

# REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

VOLUM 27 - NÚMERO 4 - 2012

ISSN: 1133-3286 Rev. R. Acad. Med. Catalunya

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

continuadora directa de:

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

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

**Anales de Medicina y Cirugía (1945-1982)**

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

Any 98, volum 87, núm. 349



# REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

ANY 2012 - VOLUM 27 - NÚMERO 4

OCTUBRE-DESEMBRE

## EDITA:

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya  
Carrer del Carne, 47

08001- Barcelona

Telèfon: 93.317.16.86

Fax: 93.412.05.98

e-mail: secretaria@ramc.cat

Edició digital: www.ramc.cat

Dipòsit legal: B-3338-86

ISSN: 1133-3286 Rev. R. Acad. Med. Catalunya

Periodicitat trimestral

## DIRECTOR:

Josep Carreras i Barnés

## JUNTA DE GOVERN

**PRESIDENT:** Jacint Corbella i Corbella

**VICEPRESIDENT:** Joan Viñas i Salas

**SECRETARI GENERAL:** Josep Carreras i Barnés

**VICESECRETARI:** Jordi Vives i Puiggròs

**SECRETARI D'ACTES:** Romà Massot i Punyet

**TRESORER:** Lluís Guerrero i Sala

**BIBLIOTECARI:** Josep A. Bombí Latorre

**ARXIVER:** Joan Uriach i Marsal

**VOCAL PRIMER:** Miquel Vilardell i Tarrés

**VOCAL SEGON:** Francesc Domènech i Torné

**PRESIDENT D'HONOR:** Moisès Broggi i Vallès

## COORDINACIÓ D'EDICIÓ:

Joan Pujol i Ros

Marc Xifró i Collsamata

## SECRETARIA:

Àngels Gallegos i Paniello

## CONSELL EDITORIAL

### ACADÈMICS NUMERARIS

Moisés Broggi i Vallès  
Francesc Puchal i Mas  
Domingo Ruano Gil  
Josep M. Gil-Vernet i Vila  
Rafael Esteve de Miguel  
Joan Sabater i Tobella  
Antoni Caralps i Riera  
Jacint Corbella i Corbella  
Joan Uriach i Marsal  
Joaquim Barraquer i Moner  
Ciril Rozman i Borsnart  
Francesc Vilardell i Viñas  
Josep Traserra i Parareda  
Josep Esteve i Soler  
Soledat Woessner i Casas  
Antoni Cardesa i Garcia  
Josep M. Moragas i Viñas  
Josep M. Caralps i Riera  
Josep M. Dexeus i Trias de Bes  
Màrius Foz i Sala  
Gabriel Ferraté i Pascual  
Miquel A. Asenjo Sebastián  
M. Àngels Calvo i Torras  
Josep M. Domènech i Mateu  
Carles Bailús i Pascual  
Jordi Vives i Puiggròs  
Francesc Solé i Balcells  
Edelmira Domènech i Llaberia  
Josep M. Mascaró i Ballester  
Francesc Domènech i Torné  
Manuel Cruz Hernández

Manuel Campos i Surroca  
Lluís Salleras i Sanmartí  
Jesús González Merlo  
Lluís Masana i Marin  
Joan Rodés i Teixidor  
Guillem López Casasnovas  
Josep Carriere i Pons  
Romà Massot i Punyet  
Joan Viñas i Salas  
Joaquim Tornós i Mas  
Miquel A. Nalda Felipe  
Josep A. Bombí Latorre  
Miquel Vilardell i Tarrés  
Josep Carreras i Barnés  
Marc A. Broggi i Trias  
Antoni Bayés de Luna  
Xavier Fom i Dalmau  
Ramon Segura i Cardona  
Lluís Guerrero i Sala  
Jaume Bech i Borràs  
Francesc Jané i Carrencà  
Ramon Brugada i Terradellas  
Francesc Cardellach i López  
Manuel Esteller i Badosa  
Lluís Morales i Fochs  
Miquel Bruguera i Cortada  
Jordi Palés i Argullós  
Emili Huguet i Ràmia (Electe)  
Laureà Fernández-Cruz (Electe)  
Xavier Iglesias Guix (Electe)  
Celestino Rey-Joly (Electe)  
Joan C. Garcia-Valdecasas (Electe)

### ACADÈMICS D'HONOR

Pedro R. David  
Frederic Mayor Zaragoza  
Valentí Fuster de Carulla  
Salvador Moncada  
Carles Vallbona  
Francesc X. Pi-Sunyer i Díaz  
James D. Watson  
Rita Levi Montalcini  
Carles Cordón  
Joan Massagué  
Àngel G. Pellicer  
Umberto Veronesi  
Pere Brugada  
Carol W. Greider  
Françoise Barré-Sinoussi  
Josep Baseiga i Torres

# REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

SUMARI

VOL. 27 Núm. 4

OCTUBRE-DESEMBRE 2012

EDITORIAL. *Els nous Estatuts de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya* ..... 123

## INGRÉS D'ACADÈMICS NUMERARIS

Els col·legis professionals en el segle XXI: paper social i responsabilitats  
envers els seus membres. *Miquel Bruguera i Cortada* ..... 125

## INGRÉS D'ACADÈMICS CORRESPONENTS

Disfuncions del cervell: la demència i la malaltia. *Isidre Ferrer Albizanda* ..... 129

Afartaments: de la cultura a la genètica tot passant per les emocions. *Josep Toro* ..... 132

Comunicació metge-pacient: un abordatge metodològic. *M. Teresa Anguera Argilaga* ..... 136

La pediatria social a la societat actual. *Joaquín Callabed* ..... 140

## NECROLÒGIQUES

Ramon Trias i Rubiès (1926-2012). In memoriam. *Jacint Corbella i Corbella* ..... 144

Francesc Abel i Fabre (1933-2011). In memoriam. *Joan Viñas i Salas* ..... 146

Miquel Torner i Soler (1922-2012). In memoriam. *Antoni Bayés de Luna* ..... 148

Lluís Revert i Torrellas (1928-2012). In memoriam. *Francesc Solé i Balcells* ..... 150

Francesc Freixa i Santfeliu (1931-2012). In memoriam. *Edelmira Domènech i Llaberia* ..... 152

Ignasi Aragó i Mitjans (1916-2012). In memoriam. *Manuel Cruz i Hernández* ..... 153

## RACÓ DE LA HISTÒRIA

De la brutícia a l'antisèpsia. Primer centenari de la mort de Joseph Lister. *Joan Pujol i Ros* ..... 154

## MEDICINA D'OCCITÀNIA

Madame du Coudray (1714-1789), llevadora de l'Alvèrnia. *Jacint Corbella i Corbella* ..... 156

## VIDA ACADÈMICA

Butlletí informatiu número 27. Informe del President al ple de 2 d'octubre de 2012 ..... 158

Iconografia de l'Acadèmia ..... 160

## EDITORIAL

### Els nous Estatuts de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

Amb data 19 de novembre de 2012, el Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (Núm. 6256, pàgs. 57033-57043) va publicar els nous Estatuts de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, aprovats en el Ple del dia 2 d'octubre. Eren la quarta modificació dels estatuts de l'Acadèmia elaborats l'any 1987, assumides ja per la Generalitat les competències exclusives en matèria d'acadèmies amb seu central a Catalunya. Els continguts modificats s'especifiquen a continuació, tot prescindint de les esmenes de redacció o de caire gramatical.

#### FINALITATS DE LA RAMC

S'inclou com una de les finalitats de l'Acadèmia "la defensa del patrimoni científic i cultural català" (Art. 1).

#### MEMBRES DE LA RAMC

**Tipus de membres.** Es modifica la redacció de la versió anterior dels estatuts, a fi de deixar més clar que la condició de membre protector es una "distinció" i no un "tipus d'acadèmic" (Art. 3).

**Elecció dels acadèmics numeraris.** Els estatuts anteriors establien tres fases en el procés d'elecció (presentació dels candidats, selecció i votació definitiva), i la disposició reglamentària corresponent determinava que les dos últimes fases tindrien lloc en dos Plens diferents; normativa que conduïa, en certs casos, a una prolongació temporal exagerada del procés electoral. Els nous estatuts ajunten les fases de selecció i de votació, permetent que el procés d'elecció pugui tenir lloc en un sol Ple (Art. 6).

S'estableix que per resultar elegit com a acadèmic numerari pel Ple es requereix "majoria absoluta dels acadèmics amb dret a vot en la primera votació i majoria absoluta dels assistents en votacions posteriors" (Art. 7). Els estatuts anteriors requerien només majoria simple dels assistents en les votacions ulteriors a la primera.

**Drets i obligacions dels acadèmics numeraris.** Els estatuts anteriors ja diferenciaven dos classes de sessions del Ple (solemnes i de govern). Però, en establir que "la manca continuada, durant un any, del deure d'assistir a les sessions del Ple podia comportar la pèrdua del dret de vot si així ho acordava el Ple", no precisaven que la penalització es referia únicament a la manca d'assistència a les sessions de govern. Els nous estatuts deixen ben clara aquesta circumstància i estableixen que de produir-se tindrà lloc "la pèrdua automàtica del dret de vot per l'any següent" (Art. 10).

D'altra banda, pel que fa al dret d'exercir el vot per correu, els nous estatuts limiten el seu exercici a una vegada per any natural (Art. 11), quan els estatuts anteriors permetien exercir-lo dues vegades.

**Pas a la situació d'acadèmic numerari emèrit.** Amb la finalitat principal de facilitar l'ingrés de més acadèmics numeraris sense haver d'augmentar el nombre total de places, els nous estatuts estableixen que "es passarà automàticament a la situació d'acadèmic numerari emèrit a començament del curs en que ja s'hagin complert els vuitanta anys d'edat, creant-se una vacant per a un nou acadèmic"; tot afegint que "també es podrà passar, de forma voluntària, a acadèmic numerari emèrit a partir dels setanta cinc anys, i també quan les condicions personals ho requereixin" (Art. 13). El pas automàtic a la situació d'acadèmic numerari emèrit al haver complert els 80 anys ja va ser aprovat pel Ple el 26 de gener de 2010; Ple que, atès que una tercera part dels membres numeraris ja havien arribat a l'edat esmentada, va decidir que la declaració d'acadèmic emèrit s'iniciés de manera immediata fent-se de forma gradual, per ordre rigorós d'edat, amb un nombre de quatre acadèmics cada any.

**Pas a la situació d'acadèmic supernumerari.** Els nous estatuts mantenen la possibilitat de pas dels acadèmics numeraris a la situació d'acadèmic supernumerari per incompliment durant dos anys consecutius de les seves obligacions d'assistència. Però suprimeixen la referència del pas a aquesta situació per incompliment del deure de vot durant dos anys consecutius o del deure de presentar el treball doctrinal a la sessió inaugural de curs assignat per ordre d'antiguitat (Art. 14). De creure's convenient mantenir aquestes penalitzacions, s'inclouran en el nou Reglament de l'Acadèmia.

**Acadèmics d'honor.** S'eliminen la impossibilitat de nomenar com acadèmics d'honor a persones residents a Catalunya i el requeriment que una meitat dels acadèmics d'honor hagin de tenir nacionalitat espanyola i l'altre meitat altres nacionalitats, existents en els estatuts anteriors (Art. 12).

A més, mentre els estatuts anteriors determinaven que la majoria qualificada per ser elegit acadèmic d'honor era les quatre cinques parts dels acadèmics presents, els nous estatuts estableixen una majoria qualificada de dues terceres parts dels acadèmics que exercitin el dret de vot. Es manté, com a requeriment addicional, que els vots favorables arribin a la majoria absoluta de la totalitat d'acadèmics amb dret a vot (Art. 12).

**Acadèmics corresponents.** S'amplia el nombre màxim d'acadèmics corresponents per elecció residents en el territori de Catalunya del doble al triple dels acadèmics numeraris (art. 16). Es recull una circumstància inclosa en el Reglament però no existent en els estatuts anteriors: la incorporació com acadèmics

corresponents de les persones "que hagin quedat finalistes en una votació per a cobrir una plaça d'acadèmic numerari" (Art. 15).

**Membres protectors.** S'estén la possibilitat de nomenar membres protectors a acadèmics i a entitats jurídiques (Art. 19).

## ESTRUCTURA DE LA RAMC

**Elements estructurals.** A més de les Seccions i les Comissions, s'estableixen com elements estructurals de l'Acadèmia els Seminaris (Art. 20).

**Seccions.** Amb la finalitat d'augmentar l'eficiència de les Seccions i aconseguir una major homogeneïtat en el nombre dels seus membres, les sis Seccions establertes en el passat es redueixen a quatre: 1º, Ciències mèdiques bàsiques, diagnòstiques, terapèutiques i afins; 2º, Medicina i especialitats mèdiques; 3º, Cirurgia i especialitats quirúrgiques; 4º, Ciències mèdiques socials i afins (Art. 40).

A més, s'incrementa el nombre de membres de cada Secció, que queda establert en "una mitjana de 15 acadèmics (més/menys 2), a part dels numeraris emèrits" (Art. 40).

**Seminaris.** S'introdueix la possibilitat de crear "Seminaris permanents per a estudiar aspectes concrets de les activitats de l'Acadèmia" (Art. 43).

## ÒRGANS COL·LEGIATS DE LA RAMC

**Ple.** Atès que el acadèmics numeraris emèrits estan dispensats de les obligacions però mantenen la totalitat dels seus drets, es precisa que el Ple "està constituït per tots els acadèmics numeraris i els numeraris emèrits que assisteixin a la sessió" (Art. 21).

**Junta de Govern.** Es modifica la seva composició: s'ajunten en una mateixa persona els càrrecs de Bibliotecari i d'Arxiver, i es crea el càrrec de Responsable d'informàtica i tècniques de publicació electrònica (Art. 28).

S'amplia de dos a quatre anys el temps mínim que ha d'haver passat per a la possible reelecció no consecutiva dels membres de la Junta (Art. 29).

S'especifica que en el cas de quedar vacant un càrrec "el President proposarà i la Junta de Govern designarà el qui hagi de substituir-lo" (Art. 30).

**Funcions del President.** S'afegeixen dues noves funcions: "Fixar els objectius generals i específics que han de dirigir les activitats acadèmiques de cada any", i "Liderar, amb la col·laboració de la Junta de Govern, les gestions per a procurar el finançament necessari

per a cobrir les despeses de manteniment i assolir els objectius programats" (Art. 31).

**Funcions del Bibliotecari - arxiver.** Se li atribueixen les que els estatuts anteriors atribuïen al Bibliotecari i a l'Arxiver (Art. 37).

**Funcions del Responsable d'informàtica i tècniques de publicació electrònica.** La persona que ocupi aquest càrrec "cuidarà de l'actualització en la introducció de les noves tecnologies electròniques que estiguin a l'abast de l'Acadèmia, i principalment de la pàgina web i de les publicacions en format digital" (Art. 38).

## ACTIVITATS DE LA RAMC

S'especificuen algunes activitats noves: organitzar els congressos d'història de la medicina catalana; promoure activitats conjuntes amb les altres acadèmies, principalment les de Catalunya; vetllar per les publicacions en suport electrònic i pel desenvolupament de les tècniques informàtiques de publicació; recollir el material gràfic en un arxiu propi i posar-lo en relació amb els d'altres institucions (Arts. 42 i 45).

S'estableix que pel compliment de les seves activitats l'Acadèmia podrà establir, quan s'escaigui, convenis de col·laboració amb altres institucions (Art. 45).

## DISPOSICIONS REGLAMENTÀRIES SOBRE EL PROCÉS D'ELECCIÓ DE NOUS ACADÈMICS NUMERARIS

A l'espera del Reglament que ha de precisar els continguts dels nous estatuts, a proposta de la Junta de Govern, el Ple va aprovar unes esmenes de la normativa vigent relativa a l'elecció dels acadèmics numeraris, per poder-les aplicar al processus que calia iniciar.

En sessió de 25 de gener de 2011 va aprovar una modificació de la fase de presentació dels candidats en el sentit d'exigir als acadèmics corresponents haver estat proposats per un menor nombre d'acadèmics numeraris que les persones que no tinguessin aquella condició (3 vs. 5) per poder ser proclamats candidats a places d'acadèmic numerari.

I el dia 2 d'octubre de 2012 va aprovar la modificació de la fase de votació precisant que en una primera votació cada membre del Ple amb dret a vot podria votar, per a cada vacant, com a màxim dos dels candidats proposats. Si un sol candidat obtingués la majoria absoluta dels vots dels acadèmics amb dret a vot, seria proclamat acadèmic electe. En cas contrari, es farien fins a dos votacions més. I si en la votació definitiva ningú obtingués la majoria absoluta dels assistents o es donés situació d'empat no es proveiria la plaça, que seria considerada vacant.

## Ingrés d'Acadèmics numeraris (Resum del discurs d'ingrés)

# ELS COL·LEGIS PROFESSIONALS EN EL SEGLE XXI: PAPER SOCIAL I RESPONSABILITATS ENVERS ELS SEUS MEMBRES

Miquel Bruguera i Cortada

Acadèmic numerari.

Avui, estic aquí davant de vostès per exposar les meves idees sobre la necessitat de la pervivència dels col·legis professionals, i de quina hauria de ser la seva orientació ja entrats en el segle XXI. La elecció d'aquest tema es comprensible atenent a que he format part de la junta de govern del Col·legi de Metges de Barcelona (COMB) durant 28 anys, 16 dels quals com a president.

Ha estat una experiència molt gratificant que m'ha donat l'oportunitat de desenvolupar diverses iniciatives en el pla social, cultural i de defensa corporativa, i de prosseguir i expandir les que s'havien iniciat durant la presidència d'en Ramon Trias. Em permetereu que us mencioni les que crec més destacades.

- 1) Un sistema de responsabilitat professional (RP) que ofereix cobertura de l'assistència jurídica i de les indemnitzacions que hagi de pagar un metge demandat per presumpta mal praxi.
- 2) Un programa d'ajuda integral per a metges (PAIM) amb malalties psiquiàtriques agudes o per dependència a tòxics, alcohol o estupefaents.
- 3) Un pla de protecció social per a metges i els seus familiars.
- 4) Una xarxa d'empreses de serveis per a metges que inclou servei d'assegurances, serveis bancaris, i d'assessorament fiscal, entre altres, i una àrea financera.
- 5) Un centre d'estudis col·legials que organitza activitats formatives.
- 6) Un gabinet de comunicació i una assessoria jurídica potent.
- 7) Organització d'actes per homenajar personalitats mèdiques en reconeixement dels seus mèrits.
- 8) El programa del Metge emprenedor, per posar en contacte metges amb idees que podrien finalitzar en una patent o en la creació d'una empresa amb fonts de finançament i de gestió empresarial.
- 9) Els premis a l'excel·lència professional.
- 10) Suport jurídic, tècnic i polític a la creació i expansió dels equips de base associativa (EBAs) en el sector de l'Atenció Primària.

He titulat aquest discurs "*Els col·legis professionals en el segle XXI. Paper social i responsabilitats envers els seus membres*". La meua intenció es argumentar a favor de la idea de que els col·legis professionals han de continuar existint i raonar sobre quines haurien de ser les seves funcions i objectius en els temps actuals.

Si dic que hi han raons perquè els col·legis professionals es mantinguin és perquè hi ha el risc que els facin desaparèixer. Els col·legis professionals tenen partidaris i detractors, tant dins del

propi col·lectiu professional com en el món polític i en la resta de la societat.

Els metges crítics amb els col·legis els consideren estructures rígides que no compleixen prou amb les seves responsabilitats de defensa y protecció dels drets dels associats. Els ciutadans i els polítics critiquen els col·legis perquè els veuen preocupats únicament en defensar els drets dels metges, i no protegir els interessos dels ciutadans.

Els dos objectius dels Col·legis Professionals, la defensa dels interessos dels seus membres i el de ser garant dels drets dels ciutadans, no són contradictoris, encara que pugui a vegades semblar difícil fer compatibles la defensa d'interessos públics i privats.

Els Col·legis Professionals poden tenir una gran projecció si compleixen amb els següents objectius:

- a) vigilar la qualitat de la pràctica per garantir als ciutadans una bona atenció professional.
- b) sancionar als que no compleixin bé amb aquesta exigència.
- c) facilitar recursos per mantenir i millorar la competència en la pràctica de la professió.
- d) ajudar als membres més febles del col·lectiu professional.
- e) proporcionar el reconeixement que mereixen els que exerceixen la professió amb excel·lència.

Els nous temps exigeixen una sèrie de mesures perquè els Col·legis puguin ser considerats com estructures actuals i útils per part de l'Administració de l'Estat, pels membres de la pròpia professió i pels ciutadans. A continuació exposaré aquestes exigències amb un cert detall.

### OSTENTAR EL LIDERAT MORAL DE LA PROFESSIONI

Els Col·legis s'han de dotar d'un discurs autoexigent, basat en els valors del professionalisme, que inspiiri la confiança dels ciutadans. Només així podran recuperar la capacitat de ser acceptats com interlocutor dels gestors i de la pròpia Administració, perquè hauran demostrat capacitat per complir amb el contracte social al que estan obligats i vetllaran per la competència, dedicació i bon comportament ètic dels professionals.

### RECUPERAR LA CREDIBILITAT SOCIAL

Aquesta credibilitat s'aconsegueix garantint el compliment per part dels metges de les normes deontològiques. Molts ciutadans no tenen confiança en els Col·legis professionals perquè creuen que

defensen als seus membres encara que hagin actuat amb negligència o imprudència. Per trencar aquesta creença cal que s'apliquin les mesures correctores previstes en els estatuts col·legials.

Per altra banda, els Col·legis han de trobar mecanismes que facilitin el manteniment de la competència, ja sigui a través d'ofrir elements de tipus formatiu, d'incentivar que els professionals dediquin una part del seu temps a formació o aplicant mesures sancionadores als que no mantenen la competència exigida. Només si la societat aprecia que els col·legis tenen una política ben definida i orientada a inspeccionar primer i a garantir després la competència dels professionals veurà als Col·legis com aliats.

## ELS COL·LEGIS HAN DE DEFENSAR MILLOR ELS INTERESSOS DELS PROFESSIONALS

Els interessos professionals dels metges són molt variats, per la qual cosa els Col·legis s'han d'esforçar a prevenir les necessitats més comunes i les que causen un impacte més negatiu en la capacitat professional dels metges.

Les contingències que actuen de la forma més negativa sobre els metges són les que posen en qüestió l'autonomia personal com ho són les malalties que causen dependència i els problemes econòmics.

Una altra circumstància negativa pels metges són els riscos professionals causats per reclamacions de malalts o de les seves famílies en cas de mals resultats d'un tractament o del retard de diagnòstic, que s'atribueix amb raó o sense a malpraxis.

També han d'intervenir els Col·legis en evitar el risc de patir agressions en el lloc de treball. Malauradament les agressions a metges s'han convertit en un fet comú. Les queixes sistemàtiques dels Col·legis de metges per aquests fets han determinat que els tribunals de justícia sancionin a l'agressor d'un metge com si es tractes d'una agressió a un funcionari públic, i per tant amb pena de presó. Caldria sobre tot fer més prevenció, valorant les circumstàncies que afavoreixen les agressions, i sobretot donant recursos als metges perquè gestionin amb eficàcia les situacions que poden acabar en una agressió.

Una circumstància que els Col·legis haurien de poder modular és la inadaptació per a molts metges a la jubilació que s'ha d'atribuir a una falta de preparació per afrontar aquesta etapa de la vida. La creació d'una oficina d'assessorament als metges que s'acosten a la jubilació, podria ser útil per ajudar a preparar-se per entrar amb recursos en aquesta etapa.

En aquests darrers anys el COMB s'ha esforçat en donar un impuls a un nou model de col·legi professional, que hem definit com a col·legi de serveis. Aquesta denominació es refereix a que s'ampliïn les prestacions col·legials a través d'empreses. La creació d'empreses permet una suficiència econòmica que asseguri la independència en els plantejaments i en les decisions que prenguin les juntes de govern col·legials. La fórmula que s'ha assajat amb èxit al COMB en aquests darrers 25 anys, és la creació de petites

empreses, propietat del Col·legi. Els guanys derivats d'aquests negocis es reinverteixen en el Col·legi i representen més del 50% del pressupost. Aquesta orientació ha permès que la quota del COMB sigui la més baixa de l'estat espanyol i no s'hagi incrementat durant molts anys.

El COMB ha creat amb èxit empreses que tracten amb productes bancaris i productes financers (Medivalor), una consultoria fiscal (Mediconsulting), una corredoria d'assegurances (Medicorasse), una agència de viatges (Mediviatges), un servei de venda d'automòbils (Medicar), una cooperativa de consum (Mediconsum), i un servei d'orientació tecnològica (Meditecnologia).

Finalment permet'm per acabar aquest discurs fer un exercici de prospectiva, exposant com jo com crec que hauran de ser els col·legis professionals del segle XXI si volen persistir.

Els col·legis són responsables de mantenir la professionalitat dels seus membres, és a dir que tinguin el coneixement i les habilitats pròpies de la professió i les mantinguin actualitzades i també de que apliquin els valors propis de la professió, que pels metges són altruisme, integritat, competència, compromís, respecte, compassió i afany per l'excel·lència.

Els canvis socials que s'han produït en els darrers 40 anys han anat reduint el sentit de la professionalitat dels metges, ja que:

- 1) l'estat s'ha fet el responsable de la provisió universal dels serveis sanitaris, i com a conseqüència d'aquest fet els metges s'han laboralitzat, i ha desaparegut la seva vinculació contractual directa amb el pacient/client
- 2) han aparegut nous models en les relacions metge-malalt, ja que el malalt es relaciona més amb equips que amb metges individuals,
- 3) s'ha universalitzat una cultura de l'oci que actua com un factor negatiu per l'aplicació dels valors de la professió mèdica, i
- 4) s'ha accentuat la desacralització del metge que s'ha convertit en objecte fàcil de reclamacions, agressions i crítiques.

Superar aquests inconvenients exigeix habilitat per part de les juntes de govern dels col·legis de metges, que haurien de perseguir els següents 10 objectius per recuperar el prestigi, la credibilitat i l'autoritat moral del metge.

### **1. Tenir polítiques orientades a impulsar les bones pràctiques i la bona conducta professional.**

Les corporacions professionals tenen prestigi perquè acumulen coneixement i expertesa. Però a més d'expertesa la societat exigeix dels metges dedicació, atenció, amabilitat, disponibilitat, honestetat, discreció. Els col·legis de metges tenen el deure de fer arribar a tots els seus membres aquests valors del professionalisme i han de poder fer evident a la societat que s'esforcen per evitar els comportaments negligents, poc responsables, escassament afectius d'alguns metges. Han de poder fer aparent que s'apliquen mesures

disciplinaris als que incompleixen les normes de Deontologia i als que tenen una pràctica mèdica subòptima.

Els Col·legis professionals han de tenir sistemes de vetllar per la competència dels seus membres. Caldria poder comprovar mitjançant mesures simples i poc costoses, i al mateix temps acceptables pels professionals, la seva qualitat assistencial, la qual cosa permetria encetar el camí cap a la implantació de sistemes de recertificació.

La recertificació, és a dir l'autorització per seguir mantenint l'activitat professional, s'ha d'entendre com una forma de superar un control de qualitat a través d'un procediment simple que permeti avaluar si el metge individual conserva les habilitats per exercir correctament. Això es podria fer a través d'inspeccions en el seu lloc de treball fetes per col·legues que han estat formats per aquest treball d'acreditació.

## **2. Estar en condicions de defensar interessos que siguin comuns a la majoria dels professionals.**

Una missió molt important dels Col·legis de metges és ocupar-se d'aquelles qüestions que poden afectar negativament els ànims del metge i que amenacen el seu benestar psíquic o econòmic, i en conseqüència poden interferir amb la seva pràctica professional. Em refereixo a les reclamacions per una presumpta mal praxis i a les malalties que causen una discapacitat per l'exercici professional.

El COMB té un excel·lent model per assegurar la cobertura del risc de reclamacions. Un valor afegit de la gestió directa de la pòlissa de RP pels Col·legis permetria, si s'analitzessin periòdicament les reclamacions i les circumstàncies que les afavoreixen, detectar conductes i comportaments que haurien de ser corregits amb recomanacions directes als reclamats, vigilància de la pràctica professional dels que tenen més reclamacions, i amb la publicació d'informes i de documents que arribin amb missatges clars a tots els membres d'una corporació.

Els problemes de salut constitueixen una limitació considerable per qualsevol activitat laboral. Pels metges ho són especialment perquè tenen amb molta freqüència un comportament poc apropiat quan estan malalts. O no sol·liciten ajuda a temps o s'autodiagnostiquen i es tracten a si mateixos. Aquest problema és particularment greu en el cas de les malalties psiquiàtriques agudes, que poden reduir la lucidesa del pacient i la seva capacitat per prendre decisions, i també les relacionades amb abús de substàncies estupefaents a les que els metges hi poden tenir un accés més fàcil que els demés ciutadans.

És per tant necessari que els col·legis tinguin polítiques orientades a facilitar la detecció dels professionals amb problemes de salut, que poden causar errors o actuacions deficientes.

## **3. Respectar els interessos dels diferents sectors professionals**

Totes les professions universitàries s'han anat sofisticant al llarg del temps degut a la superespecialització.

Cada forma d'exercici i cada àrea del coneixement té unes amenaces, uns problemes, unes solucions i unes expectatives diferents. Trobar un equilibri, que no porti a la paràlisi, per no agreujar massa a cap d'aquests sectors quan es prenen decisions de govern és un aspecte que s'ha de tenir en compte per mantenir la col·legiació cohesionada i evitar confrontacions estèrils. La presència en les juntes de govern de membres de la professió que s'identifiquen amb les diferents formes d'exercici, o al menys les més importants, pot minimitzar el risc de que alguns sectors es sentin menys cuidats que no pas altres. Aquest aspecte s'ha de tenir en compte en el moment de dissenyar les candidatures que optaran en les eleccions a la junta de govern del Col·legi.

## **4. Ser independents de grups socials i polítics, i de les organitzacions sindicals, i tractar de defugir els enfrontaments amb l'Administració.**

Els col·legis professionals han de ser independents de ideologies, i per tant no poden ser correa de transmissió de partits polítics o de sindicats.

La història ha demostrat que les actituds bel·ligerants en contra de l'Administració no aporten res de beneficiós, per la qual cosa és important que les juntes de govern dels Col·legis defugin posicions d'antagonisme i s'esforcin per defensar els interessos dels seus membres amb actituds constructives. El paper jugat per l'actual president del Col·legi de metges, fermament crític amb la política de restriccions imposada pel departament de Salut a l'inici de la crisi i alhora oferint col·laboració i organitzant un fòrum de professionals, és un exemple de com els Col·legis poden discrepar de l'Administració però també ajudar-la.

## **5. Disposar d'informació sobre l'estat de la professió i les característiques professionals dels seus membres.**

Una funció fonamental dels Col·legis és tenir al dia el Registre de col·legiats que té com a objectiu evitar el intrusisme. Aquest registre s'hauria d'acompanyar d'un registre, avui inexistent, de l'especialitat dels col·legiats i també del lloc on exerceixen. L'existència d'un registre d'aquesta naturalesa seria d'utilitat per detectar si hi mancances o excessos en cada especialitat en el sistema sanitari, i també si la distribució d'especialistes en el territori és l'adequada en funció de la densitat de població.

A banda dels registres mencionats, els col·legis haurien de tenir informació sobre les característiques demogràfiques dels col·legiats, els modes d'exercici, les opinions més prevalents sobre les diferents matèries en que tenen competència. Part d'aquesta informació es pot obtenir de manera periòdica a través d'enquestes a mostres representatives de la col·legiació, i la resta analitzant les dades recollides en les sol·licituds de col·legiació. Els estudis sociològics i l'estudi demogràfic de la col·legiació fets al COMB han aportat una informació de molt relleu, que han permès a les juntes de govern aportar informació als mitjans de comunicació i a les

Autoritats sanitàries sobre l'evolució de la professió i per fer pronunciaments polítics sobre diferents aspectes sanitaris, així com recomanacions sobre la conveniència o no de *numerus clausus*.

#### **6. Estar connectats amb les Facultats de Medicina**

Els Col·legis haurien de saber millor encara que les Facultats de Medicina quins metges necessita el país, d'acord amb les característiques del sistema sanitari i les expectatives de la població. Malsuradament no hi ha tradició per a una col·laboració entre Col·legis i Facultats de Medicina.

Hom es sorprèn que aspectes importants per un bon exercici de la professió de metge, com el coneixement de la Deontologia mèdica, la comunicació metge-malalt, especialment l'art de donar males notícies, la prevenció de les reclamacions per mal praxis i com actuar si es produeixen, la dimensió econòmica del treball del metge, o el coneixement dels principis de la gestió sanitària, no rebin prou atenció a les Facultats de Medicina.

#### **7. Tenir un règim sancionador per les desviacions en el compliment del Codi de Deontologia**

Els metges haurien de tenir un comportament exemplar. Són encara referents socials, malgrat el procés de funcionarització que han patit en els darrers 40 anys. El pas de la medicina d'una professió liberal a una professió assalariada ha dut canvis beneficiosos per al conjunt de la població, ja que han posat el dret a l'atenció sanitària com un dret fonamental dels ciutadans, però han incidit negativament en la manera d'actuar dels metges. No obstant, el que no pot canviar, malgrat els canvis socials que fan de la medicina una professió força diferent de la que exercien els nostres pares, són els principis ètics que fixa el Codi de Deontologia sobre els que reposa la professió.

#### **8. Els Col·legis ha d'estar regits per juntes de govern constituïdes per membres destacats de la professió.**

Els Col·legis professionals no han de ser llocs on es fa política. Les seves juntes de govern tampoc han de ser plataformes per obtenir prestigi i clientela. Pertànyer a una junta de govern s'ha de veure com un acte de servei que treu a la persona que l'ocupa un temps que podria dedicar a la seva activitat professional o al lleure.

S'hauria de tenir present en l'elecció de les juntes que els candidats als càrrecs de més pes fossin professionals amb credibilitat personal, que hagin sobresortit en la seva activitat mèdica i que hagin manifestat la seva voluntat de dedicació al càrrec, sense conflicte d'interessos, i amb generositat per dedicar el seu temps a les necessitats del conjunt de la col·legiació.

#### **9. Intervenir en els debats sobre els grans temes que preocupen a la societat**

Una de les responsabilitats dels Col·legis professionals ha de ser contribuir a la reflexió sobre els grans temes que interessen a

la societat, com la eutanàsia, l'avortament, les cures paliatives, la mort digna, la sostenibilitat del sistema sanitari, la violència domèstica, l'estat de salut dels immigrants, l'aferrissament terapèutic, o els límits de l'atenció sanitària, entre altres.

Amb seguretat dins d'un col·lectiu professional s'hi trobarà prou gent amb criteri, amb capacitat reflexiva i amb coneixement expert sobre qualsevol aspecte que es vulgui considerar, que es poden constituir en un grup de reflexió i anàlisi per elaborar una opinió. Els Col·legis han d'organitzar debats quan es detecta que un tema preocupa a la societat per poder adoptar un posicionament.

#### **10. Contribuir en crear condicions que permetin la modificació del règim retributiu**

El sistema retributiu dels metges que treballen en el sector públic de la sanitat espanyola és pervers perquè no té en compte la qualitat objectiva del treball de cada un, ni la qualitat valorada pels pacients. La majoria d'incentius utilitzats actualment són ridículs, i alguns no van orientats a reduir despesa inútil. S'ha d'anar a un model de retribució amb una quantitat fixa i comuna per cada categoria laboral, i una part variable, relacionada amb la qualitat, la dedicació i els resultats. En la fixació d'aquests incentius hi han de participar els professionals de cada institució a través dels seus representants en els equips de direcció, i els Col·legis han d'impulsar aquesta negociació no deixant-les només a les mans dels sindicats, tant els professionals com els de classe.



## Ingrés d'Acadèmics corresponents

## DISFUNCIONS DEL CERVELL: LA DEMÈNCIA I LA MALDAT

Isidre Ferrer Abizanda  
Acadèmic corresponent

La humanitat ha mantingut durant milers d'anys una lluita per la supervivència, amb diferents enemics i utilitzant diverses eines i coneixements per preservar la salut i la vida. La medicina ha estat, en un primer període, una habilitat i, de manera més tardana, una ciència aplicada que s'ha especialitzat en l'art de curar, però també en la capacitat de manejar, amb criteris científics demostrables, i reproduïbles, la possibilitat de prevenció del dany i de la malaltia.

L'ésser humà ha estat un gran depredador però una presa discreta per a altres depredadors. Al contrari, els agents infecciosos, inclosos bacteris, virus i paràsits, han fet els pitjors estralls en dates molt recents. La relació entre microbis i paràsits i l'ésser humà ha estat ambigua i oposada, oscil·lant entre la cooperació i l'aniquilació al llarg de milers d'anys. Virus, bacteris, fongs, protozous, polls i paparres, i d'altres paràsits han exterminat pobles sencers, civilitzacions, i han causat la mort de milions d'éssers humans. Això és cert fins al punt que és impossible comprendre la història de la humanitat sense tenir coneixement sobre pestes, plagues i infeccions des de l'inici dels temps. És apropiat esmentar la desaparició d'algunes antigues civilitzacions riberenques, els efectes devastadors de la varicel·la i d'altres virus entre els pobles americans amb l'arribada dels conqueridors vinguts de l'altra banda de l'oceà, i les plagues i pestes arreu del món al llarg dels segles. És impossible entendre la història d'Europa sense conèixer l'existència dels estralls causats per la pesta negra, o les baixes durant les guerres anteriors a la Segona Guerra Mundial provocades per gèrmens abans que pels actes intrínsecs de les batalles.

Actualment, és necessari comprendre l'impacte que suposen la síndrome d'immunodeficiència adquirida, la malària i la tuberculosi en el creixement de la població subsahariana que es tradueix en milions anuals de morts.

Les ciències, i especialment la microbiologia, la farmacologia i la medicina en el seu sentit més ampli, han permès en dates relativament recents modificar aquests escenaris. L'actuació directa sobre un germen concret en un cas determinat mitjançant agents químics i antibiòtics ha aconseguit reduir l'impacte esferelidor dels gèrmens en la salut. I no menys important, la higiene, el control de la qualitat de l'aigua i dels residus, les modificacions dels hàbits de

vida, les vacunacions, i la prevenció del risc en darrera instància han canviat, en el curt període d'una centena d'anys, l'efecte de les infeccions en els països avançats.

La segona causa de dany i mort de l'ésser humà ha estat l'actuació nocka d'individus de la mateixa espècie tant com a actuació individual com col·lectiva. Aquest és un fet destacat, ja que pocs vertebrats han causat una mortalitat d'aquesta magnitud, i d'una manera tan repetida i sistemàtica, entre els seus propis congèneres. Es podria argumentar que les causes principals d'enfrontament entre els éssers humans es limiten al repartiment del territori, a l'accés a l'aliment i a la supervivència, com passa amb altres animals, però la història mostra com, sota idees aparentment generoses d'origen religiós, moral o patriòtic, s'amaguen productes que han nascut i crescut en la ment humana com ara l'odi, la ira, l'enveja, el rancor, el desig del dany aliè, el menyspreu envers l'individu diferent per raó de la seva raça o ètnia, creences, o el resultat del mer caprici d'acceptació o rebuig momentanis, incrementats amb freqüència a través del mimetisme en els moviments de masses.

És difícil entendre des d'un punt de vista evolutiu el desenvolupament tan notable d'aquests comportaments aparentment tan negatius per a la supervivència de l'espècie. O, al contrari, ha estat la dramàtica agressivitat entre els individus allò que ha permès el domini global a partir de la utilització massiva dels recursos d'altres individus de la mateixa espècie mitjançant l'opressió i la força.

En nom dels déus i de certes creences, s'han consumat assassinats rituals com ofrenes als senyors i als déus. En civilitzacions autoproclamades més desenvolupades, els assassinats i la destrucció de l'altre s'han efectuat en nom d'algun déu creat a imatge i semblança de l'home. En altres ocasions, la destrucció ha estat la resposta a una creença de superioritat d'una raça sobre una altra, o d'una ètnia o un grup sobre un altre; i molt més rarament, ha estat pròpiament un fenomen relacionat amb la riquesa i la utilització de recursos.

Els éssers humans han intentat protegir-se dels seus veïns utilitzant els mateixos mecanismes que han acabat desencadenant el desastre, l'odi, la violència, la guerra i el sotmetiment. Però també

han creat lleis, tractats i càstigs puntuals; i això ha estat un avenç que ha permès la supervivència de la humanitat fins als nostres dies. La filosofia, i més particularment l'ètica, així com la política i el dret hi han tingut un paper important.

La ciència també s'ha preocupat, de manera més recent, per comprendre els mecanismes que condueixen a comportaments humans tan lesius.

En un principi, la preocupació s'ha dirigit a la pèrdua de l'estat mental considerat normal per a una determinada edat i població aplicada a un individu. El terme «bogeria» és antic i s'ha anat modificant amb els anys. El «Valxell dels Bojos» o l'«Extirpació de la pedra de la bogeria», de Hieronimus Bosco, són exemples de la idea de bogeria i del seu tractament a finals del segle *xv*. Don Quixot pot interpretar-se com el paradigma del geni i de la bogeria en la imaginació de Cervantes. Posteriorment, les imatges de Francisco de Goya en quadres tan expressius com «El corral de los locos», «La casa de locos» o «Viejos comiendo sopas» són documents realistes de la situació, a principis del segle *xx*, dels bojos o malalts mentals, o endimoniats i posseïts, o d'individus adoztenats en espais llièbres, o mostrant una avidesa primària envers el menjar com l'aferrament final a la supervivència enfront del deteriorament de l'edat. Exemples similars que reflecteixen aquest concepte es poden trobar prenent com a referència l'art i la literatura de diversos llocs del món.

L'estudi de les malalties mentals s'inicia d'una manera pràctica i sistemàtica al llarg del segle *xx* i constitueix la base de la psiquiatria moderna. És interessant constatar, a finals del segle *xx* i principis del *xxi*, la categorització d'algunes de les principals malalties mentals: la neurastènia i la histèria, avui pràcticament inexistents; o la temuda paràlisi general progressiva o demència paralítica com a manifestació de la sífilis terciària, tan sols mitigada amb l'aplicació de salvarsan i finalment desapareguda gairebé arreu del món arran del descobriment de la penicil·lina. Les psicosis i les esquizofrènies s'han anat modulant com malalties noves sustentades en trastorns moleculars del funcionament del cervell. Alguns d'aquests trastorns permeten explicar conductes individuals perjudicials. La majoria de psicòtics i esquizofrènics pateixen els efectes devastadors de la seva malaltia. Altres trastorns mentals també tenen el propi individu com a objecte de dany i patiment. Molt rarament, els efectes del seu trastorn afecten altres persones. Més habitualment, els actes contra altres individus són realitzats per psicòpates.

Des de la psicoanàlisi a la psiquiatria farmacològica s'han produït avenços que han permès dissenyar teràpies preventives, teràpies pal·liatives i, de vegades, reparatives a escala individual.

El coneixement de les malalties mentals ha estat un gran progrés però no en sabem prou, i la bogeria no és sinònim de maldat, ni la maldat és una forma de bogeria.

L'aplicació dels coneixements mèdics a escala social és encara molt rudimentària. Individus amb trastorns mentals severos i altament perillosos o individus amb diverses psicopaties tenen accés al lideratge i al control d'esferes de poder amb una forta repercussió

política i social. Els danys emparats en un grup o una secta, o els actes individuals de maldat són malauradament freqüents i repetitius des de l'assassinat d'un tret al platell, a la violència lligada al pensament de propietat que té una persona sobre un altre, la tortura, la violació, l'atac a nens i la utilització de menors en actes de guerra, la vexació i especialment la satisfacció pel patiment i el dolor de l'altre.

Aquests punts no poden ser oblidats des de un punt de vista humanitari però no menys des de un punt de vista mèdic.

És prioritari indicar la necessitat de major investigació biomèdica en les causes i els mecanismes que porten a conductes i a personalitats que podem catalogar com maldat; quins són possibles biomarcadors d'aquestes conductes i quins són possibles tractaments preventius per tal d'evitar conductes altament lesives.

Això podria semblar ciència ficció o la possibilitat d'endinsar-se en actituds que redueixen la nostra llibertat.

Però les actituds malignes no han de ser estranyes i degudes a fets incomprendibles com eren les plagues i les pestes fa relativament pocs anys. Necessitem investigar en els mecanismes de la maldat per tal que la humanitat sigui més lliure i més segura, i la medicina ha de saber aplicar els coneixements que resultin d'aquestes investigacions.

Fa poc temps que coneixem el paper de l'oxitocina i de les endorfines en el desenvolupament de l'enamorament i de l'amor, però no tenim ni idea de les molècules que participen en l'odi i la crueltat.

El control de les infeccions, la reducció de la mortalitat per batalles i guerres, i el desenvolupament tecnològic han contribuït a augmentar la supervivència i a allargar la mitjana d'edat de vida com no s'hauria imaginat mai abans. Però això ha comportat l'aparició de nous problemes com són la necessitat d'adaptació de recursos per tal de sustentar l'envelliment de la societat avançada i l'adveniment de noves malalties, entre les quals es compta la pèrdua d'identitat com a éssers humans, la demència, de les més destacades i temudes.

La descripció d'Alois Alzheimer, entre 1907 i 1910, de les alteracions en el cervell d'una dona relativament jove amb nombroses plaques senils i degeneracions fibril·lars de les neurones va rebre el nom de «demència presenil d'Alzheimer». No va ser fins a mitjan anys seixanta quan es va interpretar que la demència presenil descrita per Alzheimer i la demència senil amb alteracions idèntiques a les de la demència presenil d'Alzheimer eren la mateixa malaltia. Aproximadament el 80 % d'individus per sobre dels seixanta-cinc anys té plaques senils i/o degeneracions neurofibril·lars en àrees localitzades del cervell, però només un 5 % de la població pateix demència a aquestes edats té una alteració generalitzada. Per altra banda, el 25 % de la població als vuitanta anys pateix demència de tipus Alzheimer. Els coneixements actuals permeten entreveure un escenari favorable a l'actuació mèdica de caràcter essencialment preventiu amb l'objectiu d'alentir la progressió del procés degeneratiu

i evitar els estadis avançats de la malaltia d'una manera semblant a com entenem ara l'arteriosclerosi.

Però la demència no és una psicopatia, ni una neurosi ni molt menys és una plaga i ni remotament es pot catalogar de maldat.

Aquestes dades són només apunts d'un argument que revitalitza la medicina com una disciplina amb un impacte social, no tan sols des de la perspectiva de l'augment de l'esperança de vida, sinó també com a suport per entendre millor els aspectes generals de la nostra existència. L'ensenyament de la història és una assignatura pendent de la carrera de Medicina, i el coneixement de la filosofia i l'aprofundiment en les idees derivades dels corrents filosòfics poden esdevenir eines encara aplicables a una manera saludable d'entendre la vida. No es pot entendre la vida i el que entenem per salut humana sense entendre com ha estat la nostra història.

La lluita contra la crueltat i la maldat humana, basada en el millor coneixement del funcionament del sistema nerviós, ha de ser un propòsit clau en els propers anys que permeti un canvi qualitatiu important com el que va suposar el descobriment combinat de l'antisèpsia, les vacunes, les sulfamides i la penicil·lina.

Per acabar, unes notes de la carta 77 de Seneca a Lucilius:

*Tu aniràs on han anat tots els altres. Què hi ha de nou en això? Vas néixer sota aquesta llei. Això va passar al teu pare i a la teva mare, a qualsevol abans de tu, i passarà a qualsevol després de tu. No hi ha viatge sense final.*

Com en una obra de teatre, també la vida, no és important la durada però la manera com s'actua. No és pertinent el moment en que l'obra acaba. Finalitza quan vulguis; solament mira de tancar-la bé.

#### ISIDRE FERRER ABIZANDA

- Nascut a Barcelona el 8-04-1951
  - Llicenciat en Medicina i Cirurgia (UB, 1973) i Doctor (UB, 1978).
  - Especialista en Anatomia Patològica (1978).
  - Director de l'Institut de Neuropatologia i del Banc de Cervell de l'Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge, l'Hospital Universitari de Bellvitge (1998-)
  - Professor Associat (1986-1990), Professor Titular (1990-1996) i Catedràtic d'Anatomia Patològica (1996-) de la Facultat de Medicina de la UB.
  - Medalla Narcís Monturiol de la Generalitat de Catalunya (2003) i Premi a l'Excel·lència Professional del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (2005).
  - Acadèmic efecte corresponent RAMC (2011).
  - Ingress corresponent 10-07-2012.
- Resposta: Dr. Romà Massot i Purjel

## Ingrés d'Acadèmics corresponents

# AFARTAMENTS: DE LA CULTURA A LA GENÈTICA TOT PASSANT PER LES EMOCIONS

Josep Toro Trallero

Acadèmic corresponent

La revisió de la literatura mèdica deixa dubtosos els orígens històrics dels trastorns del comportament alimentari (TCA) o de la seva conceptualització com a tals. Probablement va ser Richard Morton, metge anglès de la cort de Guillem III, el qui, en 1689, en el seu tractat *Phthisiologia, seu exercitationes de phthisi* va ser el primer en descriure dos casos amb manifestacions clíniques compatibles amb el que avui diagnosticaríem d'anorèxia nerviosa<sup>1</sup>. L'obra, traduïda a l'anglès com *Phthisiologia or a treatise of consumptions*, detallava el cas d'una noia de 18 anys amb pèrdua de gana, alteracions digestives, aprímadament espectacular, amenorrea, sense altres signes de patologia orgànica que vivia entregada total i exclusivament als llibres i als estudis... També descriu un noi de 16 anys amb una pèrdua total de la gana y una «Atrofia universal», causada per «estudiar massa i per les Passions de la Ment»...

El 31 d'octubre de 1859, un francès, Louis-Victor Marcé, en una reunió de la Société Médico-Psychologique de Paris llegí una comunicació amb aquest títol: *Note sur une forme de délire hypochondriaque consecutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments*<sup>2</sup>. Hi ha pocs dubtes de que es referia a l'anorèxia nerviosa. Probablement l'ús de termes com «deliri» o «hipocondria» ha fet que l'aportació de Marcé romangués relegada en la història dels TCA.

No va ser fins l'any 1873 quan Charles Lasègue a París i William Gull a Londres, de manera gairebé simultània, portaren a terme la descripció del que el francès anomenà *Anorexia hysterica* i l'anglès *Anorexia nervosa*<sup>3</sup>. Uns pocs anys abans tots dos havien parlat d'*Apepsia hysterica*. Les descripcions de les pacients eren molt semblants. Tots dos es referien a noies joves que perdien la gana, s'aprimaven, es manifestaven tristes, irritables, deixaven de menstruar i, explorades, no mostraven senyals d'alteracions somàtiques pròpiament dites. Cap d'ells formulà hipòtesis etiològiques concretes, però el terme *anorexia* suggeria una alteració de la gana, mentre que els qualificatius *hystérica* i *nerviosa* apuntaven la intervenció de factors que avui anomenem psicològics o psicosocials. *Anorexia nervosa (nerviosa)* és el terme que ha prevalgut fins avui tot i que l'alteració de la gana no es consideri com a factor causal ni substantiu.

Entrat el segle XX, Pierre Janet i Sigmund Freud acceptaren l'aparent o real pèrdua de gana de les pacients anorèxiques<sup>4</sup>. Van ser els primers en preguntar-se per la raó o causa d'aquesta pèrdua

sugerint la influència de certs factors psicològics conseqüents a experiències problemàtiques. Les hipòtesis etiològiques de tots dos, avui relegades a l'oblit, feien referència a problemes emocionals de les pacients relacionats amb la sexualitat. Janet defensà que es tractava de noies que es negaven a créixer per por a la manifestació de la sexualitat. En opinió de Freud, el significat simbòlic, sexual, dels aliments determinaria que resultessin repugnants impedit així una ingesta regular.

Hilde Bruch, psicoanalista americana nascuda a Alemanya, ha estat la pionera de l'actual visió de l'anorèxia nerviosa<sup>5</sup>. Parlà per primera vegada de distorsió de la imatge corporal, de la incapacitat de les pacients per reconèixer estats interns, siguin sensacions de gana o emocions, dels seus sentiments d'ineficàcia, del risc que viuen les noies en travessar l'etapa adolescent, etc. Aquest posicionament coincidí amb l'extensió crítica, alarmant, en el món occidental de la incidència d'anorèxia nerviosa i de la cada vegada més manifesta bulímia nerviosa (encara no ben definida). Mara Selvini, a Milà, aprofundí aquesta línia, posant en relació la difusió del trastorn anorèxic amb la transmissió familiar de certs valors exclusius de les societats opulentes, on l'aliment és abundant, força assequible i permanentment en oferta. A Itàlia les hospitalitzacions per anorèxia nerviosa s'iniciaren en 1948 coincidint amb l'anomenat «miracle econòmic italià». Els factors culturals d'influència quedaven així ja força dibuixats.

L'augment de la incidència d'anorèxia nerviosa (i d'altres TCA) és produït transcorreguda la primera meitat del segle XX, pocs anys després d'haver finalitzat la segona guerra mundial. Era un fenomen exclusiu del món occidental, desenvolupat, i, a diferència de qualsevol altra patologia mèdica, el trastorn anorèxic presentava prevalències significativament superiors en noies de classe alta que en les de classe baixa. D'altra banda, en els països sotadesenvolupats no es presentaven casos d'anorèxia nerviosa. (De fet, no hi ha incidència de TCA). En la dècada dels 80 l'anorèxia nerviosa va fer la seva entrada definitiva en les categories diagnòstiques de l'OMS (ICD-9) i de la Associació Americana de Psiquiatria (DSM-III).

La comprovació que la majoria de noies afectades havien decidit perdre pes per raons essencialment estètiques va dirigir l'atenció dels clínics cap el model estètic corporal femení vigent en aquell

moment. I constataren que en els darrers anys s'havia consolidat un prototipus de cos femení molt prim, de dimensions (i per tant de pes) significativament per sota del que és la mitjana en les noies o dones de la població general. Va ser el moment en que el cos femení prim quedà identificat com el gran factor cultural de risc pels TCA. A mida que avançava la segona meitat del segle XX es va anar establint en el món occidental un progressiu culte al cos i, en el cas de les dones, el model estètic encarnava volums cada cop més reduïts. Eren (i són) molts els fenòmens o agents socials que han coincidit en els darrers seixanta anys en influir sobre la comunitat, introduint en les ments de les dones, des de la infància, el culte al cos prim; i per tant la lleivora de la insatisfacció corporal. Una revisió d'aquest tema, publicada en 1996<sup>3</sup>, delimitava aquests factors socioculturals d'influència: canvis en les modes del vestit amb una progressiva manifestació o exposició pública del cos; personatges públics que es constitueixen en models estètics corporals: models d'alta costura, actrius de cinema i TV, estrelles del pop, etc.; publicitat de serveis i productes destinats al control del pes i la reducció de volums; els medis de comunicació, que difonen universalment informacions, imatges i publicitat associades al culte al cos i al control del pes; rebiu social de sobrepès i obesitat (no per raons de salut); activitat física excessiva i esports «estètics» (gimnàstica, ballet...); i canvis en els papers socials de la dona; en els darrers anys s'ha afegit l'homosexualitat masculina (és obvi que els homes també pateixen TCA).

Tot això és influència cultural, una influència que transmet valors i conductes de risc. Traslladem-nos a un temps llunyà, en el que havia culte al cos prim, perquè segons sembla hi havia greus trastorns del comportament alimentari. Fa molts anys, a l'Edat Mitjana, especialment durant els segles XII a XV, vivien a Europa moltes dones, la majoria monges, que practicaven una restricció radical d'aliments decidida voluntàriament per raons ascètiques, és a dir, religioses. Però algunes d'aquestes dones evolucionaven com si a partir d'un cert moment perdessin tot control sobre la ingesta (o experimentessin una absència absoluta de gana). La més representativa va ser Catharina Benincasa, coneguda com Santa Caterina de Siena. Als 16 anys només menjava pa i vegetals crus, i bevia aigua. Als 27 anys només ingeria herbes que sovint vomitava. Menjava branquetes de fonoll per que el vòmit fos més fàcil. El seu estat d'inanició es va fer crònic empitjorant persistentment. Poc abans de morir va deixar de beure aigua. En els seus escrits deixa constància dels seus esforços per menjar i com prega a diari per que Déu li curi el que reconeix com una malaltia.

Aquesta i a moltes altres dones de història i manifestacions semblants avui se les reconeix com afectades per un trastorn anomenat *anorèxia santa*. Se les atribueix aquest diagnòstic a partir de la publicació d'un llibre de l'historiador Bell, *Holy Anorexia*<sup>4</sup>, en el que es descriuen i analitzen les vides d'un bon ram d'aquestes dones. Més endavant, en els segles XVII, XVIII i XIX, tant a Europa com als Estats Units aparegueren algunes noies, les noies

*dejunadores*, que sense vestit hàbits, per motivacions religioses també exhibien la seva espiritualitat, el seu control de la carn pecadora, mitjançant durs dejunis.

Avui interpretem que la restricció alimentària de les actuals pacients anorèxiques, decidida per raons estètiques, causaria un trastorn molt semblant (¿el mateix?) al de totes aquestes dones, quina restricció alimentària estava determinada per raons religioses. La conseqüència lògica de tot això ha estat atribuir a factors culturals un paper central en l'etiologia de l'anorèxia nerviosa. Per molts aquest trastorn es constituïa en el *trastorn cultural* del segle XX, substituïnt la histèria clàssica<sup>5</sup>.

En 1982 Paul Garfinkel i David Garner publicaren el primer tractat «contemporani» dedicat a l'anorèxia nerviosa<sup>6</sup>. Era la primera obra on es recopilava tot el saber científic del moment sobre els TCA i on es remarcava la multidimensionalitat del trastorn anorèxic, situant en el primer pla la decisiva influència etiològica dels factors culturals, d'una banda, i de la restricció alimentària, d'altra. Pel que fa a tal restricció van rescatar de l'oblit l'experiència Minnesota, portada a terme a les acaballes de la segona guerra mundial amb un grup de joves voluntaris sotmesos a dietes hipocalòriques molt extremes<sup>7</sup>. S'observà que quan entraven en estat de desnutrició reproduïen molts dels símptomes de l'anorèxia nerviosa però també de la bulímia nerviosa (afortaments compulsius amb pèrdua de control). Aquí, doncs, ens interessa destacar que uns nois, no preocupats per l'estètica corporal, i menys la femenina, incorrien en afortaments descontrolats després de un temps de dejuni... Tot suggerís que la restricció alimentària havia de ser el principal factor de risc, de manera que la influència de la cultura s'exerciria en suscitar la decisió de perdre pes.

En 1797 la *Encyclopaedia Britannica* ja definia la bulímia com una malaltia caracteritzada per «un desig de menjar insaciablè i perpetu». Des de llavors són relativament freqüents les al·lusions a aquest problema. Tanmateix, fins 1979 no es disposa d'una definició operativa d'una síndrome anomenada per Russell *Bulímia nerviosa*, per considerar-la una variant ominosa de l'anorèxia nerviosa<sup>8</sup>. Els criteris corresponents van ser incorporats al DSM-III (1980) i descriuen un trastorn caracteritzat per la presència d'afortaments acompanyats de conductes compensadores dels seus efectes sobre el pes: vòmits, dejunis, etc. Els afortaments es produeixen amb un escàs grau de llibertat i, un cop iniciats, s'experimenten amb pèrdua de control sobre la ingesta. Molt majoritàriament els inicis dels trastorns bulímics van precedits per períodes de restricció alimentària (per tal de perdre pes). Com ja s'ha apuntat aquestes característiques situen la bulímia nerviosa en el mateix terreny etiològic que l'anorèxia nerviosa: ambdós trastorns van precedits de dietes hipocalòriques decidides voluntàriament per raons estètiques. Tenint en compte aquest fet i que l'anorèxia nerviosa rosegava una llarga història en gran part allunyada de l'actual seguiment de la moda del cos prim, Russell suggerí que la bulímia nerviosa era, dins els TCA, l'autèntic trastorn cultural. La cultura, el

cos prim, com causa mediata de patologia, interactuant amb la causa immediata, la restricció alimentària i les alteracions nutricionals conseqüents.

Iniciat el segle XXI apareixen alguns estudis manifestant l'agregació familiar dels TCA. La investigació de Strober et al.<sup>7</sup> fou definitiva. Comparats amb controls, els familiars d'anorèxics tenen 7,7 vegades més probabilitats de patir anorèxia nerviosa i 3,3 bulímia nerviosa; els familiars de pacients bulímics tenen 3,5 vegades més probabilitats de patir bulímia nerviosa i 21,1 anorèxia nerviosa. S'establiren dos fets: primer, els TCA presenten agregació familiar, la qual cosa suggereix l'acció de factors genètics; segon, anorèxia nerviosa i bulímia nerviosa tenen molt en comú (genètic).

L'agregació familiar també es pot deure a influència interpersonal, no exclusivament genètica, doncs la família funciona com a transmissora de la pauta cultural. La solució resideix en els estudis de concordança de bessons. El resum dels estudis realitzats situa l'heretabilitat dels TCA al voltant de 0,65. És a dir, el factor genètic ha passat a ser el més rellevant en l'etiologia dels TCA, determinant un canvi radical de perspectiva. És evident que la cultura juga un paper (l'heretabilitat no és 1,0), però l'herència biològica té el principal.

Periòde que fa a la bulímia nerviosa el canvi encara ha estat més contundent. En efecte, estudis de bessons en població no clínica han evidenciat que els afartaments, components substantius del trastorn bulímic, compten amb una heretabilitat fixada entre 41% i 51% de la varianza<sup>8</sup>. Per tant la bulímia nerviosa queda perfilada com un trastorn causat per interacció de cultura/dieta restrictiva i disposició genètica, disposició que inclús incideix en la simple tendència a fer afartaments.

En la darrera dècada dels noranta diversos estudis demostraren la freqüent relació entre situacions d'estrés i precipitació d'afartaments. La ja coneguda associació entre estrés i símptomes o trastorns d'ansietat i depressió suggerí que les alteracions emocionals podien ser els mediadors d'aquella relació. Això va fer pensar que les anomalies alimentàries, concretament els afartaments, podien servir per regular les emocions o afectes negatius suscitats per l'estrés. Durant la primera dècada del segle XX les revistes de l'especialitat publicaren nombroses investigacions quins resultats globalment considerats coincidiren en dues conclusions ja definitives: *1. Les emocions negatives preduen i precedeixen l'aparició d'afartaments. 2. Els afartaments controlen o redueixen les esmentades emocions.*

Per tant els afartaments del bulímic podrien ajudar-lo a reduir l'ansietat o la depressió que sovint pateix. Però les conseqüències psicològiques dels afartaments no són neutres. En efecte, la percepció de la ingesta excessiva i descontrolada que s'ha portat a terme provoca sentiments de culpa, reducció de l'autoestima, ansietat, tristesa, etc., és a dir, emocions negatives, emocions que queden parcialment mitigades per la pràctica de conductes compensadores<sup>9</sup>.

En definitiva, *els afartaments son suscitats per emocions negatives i provoquen emocions negatives.*

Aquests fenòmens permeten formular la hipòtesi següent: si els afartaments estan tan estretament associats a ansietat, depressió, ira, etc., els estímuls associats a l'afartament, és a dir, els senyals que l'anuncien, també podrien suscitar afectes negatius i per tant afartaments. Es tractaria (es tracta) d'un cas de condicionament clàssic. Així els horaris, els llocs físics on solen produir-se els afartaments i, amb més motiu, els aliments habituals en els afartaments causarien emocions negatives. I les vivències d'ansietat i depressió també podrien ser provocades per la representació mental d'aquests aliments i per l'anticipació de l'afartament.

Fins ara no disposem de verificació empírica d'aquestes hipòtesis. Les proves disponibles són indirectes. Considerant que el més potent de tots aquests senyals d'emoció/afartament haurien de ser els aliments "bulímics", decidirem portar a terme una experiència terapèutica dirigida a reduir o suprimir els afartaments reduint o suprimint l'ansietat provocada per aliments. Es va fer amb 6 noies, de 19 a 25 anys, amb bulímia nerviosa de llarga durada i resistent a les intervencions terapèutiques usuals<sup>10</sup>. Les pacients, enfrontades als seus aliments "bulímics", podien mirar-los, tocar-los, plorar-los, etc., però no menjar-los. Aquesta experiència desfermava una intensa ansietat. La sessió finalitzava quan l'ansietat se situava en nivells pràcticament normals.

Abans del tractament feien un promig de 6 afartaments setmanals; en acabar-lo 1,9. Els vòmits passaren de 9 per setmana a 0,2. Als 15 mesos, afartaments i vòmits setmanals se situaren en 0; així es mantenien de 2,5 a 3 ans després.

Aquests resultats satisfactoris ens decidiren a portar a terme una experiència formalment dissenyada<sup>11</sup>. Es va fer amb 22 adolescents, amb una edat mitjana de 16,7 anys, tots ells bulímics resistent al tractament usual. El tractament constava de 12 sessions d'exposició a senyals, és a dir a "aliments bulímics". L'ansietat inicial es reduí a la fi de cada sessió i des de la primera a la darrera. El mateix va passar amb l'activació simpàtica (freqüència cardíaca i pressió sistòlica). Els afartaments passaren de 3 setmanals a 1 ( $p < 0,005$ ); els vòmits no es van reduir significativament (3,20 a 3,05). Sis mesos després els afartaments eren 0,2 setmanals i els vòmits 1,4.

L'exposició a senyals tingué altres conseqüències. Els símptomes de TCA es reduïren significativament. Però a la fi del tractament i 6 mesos després també s'havien reduït significativament els símptomes d'ansietat i depressió.

En definitiva, la reducció de l'ansietat associada a un potent senyal d'afartament (emoció negativa precedent) no solament redueix significativament els afartaments; també millora significativament l'ansietat i depressió associades inevitablement a la bulímia nerviosa, essent per tant responsables parcials dels afartaments i del manteniment del trastorn.

Concloent, avui disposem de proves ben fonamentades de que els afartaments bulímics poden iniciar-se i mantenir-se per activació emocional negativa. Les dades disponibles defineixen que, conjuntament amb la disposició genètica, les emocions negatives juguen el principal paper precipitant dels episodis bulímics i per tant de la bulímia nerviosa, sense que això elimini el rellevant paper de la restricció alimentària, comú denominador de tots els trastorns del comportament alimentari.

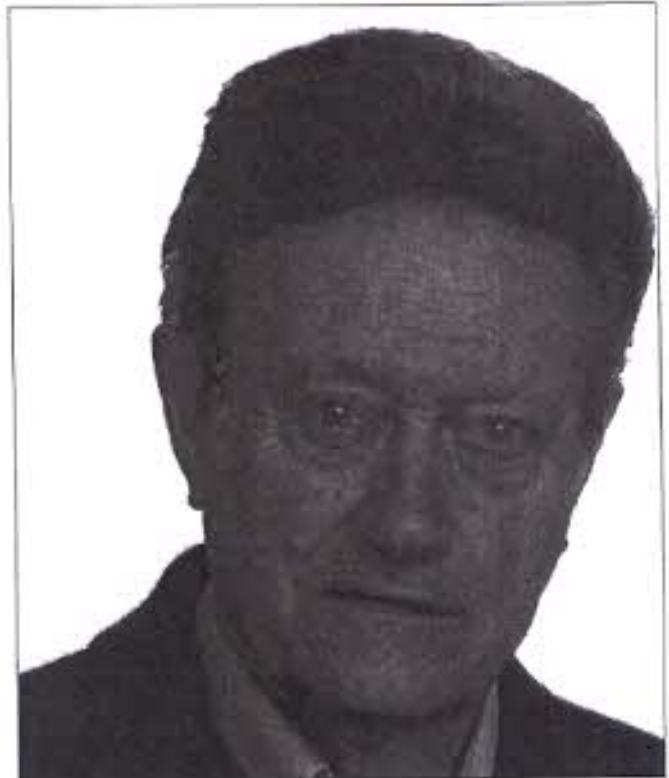
#### REFERÈNCIES

1. Toro J. *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel, 1996.
2. Silverman JA, Louis-Victor Marcé, 1828-1864: anorexia nervosa's forgotten man. *Psychol Med*, 19:833-835, 1989.
3. Bruch H. *The golden cage*. Londres: Open Books, 1978.

4. Garfinkel P, Garner D. *Anorexia nervosa: a multidimensional perspective*. Nova York: Brunner/Mazel, 1982.
5. Keys A, Brozek J, Henschel et al. *The biology of human starvation, vol I*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
6. Russell CFM. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med*, 9: 429-448, 1979.
7. Strober M, Freeman R, Lampert C et al. Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *Am J Psychiat*, 157: 393-401, 2000.
8. Reichborn-Kjennerud T, Bulik C, Tambs K, Harris JR. Genetic and environmental influences on binge eating in the absence of compensatory behaviors: a population-based twin study. *Int J Eat Disord*, 34: 307-314, 2004.
9. Stein RI, Kenard J, Wiseman CV et al. What's driving the binge eating disorder? A prospective examination of precursors and consequences. *Int J Eat Disord*, 40: 195-203, 2007.
10. Toro J, Corvo M, Feliu MH et al. Cue exposure in the treatment of resistant bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 34:227-234, 2003.
11. Martínez-Mallén E, Castro-Fomies J, Lázaro L et al. Cue exposure in the treatment of resistant adolescent bulimia nervosa. *Int J Eat Disord*, 40: 596-601, 2007.

#### JOSEP TORO TRALLERO

- Nascut a Barcelona el 15-09-1936
- Llicenciat en Medicina i Cirurgia (UB, 1963) i Doctor (UB, 1980).
- Diplomada en Psiquiatria (UB, 1966) i en Psicologia i Psicotècnica (U. Complutense, 1966).
- Metge especialista en Psiquiatria (1982)
- Professor Adjunt contractat (1978-1985), Professor Titular (1985-2005) i Professor Emèrit (2006) de la Facultat de Medicina de la UB.
- Cap de Secció de Psiquiatria Infantil i Juvenil de l'Hospital Clínic de Barcelona (1988-2004).
- Vicedegà adjunt d'investigació de la Facultat de Medicina de la UB (1979-1982).
- Medalla "Josep Trueta" al mèrit sanitari de la Generalitat de Catalunya (2008).
- Acadèmic electe corresponent RAMC (2012).
- Ingress corresponent: 25-09-2012.
- Resposta: Dr. Carles Ballús i Pascual.



## Ingrés d'Acadèmics corresponents

# COMUNICACIÓ METGE-PACIENT: UN ABORDATGE METODOLÒGIC

M. Teresa Ànguera Argilaga

Acadèmica corresponent.

### 1. INTRODUCCIÓ

En la societat actual, en les professions de l'àmbit de les ciències de la salut resulta innegable la importància que té la comunicació, des de múltiples vessants. El terme comunicació és capaç d'assolir moltes acepcions segons el context, el contingut, les característiques idiosincràtiques de l'emissor i el receptor, la possible ordenació jeràrquica existent, les dades o metadades que flueixen, el nivell interpretatiu des del qual valorem el contingut emès, la història prèvia en el transcurs interactiu, etcètera.

En aquesta breu introducció, només volia fer esment al fet que l'elecció del tema s'ha fet d'acord amb tres motius:

Primer, que a la Reial Acadèmia de Medicina, formada en gran part per metges, estic segura que hi ha una alta sensibilitat pel tema cabdal de la comunicació, comunicació amb el que podríem considerar la «part feble», és a dir, els pacients, que sempre són persones que pateixen alguna mancança o que precisen d'orientacions, prescripcions o consells.

Segon, perquè sóc psicòloga, i la comunicació és un àmbit d'un extraordinari interès psicològic, en el qual s'han fet importants avenços en les tres últimes dècades, tant a nivell substantiu com social o deontològic.

I tercer, perquè en els 40 anys que fa que sóc professora de la Universitat de Barcelona m'he dedicat de ple a la metodologia, una branca i un àmbit del coneixement al qual he bolcat el meu treball i la meua il·lusió. He esmerçar tots els esforços, en qualsevol recerca en què hagi participat, per a l'enriquiment i l'aprofundiment procedimental. Sóc una metodòloga a la qual li apassiona la comunicació humana en molts àmbits diferents.

### 2. EIXOS BÀSICS DE LA COMUNICACIÓ METGE-PACIENT

En els últims anys, és impressionant el creixement de la literatura científica sobre la comunicació (Frey, 1999; Anoli, 2012) en general, i específicament sobre la relació metge-pacient (Roter & Hall, 2006; Silverman, Kurtz & Graper, 2008). Fins i tot s'han dedicat a aquest tema revistes especialitzades, com ara *Academic Medicine, Evaluation & the Health Professions, Health Education & Behavior, Medical Care Research & Review, Medical Teacher, Qualitative Health Research*, entre d'altres.

La comunicació és un àmbit pluridisciplinari i polièdric. Té moltes facetes, i cadascuna ens convida a endinsar-nos-hi per conèixer les múltiples subtilitats que envolta. És obvi que la comunicació metge-pacient constitueix una part integral de la pràctica clínica, i quan és satisfactòria produeix un efecte terapèutic per al pacient, tal com s'ha validat en assajos clínics (Travalino, Ruchinskas & D'Alonzo, 2005). S'han planificat i desenvolupat programes d'entrenament per aconseguir mesurar i millorar estris específics de comunicació, però la gran majoria han quedat isolats en contextos acadèmics.

Caldria apropar-nos al nucli d'aquest flux comunicatiu. Diversos experts (Silverman, Kurtz, & Draper, 2008) s'hi han referit amb l'*effective communication*, que hem de traduir com a 'comunicació eficaç' (atès que el terme *effective* comportaria preveure el conjunt d'aspectes positius, negatius i neutres), i implica: a) precisió, eficiència i prestació de suport; b) millora de la salut dels pacients; c) satisfacció per les dues bandes; i d) establiment de relacions terapèutiques.

Constitueix un pont entre la medicina basada en l'evidència i el treball amb pacients considerats individualment. Alhora, hi ha d'haver una relació col·laborativa entre el professional de la salut i el pacient, que ha d'estar diferenciada i equidistant del paternalisme del professional de la salut i d'una pretensió invasiva del pacient (Roter & Hall, 2006).

La comunicació eficaç no és un simple procés de transmissió d'informació, que podria portar-se a terme d'altres maneres, i més al segle XXI, on moltes fonts documentals estan a l'abast de qualsevol ciutadà. Cal interacció, que implica retorn (*feedback*), una vegada el missatge ha estat rebut i interpretat. Però tampoc és suficient: també cal l'establiment d'una interdependència continuada entre l'emissor i el receptor, en què la seqüència d'actes comunicatius constitueix una rica base de dades al llarg d'una sessió (una visita mèdica), i al llarg de les sessions que implica el seguiment d'una malaltia o procés terapèutic, portant a terme allò que alguns autors (Silverman, Kurtz, & Draper, 2008) denominen una «escolta atenta».

L'anàlisi del flux comunicatiu parteix d'una sèrie de requeriments conceptuals, com ara la conducció d'un procés per part del responsable del procés terapèutic, la reducció de la incertesa del pacient i dels seus familiars, la modulació del discurs en funció de les

característiques específiques del cas i del seu context, o el dinamisme en la presa de decisions en moments crítics, per citar els que considero essencials, i no defujo tenir present l'empatia, un constructe difícil que ajuda a reconèixer les emocions expressades de manera indirecta. Podem pensar en cadascun d'aquests requeriments conceptuals com una construcció teòrica que permet, alhora, un cert nivell descriptiu, no exempt de cauteles conceptuals i procedimentals.

### 3. PLANTEJAMENT METODOLÒGIC PER APROFUNDIR EN LA COMUNICACIÓ METGE-PACIENT

Els estris metodològics de què disposem avui dia ens permeten abordar l'anàlisi de manera curosa i utilitzant la metodologia observacional, sigui en exclusiva o de manera complementària a altres opcions metodològiques (especialment la metodologia selectiva, a través d'entrevistes).

Els requeriments de la metodologia observacional són assolibles en la comunicació metge-pacient, i la considerem extensiva a qualsevol professional de l'àmbit de la salut (psicòleg-terapeuta, infermer, farmacèutic...), i en tots els casos considerem que en la relació comunicativa amb el pacient es donen els elements essencials que la defineixen: persones amb diferents rols, converses amb intercanvis de mirada, conducta gestual, etc.

#### 3.1. Com abordar-ho inicialment?

L'acte comunicatiu és molt ric en si mateix, té una vessant perceptible, i tot el que és perceptible és observable i, per tant, objectivable. Són diversos els aspectes que ens pot interessar d'analitzar:

- a) Els nivells de flux comunicatiu, reconeguts des de la *multilevel theory*: Quines són les expressions facials, la conducta proxèmica o espacial, la conducta vocal, la conducta verbal...?
- b) Simetria/assimetria en el flux comunicatiu: el metge parla i explica i el pacient gairebé no respon?, el pacient no para de preguntar a un metge poc comunicatiu?
- c) Cadència interlocutòria: al llarg de la visita es produeixen situacions que modulen el flux comunicatiu?
- d) Incidència del context: com incideix la comunicació quan es dona una informació trista, per una previsió de no reversibilitat?
- e) Codificació informatitzada: fins a quin punt la definició precisa i matissada de cada categoria associada a un codi facilita una semiautomatització del procés?
- f) Detecció de regularitats: hi ha pautes que es puguin detectar, denominar i modificar?

El flux comunicatiu que s'estableix entre el metge i el pacient suposa una contínua aportació de dades summament riques que es

produeixen en la realitat, que pot tenir lloc en contextos variats i en moments emocionalment molt diversos —podríem pensar, com a entorns ben diferents, un procés oncològic molt treballat que acaba amb mort, i un procés d'embaràs difícil que acaba amb el feliç naixement d'un nadó sa—.

El dia a dia d'aquest flux comunicatiu implica, sempre que s'obtingui el consentiment informat corresponent per les dues bandes, l'accessibilitat a la realitat, amurada de riquesa vivencial que acompanya la producció de tot episodi comunicatiu, i que requerirà l'adopció d'estratègies metodològiques que siguin capaces d'assolir flexibilitat i objectivitat com a atributs essencials (Anguera & Izquierdo, 2006).

La flexibilitat ha de donar compte del constant acomodament d'emissor i receptor, en funció d'elements tan variats com la problemàtica inicial de salut, el nul o existent coneixement previ, el perfil del metge i del pacient i dels familiars, la previsió inicial de superació de la malaltia, l'especificitat del context en què es porta a terme, etc.

El segon atribut, l'objectivitat, que caracteritza tot estudi científic, és la raó per la qual s'ha de garantir la complexitat i la subtilesa que poden suposar una mirada, un gest, un silenci... Cadascun, si els agafem com a exemple, suposen una molècula d'informació, però aquesta molècula està formada per àtoms, i cadascuna d'aquestes molècules està posicionada en un nivell de resposta diferent.

La metodologia observacional assoleix els dos atributs —flexibilitat i objectivitat—, i la metodologia selectiva incorpora l'aspecte relatiu a l'elicitació de la resposta en sentit biunívoc (el metge pregunta al pacient i el pacient pregunta al metge), de manera que l'anàlisi de text permetrà extreure informació valuosa de la conducta verbal transformada en font documental.

#### 3.2. Com obtenir la informació?

Abans que res, cal documentar-se, i en funció del marc teòric en el qual ens posicionem, i tenint present el plantejament de la *multilevel theory*, definir-ne les coordenades.

Les primeres vénen fixades per les diferents dimensions (també conegudes com 'nivells de resposta') que considerem necessàries establir en el si del flux comunicatiu, i que han d'estar previstes en el disseny observacional corresponent (Anguera, Blanco y Losada, 2001).

Són diversos els autors que han aprofundit en aquesta qüestió (Weik, 1985; Anguera, 1979, 2003; Bakeman y Gottman, 1989). Podem tenir en compte els nivells de resposta que convencionalment s'han tingut en compte en la interacció humana (els *nivells simples*, que són intercanvis de mirada i la conducta gestual, postural, proxèmica, vocal i verbal; i els *nivells complexos*, que són la combinació de diversos dels anteriors), a banda d'afegir tots els que es considerin oportuns en cada cas. Avui dia són molts els treballs que han assolit molta precisió gràcies a propostes específiques noves de nivells de resposta adients en funció dels objectius plantejats.

Una vegada s'han definit els nivells de resposta, una segona coordenada es concreta en la segmentació del flux comunicatiu en unitats. La cèl·lula bàsica és la delimitació de l'acte comunicatiu — *unit of analysis* (Frey, 1999, p. 95)—, que té uns punts d'ancoratge específics que poden ser molt diversos. Hi ha un continuïtat entre el molar i el molecular, tot i tenir present el caràcter relatiu d'aquests termes (Anguera & Izquierdo, 2006).

No resulta gens fàcil decidir sobre els criteris de segmentació del flux de conducta comunicativa, i sempre es fa en funció de l'objecte específic d'estudi. En cada ocasió s'han de tenir en compte i valorar les diverses possibilitats, conscients que comporta diferències en els resultats, encara que no siguin rellevants.

En qualsevol cas, es recomana que la unitat de conducta que s'estableixi s'ajusti als criteris moduladors següents (Anguera & Izquierdo, 2006):

- a) Cada unitat de conducta s'ha de poder delimitar, és a dir, s'ha de distingir i diferenciar de l'anterior i la posterior.
- b) Cada unitat de conducta ha de poder tenir nom. L'assignació d'un nom específic ajuda que la unitat adquireixi identitat i es diferenciï d'altres unitats de conducta.
- c) Una unitat de conducta, per adquirir aquest estatus, ha de poder definir-se tot captant-ne els matisos.

Una vegada s'han delimitat les coordenades a les quals ens hem referit (els nivells de resposta i la segmentació en unitats de conducta), hem preparat l'enquadrament per construir l'instrument d'observació i per portar a terme el registre.

L'instrument d'observació es fa a mida. Els tipus principals són el sistema de categories, el format de camp i la combinació entre els dos (Anguera, Magnusson i Jonsson, 2007). Se n'ha parlat molt en diverses publicacions. En la comunitat científica, que empra la metodologia observacional, així com quan es treballa en textos procedents d'entrevistes, està perfectament assolida la construcció d'aquests tipus d'instruments no estàndard, que permeten estructurar i canalitzar adequadament l'ample ventall de conductes que tenen lloc en els diferents nivells de conducta.

El registre és l'operació metodològica que permet bolcar el flux de conducta comunicativa a un sistema de codis (Donaghy, 1989). Per registrar cal codificar, una operació que consisteix a assignar, per a cada nivell de resposta, una unitat de conducta a un codi de l'instrument (al sistema de categories, al format de camp o a una combinació dels dos). Avui dia, hi ha diferents programes informàtics, com *SDIS-GSEQ*, *ThèmeCoder*, *Match Vision Studio*, *Lince* i molts més, que ho fan possible de manera molt fàcil. I en el cas de disposar únicament de conducta verbal podríem citar l'*ATLAS.ti v7*, *MAXqda2*, *NVivo*, *Nudist*, etc.

En conseqüència, i com a element essencial per a l'èxit en aquesta comesa metodològica, sempre podem disposar d'una matriu de codis. En aquesta matriu, les columnes corresponen als diferents nivells de resposta, i les files a les successives unitats. En conseqüència, hem operat la transformació del flux de comunicació metge-pacient en una matriu de dades, un fet importantíssim perquè, a banda que ens permet tractar quantitativament allò que tenia una inicial naturalesa qualitativa, ens permet tenir sistematitzada i organitzada tota la informació que hem considerat rellevant.

Val a dir que el procés de recollida i codificació de dades respon de manera absoluta als requeriments de flexibilitat i objectivitat.

### 3.3. Com gestionar i analitzar la informació?

Les matrius de dades que corresponen a una sessió (seguiment intrasessional), o a una successió de sessions al llarg d'un procés terapèutic (seguiment intersessional) s'han de sotmetre, en primer lloc, a un procés de control de qualitat (Blanco y Anguera, 2000).

Una vegada s'ha superat, ja es poden portar a terme totes les anàlisis pertinents per donar compte dels objectius marcats inicialment, tenint present en cada cas la naturalesa de les dades, que habitualment són categòriques.

Val a dir que s'ha aplicat freqüentment la tècnica d'anàlisi seqüencial de retards (Bakeman & Quera, 2011) per tal d'obtenir patrons de comportament, i també la tècnica de T-Patterns, que permet detectar estructures dendrogràfiques (Magnusson, 2000) molt interessants, que permeten fer una microanàlisi (Anguera, 2005) relativa als patrons temporals que han emergit. Els patrons de comportament obtinguts són interpretables en clau dels nivells de resposta emprats, dels objectius pretesos i del context en el qual s'ha elaborat l'instrument. En l'experiència que en tenim en situacions comunicatives en l'àmbit de salut (Blanchet, 2005; Vaimberg, 2010), els resultats són molt satisfactoris.

En conseqüència, el futur que tenim per endavant és esperançador pel que fa a un abordatge metodològic de la relació comunicativa metge-pacient. Caldrà ser adequadament reflexiu per tal de vincular els millors patrons, els òptims, als tipus de comunicació metge-pacient que caldrà promoure.

Com hem dit al començament, les persones que pateixen alguna mancança o que precisen d'orientacions, prescripcions o consells, caldrà que aconsegueixin aquest desig. A la vegada, pretenem que el professional de la salut aconseguixi gaudir de la satisfacció que comporta un *feedback* positiu sobre el tractament prescrit.

## 4. CONCLUSIONS

La comunicació metge-pacient s'ha de beneficiar dels avenços metodològics i tecnològics per tal de revertir en una anàlisi més objectiva i aconseguir els millors beneficis en la dialèctica entre el metge o el personal sanitari i el pacient, conscients de l'efecte terapèutic positiu que genera una bona relació comunicativa.

## 5. REFERÈNCIES

- Anolli, L. (2012). *Iniciación a la psicología de la comunicación. Significado y función de los procesos comunicativos*. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Anguera, M.T. (1979) *Observational Typology. Quality & Quantity*. *European American Journal of Methodology*, 13 (6), 449-484.
- Anguera, M.T. (2003). *Observational Methods (General)*. In R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of Psychological Assessment*, Vol. 2 (pp. 632-637). London: Sage.
- Anguera, M.T. (2006). *Microanalysis of T-patterns. Analysis of symmetry/asymmetry in social interaction*. In L. Anolli, S. Duncan, M. Magnusson & G. Riva (Eds.), *The hidden structure of social interaction. From Genomics to Culture Patterns* (pp. 51-70). Amsterdam: IOS Press.
- Anguera, M.T., Blanco, A. y Losada, J.L. (2001). *Diseños Observacionales, cuestión clave en el proceso de la metodología observacional*. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 3 (2), 135-161.
- Anguera, M.T. & Izquierdo, C. (2006). *Methodological approaches in human communication. From complexity of situation to data analysis*. In G. Riva, M.T. Anguera, B.K. Wiederhold & F. Mantovani (Coord.), *From Communication to Presence. Cognition, Emotions and Culture towards the Ultimate Communicative Experience* (pp. 203-222). Amsterdam: IOS Press.
- Anguera, M.T., Magnusson, M.S. y Jonsson, G.K. (2007). *Instrumentos no estándar*. *Avances en Medicina*, 5(1), 63-82.
- Bakeman, R. y Gottman, J.M. (1989) *Observación de la interacción: introducción al análisis secuencial*. Madrid: Morata.
- Bakeman, R. & Quera, V. (2011). *Sequential analysis and observational methods for the behavioral sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Blanchet, A. (2005). *Language and behaviour patterns in a therapeutic interaction sequence*. In L. Anolli, S. Duncan, M. Magnusson & G. Riva (Eds.), *The hidden structure of social interaction. From Genomics to Culture Patterns* (pp.124-140). Amsterdam: IOS Press.
- Blanco, A. y Anguera, M.T. (2000). *Evaluación de la calidad en el registro del comportamiento. Aplicación a deportes de equipo*. En E. Oñate, F. García-Sicilia y L. Ramallo (Eds.), *Métodos numéricos en Ciencias Sociales* (pp. 30-48). Barcelona: Centro Internacional de Métodos Numéricos en Ingeniería (CIMNE).
- Donaghy, W. (1979). *Nonverbal communication measurement*. In Ph. Emmert & L. Barker (Eds.), *Measurement of Communication Behavior* (pp. 296-332). New York: Longman.
- Frey, L.R. (Ed.) (1999). *The Handbook of Group Communication Theory & Research*. Thousand Oaks, Ca.: Sage.
- Magnusson, M.S. (2000). *Discovering hidden time patterns in behavior: T-patterns and their detection*. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 32(1), 93-110.
- Roter, D. & Hall, J.A. (2006). *Doctors talking with patients / Patients talking with doctors. Improving communication in medical visits*. New York: Praeger.
- Silverman, J., Kurtz, S. & Draper, J. (2008). *Skills for communicating with patients*. Oxford: Radcliffe Publishing.
- Travaine, J.M., Ruchinskas, R. & D'Alonzo, G.R. (2005). *Patient-physician communication: Why and how*. *Journal of the American Osteopathic Association*, 1(1), 13-18.
- Vaimberg, R. (2010). *Psicoterapias tecnológicamente mediadas*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Weick, K.E. (1985). *Systematic observational methods*. In G. Lindzey & E. Aronson (Eds.), *Handbook of Social Psychology* (Vol. 6). Reading, Mass.: Addison-Wesley.

**M. TERESA ANGUERA I ARGILAGA**

- Nascuda a Darmós (Ribera d'Ebre) el 9-03-1949
  - Llicenciada en Psicologia (UB, 1972) i en Dret (UB, 1997), i Doctora en Psicologia (UB, 1976).
  - Professora Adjunta (1977-1983), Encarregada de Càtedra (1983-1986) i Catedràtica (1986-) del Departament de Metodologia de les Ciències del Comportament de la UB.
  - Secretària de la Facultat de Psicologia (1982-1985), Cap d'Estudis de Psicologia (1986-1988), Directora del Departament de Metodologia de les Ciències del Comportament (1993-1997), responsable de la Secció d'Investigació del ICE (1998-2002), Vicerectora de Política Científica (2008-2010) i de Política Docent i Científica (2010-2012) de la UB.
  - Acadèmica Numerària de la Reial Acadèmia de Doctors de Catalunya (1999)
  - Acadèmic electe corresponent RAMC (2012).
  - Ingress corresponent 16-10-2012.
- Resposta: Dra. Edelmira Domènech i Liaberia.



## Ingrés d'Acadèmics corresponents

# LA PEDIATRIA SOCIAL A LA SOCIETAT ACTUAL

Joaquín Callabed Carracedo

Acadèmic corresponent.

Excel·lentíssim Sr. President Dr. Jacint Corbella  
Molt il·lustres Acadèmiques y Acadèmics

Desitjo expressar la meua gratitud al Excel·lentíssim Sr. President i al Claustre Acadèmic per la distinció i confiança que m'atorguen al acceptar-me en aquest àmbit de la més alta exigència intel·lectual i moral, que mostra la professió mèdica en la més seriosa i madura dignitat.

La meua gratitud al Mestre Manuel Cruz Hernández, amb qui vaig cursar l'especialitat de pediatria a l'Hospital Clínic de Barcelona. Al Dr. Antonio Lorente Sanz, el meu professor de pediatria a Saragossa. Al Dr. Jordi Pou que dirigí la meua Tesi Doctoral.

Als professors Roger Salbreux i Michel Manciaux amb els qui em vaig formar a París en Pediatria Social. A Madrid, a Pedro Lafín i Diego Gracia per les seves ensenyances de Bioètica i Filosofia a la Universitat Complutense. I al Dr. Miquel Vilardell, que em recorda que l'amistat és un regal dels déus.

Com poden apreciar, sóc aquí per haver estat portat sempre a coll de gegants.

És moment de recordar als meus pares Raquel i Joaquín, absents en la vida i sempre presents en la meua vida. A la meua esposa Julia Emperador, pel privilegi de haver-la conegut i compartir 34 anys i 6 mesos de vida en comú. Als meus fills Chuaquin, que escollí el camí de la medicina, i Axel, que escollí la Psicologia. I a Gador Banyuls i a Vanessa Gaibar.

Vull afegir que, respirar aquesta atmosfera exquisida de la sala Gimbernat, amb la seva pàtina d'història on va impartir classes Santiago Ramón i Cajal entre 1887 i 1892 i a qui m'uneixen vincles familiars, és un gratíssim i immerescut honor. *"Malgrat la llum de Santiago Ramón i Cajal s'hagi apagat, el resplendor dels seus passos roman entre nosaltres"*. Gràcies per aquella llum que vas deixar.

**La pediatria social** és una prolongació de la pediatria clàssica que estudia al nen en el seu *entorn familiar i social*. Es relaciona amb altres disciplines afins com la psicologia i la pedagogia, treball social, justícia, i modernament amb la bioètica. Té una peculiaritat que la distingeix: *El nen no és objecte, sinó un subjecte-persona irrepetible que mereix una atenció individualitzada*.

Tal i com va definir el Dr. Robert Debré, "La pediatria social és

*un estat d'esperit que desenvolupa una visió global dels nens i dels joves, incloent-hi l'entorn on viuen i les influències de la família, l'escola i la societat o comunitat, sobre la salut global d'ells"*.

Arribar a aquesta definició de pediatria social ha suposat un llarg camí en la història de la medicina i de la infantesa.

Els hi parlaré d'alguns aspectes relacionats amb la pediatria social, fonamentalment la francesa, perquè és allà on m'he format en aquesta especialitat. La pediatria és un valor transcultural.

1. En primer lloc, uns apunts històrics sobre la infància a Grècia, Esparta i Roma. Així com els primers hospitals infantils i els primers llibres sobre la pediatria

2. Passarem al segle XVIII, anomenat de La Il·lustració.

3. Avenços en pediatria social, als segles XIX y XX

4. Pediatria Social a Catalunya i a la resta de l'Estat

5. Evidències científiques en pediatria social

6. Paraules finals

Emulant Baltasar Gracián, procuraré ser "substancialment concret"

1. Durant molts segles, el nen no va tenir cap estatut propi, suscitant, en general, indiferència o menyspreu. A Esparta, segons descriu Plutarc, un pare no era amo de criar al seu fill. El nou-nat, dèbil o mal format, era llençat pel Mont Taigetos o al riu Eurotas. A Atenes, el nen, no reconegut pel seu pare, era abandonat a la via pública i els mercaders de esclaus, o els animals, decidien el seu futur.

A L'Odissea d'Homer no hi apareixen descrits els nens. De la ploma d'Homer no van sorgir notes per a la infància. A Roma la llegenda de Ròmul i Remus, alletats pel una lloba, és bastant expressiva al respecte.

Un dels primers hospitals infantils per a nens abandonats es fundà a París al 1683 per Sant Vicent de Paül i s'hi acollien les mares solteres i els seus fills. Fundador de diverses ordes religioses com les Filles de la Caritat. Digué que *"El servei als pobres ha de ser preferible a tot"*. A la seva obra hi estan presents la caritat i la compassió. Aquesta mateix Orde Religios fundà l'Hospital de Nens Pobres a Barcelona, actual Hospital de Nens el 1860.

Respecte a textos sobre la infància, citaré alguns com l'escrit d'Hipòcrates sobre la naturalesa del nen i les obres Cels, Galè i Sorano i Rufo d'Efès són les primeres notícies que ens han arribat. Pablo de Egina (S VII) i Rhazés (s. XI) i Avicena van fer aportacions a la pediatria. El primer llibre incunabile dedicat a les malalties de la infància és el de Paolo Ballegardo el 1472 a la Universitat de Pàdua "*Libellus de aegritudinibus infantium*". Jerónimo Soriano, metge nascut a Terol, aporta un interessant i pioner treball sobre les malalties dels nens l'any 1600.

## 2 El Segle XVIII amb La Il·lustració il·luminà la realitat social.

Els científics i artesans associaren la raó, la tècnica i l'experimentació científica per resoldre els problemes quotidians dels ciutadans.

Hi ha exaltació de nous valors: naturalesa, llibertat, igualtat, fraternitat i amor maternal.

El nen és percebut com un ésser en creixement i maduració somàtica i psíquica, a la vegada que subjecte d'educació i aprenentatge necessitant una intervenció precoç.

Els valors de la caritat i compassió es complementen amb la beneficència, que és la versió laica de la caritat cristiana, a la qual se li afegeix l'interès social.

La societat vol abraçar la causa dels pobres.

La Il·lustració és la sortida de l'home europeu de la seva culposa minoria d'edat, digué Kant.

Una figura destacada fou Rousseau. Amb la seva obra "*Emilio*" dissenyà un sistema educatiu fundat sobre el respecte a la natura. El filòsof liberal Locke i el pedagog Pestalozzi foren els seus referents.

"*L'home és bo per naturalesa i per això es pot educar*".

Lluita contra l'"*envenat o momificació dels nounats*" que impedia el desenvolupament motor del cos i era a més un problema higiènic.

"*La mare ha d'alietar el seu fill, sent una llei natural i un deure moral*". Disminueix la mortalitat infantil tan important a l'època.

És un defensor del vincle *materno-infantil* que dos segles més tard descriurà Bowlby a "la síndrome de la carència afectiva" quan als 5 anys s'acomodà de casa la mainadera que l'havia cuidat sempre. Fou un precursor de la *moderna psicologia de l'afeció i el vincle maternal*.

Ideològicament Rousseau es decantà pel *model democràtic* de la nació sent el més clar en demanar la *igualtat dels drets* per a tots els ciutadans.

3 Amb la Il·lustració la investigació aplicada arriba a cotes importants i s'afavoreix el progrés de la pediatria.

La vacuna de la verola fou descoberta per Jenner (14 de maig 1796).

Es funda el primer hospital dedicat a la infància el 1802. «L'Hôpital des enfants malades» de París.

Pestalozzi (1746-1827) crea a Zurich un centre educatiu sense càstigs i als nens se'ls educava amb amor. Jean Louis Baudelocque fundà el 1806 la primera Càtedra d'Obstetrícia i Escola de Llevadores/ Recomanava el fórceps. Louis Pasteur (1822-1895) fundà els mètodes per destruir i prevenir els agents patògens i les bases per a la pasteurització. Josep Lister descobreix l'antisèpsia. Fleming (1881-1951) descobreix els antibiòtics. Abraham Jacobi obre la primera clínica infantil a Filadèlfia USA. en 1855. La primera càtedra de pediatria apareix a Berlín el 1858.

Pierre Budin el 1907 relaciona la alta mortalitat de prematurs amb la baixa temperatura corporal, creant la incubadora, Adolfo Pinard (1844-1934) funda la maternitat a l'Hospital de la Caritat. Maria Montessori (1870-1952) la primera metgessa i pediatra formada a Itàlia dedicà la seva vida a treballar amb nens discapacitats i especials. Les primeres guarderies es funden a Anglaterra 1884 per acollir els fills de mares treballadores.

Gaston Variot funda la gota de llet a Belleville (París) a 1905 destinada a disminuir la mortalitat infantil a la classe obrera. Allí controlava els trastorns digestius, el pes i talla i facilitava gratuïtament llet pasteuritzada. Aquesta institució es va difondre per Europa.

Robert Debré és un paradigma de la pediatria social. Filòsof, escriptor i pediatra. Aprengué amb Antoine Marfan la pediatria clàssica. Hi ha un moment en que projecta la seva filosofia en l'acollí per la infància:

"*És una necessitat important deixar els llibres per a les persones i el pensament per a l'acció*». Era partidari d'"*ajuntar les bones voluntats que permetran atenuar les dolentes*"

Aportà bases científiques a la pediatria estenent-la fins a l'adolescència i comunicant-la amb la pediatria preventiva.

El seu llibre "*Ce que je crois*" és l'ètica d'un home, esperança de cada hora que recull el seu estil d'"*estar en el món*". Fou un dels fundadors d'UNICEF. Fundà el CIE (Centre Internacional de la Infància) el 1949, a París, per formar pediatres, treballadors socials i personal paramèdic/ Tenia àmbit internacional amb personal africà i asiàtic.

Robert Debré pertany a aquella estirp de persones que com deia Ortega y Gasset no es conformen amb el "ser" i l'"haver de ser" sinó que s'imposen "*l'haver de ser*".

Un gran hospital Materno Infantil a París porta el seu nom, actualment dirigit per Antoine Bourrillon, una perla més del collar de la pediatria social.

Michel Manclaux fou Catedràtic de Salut Pública a Nancy. Conegué en la seva pròpia pell la cruïra de la gana a la 2ª guerra mundial. Dirigió durant 10 anys el CIE fundat per Debré. Es formà amb Pierre Royer Delegat de la OMS per Europa en temes de *Salut materno Infantil. Prevenció d'accidents*,

*Maltractament, abús sexual i greus negligències. Resiliència*. És l'autor-coordinador de "*L'enfant et sa santé*". El llibre més important en pediatria social del passat segle.

Odile Kremp i J. M. Fossey (2011) Són els editors del llibre editat per Doin "Pediatría Social o el nen al seu entorn" que recull temes actuals a nivell de família, entorn escolar i socio-comunitari com: *Prevenció de salut maternal a l'embaràs com alcoholisme i depressió infantici* amb el drama freqüent del "bebè trobat a les escombraries". / *Es calculen 1000 infanticides anuals segons fonts judicials franceses. Nens que viuen a la presó amb les seves mares. Nens discapacitats i la seva integració escolar i familiar. / "És maco compartir un tros de vida amb els discapacitats"*

*La Resiliència* o capacitat de superar dificultats, amb aportacions de Manclaux, Jacques Lecomte i Stephan Vanistendael. *El nen i la guerra. L'adolescència, suïcidi, adolescent empresonat.*

*La bioètica o ètica concernint els problemes de salut, fundada per Popper (1970) que estudia els reptes de principi i fi de la vida, els transplantaments l'estatut de l'embrió, la limitació de esforç terapèutic, drets del menor, i el menor madur i consentiment informat. I la relació metge-pacient.*

4 Citaré algunes notes del batec social que sempre ha tingut Catalunya

El Dr. Francisco Vidal Solares i Sor Mercedes Viza, van fundar a Barcelona un dispensari el 15 de maig de 1886, per a l'atenció de nens pobres

El 1890 inauguren l'Hospital de nens pobres de Barcelona Es va crear "la gota de llet" un programa d'higienització de la llet de vaca per ajudar a les famílies sense recursos propis, que fou pionera a Europa. El 1919 s'inaugura a Reus el primer Institut de Puericultura Integral de Catalunya i Espanya sota l'impuls del Dr. Alexandre Frias que havia viatjat a Ginebra i contactat amb la Dra. Champedal.

El 1916 el Dr Andrés Martínez Vargas fundà a Barbastro el primer institut nipiològic a Espanya. Catedràtic de Pediatría de Barcelona el 1892. Arribà a ser Rector. Ingressà el 1894 en aquesta Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Tots els doctors aquí citats van tenir contactes professionals internacionals, especialment amb França que té el genoma de la Il·lustració.

Altres aspectes de la pediatría social a la resta de l'Estat són:

La fundació el 1877 de l'hospital de nens de Madrid. El 1880 a València s'inaugura un altre hospital.

Com a pediatres socials eminents desitjo citar a Carlos García Caballero, editor d'un recent Tractat de Pediatría Social junt amb el Dr. Antonio González Meneses. Ambdós col·legues ja no estan amb nosaltres. Ignacio Gómez de Terreros i la seva tasca social a la Clínica Virgen del Rocío de Sevilla

Jesús García Pérez i Jose Antonio Díaz Huertas realitzen una important tasca social a l'Hospital del Niño Jesús de Madrid.

Fruit d'aquesta trobada amb la pediatría europea fou la fundació del "Club de Pediatría Social" de Barcelona el 1996. Aquest CPS porta celebrats 23 congressos a Barcelona com a

associació apolítica y aconfessional d'àmbit nacional i internacional S'han editat 16 llibres relatius a pediatría social. Els resultats han estat bons en aquesta terra de genètica solidaria, iniciativa i desitjos de llibertat.

5 La investigació en Pediatría Social, la religió dels fets que deia Cajal, ha ofert dades del patiment infantil, quantificables i observables mitjançant tècniques de neuroimatge i escales d'avaluació. El dolor humà és capaç de provocar lesions neuroanatòmiques

Joseph (1999) ha observat lesions al sistema límbic per carència afectiva important Sapolsky (2000) constata que l'hipocamp és molt sensible a l'estrés (2000). Techer i Andersen, (2003) publiquen que el cos callós també pot veure's afectat pel maltractament i l'estrés posttraumàtic. En les víctimes de l'atemptat de les Torres Bessones als Estats Units, s'han trobat evidències d'atròfia cerebral en amígdala, hipocamp, insula, cíngul i còrtex cerebral. Elisabeth Repin demostra que els peixos aïllats en un estanc desenvolupen menys dendrites que els que viuen en grup.

La Carència Afectiva és un tema d'actualitat al qual desitjo dedicar-li un breu espai.

Spira i Scippa (2000) observen en nens d'orfenats romanesos mal atesos que als 8 mesos tenien un desenvolupament de 4,5 mesos i als 32 mesos una edat mental de 18.

El treball es va realitzar aplicant l'escala de Bayley.

La Carència Afectiva es pot donar per: Insuficiència d'aportament afectiu (Institucional). Però també per discontinuïtat de l'atenció maternal (viatges, malalties). Per distorsió ambiental (llars desestructurades).

## 6 Paraules finals.

L'experiència històrica ens diu que:

*"El que és important no és el que succeeix sinó el que aprenem amb el que ens succeeix".*

*"Les veritats no es descobreixen sinó que es construeixen".*

*La Pediatría Social s'ha construït sobre 3 pilars.*

- El pensament filosòfic. Hem de distingir als "filòsofs de poble i de desparr", dels doctors en Filosofia i Lletres.
- L'epistemologia, la investigació científica rigorosa, sobre els problemes socials prevalents.
- El diàleg científic pluridisciplinari de les diferents especialitats que cuiden la infància. Tenim que evitar "ser els peixos aïllats a l'estanc ja que poden atrofiar-se les dendrites".

## Crec convenient

- Continuar aquesta filosofia de Rousseau i Debré aplicada al moment actual. Que la bona filosofia es visualitzi més en la societat, evitant ser autòmats socials i injectant reflexivitat com diu Lévi-Straus.

2. Considerar la pediatria social una especialitat pediàtrica amb inserció docent, assistencial i investigadora.

3. Fomentar serveis de pediatria social pluri, interdisciplinari i transdisciplinari que responguin a les preguntes de la societat.

4. Considerar a la Bioètica una nova convidada a la Pediatria Social amb els seus principis d'autonomia, beneficència "primum non nocere" i de justícia. Junt als drets del pacient no oblideu els dels sanitaris.

Aquesta RAMC sempre ha estat sensible a la bioètica com a la sessió extraordinària del 20 de juny a càrrec dels acadèmics Drs. Arimany i Manzanera i altres intervencions del Dr. Marc Antoni Broggi.

Segons el Dr. Conill, catedràtic de Filosofia i Ètica a la Universitat de València l'ètica hauria d'entrar a la gestió empresarial.

També ens recorda la bioètica unes veritats molt antigues i que tenen plena vigència:

*"Terapèutica no és només curació sinó també servei i cura/ El metge no és només el que diagnostica sinó aquell que de vegades cura i sempre cuida/ Per això curar amb cura és potser la última i originària justificació de l'activitat mèdica"*

Desitjo terminar les meves paraules amb una frase de Pierre Royer:

*"No existeix acte humà més digne que cuidar la salut dels nens."*

#### JOAQUIM CALLABED CARRACEDO

- Nascut a Biescas (Huesca) el 7-11-1946.
  - Llicenciat en Medicina i Cirurgia (U. de Zaragoza, 1971) i Doctor (UB, 2006)
  - Especialista en Pediatria (UB, 1975)
  - Postgrau de Pediatria Social (Copes. París, 1993-94)
  - Magister en Bioètica (U. Complutense de Madrid, 2008)
  - Fundador i director del "Club de Pediatria Social" (1995)
  - Acadèmic corresponent de la "Real Academia de Medicina de Zaragoza" (2008)
  - Fundador i president del Club de Pediatria Social
  - Acadèmic electe corresponent RAMC (2012).
  - Ingress corresponent: 25-09-2012.
- Resposta: Dr. Carles Ballús i Pascual.



## Necrològica

# RAMON TRIAS I RUBIÈS . In memoriam. (1926-2012)

Jacint Corbella i Corbella

Acadèmic numerari.

És una de les necrològiques més dures que he hagut de fer. Aquest any, en el mes de juny, primavera bastant alegre, el doctor Ramon Trias va ser el president del XVII Congrés d'Història de la Medicina Catalana, aquí mateix en aquesta sala. Van ser tres dies de treball, amb la seva assistència continuada a les sessions. L'últim dia, per iniciativa principalment del doctor Manuel Fuentes, li vàrem fer un acte d'homenatge, i en vaig llegir un escrit. A la sessió final, i després en el dinar, acompanyat per l'Anna, va estar emocionat, però amb un estat de salut aparent molt bo, amb una bona agudesa mental, i físicament molt bé d'acord amb l'edat.

Es podien fer perfectament plans pel proper congrés al cap de dos anys, o pel següent curs a l'Acadèmia. Un accident vascular al cap de pocs dies va trastornar el panorama de manera dramàtica. Es va repetir i encara no havia passat un mes, a primers de juliol, vaig fer una nota obituària a La Vanguardia. Aquest és el tercer escrit, que no ha de dir exactament el mateix ni pot ser diferent.

Aquesta intervenció, aquest record d'avui la podien fer molts dels amics que tenia Ramon, pràcticament tots els acadèmics, però l'he volgut fer com a president perquè ell va ser durant sis anys el secretari general, eficient, prudent, actiu i efectiu, i sempre amb un humor equilibrat, de la nostra junta de govern.

Ramon va dedicar moltes hores a l'Acadèmia, i se la prenia com una cosa pròpia de la que n'era en part responsable. Sabia delegar feines, però quan se n'hi demanava una concreta la feia sempre amb aquella senzilla eficàcia que no es notava. Però sobretot era important el seu consell. Tenia molta experiència de la medicina com a cirurgià; de la vida i les persones, de les situacions, ja des dels seus anys joves d'exili a França; de la direcció, fos a la Clínica Plató o com a cap de servei a l'Hospital de Sant Pau, és a dir amb molt bon coneixement de l'exercici de la medicina pública i de la privada. Quan va ser, durant dotze anys, president del Col·legi de Metges de Barcelona, va ser un home de pau, que va poder dirigir el col·lectiu, deixant fer bastant, però sense fer mai el que no volia. Bon negociador, de bon tarannà, va portar el Col·legi per on creia que havia d'anar.

En l'acte d'homenatge vaig recordar, i ara en repetiré molt poc, el mínim, la seva nissaga. Amb el mateix cognom, Trias, han estat també acadèmics, el seu pare i el seu oncle, (els germans Joaquim i Antoni Trias Pujol), el seu nebot Marc Antoni Broggi i Trias, i el cosí Ramon Trias Fargas. Per lligams transversals, els acadèmics

vinculats familiarment són onze. És el «cluster» familiar més extens a l'Acadèmia.

Des del punt de vista de l'activitat professional hi ha dos grans vessants: la de cirurgià i la de directiu. Com a cirurgià ha preferit molt més l'exercici pràctic que el teòric. Havia après a operar molt bé, amb bons mestres: de la línia del Clínic, on va estar pocs anys, i de la Sant Pau, el seu hospital, amb Puig-Sureda i Llauredó. Encara quinze anys després d'haver-se jubilat anava sovint a les sessions del servei, on era ben acceptat i respectat.

Era persona que no intentava estar en el primer lloc, en el més visible, fent la feina bé en tenia prou. Li importava sobretot ensenyar els deixebles, els ajudants, a operar. Era més mestre d'ofici que de teoria. En el vessant científic la línia més important va ser probablement la dedicada a la cirurgia de les vies biliars, en la que era un expert de primer nivell i un bon capdavanter aquí.

La tasca directiva l'exercí principalment al COMB, i en vull ressaltar l'habilitat amb que va saber orientar cap a un camp que convenia al Col·legi, les reclamacions per malpraxi, les demandes de responsabilitat sanitària. Des del punt de vista conceptual fou prou hàbil per situar aquestes situacions dins del marc de l'error mèdic.

Va impulsar un bon gabinet assessor, logrant en bona part desterrar de la pràctica el concepte més dur de «malpraxi». I en aquest marc va aconseguir un fet important per a la tranquil·litat dels metges, traslladar la major part de casos, des del camp de la reclamació penal, al de la indemnització per medi de l'assegurança. El Col·legi va fer un bon servei a la professió.

És un tema complex, en el que jo mateix amb una visió des del camp de la medicina legal i forense, tenia una opinió personal menys suau. Teníem una certa discrepància de fons, però no vàrem discutir pas gaire, perquè era persona amb la que era fàcil d'entendre's. També va saber portar bé les dificultats que hi havia amb l'OMC (Organització Mèdica Col·legial), que volia dominar massa, finances incloses, des de Madrid. Se'n va sortir bé.

En el camp de la història de la medicina catalana s'hi va implicar sobretot a partir del Congrés de Berga, en el que el tema central va ser l'estudi de les repercussions personals de la guerra entre els metges, amb tota la violència que una situació de guerra civil comportava, i a més l'exili que va colpir tan directament la seva família i ell en fou una víctima en l'inici de l'adolescència, i que va

marcar una bona part de l'orientació de la seva trajectòria vital. També la col·laboració, en alguns treballs, amb membres de l'Institut Mèdic Farmacèutic, del que formà part de la cúpula directiva.

Acabaré amb alguns records personals, d'aquest edifici. Un és la disponibilitat. Si hi havia algun document que calia signar com a secretari, i tenia una certa pressa, estava sempre aquí a migdia, una mica abans de plegar. Trucava per l'interfon i la seva imatge a la pantalleta era inconfusible, pel gest, per la gorra que molt sovint duia. És una de les imatges que trobem a faltar, i ho dic en plural, l'Àngels i el Marc, els nostres col·laboradors en les tasques de secretaria, també.

També al sortir, anàvem sovint junts cap el metro de l'estació de Liceu, després jo baixava una mica abans, però vem tenir temps de parlar de moltes coses: de la mateixa Acadèmia, també de la seva família i dels anys a França, de records dels amics i companys d'estudis i de la professió, de moltes anècdotes de la seva activitat mèdica, de les nombroses visites familiars que feia com a metge: deia que havia tornat a fer de metge de capçalera de nombrosos cosins o cunyats.

No hi sobra, en aquest record personal, esmentar les al·lusions, no infreqüents, que feia al seu passat com a metge militar. Veient-lo, i coneixent la seva trajectòria, era difícil imaginar-lo com a militar de carrera. El seu pare ja ho havia estat, durant alguns anys, crec que fins que va guanyar una càtedra d'anatomia de Granada. També quan la guerra i en la banda republicana, en la tasca de direcció del que aleshores era novíssim hospital militar de Vallcarca. Ramon explicava que fer aquestes oposicions va ser la forma en que va poder tenir documentació. Quan va tornar, per estudiar medicina, quedant els pares encara a l'exili, es va matricular pràcticament sense papers. A la facultat, on el seu pare havia estat degà molts anys, va trobar una certa protecció a la secretaria, suficient per a poder apuntar-se sense impediments. Acabada la carrera l'oposició li va ser un camí fàcil. Els seus records no eren llargs, perquè en va fer poc temps, però anava alguna vegada a les reunions de la seva promoció, que es feien a Madrid, en aquell temps ja entre jubilats, i amb la distància dels anys en tenia bon record.

Altres vegades, més o menys un de cada quatre dimarts, es quedava, a dinar més a prop. Anava, amb bona constància, a la reunió dels Rotaris, institució de la que n'era un membre actiu, i es notava que li tenia estimació. Alguna vegada caminàvem una mica més i recordo bé un dia, de bon temps, que m'assenyala una casa de la cantonada Ronda de la Universitat-Balmes i explica, com si res, «aquí vaig néixer jo fa vuitanta anys». A vegades parlava també de la seva àvia de Badalona. I l'últim apunt: les seves llargues caminades. Era persona de transport públic, habitual del metro, però potser encara ho era més de l'autotransport personal, caminar per Barcelona, sovint distàncies ben llargues.



## Necrològica

# FRANCESC ABEL I FABRÉ. In memoriam. (1933-2011)

Joan Viñas i Salas

Acadèmic numerari.

El 31 de desembre de 2011 ens va deixar el Dr. Francesc Abel i Fabre. Havia nascut a Badalona l'any 1933 i estudiat Medicina a la Universitat de Barcelona, especialitzant-se en Obstetrícia i Ginecologia al Servei del Prof. Víctor Conill i Montobbio, havent treballat a la Clínica Aliança de Barcelona de 1957 a 1960, any que va entrar al noviciat de la Companyia de Jesús, essent ordenat Sacerdot a Barcelona el 1967. La seva especial sensibilitat vers el dolor aliè el va portar també a co-fundar l'Organització No Governamental (ONG) *Medicus Mundi* l'any 1962, fent cooperació al sud d'Algèria.

Va marxar als EEUU, al Saint Vincent Hospital de New York, a fer la tesis doctoral sobre fisiologia fetal del 1971 al 1975, relacionant-se en la Universitat de Georgetown amb els iniciadors de la Bioètica en el recent fundat Kennedy Institut for Bioethics and Population Research a Washington, entrant en contacte amb els iniciadors de la bioètica al món.

Al tornar dels EEUU va llegir a Barcelona la tesis doctoral i fundar, el 1975, a l'Hospital de S. Joan de Déu d'Esplugues el primer comitè d'ètica assistencial de l'Estat Espanyol. L'any 1976 va ser nomenat director del Servei d'Orientació i Planificació Familiar de l'Hospital, càrrec que exercí fins 1992. Junt amb altres bioeticistes va constituir el International Study Group on Bioethics, formant-hi part de 1980 a 1994, i la European Association of Centers of Medical Ethics -EACME- el 1986.

El Dr. Abel va promoure la creació de Comitès d'Ètica Assistencials a altres hospitals i d'una subcomissió de Bioètica a la Societat Espanyola d'Obstetrícia i Ginecologia.

A casa nostra va impulsar la creació de la Societat Catalana de Bioètica el 1990, essent vicepresident, i va formar part des dels inicis l'any 1991 del Comitè de Bioètica de Catalunya.

L'any 1999 va entrar com **Acadèmic de Número de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya**, amb el discurs: "El diàleg Bioètic albirant el tercer mil·lenni", essent el seu discurs d'ingrés contestat pel Dr. Moisès Broggi. Sempre parlava amb orgull de ser membre de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.

Si, com diu un dels fundadors de la Bioètica i gran amic del Dr. Abel, el Dr. Edmond Pellegrino: "La medicina és la més humana de les arts, la més artística de les ciències i la més científica de les

humanitats", el Francesc va voler exercir la medicina procurant el que des de fa uns anys s'anomena "l'excel·lència professional" en aquestes tres dimensions i especialitzant-se en el que més li agradava i possibilitats tenia degut a la seva biografia, la dedicació en especial, a les dones i a les parelles amb problemes.

El Dr. Abel era una persona lliure, meticulosa en el llenguatge i escriptura. Cercava la veritat encara que li representés incomprendiments i problemes. Tractava de donar raonabilitat a la seva fe i les seves conviccions i principis, cercant el diàleg entre la fe i la ciència. Ensenyava que "la ciència és neutral, però no el científic", que té els seus interessos personals i de qui li paga la recerca. Reclamava recursos per fer recerca sobre malalties que pateixen la majoria de la població, així com un repartiment en justícia dels recursos dedicats a la recerca.

Havia promogut molts debats per tractar temes de bioètica. Reunions sempre multidisciplinàries, ja que el diàleg bioètic no el concebia sense aquesta interdisciplinarietat, que ell buscava sempre, tractant d'aconseguir un llenguatge comprensible pels homes i dones de les ciències experimentals i les humanístiques i socials. Com a metge complet, ell les coneixia conjuntament, estant sempre en contacte amb la realitat de la vida per no caure en disquisicions filosòfiques, ètiques o morals allunyades de la vida i, per tant, inservibles per oferir solucions als problemes, vàlides sols com elucubracions teòriques.

D'especial rellevància va ser el Congrés de la European Association of Centres of Medical Ethics que va organitzar a S. Cugat l'any 1995 per tractar sobre la distribució ètica dels recursos limitats en salut.

El Dr. Abel es va implicar amb els problemes dels professionals de ciències de la salut. Des de 1980 a 1987 va formar part de la Comissió de Deontologia del Col·legi de Metges de Barcelona. Assessorava al Col·legi d'Infermeria de Barcelona i els altres de Catalunya, cercant la transprofessionalitat.

L'any 1999, quan el Dr. Moisès Broggi va cessar de President de l'Institut Borja de Bioètica, el Dr. Abel va ser escollit el seu successor, passant de Director a President, càrrec que ha exercit fins el dia del seu traspàs.

L'any 1995 l'Ordre de S. Joan de Déu li va donar la Carta de Germanor, aquest fet també li va fer especial il·lusió: poder-se considerar membre de dos ordres religiosos: Jesuïtes i de S. Joan de Déu.

Durant la seva vida va publicar nombrosos articles sobre bioètica en diverses revistes nacionals i internacionals. Va formar part del comitè assessor de la revista *Labor Hospitalària*, en la que hi podem trobar moltes de les seves aportacions en bioètica. També era membre del Consell Editorial de la revista *Latinoamericana de Bioètica* (2002-2011); dirigia la revista de l'Institut Borja: *Bioètica & Debat* (1995-2011); i *HUMANITAS i Humanidades Mèdicas* (2002-2011).

Des de l'any 1980 fins l'any 1992 va liderar un equip de treball internacional "International Study Group on Bioethics" (Task Force), sota l'empareda de la Federació Internacional d'Universitats Catòliques (FIUC), que va organitzar 20 jornades internacionals de bioètica.

La seva preocupació per la docència de la bioètica estava més aviat orientada a la pràctica, a oferir mitjans per a resoldre els problemes bioètics que sorgeixen de la pràctica quotidiana. Però la formació en bioètica era – i encara ho és en la majoria de Facultats de Medicina i en la formació continuada o desenvolupament professional continu dels professionals de la salut – deficitària. Per això es va implicar en impartir cursos de bioètica.

L'any 1986 a la Facultat de Medicina de la Universitat de Lleida vam organitzar unes jornades sobre qüestions de Bioètica juntament amb l'Institut Borja de Bioètica, que co-dirigja amb Dr. Abel. Vaig tenir l'oportunitat d'aprendre la seva estratègia docent, fent participar als estudiants en la resolució de casos que ell preparava d'acord amb la temàtica del curs, sempre d'actualitat. Als estudiants els hi agradava molt aquesta metodologia. Des d'aleshores, any rere any, hem anat organitzant el curs, assistint el Dr. Abel fins el 2010, any en el que va impartir una conferència sobre la seva experiència i evolució de la bioètica que va ser el seu comiat per la Universitat de Lleida.

L'any 2000 el Centre Borja de Bioètica va començar a impartir un Màster en bioètica i ètica aplicada conjuntament amb la Universitat Autònoma de Barcelona, que va tenir dos edicions. Posteriorment l'Institut Borja va decidir unir-se a la Universitat Ramon Llull i el Màster es va continuar fent en aquesta universitat, tenint una versió on-line.

El Dr. Francesc Abel al llarg de la seva vida va obtenir varis guardons, entre ells:

- Membre d'Honor de l'Institut Medicofarmacèutic de Catalunya (2001).
- Soci de mèrit de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears (2003).

- "Creu de Sant Jordi de la Generalitat de Catalunya", concedida a la institució MEDICUS MUNDI, recollint el Dr. Abel la distinció i la medalla en la seva qualitat de fundador (2003).

- Mestre de la Ginecologia Catalana, per la Societat Catalana d'Obstetrícia i d'especialistes catalans\* (2004).

- Premi "Van Rensselaer Potter" a l'Excel·lència en Bioètica, concedit per la "Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética", Ciutat de Panamà (2005).

- Premi a l'Excel·lència Professional del Consell de Col·legis Mèdics de Catalunya (2005).

- "Creu de Sant Jordi de la Generalitat de Catalunya" per la seva trajectòria: 2006.

- Distinció Jaume Vicens Vives, atorgada pel Departament d'Innovació, Universitats i Empresa de la Generalitat de Catalunya el 2007.

- Premi de la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI) 2009.

- Soci d'Honor de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetrícia (SEGO), el (2009).

La Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya hem perdut un dels seus membres numeraris més rellevant. Descansa en pau.



## Necrològica

# MIQUEL TORNER I SOLER. In memoriam. (1922-2012)

**Antoni Bayès de Luna**

Acadèmic numerari.

He de confessar queestic emocionat a l'adreçar-me a tots els companys de la RAMC i demés persones assistents a aquest acte per retre homenatge a una persona tan estimada per mi. El meu mestre i el mestre de la cardiologia moderna catalana, Dr. Miquel Torner i Soler.

El vaig conèixer quan vaig entrar com intern a la Càtedra de Patologia Mèdica que dirigia el Prof. J. Gibert Queraltó, també acadèmic d'aquesta casa. Això era l'any 1957. De tots els metges que hi havia a la Càtedra crec que sense cap dubte, el que tenia més carisma era el Dr. Torner. Quan hi havia un malalt difícil de cardiologia els metges de sala deien: Avisarem al Quilet. I aleshores arribava ell: prim, sec, amb el nas ganxut i molt seriós. Habitualment portava llaç en lloc de corbata. Feia 4 preguntes al metge de sala i de seguida agafava el fonendo i s'hi estava una bona estona, utilitzava primer la campana, després la membrana i tornem-hi... per poder auscultar millor tots els batecs del cor del malalt. Mirava després breument la radiografia, si n'hi havia, i l'ECG, i a continuació sentenciava: Estenosi mitral molt tancada. Té una distància segon soroll esclat d'obertura de la mitral molt petita. S'ha de fer una comisurotomia d'urgència. I sempre ho encertava. A tots els presents, però sobretot al més jove, ens agradava molt veure com actuava. Seriós, decidit, segur... i sempre donant en el clau. El seu posat i el seu fet impressionava. Tenia carisma. Et quedaves pensant... quan jo sigui gran m'agradaria fer de metge com ell. Quina seguretat! De fet de seguida li vaig dir al meu pare, també metge, ¡Em sembla que ja sé quina especialitat escolliré: cardiològica!. El em va dir, endavant, té molt futur.

I així va ser com vaig començar a anar al dispensari del soterrani del Clínic, on havia començat el Prof. Gibert Queraltó, feia molt poc temps, l'Escola de Cardiologia de La Universitat de Barcelona amb quatre grans col·laboradors: el mateix Dr. Torner, que era el líder del grup, el Dr. Gregorich, el Dr. Balaguer Vintó i el Dr. Morató.

En aquell soterrani, en poc més de 100m<sup>2</sup>, s'encabia la secretaria de l'Escola, 4 dispensaris, el llarg passadís que els envoltava i que feia de sala d'espera, amb una sala de RX al mig que també feia de sala de reunions. En aquesta sala que s'utilitzava com a improvisada sala d'hemodinàmica es varen fer, en gran part gràcies al Dr. Torner y el radiòleg Dr. Carrasco, els primers estudis hemodinàmics de Catalunya, i crec també de tot l'Estat espanyol. Allí es va aconseguir, el registre, per primera vegada al món, de l'ECG intracavitari del ventricle esquerre que no va tenir tot el ressò que es mereixia per haver estat publicat en castellà (Medicina Clínica).

Però ¿com havia arribat tan jove, amb poc més de 30 anys, a tenir ja tan gran prestigi? ¿On s'havia format el Dr. Miquel Torner? Bé, independentment del que va poder aprendre a la Càtedra del prof. Gibert, que de seguida es va adonar de la seva vàlua, el Dr. M. Torner era en gran part un autodidacte amb una forta influència de la medicina francesa. Als primers anys 50 el Dr. M. Torner va fer una estada llarga a Lyon. La cardiologia francesa tenia aleshores molt renom i les Escoles de Paris del prof. Froment i de Lyon del prof. Lenegre eren molt reconegudes. Va treballar sobretot amb el responsable de cardiopaties congènites, el Dr. J. Bret i amb el cirurgjà Prof. Santé. Allà no només va consolidar les seves condicions innates de cardiòleg excepcional, especialment en el camp de l'auscultació, sinó que va aprendre com s'escriu un treball científic, i la importància, que ja aleshores tenia que la publicació fos en anglès. Aquells mesos a Lyon, doncs, varen ser molt decisius a la seva vida. Va tornar a Barcelona amb un bagatge extraordinari, incloent-hi dos articles com a primer firmant publicats a l'*American Heart Journal*.

Als anys 50 la cardiopatia isquèmica encara no s'havia convertit en l'epidèmia que ara és, i per altra banda el tractament era molt pobre, per la qual cosa no era considerada, com tampoc ho eren ni la insuficiència cardíaca ni la fibril·lació auricular, temes moderns i d'actualitat. En canvi, les valvulopaties, i sobretot les cardiopaties congènites, estaven de moda. Era difícil fer el diagnòstic exacte, i era molt important aconseguir-ho perquè ja aleshores es començava a operar moltes d'elles. D'aquí ve que fos per tots molt atractiu poder aprendre del mestre, poder estar al costat del Dr. Miquel Torner.

Recordo de forma il·lusionada els 5-6 anys, partits per un any d'estada a Anglaterra, que vaig estar amb ell, primer al Clínic i més tard al port, acompanyat per molts companys, després grans cardiòlegs.

Passats uns anys jo a vegades li deia al Dr. M. Torner "Mai tornarà a passar el que li ha succel·lit a vostè, que 4 deixebles seus siguin els caps de Cardiologia dels aleshores únics hospitals de referència de Catalunya: en Paco Navarro al Clínic, en Carles Gausí a Bellvitge, en Jordi Soler a Vall d'Hebron, i jo mateix a Sant Pau... i ell reia content pensant que veritablement havia deixat Escola.

Quan vaig decidir anar a Anglaterra, vaig pensar que potser hi trobaria moltes coses noves en el camp de la Cardiologia, i així hauria set si no hagués estat ja amb el Dr. Torner. Aleshores, el que estava encara més de moda era el "bedside diagnosis", diagnòstic al costat

del lit amb la història clínica, palpació, auscultació, radiologia i ECG com a protagonistes. Em sentia molt content quan em deien "què hi ha a l'auscultació?", i jo podia respondre "un clic d'ejecció, un buf sistòlic d'ejecció 3/6 i un buf diastòlic suau, llarg 2/6, que s'ausculta millor al tercer espai intercostal. Això correspon a una doble lesió aòrtica". Entre això i els coneixements d'ECG que havien portat de Mèxic els Drs. Casellas i Gausí, vaig poder demostrar que al nostre país no anàvem tan enrere com amb molts aspectes semblava.

El caràcter del Dr. Miquel Torner era, de primera impressió, una mica eixut i sec, però al passar els anys, es va suavitzar molt, es va fer molt més proper i amigable, de manera que puc dir amb gran goig que varem arribar a ser molt amics, tan d'ell com de la seva estimada Sunchi i de tots els fills, un dels quals, en Pelayo, va ser després resident, col·laborador i amic meu. Recordo amb il·lusió, l'alegria que el Dr. Torner va tenir quan en Pelayo va presentar la seva tesi doctoral dirigida per mi sobre "Factors de risc de mort sobtada en el síndrome de WPW".

La seva capacitat com a mestre i la seva trajectòria científica va ser aviat reconeguda per tothom, i per això de tot Espanya i també de l'Amèrica Llatina varen començar a venir a formar-se a l'Escola de Cardiologia, ja traslladada a l'Edifici de Sanitat del Port, molts metges joves. Recordo amb il·lusió l'estada d'alguns d'ells, com els Drs. Gárate i Iriarte de Bilbao, el Dr. M. Quero de Madrid, el Dr. Montero de Galícia, el Dr. Nerin de Zaragoza, el Dr. Aliso de Canarias. Al voltant del seu despatx entrava i sortia sempre gent disposada a fer-li preguntes, i naturalment nosaltres estàvem encantats de poder aprendre tant i tan de presa.

L'Escola de Cardiologia havia aconseguit doncs un gran prestigi i per això se li va oferir anar a l'Hospital de Sant Pau que necessitava ampliar la seva oferta en aquesta especialitat que estava obrint-se camí amb grans perspectives: cirurgia, hemodinàmica, marcapassos, etc. El Dr. M. Torner i el Dr. L. Balaguer varen fer-se responsables del canvi, encara que cap dels dos en van ser el director de servei, però no hi ha dubte que la incorporació d'ells dos i de tota l'Escola amb ells, i després l'arribada dels cirurgians cardíacs Josep M. Caralps i Alexandre Aris, varen posar, als anys 70, la cardiologia de Sant Pau al més alt nivell. Encara recordo amb emoció el primer trasplantament cardíac fet per el nostre company acadèmic, Dr. Josep M. Caralps, i l'alegria que va tenir el ja llavors mestre i amic Miquel Torner quan vaig aconseguir la primera càtedra de Cardiologia de l'Autònoma, i després vaig succeir al Dr. Modest Garcia Moll com a cap de Cardiologia de Hospital de Sant Pau.

No obstant això, va continuar el seu mestratge tenint com a màxim representació de la seva escola en aquesta etapa de la seva vida, a la Dra. M. Teresa Subirana, una congenitòloga excepcional tant des del punt de vista científic com humà que honora al cap que la va formar. Al mateix temps, el Dr. M. Torner es va convertir en el consultor en Cardiologia de confiança de tot Catalunya i part d'Espanya.

El seu prestigi era molt gran i això va fer que se'l nomenés President de la Societat Espanyola de Cardiologia 1970-1974, i més tard, fa uns 20 anys, Acadèmic Numerari d'aquesta Reial Acadèmia.

Els últims anys es va anar retirant de manera gradual de totes les seves activitats. Això es va accelerar quan va morir la seva estimada Sunchi, a la que ell estava tan unit. A vegades l'anava a veure i li agradava recordar vells temps... quan per exemple enviava a operar a la Clínica Mayo una cardiopatia congènita complexa amb un diagnòstic fet només amb el "bedside diagnosis" i a la Mayo confirmaven el diagnòstic i el felicitaven per la seva mestria. Després comentaven, tal com m'ha explicat el Dr. M. Galofré aleshores metge a la Mayo, la seva capacitat diagnòstica.

Quan ja al final de la seva vida tenint un important dèficit cognitiu que s'anava agreujant, l'anava a veure ingressat a l'Hospital Quiron, persones que no el coneixien pensaven que estava pràcticament desconnectat del món... Jo em vaig apropar a ell i a cau d'orella li vaig dir "Dr. Torner, (mai vaig arribar a tutejar-lo), ¿com es deia aquell cirurgià de la Mayo a qui vostè enviava a operar als seus malalts? I ell obrint els ulls inicià una petita rialla i va dir ràpidament, McGoon... Que n'és de complicat el cervell humà i quina quantitat de sorpreses pot donar en situacions terminals de la vida, com ha demostrat la resonància magnètica.

Dr. Torner, jo com molts dels seus deixebles estem orgullosos del que en ha ensenyat i del que ha fet per la Cardiologia catalana. La Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya que vostè tan estimava, us vol retre aquest homenatge. M'he considerat molt honorat que m'hagin encarregat a mí que digués aquestes paraules. Moltes gràcies a tots per estar aquí i una salutació molt afectuosa als seus familiars.



## Necrològica

# LLUÍS REVERT I TORRELLAS . In memoriam. (1928-2012)

**Francesc Solé i Balcells**

Acadèmic numerari.

El Dr. Revert era un il·luminat, un vocacional. La seva vida, —us ho asseguro—, era l'hospital.

Era gironí, i en presumia. Va néixer al 1928, i va viure 84 anys. Va exercir com a metge 80 anys, fins als últims dies de la seva vida.

El seu avi l'any 1878 va fundar la primera farmàcia a la illa de La Palma, a les Canàries.

El seu pare era el titular de la farmàcia de l'Hospital Militar de Girona i va ser assassinat en els primers dies de la Guerra Civil Espanyola. Aquest fet, —moltes vegades recordat—, va marcar en gran manera la seva vida.

Va estudiar als Maristes de Girona; allí va iniciar-se en la seva fe religiosa que el va acompanyar al llarg de tota la seva vida. Fou Premi Extraordinari de l'examen d'Estat, aquell examen que possibilitava la entrada a la universitat. Va cursar els estudis de Medicina a la Universitat de Barcelona, amb Premi Extraordinari de Llicenciatura l'any 1952, doctorant-se a la mateixa Universitat a l'any 1960 amb una tesi sobre «Insuficiència renal aguda». Ja començava la seva orientació cap a la Nefrologia.

Ja des del començament dels seus estudis de Medicina es va mostrar la seva vocació hospitalària; primer com a metge de guàrdia a l'Hospital Clínic, —el seu Hospital—, i després com a cap de servei d'Urgències del 1958 al 1963. Fins als 70 anys, en la seva jubilació com a catedràtic, no va faltar ni un sol dia a les seves tasques hospitalàries.

La seva petjada històrica es defineix en dos punts:

- en el diagnòstic i tractament de la hipertensió arterial
- i en el de les malalties del ronyó.

Va ser el primer en crear una Unitat d'hemodiàlisi a Catalunya. Fou un dels Membres Fundadors, —vicepresident—, de la Societat Espanyola de Nefrologia, l'any 1964, l'any en que es va crear la «Seguridad Social» i un dels definidors del contingut de la nova especialitat, la Nefrologia.

El seu interès pel ronyó venia de lluny, del temps en què fou intern en el Servei del Professor Soriano, el seu mestre i després estimat pacient i amic.

Era un metge de tipus «clàssic». Sabia interrogar al malalt, no solament sobre la seva malaltia sinó que també en el seu

entorn, en la seva família, en el medi en que es movia... Sabia explorar als malalts, en forma exhaustiva, «els tocava de cap a peus» i encara era d'aquells metges que escoltaven els batecs del cor i el soroll del respirar. Fou l'iniciador en la Clínica Mèdica B de la Facultat de Medicina de Barcelona de la biòpsia renal amb microscòpia òptica primer, per immunofluorescència i més tard amb microscòpia electrònica.

També fou el que va introduir el primer ronyó artificial en el seu Hospital, inicialment com a tractament del fracàs renal agut i temps després creant una Unitat de Diàlisi pels malalts crònics. Tot això el va portar a que l'Hospital Clínic creés una plaça de Cap de Servei de Nefrologia, Diàlisi i Regulació Humoral, que va guanyar en oposició el Dr. Lluís Revert. Fou un dels primers Serveis de Nefrologia d'Espanya, abans de que l'especialitat, la Nefrologia, fos reconeguda com a tal.

La seva passió per la Medicina Hospitalària la sabia transmetre als seus pacients de la Clínica Privada, i molts d'ells foren mecenes, ajudant al seu Servei en obtenir recursos que sense la seva ajuda eren prohibitius. La família Riera Marsà —per exemple—, contribuint a la construcció i instal·lació d'una gran Unitat d'Hemodiàlisi. La donació d'un microscopi electrònic, —el primer a Catalunya— per un altre client i altres ajudant a fer obres de millores del Servei. Fou el primer catedràtic de Nefrologia de la Universitat Catalana, l'any 1981. Membre del Consell Nacional d'Especialitats Mèdiques durant 18 anys, i de la que fou president.

La seva segona passió era la hipertensió arterial. Era també soci fundador de la Lliga Espanyola de la lluita contra la hipertensió arterial, —any 1974—, i de la que també va ser president.

En el seu discurs d'entrada com a Membre Numerari d'aquesta Acadèmia, any 1996, ressaltava la importància del ronyó en la hipertensió arterial i viceversa, el de la hipertensió com a responsable de malaltia renal. Dedicava un capítol sencer del seu discurs a la història de la sal i la seva relació amb la hipertensió i les malalties renals. En resum, era un mestre en el diagnòstic i tractament de la nefropatia secundària a la hipertensió arterial.

Era un excel·lent docent. Coneixia la mecànica dels ions, —del sodi i del potassi—, i explicava con ningú els trastorns de l'equilibri àcid-base, con element fonamental de la regulació humoral. Sabia com il·lusionar als seus deixebles. Va ser responsable de

moltes vocacions mèdiques dedicades a la Nefrologia. Són incomptables els metges i professors que deuen la seva formació a la seva dedicació docent. Son més de vint les tesis doctorals dirigides sota la seva direcció i consell.

Era Medalla Narcís Monturiol i Josep Trueta al merit Sanitari de la Generalitat de Catalunya.

No va ser un gran viatger, però va fer estades, —no molt llargues—, a l'Hospital Necker de París, a la Cornell University de New York, i especialment profitosa fou l'estada a la Clínica Mayo de Rochester. Això sí, era assidu assistent als Congressos de la seva especialitat i als d'Hipertensió, la seva segona passió.

En el seu Curriculum trobem un gran nombre de publicacions, moltes en revistes de prestigi internacional, algunes totalment pròpies i altres publicades amb els seus col·laboradors, a través de la seva iniciativa. El capítol de Nefrologia del Tractat de Medicina Interna dels Drs. Farreras i Rozman ha sigut obra del Dr. Revert en moltes edicions.

Però a més de ressaltar els seus mèrits professionals vull glosar, com a íntim amic seu, amb el qual he compartit moltes hores de lleure, —teatre, excursions, tenis, pesca—, les seves qualitats humanes. Mai se l'hi va pujar la sang al cap.

Era senzill. Sabia crear empatia, confiança als seus malalts. «Entrava» en les seves famílies, s'interessava pel seu entorn i això, —poc freqüent actualment en el que el temps de la visita mèdica està marcat—, el distingia i feia que fos volgut i estimat pels seus pacients no solament com a metge sinó com amic. Tenia «ull clínic» i sabia a qui dirigir els malalts segons l'especialitat que necessitava.

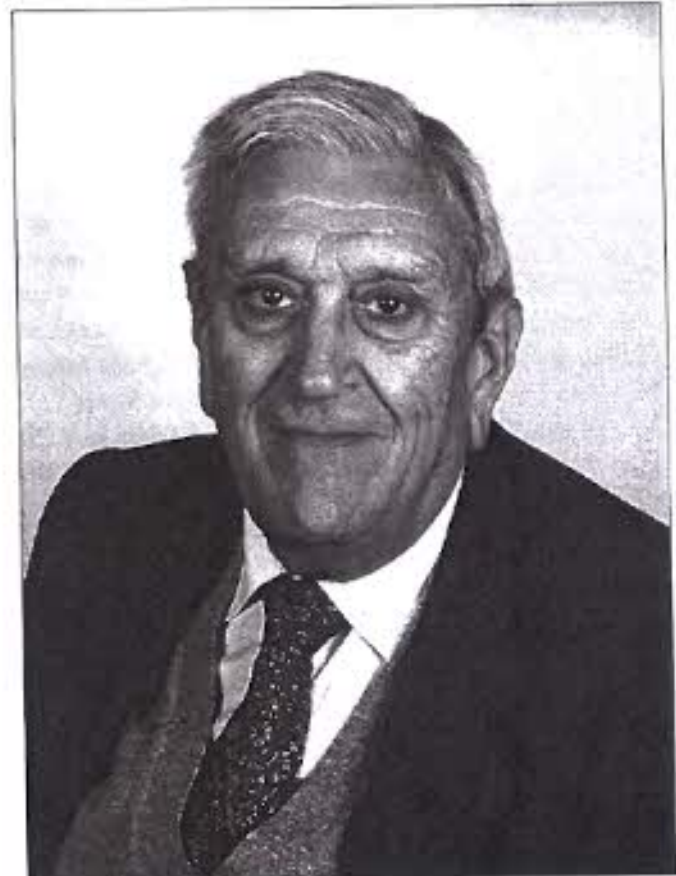
Era creient, amb una fe transmesa per la seva mare, de qui va rebre l'ensenyança religiosa. La seva fe era com un acte d'amor maternal.

També puc parlar amb propietat de l'estimació cap a la seva família. A la seva esposa, —la Joana—, la gran organitzadora de la seva vida social i patrimonial. Als seus fills, —la Joana—,

perduda prematurament, el Celso, —el fill gran—, la Marisa, metgessa i monja, amb missió a Kenia i a Lluís, el fill més jove, i molt especialment la seva estimació a les seves netes, la Laura i la Sara. Amb tots ells hem viscut, —i vivim—, en íntima relació d'amistat.

El recordatori del funeral deia: «No estic mort; estic dormint. Estaré mort el dia que no em recordis».

Lluís Revert, et recordem i per tant segueixes vivint.



## Necrològica

# FRANCESC FREIXA I SANTFELIU . In memoriam. (1931-2012)

**Edelmira Domènech i Lliberia**

Acadèmica numeraria.

Era el mes de juny passat. Vaig coincidir amb Francesc Freixa aquí en aquest edifici durant els tres dies que va durar el Congrés d'Història de la Medicina Catalana. Va presentar un treball i estigué present a totes les sessions. Assegut al costat sempre de la seva dona jo admirava la capacitat de tots dos de no aixecar-se mai al mig d'una taula i de seguir atents a tot el que exposaven els altres. Amb el cap clar i seguint treballant, era d'aquells homes que no es jubilen mai. Quan ja havia acabat la seva feina a la funció pública continuava exercint de psiquiatre en diverses organitzacions sense lucre. Tenia una passió per la seva feina de metge, de psiquiatre i de lluita contra l'alcoholisme i altres drogodependències.

Al cap d'un mes, exactament el dia 22 de juliol la mort se li presentà de manera sobtada. Havia nascut el 1931 i la seva infància va estar marcada, com ho expressà en una entrevista que li feren el 2010, primer per la malaltia de la mare que el va dur a viure uns anys amb uns parents al Berguedà i després per la separació del pare a principis dels quaranta, represaliat per les seves idees i empresonat durant tres anys. Aquesta infància dura i trista el va marcar. Fou una persona de conviccions arrelades, coherent, amb un gran esperit democràtic, tolerant amb les idees dels altres i gran defensor de la cultura catalana.

Els interessos culturals de Francesc Freixa foren molt amplis. L'any 1952 va entrar al servei de Psiquiatria de l'Hospital Clínic on el recent arribat catedràtic Ramon Sarró era el cap de l'únic servei hospitalari de psiquiatria de tot l'Estat. Des d'allà Freixa va començar a treballar en el que ha estat la dedicació més important de la seva vida professional: el tractament de l'alcoholisme. El és qui feu més per a que es considerés la dependència de les begudes alcohòliques com una malaltia. Va convertir el que era considerat com un vici que duia al rebuig social en una patologia que es podia tractar mèdicament. En un cert moment i durant bastants anys fou el metge i la persona amb més autoritat sobre el tema a Catalunya. Va formar un grup dins de la Càtedra de psiquiatria. Va fer escola amb diversos col·laboradors en el temps, Bach, Gual i Buqueras entre altres. Més tard treballà en organismes de la Conselleria de Sanitat. Va fer docència, va impartir conferències aquí i a Amèrica llatina, va publicar molt però el que més li importava era l'assistència: els malalts i llurs famílies. Fou cap de la Unitat de Drogodependències de l'ICS des de 1981 fins a la jubilació el 1996. Però el seu tarannà no era de funcionari, ni de recopilador de treballs pel currículum. No buscava el llumíent personal. Li interessaven abans que res els seus pacients.

En la cerimònia de comiat varem veure la gran estimació que li tenien grups de malalts que havia ajudat a curar. La seva projecció va ser àmplia. Fou dels primers en organitzar reunions sobre alcoholisme i la seva prevenció, d'àmbit estatal. Era un temps en que el tema de les drogues dominava l'actualitat. Durant bastants anys de 1976 a 1984, va ser President de la Societat «Sociodrogolcohol» i dirigí la «*Revista Española de Drogodependències*».

Francesc Freixa era un estudiós de la Història de la Psiquiatria. Ha deixat treballs sobre l'obra de Solé Segarra i de Ramon Sarró. Ha participat en els Congressos d'Història de la Medicina Catalana des del Primer de l'any 1970. I en el XVIIè d'aquest 2012 va presentar una comunicació sobre els seus records d'estudiant a la dècada dels cinquanta del segle passat i l'ambient obert que hi havia a la càtedra de Psiquiatria de Barcelona, tan diferent d'altres llocs. El tenim a la foto a la cerimònia de clausura. Tenia un aspecte magnífic. Havia entrat de Corresponent aquí a l'Acadèmia fa relativament poc temps, el 2008. Haguéssim volgut tenir-lo molts anys encara entre nosaltres.



## Necrològica

IGNASI ARAGÓ I MITJANS . In memoriam.  
(1916-2012)

Manuel Cruz Hernández

Acadèmic numerari.

Tasca grata, però no fàcil, és resumir en poc temps i amb paraules limitades, la trajectòria humana, científica i professional de l'admirat company Doctor Ignasi Aragó i Mitjans.

Nascut el 1916 i mort en aquest any de 2012, als 95 anys d'edat, va tenir certament molt de temps per desenvolupar les seves contínues i múltiples inquietuds des que va acabar la llicenciatura de Medicina a la nostra Facultat l'any 1938. Aviat es va dedicar a la compartida especialitat de Pediatria, obtenint el títol de doctor amb una tesi sobre la història clínica en pediatria i un triomf reconegut en la tasca assistencial. Va ser important la seva actuació com a president o coordinador dels consultoris pediàtrics pertanyents a la anomenada Junta provincial de Protecció de menors, si bé va acabar per dimitir davant la falta d'empatia social, per part d'una organització que no era prou sensible a la preocupació pediàtrica davant les diverses formes de maltractament infantil.

Però tot això, i el seu especial interès per la neuropediatria, no justificarien prou les distincions que va rebre: Homenot de la Sanitat, Membre de Mèrit de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears, Creu de Sant Jordi i Medalla Francesc Macià. I és que de la mà de la medicina del nen, va estendre la seva inquietud cap a la problemàtica social, l'organització sanitària en general i de l'hospitalària en particular. Ho vaig contrastar personalment, ja que abans de la meua arribada a Barcelona jo havia manifestat, dins de les limitacions de l'època, una preocupació semblant a la meua monografia de 1963 "El nen i l'hospital", quan el progrés en l'organització hospitalària començava a instaurarse davant d'un descontentament creixent.

Per tant, no pot sorprendre que jo seguís amb obligada i profitosa atenció les seves nombroses publicacions sobre aquests temes. Citaré com a exemples: *Pla general de regionalització hospitalària a Catalunya i Balears* (1959), *Prospectiva Hospitalària* (1964), *Integració hospitalària* (el mateix any), el llibre *Els hospitals a Catalunya* (1967), el pla de regionalització hospitalària de Catalunya i Balears (1970) o el més ampli *La Sanitat a Catalunya* del 1980, dirigit per Ramon Espasa, afegint la direcció durant diversos anys de la revista "Estudis sobre Hospitals".

El trípede que sustenta la duradera empremta deixada pel Doctor Ignasi Aragó inclou les seves nombroses activitats a la

Societat Catalana de Pediatria com a secretari de 1957 a 1961, a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques com a membre del Consell de redacció de Monografies i de la Secció d'estudis sobre hospitals, a la Junta directiva del Col·legi de Metges de Barcelona com a vocal d'hospitals i altres entitats creades pel mateix, com el Centre Tècnic d'Estudis Hospitalaris, la Unió d'Hospitals de Barcelona o l'Associació pel desenvolupament hospitalari.

No cal insistir sobre la seva presència habitual, notòria i destacada en cursos, reunions i congressos, sense oblidar les seves inquietuds docents i culturals, entre les quals al voltant de l'epidemiologia infantil a Barcelona o la importància del cinema mèdic. Tot això amb el seu recordat tarannà dinàmic, creatiu i persistent, però també positiu i amistós. Li van sobrar mèrits perquè aquesta Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, a qui represento immerescudament, el nomenés acadèmic corresponent i recordi avui amb orgull al seu il·lustre amic i company, el Doctor Ignasi Aragó i Mitjans.



## Racó de la Història

# DE LA BRUTÍCIA A L'ANTISÈPSIA

## Primer centenari de la mort de Joseph Lister

Joan Pujol i Ros

Acadèmic corresponent

Sorpren que hagi passat tan desapercbut el primer centenari de la mort de Joseph Lister (Upton, 1827-1912), tant per la majoria d'historiadors de la medicina com per a les institucions sanitàries i les societats científiques de casa nostra.

Cal recordar que la cirurgia moderna no va arribar als anys de plenitud fins mitjans segle XIX quan es van poder superar dues de les barreres que més dificultaven el seu exercici: la barrera del dolor i la de la sepsi. Abans del listerisme, les sales d'operacions eren llocs on es contreien importants i mortals infeccions. Per altra banda, durant tot el segle XIX, només les dones pobres i sense recursos anaven a tenir els seus fills a l'hospital, ja que les riques ho feien a casa seva, on aparentment, rebien un millor servei.

### ELS ANTECEDENTS

Un primer crit d'atenció el va donar Ignaz Phillip Semmelweis (1818-1865), a l'hospital de Viena. Va adonar-se que la mortalitat per febre puerperal en el departament d'obstetrícia de la clínica destinada a la docència assolia el 25%, mentre que en l'altra, on exclusivament hi treballaven les llevadores, no superava el 3%. Fou el primer en sospitar que la brutícia era la responsable de la gran quantitat de morts a les maternitats dels hospitals, i per aquesta raó va obligar a tots a rentar-se les mans i l'instrumental amb una solució clorada i aleshores la mortalitat disminuï de manera vertiginosa. Malgrat tot, la seva aportació va ser criticada com a inútil i molesta, i Semmelweis va acabar els seus dies en un manicomi, víctima de la incomprensió i la intolerància.

Uns anys després, el jove cirurgià anglès, Joseph Lister, un home intel·ligent, honest, enemic de les baralles, molt estimat pels seus alumnes, però tímid i mal orador, va recuperar l'obra de Semmelweis. Abans de la doctrina antisèptica de Lister, la sepsi i la gangrena eren les conseqüències més habituals en qualsevol intervenció quirúrgica. Però la vertadera antisèpsia fou iniciada per Lister, a partir de dos fets. Primer va cultivar des de jove l'interès pel microscopi i fou un dels que va fer cas de l'hipòtesi de Pasteur, de què la supuració quirúrgica (el pus il·loable) era ocasionada pels microbis que transportava l'aire. Per altra banda, com a bon observador que era, s'adonà que en la seva època, alguns prats eren regats amb aigües residuals. Però si aquestes eren tractades amb àcid fènic, s'aconsegua destruir els paràsits que afectaven als

animals alimentats amb aquelles pastures. Això li va permetre relacionar els dos fets i va pensar en aprofitar-ho per a desinfectar les ferides. Per aquest motiu va fer construir uns polvoritzadors que creaven una boira de fenol per sobre l'àrea quirúrgica, els coneguts polvoritzadors de Lister. De totes maneres, el propi Lister s'adonà més endavant que la boira fenòlica no era necessària i el què realment calia fer era netejar a fons les ferides, els instruments i les mans del cirurgià, i d'aquesta manera va aconseguir que la mortalitat a les seves intervencions quirúrgiques caigués a nivells mai vistos. Curiosament foren els efectes irritants de la boira fenòlica el què va donar lloc a un altre descobriment important en el món de la cirurgia: els guants de làtex. William Steward Halsted, considerat el gran renovador de la medicina i la cirurgia als Estats Units, tenia una infermera a quiròfan anomenada Caroline Hampton de la qual estava profundament enamorat i a qui la boira fenòlica li havia produït tantes irritacions i èczemes a les mans que va dir que hauria de deixar la sala d'operacions. Aleshores, el cirurgià va recordar que els patòlegs utilitzaven uns guants de goma rugosa i basta per protegir-se mentre realitzaven les autòpsies. Va anar a parlar amb els responsables de la Goodyear-Rubber Company i, utilitzant com a motlle la mà del cirurgià, l'empresa en va fabricar uns de goma tant delicada per a la seva infermera, que gairebé eren com una segona pell i d'aquesta manera va poder continuar treballant al costat seu. Així mateix, també a Lister cal agrair-li l'invent de la sutura quirúrgica moderna.

L'any 1867 Lister va publicar els resultats obtinguts després de dos anys d'investigacions a la revista *The Lancet* amb un llarg article titulat "Sobre un nou mètode per al tractament de les fractures complexes, abscessos, etcètera, amb comentaris sobre les condicions de supuració". Potser fruit d'aquest primer treball i en agraïment a la seva aportació a la medicina i la cirurgia, enguany aquesta mateixa revista ha publicat una magnífica necrològica en motiu del primer centenari de la seva mort, que porta per títol *Why celebrate Joseph Lister?*

De totes maneres, com a científic avançat en el seu temps, va haver de lluitar contra l'immobilisme d'alguns dels seus companys, que no volien abandonar les antigues doctrines galèniques. Sortosament, Lister va aconseguir taxes de mortalitat a la sala d'operacions inferiors al 2%, una dada massa evident per passar-la per alt. Però malgrat tot, les seves teories eren ignorades al

Regne Unit. En canvi, fou àmpliament reconegut a Alemanya, EE. UU, França, Bèlgica, Holanda, Suïssa i Itàlia. Finalment, gràcies a Robert J. Koch (1843-1910), descobridor del bacil causant de la tuberculosi, l'etiologia bacteriana de les infeccions quedava plenament establerta.

A casa nostra, l'antisèpsia fou introduïda per Joan Giné i Partagàs (Barcelona, 1836-1903), que va ser el primer en utilitzar la cura fenòlica de Lister l'any 1875, segons va donar a conèixer un deixeble seu en un article publicat a *La Independència Médica* on descriu l'aplicació d'apòsits, gases i teixits impermeables sobre la ferida i l'ús de la boira fenòlica per part de Giné i Partagàs. Però qui la va divulgar i sistematitzar va ser Salvador Cardenal i Fernández (València, 1852-Barcelona, 1927). Cardenal va guanyar, per oposició, l'any 1877, el càrrec de preparador anatómic de la Facultat de Medicina de Barcelona, aleshores situada al carrer de Carme, avui seu de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Fou metge per oposició de la Casa de Caritat i l'any 1879 fou nomenat director de l'Hospital del Sagrat Cor de Barcelona. Entre 1901 i 1910, fou president la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona.

#### LA RELACIÓ ENTRE JOSEPH LISTER I SALVADOR CARDENAL

Salvador Cardenal va visitar dos cops Lister, els anys 1883 i 1890. Segons Cardenal, el que li va sorprendre més del cirurgià del King's College Hospital fou la seva modèstia: mai parlava del "seu mètode antisèptic" sinó del "mètode antisèptic".

L'any 1880 Cardenal va publicar l'obra "*Guia pràctica para la cura de las heridas y la aplicación del método antiséptico en ciru-*

*gia*", amb dues edicions posteriors, els anys 1887 i 1895, ampliades i publicades amb el títol "*Manual práctico de cirugía antiséptica*".

Salvador Cardenal, seguint els passos de Lister, va fer construir un laboratori de microbiologia al costat de la seva sala d'operacions a la clínica que tenia oberta al Passatge Mercader de Barcelona, on hi realitzà observacions que contribuïren a reforçar la teoria bacteriana de les infeccions. Tots els historiadors coincideixen en afirmar que Cardenal fou el principal defensor del listerisme a Espanya i a Catalunya.

Un altre dels fet que va millorar substancialment la cirurgia del segle XIX foren les constants i inacabables guerres europees que van subministrar un important material de treball per als cirurgians. És en aquest context bèl·lic, que uns anys abans de l'introducció del listerisme a casa nostra, la premsa de l'època ja anunciava els beneficis de la doctrina antisèptica de Lister. Així, en un interessant article titulat "*Método de practicar operaciones de cualquiera clase en las extremidades sin pérdida de sangre; desinfección de heridas y aplicación de vendajes desinfectados y desinfectantes á la vez*" publicat, l'any 1874, a "*El Cuartel Real*", diari oficial de l'exèrcit carlí durant la Tercera Guerra (1872-1876), es feia ressò dels beneficis dels *vendatges antisèptics de Lister* emprats pel professor de medicina i cirurgia, Reinaldo Brehon, durant la guerra Franco-Prusiana en els seus hospitals de sang, que van suposar una millora molt significativa de la cirurgia de guerra, sobretot en el camp de les infeccions postoperatòries.

Avui no es pot entendre l'acte mèdic i quirúrgic sense tenir present el listerisme i la cirurgia moderna encara és deutora de la doctrina antisèptica de Lister i dels seus descobriments.



Salvador Cardenal i Fernández (1852-1927)



Joseph Lister (1827-1912)

## Medicina d'Occitània

# MADAME DU COUDRAY (1714-1789), LLEVADORA DE L'ALVÈRNIA

Jacint Corbella i Corbella

Acadèmic numerari.

### INTRODUCCIÓ

La tasca de les llevadores, dones que ajuden a altres dones per tenir els fills, és molt antiga, però històricament encara està poc documentada. És un dels camps de la història de la medicina i de la sanitat on hi ha encara massa poca informació, si més no en la nostra cultura d'arrel occidental. A l'Edat Mitjana, a la Corona d'Aragó, sabem d'algun permís reial concedit a dones per a exercir l'art obstètrica, o fins i tot la medicina. Però són fets molt esparsos.

Potser les dades més interessants al nostre abast es troben a França, quan es coneixen el nom d'algunes «sage-femmes» que ajudaven a les reines i altres dones del seu entorn en els parts. També sabem que ja cap a meitat del segle XVI, per a tenir el títol de «femmes jurées» s'examinaven davant del Col·legi de cirurgians. El nom més conegut en aquesta etapa és el de Louise Bourgeois (1563-1636), esmentada també com a Louise Boursier, pel nom del seu marit, el cirurgià Martin Boursier. Va atendre els parts de Maria de Mèdicis, esposa del rei Henri IV. Louise Boursier fou autora d'un llibre, prou conegut, sobre els parts.

Cap a meitat del segle XVIII es produeix un fet, si més no curiós. Una llevadora originària del centre de França, però que havia viscut algun temps a París, va ser autoritzada, o encarregada, per la cor de Louis XV, per a la formació d'algunes dones de tot el país, en cursos itinerants, per a millorar la qualitat de l'assistència als parts en el medi rural i disminuir la mortalitat infantil i perinatal.

### MADAME DU COUDRAY. ELS CURSOS ITINERANTS

Se sap bastant de la seva vida, però amb informació desigual segons els períodes. Angèlica-Margarida du Coudray va néixer a Clermont-Ferrand, capital actual de l'Alvèmia (Auvergne), l'any 1714. Sabem que va exercir a París, a l'Hôtel-Dieu, on hi havia l'escola de llevadores, i després retornà al seu país d'origen, on també uns quants anys.

L'any 1759 va rebre l'encàrrec de fer cursos, per tot França, en el medi rural, per ensenyar, si més no les beceroles, de l'art dels parts, a dones que ja ho estaven fent, sovint amb un grau d'instrucció molt reduït. Era una dona de molta empenya, ara diríem una bona «comunicadora», i va estar gairebé vint-i-cinc anys, viatjant per tot el país, fent cursos no massa llargs, sovint d'un parell de mesos,

amb instrucció teòrica i pràctica, que es basava en tres fets principals: les explicacions teòriques; l'ensenyament per medi d'un llibre de text que havia escrit, amb moltes il·lustracions, o gravats en colors, un «*Abregé de l'art des accouchements*» (editat el mateix any 1759), i sobretot un ensenyament pràctic important, per medi del que es deia «*la machine*», que era un model a tamany natural del ventre d'una dona, amb un maniquí molt ben fet, que simulava el fetus, amb altres aditaments i amb el que es podien fer les diverses maniobres del part.

Sobre aquest tema del maniquí obstètric hi hagué alguna polèmica. Probablement William Smellie, metge anglès important, en tingui una certa prioritat. Però ara cal explicar el paper important de Madame du Coudray, en la difusió de l'ensenyament a les llevadores de França. Va fer un treball molt actiu, i en part esgotador, fins que tenia poc menys de setanta anys. Es diu que va ensenyar a més de cinc mil dones, i també a un nombre molt més petit de cirurgians i alguns metges. La seva petjada va ser important.

Fera el cursos per compte de la cor reial, i sembla que estava bastant ben pagada. Va acumular una discreta fortuna. Sembla que no estava casada ni va tenir fills, i per tant es podia dedicar gairebé de manera exclusiva a la tasca divulgadora de l'obstetrícia. Se sap que va morir a Bordeus el 17 d'abril de 1794, molt a prop dels vuitanta anys.

Una activitat com aquesta podia ser discutida, o si més no, tenint en compte l'autorització reial, ser objecte de comentaris crítics. Sembla que el cirurgià Jean Baseilhac, més conegut com a frère Côme, litotomista i un xic heterodox en el camp de la medicina, va recolzar la seva obra.

### LA «MÀQUINA» DE MADAME DU COUDRAY

Era un maniquí complex, del que se'n van construir bastants, i amb el temps es devien fer malbé. Ara sembla que només se'n conserva un, que està en un museu mixt: el Museu Flaubert i d'Història de la Medicina, que hi ha a Rouen, a la Normandia. Té varies peces. La més visible és la que representa la meitat inferior del cos d'una dona, de tamany natural. També una nina que representa el nadó, i encara algun element de l'anatomia femenina, un fetus de set mesos i uns bessons, una mica més petits.

### INFLUÈNCIA DE LA SEVA OBRA

Madame du Coudray va acabar els seus viatges l'any 1783. Era una feina cansada, tot i que tingués la protecció reial, no sempre era acceptada principalment pels cirurgians, que veien una competència. El sol fet de viatjar, i d'anar canviant sempre de lloc, en el segle XVIII, ja era una causa de cansament. Els anys passaven. Venia el temps difícil de la Revolució Francesa. Els últims anys va viure a Bordeus, a l'Aquitània, també país occità. Tenien dificultats perquè el sou rebien dels fons reals ja no hi eren.

En un cert moment apareix una "neboda", sovint quan se l'esmenta és entre aquestes cometes. Se sabia poc de la vida personal de Mme du Coudray, que no tenia fills, no era casada, potser vidua?. Un llibre molt ben fet sobre aquesta "mestra de llevadores", publicat per Nina Rattner Gelbart el 1998, una mica anoveïtat, per suplir les deficiències d'informació, però amb una tècnica i un fons històric real, no ho aclareixen.

Aquesta neboda era Marguerite Guilleaumanche, més coneguda pel nom de casada, Mme. Coutanceau. El seu home sembla que era

cirurgià u "officier de santé". Quan morí Angèlica, el 1794, Marguerite ja seguia amb l'ensenyament i la pràctica obstètrica, encara que no feia viatges. Va publicar un llibre, d'èxit notable, i va morir l'any 1825. Un fill seu va ser cirurgià.

### RESUM

Aquí calia donar notícia de l'obra excepcional d'una dona occitana que va revalorar la pràctica de l'assistència als parts, fent cursos itinerants per gairebé tot França durant un quart de segle, ensenyant els rudiments imprescindibles de l'obstetrícia a milers de dones, i molts cirurgians. Sembla que va contribuir a millorar el resultat dels parts, baixant la mortalitat infantil en el medi rural. Després l'assistència va ser feta més sovint per cirurgians, més en parts difícils, o en ciutats, però el nivell global d'assistència havia millorat. Mme du Coudray va néixer a l'Àlvèrnia, va morir a Bordeus, tot en terres occitanes, molts dels seus cursos els va fer també en terres del que se'n digué "midi", encara que el control, els permisos i la subvenció arribaven de París.



Madame du Coudray (1714-1789)



Fotografia parcial del maniquí (La "Machine") de Mme. du Coudray

# VIDA ACADÈMICA

## BUTLLETÍ INFORMATIU NÚM. 27. INFORME DEL PRESIDENT AL PLE DE L'ACADÈMIA DEL DIA 2 D'OCTUBRE DE 2012

Benvolguts acadèmics i amics

1. Permetin-me en començar recordar a tres acadèmics que han mort des de l'últim ple. Són els doctors Ramon Trias i Rubiès, que m'ha acompanyat des d'aquesta mateixa taula durant sis anys en la seva tasca de secretari general de l'Acadèmia. Anteriorment president del Col·legi de metges, cirurgià de bona tècnica, home de seny, sempre amb el consell adequat quan es presentava una dificultat. El segon en el temps ha estat el doctor Francesc Freixa Sanfeliu, membre corresponent, que en els seus últims anys ha estat el referent més important sobre la malaltia alcohòlica a Catalunya. El tercer, més recent, ha estat el doctor Miquel Torner i Soler, mestre de cardiòlegs, i amb fama de ser capaç de fer els diagnòstics més afinats per auscultació. Tant els doctors Trias com Freixa van participar ben activament en el Congrés d'Història de la Medicina que es va fer aquí a l'Acadèmia el mes de juny, en bon estat aparent de salut.

2. Avui tenim un ple, possiblement llarg, que dividim en dos parts: sessió ordinària i després tres votacions en sessions extraordinàries, per elecció d'un acadèmic d'honor, de tres acadèmics numeraris, i d'aprovació definitiva del text conjunt de reforma dels estatuts. Per a no sobrecarregar de votacions s'ha deixat per a la propera sessió l'elecció de membres corresponents, tant locals com estrangers.

3. Hi ha alguns temes que són d'actualitat en el comentari. Un fa referència als *Congressos de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. El primer es va fer l'any 1913, i l'any vinent se n'escau el centenari. Des de la represa de 1976 la freqüència és quadriennal i ara calia convocar el que tocava l'any 2012. No s'ha fet, probablement perquè el canvi en el temps ha fet que el model clàssic com s'han fet els últims quedí una mica obsolet. En els últims l'Acadèmia ha tingut un paper institucional reduït. L'organització va anar més per la via de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i últimament a través de la Fundació Alsina Bofill. No hi ha res a dir. El 9 de juliol, i en la seu de l'Acadèmia a l'amfiteatre Gimbernat es va fer una sessió commemorativa i va semblar que s'acceptava com a natural una aturada dels Congressos. L'Acadèmia va fer sentir la seva veu, en l'intervenció que tancava la sessió, assenyalant que els Congressos, que han representat més bé l'esperit de la medicina catalana, han tingut

solament dues parades, i ambdues per fets aliens a la medicina, per dues dictadures militars que van traspalsar el país. Ara que Catalunya està en una via de recuperació no és el moment de disminuir cap dels nostres esforços cap a la normalització. En l'últim número de la revista, que ja està disponible a la pàgina web, trobaran el text d'un article signat pel president de l'Acadèmia, assenyalant l'anomalia que significa que siguem nosaltres mateixos qui parem aquests congressos. És clar que potser cal actualitzar, o modificar profundament, el model de congrés, però sembla que no és l'hora de disminuir la nostra presència. Precisament a propòsit d'aquest tema, s'ha obert una secció a la revista, amb l'encapçalament «Actualitat». I ens preguntem en el títol si podem permetre una nova aturada.

4. També dins d'aquesta secció s'ha inclòs un text sobre «*El paper de les Acadèmies a Catalunya*». En un acte de vitalitat de les Acadèmies, l'Ajuntament de Sant Feliu de Guíxols, un dels més actius en l'àmbit cultural a Catalunya, ha iniciat un espai «*Acadèmia oberta*», i el dissabte 22 de setembre, fa deu dies, es va fer un acte, inaugural, amb participació de cinc de les deu acadèmies de Catalunya. Em va tocar a mí mateix, en tant que vicepresident del Consell Interacadèmic de Catalunya, per torn rotatori, tractar aquest tema. Es va destacar el paper d'organisme més important en la sanitat a Catalunya durant pràcticament tota la primera meitat del segle XIX, quan a Barcelona no hi havia ensenyament universitari, perquè la universitat va ser transferida a Cervera.

5. Després, a la setmana següent, un text semblant, va formar part d'una intervenció en la *reunió d'acadèmies hispano-italino-americanes de Medicina*, reunida a Madrid a finals del mes de setembre, és a dir la setmana passada. Com que el poden llegir a la mateixa revista no m'hi allargo. La reunió va tenir com a conseqüència millorar les relacions interacadèmiques, i també per a veure la precarietat de la situació de la majoria d'acadèmies de medicina de l'estat espanyol, que en dificulta poder passar a un nivell més gran d'activitat.

Dins de la línia de les relacions interacadèmiques a Catalunya, recordo que la sessió que es fa cada any d'inauguració conjunta del curs del *Consell Interacadèmic a Catalunya*, toca, per torn rotatori, organitzar l'acte a l'Acadèmia de Medicina. Es farà a la segona

setmana del mes de novembre, i la lliçó inaugural l'he encomanat al doctor Josep Carreras, el nostre secretari general, sobre un tema d'actualitat en el camp del progrés científic. L'acte serà presidit per la Consellera de Justícia, presidenta del Consell Interacadèmic de Catalunya.

6. L'any que ve tenim previst celebrar dues sessions, en el record dels «centenaris». Per ordre cronològic el mes de gener el centenari del doctor Josep Maria Massons, que esperem pugui complir els cent anys el dia 18 de gener. En tot ca la seva salut, molt precària, no li permetrà l'assistència. Però amb la col·laboració de la família es farà un acte acadèmic, amb un programa que en gran part ja està previst.

Igualment el 18 de maig de 2013 s'escau el 105è aniversari del doctor Broggi i l'Acadèmia, en aquella data o en una propera li retrà un homenatge. Recordo ara l'extraordinària repercussió ciutadana que va tenir l'homenatge en el centenari l'any 2008, amb participació, al llarg de moltes setmanes, de nombroses institucions.

7. La informació sobre la situació econòmica no és pas bona. Hi ha reduccions per diverses bandes. La de Justícia, que era més petita, ha estat d'un 35 %. La de Salut, direm que per sort, ha estat d'un 10% aproximat. El pressupost anual és del voltant dels 100.000 euros i aquest any vinent no hi podem arribar. La Fundació Pere Virgili també ha vist algunes reduccions. Això ens obliga a una economia de subsistència més rígida. Així la disminució de sessions,

que signifiquen una despesa mínima d'uns 300 euros cadascuna. Es mantenen les solemnes dels diumenges: inaugural i de recepció de membres numeraris. Es mantenen també les quatre corresponents a cadascuna de les seccions, i les d'ingrés d'acadèmics corresponents. Les altres necessiten un finançament extern del que no disposem. Tot i que no m'agrada haver de fer-ho la presidència enviarà un escrit a cada membre, numerari i corresponent, demanant que vulgui col·laborar a la Fundació Pere Virgili, que es va crear com a medi de sosteniment de l'Acadèmia, com a única funció. També es poden mantenir les publicacions, en tirada més curta i reduint la despesa de correu. La revista té l'últim número (2012/3) en procés d'impressió i ja es pot consultar a la pàgina web.

8. Faré un comentari curt sobre les sessions extraordinàries d'avui. S'han ajuntat perquè sigui més fàcil obtenir el quòrum necessari per a l'aprovació dels acords. La primera és de ratificació formal del text conjunt dels estatuts, que ja han sigut aprovats en sessions anteriors. La segona és de nomenament d'acadèmic d'honor del doctor Josep Baselga i Torres, actualment professor a Harvard. I la tercera és per elecció de tres acadèmics numeraris, dos de la secció de cirurgia i una de medicina.

Acabo llegint, per informació, la llista de les persones proposades com a acadèmic corresponent, tant locals com estrangers.

Moltes gràcies.

## NOTÍCIES DE L'ACADÈMIA

**Elecció de nous acadèmics.** En el ple del mes d'octubre de 2012 es van elegir els següents acadèmics, doctors:

- Xavier Iglesias Gulu, acadèmic numerari, per la secció 3a. (Cirurgia, Ginecologia)
- Celestino Rey-Joly Barroso, acadèmic numerari, per la secció 2a (Medicina Interna)
- Juan Carlos Garcia-Valdecasas Salgado, per la secció 3a. (Cirurgia)
- Josep Baselga Torres, Acadèmic d'Honor, actualment professor de la universitat de Harvard.

**Publicació dels nous estatuts de l'Acadèmia.** Un cop aprovat el text complet refós dels estatuts, i tramèsos a la Conselleria de Justícia del Govern de la Generalitat de Catalunya, han estat aprovats i publicats en el DOGC de 19 de novembre de 2012.

**Sessió interacadèmica.** El dia 15 de novembre de 2012

es va celebrar la sessió inaugural del curs del Consell Interacadèmic de Catalunya, presidida per la Consellera de Justícia, Honorable Sra. Pilar Fernández Bozal. Corresponia l'organització, per torn rotatori, a l'Acadèmia de Medicina, que exerceix per aquest curs 2012-2013 la vicepresidència del Consell. Es va celebrar a l'amfiteatre Gimbernat i la lliçó inaugural va anar a càrrec del Dr. Josep Carreras i Barnés, que va tractar el tema: «Noves perspectives en medicina: unes guspres»

**Última hora.** Els dos últims dies de l'any s'ha produït el decés de dos acadèmics centenaris, la doctora Rita Levi Montalcini, acadèmica d'honor, als 103 anys, el dia 30; i el doctor Moisès Broggi, antic president (1979-1993) i president d'honor, als 104 anys, el dia 31. El dia 10 de novembre havia mort també el doctor Josep Maria Massons, acadèmic numerari emèrit, de la secció quarta, just dos mesos abans de complir els cent anys.

### CORRECCIONS

El resum del treball científic presentat pel Dr. Ramon Bartrons i Bach en la sessió d'ingrés com acadèmic corresponent, publicat en el Vol. 27 - Núm. 3 (pàgs 89-91) d'aquesta Revista, tenia com a títol correcte: "El dolç fenotip de les cèl·lules tumorals".

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



**FOTOGRAFIA DE GRUP** dels participants al XVII Congrés d'Història de la Medicina Catalana celebrat a la seu de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya el passat mes de juny de 2012.  
(Fotografia: AIHSC - Fons: RAMC).

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

### **FUNDACIÓ PERE VIRGILI**

#### **Patrons Fundadors**

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

#### **Membres Honorífics de la Fundació**

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

#### **Protectors de la Fundació**

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

<b>EDITORIAL.</b> <i>Els nous Estatuts de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya</i> .....	123
--	-----

## INGRÉS D'ACADÈMICS NUMERARIS

Els col·legis professionals en el segle XXI: paper social i responsabilitats envers els seus membres. <i>Miquel Bruguera i Cortada</i> .....	125
--	-----

## INGRÉS D'ACADÈMICS CORRESPONENTS

Disfuncions del cervell: la demència i la maldat. <i>Isidre Ferrer Albizanda</i> .....	129
Afartaments: de la cultura a la genètica tot passant per les emocions. <i>Josep Toro</i> .....	132
Comunicació metge-pacient: un abordatge metodològic. <i>M. Teresa Anguera Argilaga</i> .....	136
La pediatria social a la societat actual. <i>Joaquín Callabed</i> .....	140

## NECROLÒGIQUES

Ramon Trias i Rubiès (1926-2012). In memoriam. <i>Jacint Corbella i Corbella</i> .....	144
Francesc Abel i Fabre (1933-2011). In memoriam. <i>Joan Viñas i Salas</i> .....	146
Miquel Torner i Soler (1922-2012). In memoriam. <i>Antoni Bayés de Luna</i> .....	148
Lluís Revert i Torrellas (1928-2012). In memoriam. <i>Francesc Solé i Balcells</i> .....	150
Francesc Frelxa i Santfeliu (1931-2012). In memoriam. <i>Edelmira Domènech i Llaberia</i> .....	152
Ignasi Aragó i Mitjans (1916-2012). In memoriam. <i>Manuel Cruz i Hernández</i> .....	153

## RACÓ DE LA HISTÒRIA

De la brutícia a l'antisèpsia. Primer centenari de la mort de Joseph Lister. <i>Joan Pujol i Ros</i> .....	154
--	-----

## MEDICINA D'OCCITÀNIA

Madame du Coudray (1714-1789), llevadora de l'Alvèrnia. <i>Jacint Corbella i Corbella</i> .....	156
---	-----

## VIDA ACADÈMICA

Butlletí informatiu número 27. Informe del President al ple de 2 d'octubre de 2012 .....	158
Iconografia de l'Acadèmia .....	160