sin limitación de su actividad física. De ordinario las actividades físicas no les producen perturbación.

II. Pacientes con alteraciones cardíacas determinantes de ligera o moderada limitación de la actividad física. Ordinariamente, la actividad física causa trastorno.

III. Pacientes cuyas perturbaciones cardíacas producen una marcada limitación de las actividades físicas. Cualquier actividad física inferior a la normal produce perturbación.

IV. Pacientes cuya lesión cardíaca incapaz de tolerar cualquier actividad física sin causar perturbación.

Asimismo debe señalarse en la citada tabla una interesante *clasificación terapéutica*, cuyo simple enunciado ya presupone la efectiva existencia de un desorden. Tal clasificación está igualmente concebida en un sentido funcional, esto es, teniendo en cuenta el grado de incapacidad patológica y su eventual recuperación mediante las oportunas normas terapéuticas.

Fácilmente se comprende que el criterio americano sobre la clasificación funcional de las cardiopatías responde a un acertadísimo punto de vista esencialmente realista y práctico, tendente a adaptar al cardíaco a la vida social en la medida de lo posible y a despecho de una probada deficiencia en el funcionalismo de su corazón.

A los efectos de su encuadramiento social y en relación con su capacidad de adaptación a los fines profesionales, es forzoso reconocer que existe una sensible diferencia de posibilidades por lo que respecta a la situación económica del cardíaco, ya que, en términos generales, el paciente pobre y de inferior condición social hallará mayores dificultades para su encuadramiento profesional que el paciente acomodado y con mayores facilidades para actividades sedentarias. Con razón afirma Araoz Alfaro que los cardíacos ricos pueden alcanzar una vida larga y relativamente tranquila, mientras que los pobres caen pronto y reiteradamente en la insuficiencia cardíaca, llevando una vida corta y dolorosa.

Por este motivo la obra social de protección al cardíaco ha de proteger con especial interés al paciente privado de medios de fortuna y para el cual su invalidez es doblemente dolorosa, para sí y para aquellos a quienes debe sostener con su esfuerzo profesional. Es precisamente partiendo de este punto de vista económico que el ilustre profesor portugués Joao Porto ha clasificado los cardíacos en relación con su particular problema médico-social en tres grupos principales:

a) Enfermos poseedores de medios materiales de fortuna suficientes para bastarse a sí mismos y a sus familiares. Tales pacientes quedan al margen de la obra de asistencia social al cardíaco.

b) Enfermos pobres o de modesta condición, susceptibles de una actividad profesional: éstos son todavía valores económico-sociales y deben constituir el principal objetivo de las obras de defensa médico-social del cardíaco.

c) Enfermos incapaces para el trabajo y con insuficientes recursos materiales. Tales cardiópatas no constituyen ya valores económicos, pero deben ser atendidos como valor social.

En sus líneas fundamentales, la obra médico-social de protección al cardíaco comprende dos grandes objetivos que se complementan mutuamente: uno de ellos es esencialmente médico, el otro reviste un hondo sentido social; así, pues, la perfecta estructuración de tan noble empresa implica la acertada conjugación de:

A) *Instituciones asistenciales de carácter médico.*

B) *Instituciones sociales que recojan y que analicen los resultados derivados de la actuación médica.*

A) Las instituciones médicas serán de carácter especializado y estarán integradas por: *a*) dispensarios o ambulatorios en los que el cardíaco reciba la primera asistencia médica y pueda ser ulteriormente comprobado, y *b*) por clínicas generales o especializadas, en las que el cardiópata reciba adecuada asistencia en sus fases deficitarias. En su asistencia médica inicial, al acogerse a los beneficios de la obra, el cardiópata quedará debidamente fichado desde el punto de vista de su capacidad física o profesional y quedará bien establecida su condición de enfermo absoluto, o por el contrario, su aptitud para unas determinadas actividades profesionales, compatibles con su defecto orgánico.

El encuadramiento profesional del cardíaco deberá hacerse después de un perfecto conocimiento médico del mismo y de acuerdo con unas *Tablas* en las que se clasifiquen las profesiones según el grado de aptitud en cada tipo cardiológico. Tales tablas, actualmente bien estudiadas en los distintos países, constituyen una garantía científica del rendimiento profesional del cardiópata, tanto desde un ángulo estrictamente económico (empresa), como también desde el fundamental punto de vista de la preservación de la salud individual.

Por nuestra parte, hemos venido estudiando desde hace años las posibilidades profesionales de los cardiópatas y hemos elaborado un esquemático *Cuadro de aptitud física* amoldado a los tipos de trabajo corrientes en nuestra Patria, y que podemos expresarlo del siguiente modo:

Profesiones absolutamente desaconsejables al cardíaco

a) *Todas las que comportan un excesivo esfuerzo físico:* industrias siderúrgicas y mecánicas, carpintería en todas sus formas, mineros, industrias de la construcción (albañiles, yeseros, estucadores, pintores), panaderos, maquinista naval, maquinista ferroviario, labrador, curtidor, vidriero, fogonero, todos los trabajos de peonaje en general, y profesionales del deporte (pelotari, futbolista, corredor, ciclista, etc.).

b) *Todas las que implican reacciones emocionales:* marino, aviador, bolsista, toreador, conductor (taxista, tranviario, etc.).

Profesiones tolerables en los cardíacos con buena capacidad física

Industrias del ramo textil, zapateros, matarifes, dependiente de venta, modelista, peluquero, mecánico electricista, pintor decorador, camarero, esmaltadores, cochero, fontanero, fotograbador, galvanoplastia, alpargatero, litógrafo, impresor, cocinero.

PROFESIONES ACONSEJABLES A LOS CARDÍACOS AUN CON DEFICIENTE CAPACIDAD FÍSICA

Escribiente, relojero, óptico, joyero, fotógrafo, corrector de pruebas, sastre, cestero, modista, taquillera, acomodador, corbatero, dactilógrafo, costureras, licoristas, telefonistas, telegrafistas, químico, portero, encuadernador, perfumista, florista, cigarrera y, en general, todas las profesiones que se realicen en posición sentada.

Del examen detenido de las precedentes tablas de adaptación profesional se infiere la extremada conveniencia de aplicarlas en momento útil, esto es, durante la adolescencia, antes de emprender una profesión, tantas veces adoptada sin el menor control médico que garantice la salud del futuro obrero y aun sin existir un verdadero sentido vocacional para la misma. Consideramos esta fase de orientación preprofesional como muy esencial desde el punto de vista cardiológico, pues nada se ofrece tan angustioso para el obrero cardíaco como el verse obligado a un cambio radical en sus actividades profesionales en un momento de su vida en que es prácticamente imposible su readaptación a nuevas modalidades de trabajo. A evitar tan dolorosa contingencia deben tender una buena parte de las iniciativas de la asistencia médico-social del cardíaco.

B) Un obligado y necesario complemento de la actuación médica procardíaco incumbe a los organismos de carácter social que, adecuadamente articulados con los servicios de índole médica, completarán la obra integral de ayuda al cardíaco.

Esta sección, que podemos titular de «Orientación y Asistencia Social», merece una especial atención, puesto que estará encargada de dar efectividad a las indicaciones que se deriven de la adecuada clasificación médica de cada caso. Se compondrá de los siguientes organismos indispensables:

a) *La Inspección médico-escolar,* a la cual incumbe la delicada misión de identificar al cardíaco infantil y colaborar de un modo muy decisivo en las grandes directrices de la lucha antirreumática.

b) *Oficina de Orientación Profesional,* donde se aquilatarán las aptitudes individuales del cardiópata dentro del marco profesional que le esté asignado.

c) *Escuelas de Aprendizaje,* en las que se llevará a cabo una labor formativa y de reeducación profesional en aquellas circunstancias que obliguen a un cambio de profesión por incompatibilidad física.

d) *Oficina de Colocación* o *Bolsas de Trabajo,* especiales de la obra, que cuidarán de situar al cardiópata en las condiciones profesionales que tengan señaladas, dentro de las organizaciones industriales o comerciales colaboradoras.

e) *Caja de Pensión,* particular de la obra de asistencia al cardíaco y que tendrá la nada fácil misión de proporcionar la ayuda económica «base» para que el cardíaco incapacitado parcial o totalmente pueda subvenir a sus necesidades elementales.

Esta es, en líneas generales, la estructuración integral de lo que debe ser la obra de asistencia médico-social del cardíaco. Empresa nada fácil, dada la complejidad de las funciones que le están asignadas, pero que constituye, hoy por hoy, a nuestro entender, un obligado y trascendental objetivo humanitario de nuestra época.

LA OBRA MUNDIAL DE PROTECCION MEDICO SOCIAL DEL CARDIACO

Una prueba fehaciente del universal interés que ha suscitado el problema médico-social que hemos estudiado, nos la proporciona el gran número de organizaciones que con tal fin funcionan ya en los más diversos países del mundo.

La prioridad en tan humanitaria empresa corresponde indudablemente a los Estados Unidos de América. Las primeras tentativas parten del doctor Hubert V. Guile, quien con sus ayudantes del Hospital Bellevue de Nueva York, inician el estudio del problema médico-social de las cardiopatías y fundan el *Social Service Bureau of Bellevue and allied Hospitals,* en el año 1912. Cuatro años más tarde, el cardiólogo doctor Walter James, igualmente de Nueva York, funda la *Association for the Prevention and Relief of Heart Disease.* Bajo los auspicios de la expresada Asociación se abrieron importantes centros médicos para el estudio de las cardiopatías, en especial clínicas especializadas, cuyo crecido número reclamó una inmediata unidad y coordinación en sus funciones, hasta constituirse una Asociación de Clínicas Cardíacas.

La eficacia de la labor realizada y el incremento de la atención médica y aun de las organizaciones sanitarias estatales, demostró la necesidad de una amplia reorganización del gran número de actividades dispersas y se procedió definitivamente a la constitución, en el año 1922, de esta maravillosa institución cardiológica norteamericana, la *American Heart Association,* que, desde aquella fecha, dirige y controla con creciente éxito toda la magna obra de prevención y ayuda de las enfermedades cardíacas en los Estados Unidos. La actuación de este admirable centro cardiológico norteamericano ha tenido una irradiación universal, de suerte que la mayor parte de sus realizaciones científicas han tenido unánime aceptación. Hemos de destacar en tal sentido el *Criterio para la clasificación y diagnostico de las enfermedades del corazón,* la *Estandartización de las derivaciones precordiales,* la *Estandartización de la lectura de la presión sanguínea,* etc. En el terreno de la Medicina social a que nos hemos referido insistentemente en este discurso, recordaremos la *Tabla de clasificación de los cardíacos con fines profesionales,* anteriormente expuesta, así como una importante cifra de publicaciones orientadas al gran público al objeto de divulgar los postulados fundamentales de la lucha contra el reumatismo, de prevención contra las cardiopatías y de ayuda médico-social al cardíaco. La mayor parte de los expresados opúsculos tienen el difícil mérito de conservar un notable nivel científico, sin desmerecimiento de la finalidad divulgadora que pretenden. En su redacción han intervenido las mejores firmas cardiológicas de los Estados Unidos, tales como la de Paul White, Nelson Barker, T. Duckett Jones, Irving Wright, Herbert Yahraes, etc., demostrándose con ello la incondicionada adhesión de todas las escuelas cardiológicas norteamericanas a la magna obra llevada a cabo por *American Heart Association.*

Después de los Estados Unidos, es probablemente Francia la nación que ha producido mayor contingente de iniciativas médico-sociales en favor del cardíaco. En realidad, se trata de organizaciones autónomas, surgidas al vigoroso impulso de distinguidos cardiólogos de la nación vecina. La primera y más sólida iniciativa se debió al ya extinto ilustre profesor Vaquez, quien en el año 1929 fundó en París la institución titulada *L'aide aux cardiaques,* gracias al mecenazgo de

Mr. Dike. Esta notable institución ha continuado dirigida por el profesor Clerc, con éxito creciente hasta el momento de estallar la pasada guerra mundial. Al propio tiempo, el probado dinamismo del profesor Lian impulsaba otra organización no menos notable, denominada *L'Association Amicale des Cardiaques*, con notables resultados prácticos. En el año 1933, otro cardiólogo destacado, el profesor Lutembacher, organizó en su brillante servicio clínico del Hospital Civil de Versalles, un *Centro Departamental* para el estudio y tratamiento de la fiebre reumática y protección médico-social de los cardíacos. Nosotros, que hemos tenido ocasión de conocer personalmente la expresada organización, no tenemos inconveniente en subrayar la magnificencia de las instalaciones y la excelente actuación médica llevada a cabo por Lutembacher en su Hospital Civil de Versalles.

En Inglaterra no ha tenido excesivo auge la obra de protección social del cardíaco, pero debemos consignar con elogio la notabilísima actuación de los centros y organizaciones antirreumáticas que, según ya hemos dicho, constituyen la piedra angular de la profilaxia de las enfermedades cardíacas, especialmente en la edad infantil. En Inglaterra funcionan excelentes Hospitales especializados para niños reumáticos y cardíacos en Carshalto y West Wickman, así como una importante organización de sanatorios para convalecientes de dichos procesos.

En la República Argentina, gracias a la iniciativa del profesor Bullrich, funciona en Buenos Aires, desde el año 1934, una densa organización cardiológica constituída por diez dispensarios especializados, donde se atienden cerca de 40.000 cardíacos anuales y fusionados, en el orden funcional, bajo los auspicios de la institución denominada *La Asistencia al Cardíaco*. Del mismo modo, el profesor David Staffieri, en su servicio clínico del Hospital Nacional del Centenario, eficazmente ayudado por un entusiasta cardiólogo, el doctor Luis González Sabathie, a quien se debe uno de los mejores estudios contemporáneos sobre el problema, han puesto en marcha otro importante centro argentino de protección al cardíaco.

En Portugal hemos de señalar el entusiasmo con que un distinguido profesor de la Universidad de Coimbra y distinguido cardiólogo, el doctor Joao Porto, ha alcanzado con bases científicas el enfoque del problema de la asistencia cardiológica en la nación hermana. Nos complacemos en citar elogiosamente el excelente libro que el profesor Porto ha publicado hace dos años sobre el problema que nos ocupa.

Finalmente, nos corresponde referirnos a nuestra Patria. En honor a la verdad, no hemos estado remisos los españoles en interesarnos por tan candente problema médico-social. El profesor Marañón, con algunos de sus más destacados colaboradores, entre ellos Duque Sampayo y De la Sierna, iniciaron una brillante campaña, encaminada a interesar el ambiente médico y la opinión pública en el asunto, allá en el año 1932. Nosotros mismos, desde nuestro departamento médico del Instituto de Orientación Profesional y desde la prensa profesional, expusimos algunas de nuestras actividades en tal sentido. Sin embargo, la inmediata crisis política de España y las dificultades propias de nuestra guerra de liberación y de su postguerra, abrieron un paréntesis que hoy parece empieza a cerrarse con realizaciones tangibles, dignas de especial referencia. En nuestra Patria funciona ya con éxito muy destacado una ejemplar institución de defensa del cardíaco y reumático, en una de las grandes capitales españolas, Bilbao. Tan meritoria empresa se debe al esfuerzo personal de un hombre benemérito, el doctor Iriarte, culto

cardiólogo, que ha sabido galvanizar el entusiasmo de destacados compatricios, fundiéndolos en una obra generosa en grado superlativo, denominada *Fundación Vizcaya Pro-Cardíacos*. Se trata de una obra integral de tan fecundos resultados que, muy en breve, la Caja de Ahorros Municipal de Bilbao edificará por su cuenta un gran Instituto Cardiológico, en el que se centralizarán las amplias actividades médico-sociales que en forma algo dispersa realiza hoy la notabilísima institución fundada por Iriarte.

En Sevilla, otro distinguido compañero, Puente Velloso, ha iniciado ya una brillante campaña, prometedora de un éxito análogo al conseguido en Bilbao.

Finalmente, la creación de la *Sociedad Española de Cardiología*, de cuyas actividades científicas han dado buena muestra los dos Congresos Nacionales llevados a cabo en los últimos cuatro años, y la muy reciente constitución de la *Sociedad Española de Reumatología*, nos permiten confiar en un pronto y definitivo enfoque del problema como resultado de una armónica actuación de conjunto.

Si nuestro criterio pudiera ser tenido en cuenta, aconsejaríamos una estimulación de la iniciativa particular en el sentido fundacional, tal como se ha hecho en todas aquellas naciones donde el problema de la protección médico-social del cardíaco ha alcanzado resultados prácticos. No creemos que tenga que ser siempre el castigado y cansino erario público quien deba suplir la desmedrada filantropía del ciudadano. El conspicuo éxito alcanzado por la Fundación Vizcaya nos demuestra palpablemente que la iniciativa médica, con un programa coherente, puede conseguir los más óptimos resultados.

Claro está que para ello precisa que tampoco sea siempre el médico el único ciudadano capaz de positivos sacrificios en su esfera profesional. Es obvio que el médico cardiólogo deberá prestar generosamente su concurso profesional a la noble empresa; pero sin la obligada contrapartida de una material ayuda de los mimados por la fortuna y sin la colaboración directa de las grandes entidades industriales, todos los mejores propósitos se perderán en el vacío. Nuestra Barcelona, donde tan cuantiosas fortunas han sido fácilmente amasadas y cuya vida industrial es tan amplia y compleja, no puede quedar en modo alguno rezagada en tan meritoria obra altruista. Brindamos esta oportunidad a todos aquellos numerosos ciudadanos que esperan la hora de su muerte sin que su cuantiosa fortuna les haya servido para pasar a la posteridad.

Y con estas palabras de aliento termino, señores Académicos, mi reglamentario discurso de entrada que, en realidad, ha sido para mí una nueva aportación a la vida científica de esta docta Corporación, a la cual me siento vinculado desde el día que me nombrasteis académico correspondiente. Hoy, al verme elevado a la categoría de académico numerario, renuevo emocionadamente mi voto de fidelidad para hacerme definitivamente digno de ostentar sobre mi pecho vuestra honrosa y tan preciada medalla.

CONTESTACION AL DISCURSO DE INGRESO

DEL

DR. LUIS TRIAS DE BES GIRÓ

POR EL

DR. LORENZO GARCIA-TORNEL CARRÓS

Excelentísimo señor:

Señoras y señores:

En el breve espacio de unos meses, esta Real Academia de Medicina me ha proporcionado dos satisfacciones sin medida.

Una de ellas, ha sido la de mi ingreso en la doctísima Corporación; fecha memorable, que queda para siempre impresa en el alma de todos los que reciben honor de tal categoría.

La otra, es la que me llega hoy con motivo de ser recibido un amigo tan querido como el doctor Luis Trías de Bés, acrecentada la alegría con mezcla de temor, por el encargo de darle la bienvenida.

Tarea difícil para cualquiera y, para mí, dificilísima, la de glosar y comentar su discurso, que es prueba fehaciente de acierto al designarle académico por unanimidad de votos.

Dificultad compensada por lo sencillo que resulta dibujar la silueta de rasgos vigorosos y personalísimos del nuevo académico.

Nace Trías de Bés en un hogar profundamente cristiano. Es su madre una dama llena de bondad y de virtudes. Es su padre un universitario. Un profesor eminente y austero, a quien todavía me parece ver cruzar el claustro de nuestra Universidad, envuelto en su toga y precedido de un bedel, como antaño era costumbre que los catedráticos de la Facultad de Derecho se dirigiesen a las aulas.

Maestro en la difícil ciencia del Derecho Internacional, el profesor Trías y Giró ha dejado el recuerdo perdurable de su paso por la Universidad barcelonesa con el legado de sus magníficas lecciones y sus numerosos discípulos.

Es lógica la evocación que con palabras emotivas hace de su padre el recipiendario, porque la influencia que ejerció en su formación moral y en su ideología fué decisiva.

Fortísima hubo de ser la personalidad del profesor Trías Giró cuando consiguió lo que, por no ser frecuente, merece un comentario: cuatro hijos varones tuvo y los cuatro han conseguido un destacadísimo relieve en las diversas esferas a las que han dedicado sus actividades.

El mayor, que por ser el *hereu* ha seguido la ruta paterna, en plena juventud no hereda, sino conquista, en reñidísima contienda, la cátedra vacante por la muerte prematura de su progenitor y, ya en ella, no le basta el prestigio heredado, sino que logra el prestigio propio, y, movido por estímulos superiores, le parece estrecha su aula y abre sus puertas y ventanas para proyectar al exterior sus conocimientos y llega a ser uno de los árbitros en esa noble ciencia del Derecho

Internacional, fuente del respeto a los demás, que ha sido necesario que llegáramos a ser supercivilizados para poder contemplar el repulsivo espectáculo de su diaria y repetida violación.

Otro Trías de Bés es figura relevante del foro. Su cultura vastísima y la agudeza de su inteligencia viva hacen de él, a la vez, un conversador que cautiva, un polemista a quien es muy difícil llevarle la contraria y un jurisconsulto eminente.

En el sector notarial es astro de primera magnitud otro hermano de esta brillante dinastía, quien, recién salido de las aulas, logró, en oposición famosa por lo dura, lo que en el escalafón de notarios supone los entorchados de general. Gana uno de los primeros números, lo que le convierte de golpe en notario de primera clase.

Hoy su categoría profesional y social escapa a los estrechos límites de un escalafón.

En cuanto al doctor Trías de Bés, su silueta moral y psicológica está trazada de mano maestra por él mismo en los bellos párrafos con que comienza su discurso.

Es el hombre que proclama la superioridad infinita del goce de las realizaciones estéticas sobre los deleznables que puedan proporcionar agios y balances positivos. Que siente el orgullo de la estirpe, porque corre por sus venas la sangre azul de la más rancia nobleza y más auténtica aristocracia: la de la inteligencia y el trabajo. Que se adscribe conscientemente al ámbito intelectual, aunque sabe de antemano que en él no ha de encontrar satisfacciones materiales. Que cree con firmeza en la superior jerarquía del espíritu y por defenderla está dispuesto, como moderno caballero andante, a medir sus armas con magos y gigantes.

Digno de todo encomio (y para él toda alabanza me parecerá pequeña), merece el hombre oscuro, nacido en la alcoba de un hogar modesto, que sin medios de fortuna, sin antecedentes familiares que le hostiguen o estimulen, en un ambiente posiblemente hostil, consigue fama y fortuna en cualquier rama del saber o del trabajo.

Pero no menos dignos de loa son aquellos que al nacer recibieron apellidos consagrados a través de varias generaciones y no se resignan a vivir de prestado de la gloria mortecina de sus ilustres antepasados, sino que demuestran que son sus legítimos descendientes al reverdecer los laureles y añadir nuevo brillo a sus cuarteles con el esfuerzo propio.

Gran mérito tiene el fundador de una casa. Gran mérito tienen también los que saben continuar su tradición y refrendan sus títulos con el aporte de grandezas nuevas.

Conocí al doctor Trías de Bés en su época de estudiante. Era, como ahora, extravertido, jovial, inquieto y nervioso. Desde hace muchos años su blusa blanca o la solapa derecha de su americana son las víctimas propiciatorias de la inquietud que lleva dentro.

Era un alumno brillantísimo, prototipo del estudiante latino, de inteligencia agilísima, de rápida comprensión y asimilación fácil que conseguía la honrosa carga anual de matrículas de honor, no a fuerza de codos, sino con leve esfuerzo.

No era ese tipo clásico de estudiante triste que, con toda la brillantez de su historial, va más tarde a sepultarse en el anónimo donde le conduce el fracaso, porque para triunfar en nuestra profesión es necesario poseer un mínimo del sentido humano de la vida.

No era Trías de Bés el «matrícula» empollón ,engolado y displicente, sino un camarada sencillo, siempre dispuesto a socorrer al náufrago y a compartir las bromas y las veras de la vida estudiantil.

Por eso le querían todos.

Resumiré brevemente su historia académica y científica y dejo a vuestro cargo el comentario:

Termina su bachillerato consiguiendo el premio extraordinario del grado de bachiller y consigue asimismo el premio Rivadeneyra. Culmina su carrera de Medicina con otro premio extraordinario, el de la licenciatura. Realiza sus estudios del doctorado con sobresaliente. Su paso por la Facultad de Medicina es bien notorio: alumno interno de Medicina por oposición, médico de guardia de Medicina, también por oposición; profesor auxiliar de Patología Médica en 1926 y 1927, explicando cátedra en dichos cursos.

En el año 1920 gana por oposición la jefatura del Departamento Médico del Instituto de Orientación Profesional, e ingresa, también por oposición, en el Cuerpo Médico Municipal en el año 1921. Seis años más tarde, tras reñidísimas oposiciones y con el voto unánime del Tribunal, ingresa en el Instituto Municipal de Higiene, pasando a regentar luego uno de los servicios clínicos del Hospital Municipal de Infecciosos, cuya dirección desempeña con reconocido acierto desde el año 1942. Está en posesión de la Cruz de la Orden Civil de Sanidad, en premio a su gestión como Director del Hospital de Infecciosos durante la grave epidemia de tifus exantemático del año 1942 y, finalmente, ostenta el título de Académico correspondiente de esta Real Academia de Medicina desde el año 1931.

Sus trabajos científicos, que comienzan a publicarse en 1923, son muy numerosos, y entre ellos destacan: «Estudio de la terapéutica quinidínica», en colaboración con el profesor Ribierre de París; «La sepsis amigdalina desde el punto de vista terapéutico en la endocarditis reumática evolutiva», presentado en esta Real Academia en 1933; «La lucha contra las cardiopatías y la protección del cardíaco», publicado en *Ars Médica* en 1933; monografía sobre «Hipertensión arterial y su tratamiento», 1942; «La patología cardíaca del anciano», monografía publicada en 1946.

En estos últimos años y como fruto de su profunda labor de investigación sobre el problema de las endocarditis, ha publicado un importante trabajo en la *Revista Clínica Española* (julio de 1946), en colaboración con los doctores Gras y Foz, sobre las *Modificaciones del cuadro plasmático en las dos jornadas de endocarditis lenta, según sea bacteriémica o no bacteriémica,* y en esta misma Real Academia pronunció en junio de 1946, una importante conferencia sobre *Aportación al estudio terapéutico de la endocarditis lenta por la penicilina. Crítica de la casuística personal.* En esta conferencia, el doctor Trías de Bés dió a conocer por primera vez en España los brillantes resultados terapéuticos obtenidos por la penicelina en el tratamiento de las endocarditis lentas, basados sobre un elevado contingente de enfermos del todo excepcional en nuestro medio médico.

Ha sido ponente oficial en las Jornadas Médicas Españolas, Zaragoza, 1943, sobre «Etiología de la sepsis».

Por último, ha sido ponente oficial en el II Congreso Nacional de Cardio-

logía, celebrado en Barcelona en diciembre de 1947, sobre el tema «Endocarditis agudas y subagudas».

Es obligación de hacer constar que este Congreso constituyó la consagración científica definitiva de Trías de Bés. El solo hecho de su designación como ponente de un tema difícil, espinoso y batallón, ya suponía el reconocimiento explícito por parte de los cardiólogos españoles de su categoría elevadísima. Pero Trías de Bés hizo honor al honor trabajando durante tres años en compañía de insuperables colaboradores, dando cima a una labor de maestro en la que el tema quedó minuciosamente analizado en sus aspectos bacteriológico, clínico, anatomopatológico y experimental, acompañándolo de la mayor casuística española de la terapéutica penicilínica.

Este trabajo, de importancia excepcional, que, repito, ha sido la consagración de su autor, fué el plato fuerte del Congreso, ha merecido comentarios de admiración y elogio por parte de propios y extraños y para mí supone, además, un motivo especial de satisfacción: el que todo él ha sido realizado en un Hospital al que estoy firmemente unido por el más sincero cariño y es timbre de gloria para la ciudad de Barcelona y para su Ayuntamiento: el Hospital de Infecciosos, bajo la advocación de Nuestra Señora del Mar.

A ese Hospital modelo dedica muchas horas el doctor Trías de Bés. Capitanea un grupo de médicos inteligentes, laboriosos y abnegados, cuya ímproba y humanitaria tarea será un día próximo proclamada como ejemplo de honradez científica.

Habla el doctor Trías de Bés de nuestra amistad, de nuestra consoladora amistad, de nuestra inconmovible amistad, nacida en tiempos juveniles, fortalecida por los años, consagrada por dolores y sufrimientos que a los dos nos acongojaron y florecida por alegrías que a la vez inundaron nuestras almas.

Y mi afecto y mi amistad es de tal naturaleza, que no se limita, no ha podido limitarse, a su persona. Hoy, y desde hace muchos años, se extiende a cuanto le rodea, invade el ámbito en que vive y alcanza y envuelve a todo lo que ostente su apellido.

Estas afirmaciones, hijas de la verdad, me dan autoridad para desmentirle cariñosamente y rogar vuestra indulgencia ante exageraciones que agradezco pero no puedo aceptar. Sobre ellas paso velozmente, para evitar que al rubor que me producen se añada el sentimiento de pensar que no las merezco.

Creo que si está demostrado que el amor es ciego, podemos aceptar que la amistad, una de las formas nobles del amor, es, por lo menos, corta de vista; pero con un fenómeno paradójico: los ojos de la amistad, no serán ojos hidrópicos como los de Segismundo, pero sí padecen una alteración visual que les hace ver agrandadas las virtudes y minimizados los defectos.

* * *

El magnífico discurso del doctor Trías de Bés, versa sobre un tema que ha merecido su predilección desde hace tiempo, cuando eran contadas las voces que se alzaban para señalar su trascendental importancia y que hoy es tema candente en todos sus aspectos: higiénico, patológico y social.

Trías de Bés puede envanacerse de haber sido de los primeros en señalar el alcance del problema y sus palabras de antaño, profecía de vidente, se han convertido en realidad.

Entre los múltiples aspectos que abarca, quiero subrayar alguno.

Si en dos gráficas distintas observamos las curvas respectivas de la vida y de la muerte, comprobamos que se prolonga la línea de duración de la primera y al mismo compás se prolonga la de la muerte originada por enfermedades del corazón.

Conocidos son los enemigos que atacan con violencia y sin piedad a nuestro sistema circulatorio y pueden vencerlo. Y aquí tiene buena aplicación la terrible amenaza: «¡Ay de los vencidos!» El corazón vencido, vencido queda. Podrá remontar su ritmo, podrá equilibrar sus fuerzas, podrán las arterias someterse e intentar obedecer dócilmente al tratamiento impuesto; pero será vana la esperanza de lograr que queden totalmente borradas las huellas que dejó a su paso el vencedor.

Determinadas infecciones e intoxicaciones constituyen el frente enemigo.

Y si entre las primeras el reumatismo, que tanta preferencia manifiesta por los jóvenes, no establece diferencias de sexo y en la sífilis parece ser el sexo masculino el que con mayor largueza pague el oneroso tributo, en las intoxicaciones de mayor valor patogénico cardiovascular, el tabaquismo y el alcoholismo, si hoy todavía no existe total equivalencia entre ambos sexos, en un mañana muy próximo, si las costumbres no varían, se logrará la igualdad.

Nuestras respetables abuelas consideraban como signo de suprema distinción el saborear en sus reuniones íntimas el sabroso chocolate, que, según parece, fué un producto por el que también los canónigos sintieron gran apetencia y era cosa obligada en toda merienda servida en casa de buena prosapia.

Pero hoy ese tipo de mujer a la que se llama moderna y parece cifrar su meta y su feminismo en acentuar el masculinismo y en destruir lo que para un hombre normal constituyen los más atractivos y encantadores rasgos de la feminidad, intenta conseguir que esas intoxicaciones, especialmente el alcoholismo, dejen de ser un privilegio exclusivo y vergonzoso del sexo contrario.

Esa mujer moderna fuma como un turco y bebe como un escocés.

Junto a la barra se echa al coleto, sin pestañear, una serie de combinados explosivos de los que un par sería dosis suficiente para que muchos de nosotros nos tambaleáramos o sintiéramos deseos irrefrenables de entonar, estentóreamente, himnos de cualquier planeta.

La influencia social y demográfica del alcoholismo femenino es extraordinaria; pero no es momento de señalarlo y comentarlo.

Lo señalamos como uno de tantos signos de la vida actual que para todos, en mayor o menor escala, es vida de ritmo acelerado, con excitaciones repetidas y funestas de carácter psíquico, capaces de producir inflencias neurovegetativas de intensidad temible, de alterar periódica y profundamente el equilibrio interno necesario, de provocar modificaciones circulatorias que acaben por conseguir la vasculopatía coronaria o la arterioesclerosis.

Trías de Bés señala el hecho, bien significativo, de que sean los médicos los profesionales que paguen con mayor largueza su contribución a la patología coronaria. Respuesta elocuente y sin réplica posible a los que nos creen acorazados contra la emoción.

Junto a estos factores infectivos o tóxicos debemos añadir otro: el trabajo.

El trabajo puede influir en el desarrollo o en el estallido de diversas cardiopatías y ha de considerarse como elemento cardiopatogenético no sólo en el aspecto de la influencia del esfuerzo exagerado repetido o en el ambiente tóxico o en el realizado en condiciones de presiones anormales, sino desde el punto de vista del traumatismo.

El trauma puede originar o favorecer a las más variadas lesiones de corazón: laceración de fibras del miocardio o del endocardio, rotunas valvulares, miocarditis y endocarditis, bloqueo cardíaco y trastornos relacionados con la nutrición y enervación cardíacas, que dan lugar a síndromes diversos.

Los traumatismos que con más frecuencia provocan alteraciones aórticas o cardíacas son los torácicos y los esfuerzos corporales. Sin embargo, por lo que se refiere a estos últimos y según se deduce de las observaciones, no pueden causar lesiones más que en los corazones enfermos. Un esfuerzo, por violento que sea, no puede lesionar un corazón sano. Pero ello no quita valor a la importancia del trabajo como motivo de agravación de enfermedad cardíaca que hubiera sido tolerada en condiciones muy distintas sin el esfuerzo o la contusión.

No es momento para hablar, y por ello me limito a citarlas, de las roturas traumáticas del corazón, de las laceraciones valvulares o aórticas; pero sí quiero recordar la existencia de pericarditis, miocarditis, endocarditis, infarto del miocardio y trombosis de las coronarias, bloqueo cardíaco, dilatación aguda del corazón, neurosis cardíaca, etc., consecutivas a traumatismo que aumenta su poder desencadenante o fijador cuando recae, como sucede con frecuencia, sobre sujetos cuyo organismo está sometido al influjo de la infección o de la intoxicación, o de la intoxicación y la infección marchando en amable compañía.

El trauma en relación con la pericarditis, puede, como el frío, ayudar a la localización infecciosa o tóxica o al producir un desgarro torácico, provocar un proceso inflamatorio de la serosa instalado desde su comienzo o como consecuencia de pequeñas lesiones equimóticas.

La miocarditis traumática es conocida desde muy antiguo.

El trauma da origen a extravasaciones sanguíneas, equimosis, hematomas o pequeñas roturas miocárdicas, y Kulbs demostró experimentalmente que como consecuencia de traumatismos torácicos se producen leves hemorragias del miocardio, con zonas consecutivas de tejido conjuntivo y que en los tejidos lesionados se pueden implantar la esclerosis y la arteritis conducentes a la isquemia y la necrosis.

Complicación de la miocarditis traumática puede ser la angina de pecho, como consecuencia de reacciones flogísticas posteriores a pequeñas hemorragias o de fenómenos degenerativos derivados de la lesión de las fibras del miocardio.

César-Bianchi provocó experimentalmente miocarditis por desgaste físico. Según él, los venenos de la fatiga actuarían en forma semejante a otros venenos o a las toxinas bacterianas y provocarían una miocarditis parenquimatosa de tipo degenerativo.

También el trauma puede dar origen a endocarditis agudas y crónicas, hecho aceptado desde las viejas experiencias de Rosembach, quien consiguió, traumatizando las válvulas aórticas por medio de una sonda introducida en la carótida, demostrar, al cabo de unos dos meses, la existencia de endocarditis sin presencia de agentes infecciosos y endocarditis ulcerativas con fenómenos sépticos generalizados.

Posteriormente varios autores (Weichselbaum, Orth y otros), han publicado casos de endocarditis microbianas conseguidas por medio de traumatismos combinados con la inoculación de determinados cultivos bacterianos, y Kulbs, a quien ya he citado, observó pequeñas hemorragias endocardíacas valvulares, consecuencia de traumatismos torácicos.

¿Por qué el traumatismo afecta a veces el endocardio en lugar del miocardio? Para Berstein depende de la ocasión en que actúa el traumatismo, que lesiona de preferencia la porción cardíaca que se encuentra en mayor actividad, es decir, el miocardio, si el traumatismo actúa en el momento de sístole y el endocardio si aquél coincide con el diástole.

Por su parte, Fubringer opinó — y su opinión fué compartida por numerosos investigadores — que el trauma sólo puede producir endocarditis infectivas y que las lesiones traumáticas valvulares constituyen el *locus minoris resistenti ae* donde se fijan los gérmenes circulantes.

Dejo de lado las dificultades médico-legales que se derivan de los casos de litigio para dilucidar que el traumatismo ejerció su acción sobre un corazón sano o enfermo.

Lo que resulta evidente es la posibilidad de agravación de una cardiopatía por el hecho traumático; el que el esfuerzo o un traumatismo pueden dar nuevo impulso al proceso endocardítico y determinar el estallido de un músculo que lucha por establecer la compensación en un corazón alterado o que se presente en escena una endocarditis infecciosa post-traumática cuya evolución, de ordinario, es rápidamente mortal.

Todo ello no hace más que confirmar la enorme extensión del problema creado por las enfermedades del aparato circulatorio, tan brillantemente expuesto por el nuevo académico y la necesidad de luchar contra ellas.

La lucha ha de ir acompañada de la protección social y, si no bastaran a los remisos en convencerse las puras razones de humanidad, podemos añadirles razones de egoísmo económico.

Bastará tal vez para ello que repita las frases de Bullrich: «Los americanos que discuten estas cuestiones en equivalencia en dólares, calculan la enorme importancia que tiene la vida de un hombre y la necesidad de que todos sean útiles. Por consiguiente, asistir a un cardíaco joven, cicatrizar perfectamente las lesiones, alejar, dentro de lo posible, la posibilidad de recidivas, todo es para ellos buena inversión. Y los americanos no pierden la ocasión de hacerla».

La lucha en América ha sido dirigida principalmente contra las cardiopatías reumáticas, por su frecuencia en aquel país, y va orientada dirigiendo el mayor esfuerzo a defender al niño.

En América se destina, por cada cien mil habitantes, en las grandes ciudades, una cama para convaleciente de reumatismo cardíaco.

Junto a estos elementos capaces de alterar y perturbar fundamentalmente el aparato circulatorio, en especial los que, como recuerda Trías de Bés, Stone calificó de «los cuatro jinetes», figura como causa de morbilidad y mortalidad de origen cardíaco o cardiovascular el hecho comprobado de un mejoramiento del promedio de la vida humana.

Este resultado magnífico, obtenido gracias a los portentosos adelantos en la

profilaxia y tratamiento de diversas enfermedades internas y en otras que son tributarias de tratamiento quirúrgico que aun flagelan y diezman a la humanidad doliente, ha tenido una consecuencia natural, subrayada por Trías: la mayor extensión de enfermedades que pueden calificarse de edades superiores a los cincuenta años, y entre las que figuran en lugar preminente las que afectan al aparato circulatorio.

Con ello adquiere mayor relieve de día en día una rama de la Medicina poco cultivada hasta ahora: la geriatría, que precisamente en Barcelona cuenta con una institución magnífica, creada por el Municipio, regida por especialistas de primer orden, única en su género en España y que puede compararse con cualquiera de las escasas que, dedicadas al mismo estudio y finalidad, existen en el extranjero.

La geriatría tiene como fin el estudio y tratamiento de las enfermedades propias de la vejez y, como consecuencia, prolongar la vida humana.

Alguien ha dicho que la verdadera meta no es prolongar la vida, sino prolongar la juventud. Pero esta frase se presta a confusiones.

¿Qué se entiende por prolongar la juventud? ¿Que el cuerpo humano continúe, por medio de artificios, medicamentos o intervenciones, gozando de todas las funciones, prerrogativas y aspecto externo de aquella dichosa edad?

Me parece un propósito destinado al fracaso, como ha de fracasar todo lo que es contra natura.

Hace ya muchos años, cuando yo era joven, con el atrevimiento propio de la edad, al comentar, por encargo del editor señor Marín, un libro publicado por un famoso cirujano francés dedicado al rejuvenecimiento, le dirigí un elogio por lo que significaba de intento científico, por lo que tenía de trascendental y conmovedor, el que una madre renunciara a una porción de su tiroides para mejorar y tal vez despertar totalmente la inteligencia de un hijo idiota; pero afirmé que el pretender, como Josué, parar el sol, era vana quimera. «Dejemos — decía yo entonces — que latan con violencia los corazones de los Don Juanes averiados y las viejas coquetas, al pensar que van a reincorporarse a la escala activa y de nuevo van a gozar deleites hoy vedados o imposibles y a precio bien inferior al que pagó Fausto que, de vivir ahora, no tendría que vender su alma al diablo, porque le bastaría dedicarse a la busca y captura de un joven chimpancé».

»Estoy convencido de que su ilusión va a durar poco, porque gravita sobre los hombres una ley inmutable y eterna que ordena que el ciclo vital sea nacer, crecer, envejecer y morir. Y la lucha contra esta ley inmanente, es lucha perdida».

Hoy continúo pensando como ayer y creo que revolvernos contra la Naturaleza creada por Dios es perder el tiempo.

Pero intentar y conseguir prolongar la vida es cosa distinta. Lograr evitar alifafes y achaques de la vejez, eso sí. Alcanzar que con las características psíquicas y somáticas propias se disfrute en la vejez, también. Y, sobre todo, procurar que hasta el momento supremo del paso definitivo, el cerebro funcione y rija, piense y comprenda, es tarea nobilísima, a la que en belleza moral pocas pueden compararse.

Frente a la costumbre bárbara de abandonar o sacrificar a los viejos, rindamos culto a la vejez, y si a algún viejo vemos preocupado por la idea de la muerte cercana, repitámosle las frases de Cicerón: «¿Qué delito es este de la vejez que hallamos ser también común a la mocedad? La muerte es común a todas las edades. Pero el joven espera vivir mucho y el viejo ya no puede esperarlo. Pero

es de mejor condición que el mozo, porque lo que éste espera ya el otro lo ha conseguido. El mozo quiere vivir mucho y el viejo ya lo ha vivido. Aunque ¡oh buen Dios!, ¿qué cosa se puede llamar larga en la vida del hombre? Miserable aquel viejo que en su larga vida no ha conocido que es despreciable la muerte, la cual o absolutamente se ha de tener en nada si mata también el espíritu o se ha de apetecer si conduce a alguna parte donde haya de ser eterno». Así habló Cicerón con palabras que nos admiran.

Si yo me atreviese a encerrar en una frase la directriz espiritual de la vejez, la resumiría diciendo: Si supisteis ser jóvenes, sabed ser viejos.

Antes de terminar mi cometido, quiero recoger y reforzar, si cabe, el llamamiento que dirige a los favoritos de la fortuna el doctor Trías de Bés.

En su bello discurso habéis oído cifras, cuadros estadísticos, habéis contemplado el aspecto médico-social de las cardiopatías, cómo se clasifican según su capacidad funcional y en qué forma lo hace el profesor Joao Porto en relación con su problema médico-social.

Han sido mencionadas las profesiones totalmente desaconsejables al cardíaco, las tolerables y las aconsejables, aspecto que en su relación entre trabajador cardíaco y trabajo ha sido acertadamente resumido por el propio profesor Porto en estas dos sencillas conclusiones: 1.ª Que la cardiopatía debe estar compensada y dejar de ser evolutiva. 2.ª Que la capacidad funcional del corazón sobrepuje siempre el esfuerzo exigido por la profesión.

Finalmente, Trías de Bés nos da cuenta completa de la obra mundial de protección al cardíaco, con las diversas fundaciones a este fin dedicadas, alguna de ellas española, y manifiesta su esperanza de que en Barcelona, magnífica siempre en todas las manifestaciones culturales e industriales, donde abundan los ejemplos de quienes lograron, con mayor o menor esfuerzo, envidiables situaciones económicas, surjan ciudadanos altruistas y dadivosos dispuestos a emprender y prestar su ayuda indispensable a esta gran labor.

Piensen los que todo lo poseen, me refiero a bienes materiales, en la vertiginosa evolución que en determinados aspectos ofrece el mundo entero.

Por todas partes se habla de justicia social. Y ¿qué es, al fin y al cabo, la justicia social, sino la sustitución por el Estado de gran parte de la misión que estaba encomendada a iniciativas particulares nacidas de la caridad cristiana?

A medida que el mundo se descristianiza, ese sentimiento ha ido disminuyendo sus manifestaciones y, por otra parte, la palabra ha ido sonando mal. La caridad es una humillación y una vejación para el hombre. Eso se dice de la más humana de las virtudes. No vamos a discutir esas afirmaciones, nacidas, en mi concepto, de la profundísima alteración y tergiversación de las ideas y de los valores morales; del olvido de que todos somos hermanos y la dádiva de un hermano nunca puede humillar, sobre todo si el donante no la arroja, sino la entrega con claro gesto fraternal.

Pero lo que sí digo es que nunca la fría justicia social podrá sustituir la cálida envoltura que acompaña siempre a la verdadera caridad, ni la simpatía del acto espontáneo y libre, paje constante de las generosidades, que es una de las manifestaciones más nobles del ejercicio de la humana libertad.

El que da porque se ve obligado a dar, lo hará siempre a disgusto y nunca gozará de la alegría de haber contribuído a consolar una miseria o un dolor.

El que por este camino recibe un beneficio, jamás lo agredecerá, porque estará convencido, sin que le falte razón, de que lo que se le entrega es algo que se le debe en justicia.

Yo estoy seguro de que esta llamada del doctor Trías de Bés al alma de los magnates barceloneses será oída. Que serán muchos los que con su fortuna querrán proporcionarse el incomparable placer que sólo se consigue a través del llanto que se ha podido enjugar o de la pena que se ha consolado.

¡Ojalá sea así! Ellos alcanzarán una posición moral de tal altura que en un mañana, que les apetezco muy lejano, tendrán el inmenso consuelo de poder repetir a quienes les rodeen, el hermoso verso de Enio:

> Nadie en mi muerte me honre con su llanto,
> que andaré vivo en boca de los hombres.

Señor Presidente, he terminado la misión que me fué encomendada.

Sólo me falta rogaros que impongáis al doctor Trías de Bés la medalla de académico y con ello sea uno de los nuestros.

Día de júbilo para la Corporación. Alegrémonos, señores académicos. Hoy entra en nuestra casa un ilustre compañero, a quien puede aplicársele íntegramente aquella lacónica y clásica definición: Un hombre bueno que sabe Medicina.

GRÁFICAS ZAMORANO
ROSELLÓN, 359
BARCELONA