

Iniciada l'any 1798 amb el llibre "Memorias de la Academia Médico Práctica de la ciudad de Barcelona"
i continuadora directa de:

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

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

Anales de Medicina y Cirugia (1945-1982)

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

Any 100, Volum 89, núm. 356

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

SUMARI

VOL. 29

Núm. 3

JULIOL - SETEMBRE 2014

EDITORIAL

De la història a la ciència actual 97

INGRÈS D'ACADÈMICS CORRESPONENTS

Esbós biogràfic del Doctor Francesc Bordàs i Salellas (1883-1963), oftalmòleg i viatger.

Guillermo Simón i Castellví..... 99

TAULES RODONES. EL VALOR DE LES VACUNES DEL SEGLE XXI

Introducció. *Manuel Cruz Hernández*..... 104

El valor de les vacunes del segle XXI. *Àngela Domínguez García*..... 106

SESSIÓ ANUAL DE LA SECCIÓ QUARTA DE LA RAMC. AVENÇOS EN PSIQUIATRIA

Avenços en psiquiatria. Presentació. *Edelmira Domènech Llaberia* 107

Detecció precoç dels trastorns de l'espectre esquizofrènic. *Jordi E. Obiols* 109

La detecció precoç de l'autisme infantil *Francesc Cuxart* 113

Alguns nous avenços per la prevenció de la depressió major. *Edelmira Domènech Llaberia* 117

SESSIÓ HOMENATGE ACADEMICS NUMERARIS EMÈRITS

Els acadèmics numeraris emèrits de la RAMC. Revisió històrica. *Jacint Corbella*..... 123

PAPERS DE L'ARXIU

Un dibuix al carbó de Ramon Casas. *Pere Miret*..... 127

Remeis alternatius de la ràbia a l'arxiu de la RAMC. 1853-1862. *Àngels Gallegos*..... 130

MEDICINA D'OCCITÀNIA

Émile Duhourcau (1847-1904), metge a Cauterets (Bigorra), corresponent de l'Acadèmia de Medicina de Barcelona (1886). *Jacint Corbella*..... 134

ICONOGRAFIA DE L'ACADÈMIA

Medalla actual de la RAMC 136



REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

ANY 2014 - VOLUM 29 - NÚMERO 3
JULIOL - SETEMBRE

EDITA:

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

Carrer del Carme, 47

08001- Barcelona

Telèfon: 93.317.16.86

Fax: 93.412.05.98

e-mail: secretaria@ramc.cat

Edició digital: www.ramc.cat

Dipòsit legal: B-3338-86

ISSN: 1133-32866 Rev. R. Acad. Med. Catalunya

Periodicitat trimestral

CONSELL EDITORIAL ACADÈMICS NUMERARIS

Francesc Puchal i Mas	Joan Rodés i Teixidor
Domingo Ruano i Gil	Guillem López Casanovas
Josep M. Gil-Vernet i Vila	Josep Carriere i Pons
Joan Sabater i Tobella	Romà Massot i Punyet
Antoni Caralps i Riera	Joan Viñas i Salas
Jacint Corbella i Corbella	Joaquim Tornos i Mas
Joan Uriach i Marsal	Miquel A. Nalda Felipe
Joaquim Barraquer i Moner	Josep A. Bombí i Latorre
Ciril Rozman i Borsnart	Miquel Vilardell i Tarrés
Francesc Vilardell i Viñas	Marc A. Broggi i Trias
Josep Traserra i Parareda	Antoni Bayés de Luna
Josep Esteve i Soler	Xavier Forn i Dalmau
Soledat Woessner i Casas	Ramon Segura i Cardona
Antoni Cardesa i Garcia	Lluís Guerrero i Sala
Josep M. Moragas i Viñas	Jaume Bech i Borràs
Josep M. Caralps i Riera	Francesc Jané i Carrencà
Josep M. Dexeus i Trias de Bes	Ramon Brugada i Terradellas
Màrius Foz i Sala	Francesc Cardellach i López
Gabriel Ferraté i Pascual	Manuel Esteller i Badosa
Miquel A. Asenjo Sebastián	Lluís Morales i Fochs
M. Àngels Calvo i Torras	Miquel Bruguera i Cortada
Josep M. Domènech i Mateu	Jordi Palés i Argullós
Carles Ballús i Pascual	Xavier Iglesias i Guiu
Jordi Vives i Puiggròs	Emili Huguet i Ràmia
Edelmira Domènech i Llaveria	Laureà Fernández-Cruz
Josep M. Mascaró i Ballester	Celestino Rey-Joly
Francesc Domènech i Torné	Joan C. Garcia-Valdecasas
Manuel Cruz Hernández	Josep M. Grau Junyent
Manuel Camps i Surroca	Carne Gomar Sancho (electa)
Lluís Salleras i Sanmartí	Josep Tabernero Caturla (electe)
Jesús González Merlo	Manuel Trias Folch (electe)
Lluís Masana i Marin	

JUNTA DE GOVERN

PRESIDENT:	Joan Viñas i Salas
VICEPRESIDENT:	Edelmira Domènech i Llaveria
SECRETARI GENERAL:	Jordi Palés i Argullós
SECRETARI D'ACTES:	Romà Massot i Punyet
TRESORER:	Lluís Guerrero i Sala
BIBLIOTECARI:	Josep A. Bombí Latorre
ARXIVER:	Lluís Morales i Fochs
VOCAL PRIMER:	Miquel Vilardell i Tarrés
VOCAL SEGON:	Joaquim Tornos i Mas

DIRECTOR:

Jacint Corbella i Corbella

COORDINACIÓ D'EDICIÓ:

Marc Xifró i Collsamata

SECRETARIA:

Àngels Gallegos i Paniello

IMPRESSIÓ I PRODUCCIÓ:

Gràfiques Trialba

ACADÈMICS D'HONOR

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

EDITORIAL

DE LA HISTÒRIA A LA CIÈNCIA ACTUAL

Aquest any se celebra el 250è aniversari de la inauguració de l'edifici del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona, on ara estem després de la cessió a la Reial Acadèmia de Medicina l'any 1929. El Col·legi s'havia creat pocs anys abans, el 1760, i es bastí en un terreny molt proper a l'Hospital de la Santa Creu, de fet dins del que avui és el seu recinte històric. Fa quatre anys ja es va recordar l'efemèride de manera bastant més àmplia del que fem enguany i es va parlar a bastament en diverses sessions del Col·legi i el què significava. Potser es va escriure menys, perquè hi havia fets i personatges prou coneguts. Es va fer, fins i tot, l'emissió d'un segell de correus, amb validesa postal. Ara també ho recordem, però sense insistir massa, perquè ens obligaria a repetir. Sí que cal assenyalar, si més no, un fet interessant, la rapidesa amb que es va aixecar l'edifici, en pràcticament un any i mig. Ara també es fan obres ràpides, però si són de remodelació o restauració ens hi podem eternitzar.

Remarquem no solament el valor arquitectònic de l'edifici, que el té, sinó també el valor específic de l'amfiteatre anatòmic, ja ben restaurat l'any 1929, que encara s'utilitza de manera habitual en els nostres actes més importants i solemnes, i que ara està agafant una nova vida activa per medi, entre altres, de les visites guiades, que cada vegada ens demanen més, i de les visites habituals i lliures dels dimecres, ja en diversos torns, i amb explicacions històriques d'alta qualitat. L'interès des del punt de vista turístic de l'Acadèmia, dins del recinte històric de la Santa Creu és cada vegada més alt.

Així aquest número de la revista té un biaix de caire històric, que també hi serà en part en el següent, principalment pel contingut de les sessions, la més recent l'acte d'homenatge als acadèmics numeraris emèrits. Igualment perquè l'activitat del seminari d'història, estatutari, proporciona material abundant en la cerca del contingut de l'arxiu en el segle XIX. Aquest és el primer punt de l'editorial.

El segon punt és sobre les maneres de comunicar, i de publicar, de fer les presentacions, que afecten directament a la revista. Les tecnologies modernes són

evidentment un progrés, però a vegades tenen efectes col·laterals. Ens referim a les que s'utilitzen en moltes, la majoria potser d'intervencions en les sessions científiques de l'Acadèmia, als col·loquis i també les sessions organitzades per les seccions i els discursos d'ingrés dels acadèmics corresponents. I de ben segur que hi ha tècniques més modernes que encara no ens han arribat. Fins fa alguns anys la tècnica més habitual era l'exposició oral directa, sovint amb un text escrit de suport que el presentador llegia, tot i que podia ser més avorrit, o en part, comentant el que tenia escrit. La conseqüència és que hi ha un text que es lliura per a la publicació a la revista. Sovint cal adaptar-lo una mica, fer-hi correccions, però no sol ser un problema. Tenim material per a la revista, que és la intenció d'aquest comentari.

Va venir el temps de les diapositives, que podien ser molt il·lustratives, a vegades en nombre molt elevat, o potser s'hi feia tota la conferència. Hi havia dos problemes principals: un era que el material solia requerir més pàgines, i l'altre quan la publicació en color era més complicada, el cost s'incrementava de manera notable. També en algunes diapositives es posaven taules que tenien molta informació, amb massa lletra petita, de difícil lectura, i poc útils per a la seva publicació. La presentació en forma de pel·lícula, o de video ha estat menys freqüent.

El pas següent, que ha simplificat molt les presentacions, ha estat la introducció del "power point". Ha estat un progrés important, sobretot per a la docència. Ha significat una modernització. S'han pogut disminuir els "rotllos avorrits". També pel qui no el feia servir, o no sabia adaptar-s'hi, podia ser una inhibició. Els professors més joves hi tenien més tirada. Preparar una classe va ser molt més fàcil. Passada aquesta tècnica a una conferència, o una presentació en un congrés també. En aquest cas la presentació la podia fer un altre que coneixia menys el tema. Alguns es van convertir en "lectors de power point". I si hi havia una averia elèctrica es quedava sense saber què dir, perquè no dominava el tema, o en el cas de la classe perquè no l'havia estudiat, confiat en la lectura.

Quan està ben feta la presentació en power point pot ser molt útil, fins i tot a vegades el millor sistema. Només cal que estigui ben fet i el presenti qui coneix el tema. Però malgrat tot té un efecte col·lateral negatiu per a les revistes. No sol ser publicable de forma directa. El conferenciant deixa el “pen drive” amb el contingut de la seva brillant dissertació, però aquest material no sol estar preparat per a publicar directament. O sigui no tenim text per a la revista. Per això ho remarquem en l’editorial. Més d’una vegada hi ha hagut dificultat en poder complir amb el termini de la publicació per no haver-se lliurat prou originals a temps.

El tercer punt d’aquest editorial és ben diferent. Està en relació amb la valoració dels treballs en el camp de les ciències de la salut. Fa poc es va comentar, en l’editorial de l’últim número de l’any passat, la relació dels 400 científics més destacats del món, en el camp de les ciències biomèdiques, adoptant com a referència el número de cites que tenien dels seus treballs. Hi havia sis espanyols, d’ells els cinc primers catalans, treballant quatre d’ells als Estats Units, i només un a Catalunya. El què es destacava en aquesta cita és que tots cinc eren membres, o d’honor o numeraris, de la nostra RAMC.

Ara s’ha rebut informació d’una web: <http://indice-h.webcindario.com/areas.html>, que analitza un criteri diferent: el número h, o sigui les cites en relació als treballs publicats. Hi ha set grans àrees en el camp de la ciència i la tècnica, una d’elles la de “ciències de la salut”. Pel que fa a la salut s’analitzen 67 camps o especialitats. La informació és genèrica, de tot el món, i s’aporten dades dels investigadors amb residència a Espanya (és a dir no es dona informació dels qui resideixen fora), esmentant els següents punts: nom de l’investigador i centre on treballa, especialitat, nombre de publicacions i “índex h”. Ara tindrem en compte els investigadors que són membres de la nostra Acadèmia.

De les 67 especialitats de l’àrea de ciències de la salut, només n’hi ha 19 en que el primer investigador tingui un índex superior a 50, d’elles 14 amb índex de més de 60. Només hi ha quatre investigadors amb índex de 80 o més. Tots ells són catalans, són professors de la universitat de Barcelona i els tres primers són membres de la RAMC, dos numeraris i un corresponent. El

nombre total d’investigadors que treballen a Catalunya i estan recollits en aquest llistat, amb número h de 50 o superior és de 41. Les àrees que en tenen un nombre més alt són gastroenterologia i hepatologia amb 12, aparell respiratori amb 5, neurociències amb 4, oncologia, hematologia i patologia, i malalties infeccioses tots amb 3.

Aquest recull es bastant objectiu, es basa en dades externes, i en conjunt és un bon índex de la nostra activitat actual de recerca. Per això s’aporten aquí, per mostrar l’encert en l’elecció dels membres de la RAMC, que estan en primer lloc entre els espanyols, tant pel que fa al nombre de citacions dels seus articles (veure l’editorial anterior), com a l’índex h, que és una altra forma de valoració, també de les citacions rebudes.

I queda encara un altre centenari per a recordar. És mixte entre el 2014 i 2015. No es repetirà aquí la polèmica sobre si l’any 2000 va ser l’últim del segle XX o el primer del XXI. Podem recordar només el “nyap” que va ser l’alarma per un possible “crac” dels aparell informàtics que tenien programes de dades fins el “1999” i no tenien previst començar amb el dígit “2”. En els serveis de guàrdia d’alguns hospitals el personal estava preparat per si fallaven els ordinadors i s’havia de retornar a apuntar a mà, fins a resoldre la incidència. No va passar res. No més es va mostrar la incompetència d’alguns directius que no coneixien ni estaven preparats en aquest tema.

Aquesta revista, i es diu en tots els números al capdamunt de la primera pàgina, va començar l’any 1915 amb el títol “Anales de Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona”. Va ser en el primer any de presidència del doctor Valentí Carulla, catedràtic de Terapèutica, que ja havia dirigit la revista “Therapia”, rector de la Universitat, i home d’empenta. Això vol dir que l’any que ve es el dels cent anys. Però si en lloc de comptar per anys es fa el compte per volums (i ara fem l’excepció dels anys de postguerra en que no es va publicar) el volum número 100, o l’any número 100, és aquest de 2014. Així consta en el requadre inicial de la primera pàgina. Ara només s’esmenta aquest fet, que no ha passat desapercebut. L’any que ve el dedicarem al centenari de la Revista.

Ingrés d'Acadèmics corresponents

ESBÓS BIOGRÀFIC DEL DOCTOR FRANCESC BORDÀS I SALELLAS (1883-1963), OFTALMÒLEG I VIATGER

Dr. Guillermo SIMÓN i CASTELLVÍ

Excel·lentíssim Senyor President, Membres de la Junta de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, Molt Il·lustres Senyores i Senyors Acadèmics, professors molts que foren a la meua Facultat de Medicina, distingits familiars, amics i companys, senyores i senyors:

L'elegant Ciutat de Barcelona, cap i casal de Catalunya, ha estat bressol i és la seu de l'oftalmologia moderna occidental. Anomenats arreu del món són cognoms il·lustres dels nostres metges, així els Barraquer, els Arruga, els Menacho i tants d'altres, prohoms de la medicina catalana que –tants cops– no han estat degudament reconeguts.

L'objectiu d'aquesta meua breu exposició és fer un públic reconeixement a l'acadèmic que fou d'aquesta Reial Acadèmia, metge, oftalmòleg i viatger, Francesc Bordàs i Salellas. No pretenc ésser exhaustiu en aquest esbós biogràfic ja que el temps no m'ho permet, i temps hi haurà per qui ho desitgi de llegir el treball pel qual m'heu guardonat.

En Francesc Bordàs i Salellas nasqué a Girona el 16 de setembre de 1883, primogènit de Francisco Bordàs Gironés, metge militar valencià destinat a Girona, i de la gironina Concepción Salellas Boadas.

Francesc Bordàs i Salellas estudià *batxillerat* a l'Institut de Girona, i en tenir el seu pare metge una nova destinació a l'Hospital Militar de Barcelona (que es trobava en aquell temps al carrer Tallers 77), va decidir d'estudiar a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, on es llicencià el 1905.

Dels seus *mestres* a la Facultat de Medicina cal recalcar autoritats acadèmiques com el Dr. Josep A. Barraquer Roviralta (Profesor interino de la Càtedra de Oftalmologia con su Clínica), Dr. Jaume Peyrí y Rocamora (Profesor interino de la Càtedra de Dermatología y Sifilografía), o bé Dr. Valentí Carulla y Margenat (Terapèutica).

Entre els seus *companys* a la facultat recalquem –per la influència que han de tenir en la vida de Bordàs– en **Manel Corachán García**, **Josep Roig Raventós**, o en **Joan Soler Julià**.

Vida professional

En acabar la carrera, anà de **metge a Dènia (Alacant)**. Atret pel prestigi i l'excel·lent record que tenia del seu professor d'oftalmologia el Dr. José Antonio Barraquer Roviralta, es va traslladar a Barcelona per especialitzar-se al costat d'aquest seu mestre. Es va inscriure al "Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Barcelona y Provincia" el 5 de juliol de 1916, amb el número de col·legiat 483; el Dr. Francesc Bordàs i Salellas va veure canviat el seu número de col·legiat diversos cops al decurs de la seva vida (va tenir els números 483, 321 i 195).

El Dr. Bordàs i Salellas fou –entre 1906 i 1912– **ajudant honorari a la Càtedra d'Oftalmologia de la Universitat de Barcelona**, on tingué cura de les classes pràctiques de l'assignatura.

També fou **Socio de Mérito de la Academia del Cuerpo Médico Municipal de Barcelona**, per haver obtingut (juntament amb el Dr. Francisco Matanzo González) un premi en el concurs de treballs científics de 1904, amb la presentació d'un treball manuscrit, en tres fascicles, ***Enfermedades oculares más frecuentes en las escuelas de Barcelona. Sus causas. Consecuencias de las mismas.***

Va ingressar com **alumne intern del Dispensari d'Oftalmologia de l'Hospital de La Santa Creu** el 1906. Amb el temps, va arribar a ésser, per les seves qualitats, un dels deixebles preferits i **Primer Ajudant** del seu cap, el Dr. José Antonio Barraquer Roviralta.

Fou un gran clínic i excel·lent cirurgià ambidextre: el Dr. Josep Roig i Raventós deia d'ell que tenia l'"*habilitat d'un orfebre*". Com a tots els grans cirurgians, li agradava la simplicitat en les tècniques operatòries. Era bondadós amb els seus pacients i amb els seus deixebles.

Va defensar el 1906 a la Facultat de Medicina de la Universitat Central (Madrid), com era obligat en aquells temps, la seva **tesi de doctorat: "Estudio del desarrollo de la miopía escolar"**. Obtingué el **grau de Doctor** amb la qualificació de "**sobresaliente**". D'aquesta tesi n'hi ha dues edicions, una d'elles impresa a Barcelona i l'altre a Girona, sota el patrocini del "Colegio de Médicos de la Provincia de Gerona".

Fou **metge oftalmòleg de l'Institut de Santa Madrona** (Institut de la Dona que Treballa), institució benèfica de la "Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros", des de la seva fundació el 7 de juny de 1920, fins a la seva mort.

També fou responsable del Servei d'Oftalmologia de l'**Asil Duran**.

Alumne Intern de l'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau des del 1900, **practicant pensionat** del Dispensari des del 1904, hi presta diferents serveis fins a esdevenir-ne Cap de Servei:

Pensionat des del 18 de juliol de 1904 fins el 1 de juny de 1906

Metge Auxiliar el 1906

Metge Ajudant el 1914

Director interí del Servei d'Oftalmologia des del 14 de juny del 1924 fins a finals del 1927

El 1940 fou nomenat **Cap de Servei d'Oftalmologia de l'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau**, succeint l'irrepetible Dr. Ignacio Barraquer i Barraquer.

Home modern del seu temps i interessat per les aportacions del progrés en tots el àmbits de la vida, va fer **algunes aportacions pròpies a la millora de l'oftalmologia**, com ara la modificació d'un aparell alemany ideat per a odontòlegs, i modificat per tal de facilitar les operacions de **dacriocistorinostomia**, una intervenció quirúrgica per repermeabilitzar les vies llacrimals obstruïdes. Les fresses modificades foren una aportació original dels doctors Bordàs i Manuel Burch, en la cerca de solucions a aquesta tècnica quirúrgica tant necessària en aquells temps, i alhora poc exitosa.

El doctor Bordàs també aportà a l'oftalmologia del seu temps una **modificació de la tècnica del cirurgia genovès Camillo Foroni per la cirurgia antiglaucomatosa**.

Deixebles del Dr. Francesc Bordàs i Salellas

Entre els seus deixebles cal destacar el **Dr. Antonio Vila-Coro**, qui fou successor -el 1921- del Prof. Josep Antoni Barraquer i Roviralta després de la seva jubilació de la Càtedra d'Oftalmologia i de Cap de Servei d'Oftalmologia de l'Hospital Clínic de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona.

L'activitat de Bordàs Salellas fou la pròpia d'un metge avançat de la seva època: freqüentava i participava amb comunicacions a les reunions científiques. Bon coneixedor de llengües, viatjà per Europa i es feu membre de la **Société Française d'Ophthalmologie**, que en aquell temps tenia un prestigi enorme en el món de l'oftalmologia.

També fou un membre molt actiu de la **Sociedad Oftalmológica de Barcelona**, de la **Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana**, i fou **President** de la **Societat Catalana d'Oftalmologia** del 1951 al 1953. El va succeir -del 1953 al 1958- el catedràtic d'oftalmologia Prof. Dr. Josep Casanovas i Carnicer

El Dr. Francesc Bordàs i Salellas pertanyia a la **Mutual Mèdica** com a "**Mutualidad de Previsión Obligatoria**", amb tots els grups d'invalidesa contractats (V), i en fou elegit vocal al **Casal de Metge** (Via Laietana, 31 de Barcelona).

El Dr. Francesc Bordàs i Salellas fou també **redactor del "Butlletí del Sindicat de Metges de Catalunya"**.

Francesc Bordàs i Salellas i el "Diccionari de Medicina" dirigit pel Dr. Manuel Corachán García

El Dr. Francisco Bordàs i Salellas és **l'únic oftalmòleg** que figura com col·laborador de la redacció del magnífic "**Diccionari de Medicina**" dirigit pel cirurgià valencià de prestigi internacional Dr. Manuel Corachan García, a qui se li va encarregar en ocasió del Congrés de l'Associació de Metges de Llengua Catalana (Barcelona, 1930).

El Dr. Francesc Bordàs i Salellas també fou l'únic membre oculista del consell de redacció de "**La Medicina Catalana**", portantveu de l'**Occitània Mèdica**.

Vull però fer esment d'alguns aspectes curiosos de la seva vida que, no per ésser menys coneguts, tenen menor importància. Bordàs Salellas fou un gran **viatger**, un bon **fotògraf** i **cineasta**, i un gran **melòman**, afició aquesta contagiada pel seu pare metge.

Francesc Bordàs i Salellas: el viatger

El Dr. Francesc Bordàs i Salellas fou un gran viatger en l'època gloriosa de l'automòbil, la de principis del segle XX en què els viatges eren cars i molt pesats. Va recórrer amb el seu cotxe diferents països d'Europa, molts cops en la companyia de les seves germanes (les solteres Anna i Rosa, amb les qui vivia, i Patrícia i Mercedes) per assistir als congressos de l'especialitat.

El va ajudar a viatjar el fet que era políglota: parlava correctament el **català**, el **castellà**, la **llengua alemana**, l'**anglès** i el **francès**. Va viatjar molt per Catalunya, enamorat de l'àrea pirenaica, per Espanya, i també per **Suïssa, Alemanya, Marroc, Canadà i Estats Units del Nord d'Amèrica**. Sovint estiuvejava a les **Illes Balears**.

Fou un bon literat, i a més de les seves publicacions purament científiques, de la seva obra escrita destaca el ***Dietari d'un viatge al Canadà i Estats Units de l'Amèrica del Nord, Agost – Setembre de 1932***, editat per Llibreria Catalònia el 1934.

Acompanyen el Dr. Francesc Bordàs i Salellas al seu viatge al Canadà i Estats Units de l'Amèrica del Nord els següents metges catalans:

a) Dr. Francesc Gallart i Monés (1880-1960), que ha passat a l'història de la medicina catalana per ser el *fundador del Servei de Patologia Digestiva de l'Hospital de Sant Pau*.

b) Dr. Tomás Ángel Pinós i Marsell (1892-1974), *Radiòleg i gastroenteròleg*, va succeir al Dr. Gallart Monés com a Director del Servei de Patologia Digestiva de l'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau.

c) Dr. Jacint Vilardell i Permanyer (1894-1967), fundador i director de l' *"Institut de Gastroenterologia de Barcelona"*, primer centre privat dedicat íntegrament al diagnòstic i tractament de les malalties digestives.

d) Dr. Joan Soler i Julià (1883-1944). L'acompanya al viatge la seva esposa Dolores Creus. *Cirurgià*, per oposició, de l'Hospital de Sant Pau, l'any 1939 fou elegit *President de la Comissió Gestora del Futbol Club Barcelona* (President del Club en funcions).

e) Dr. Joan Codina i Altés (1881-1963). També l'acompanya al seu viatge transatlàntic la seva esposa Rosa Mir Casanovas. Fou un dels pioners més prestigiosos de la cardiologia catalana, amb una notable projecció nacional i internacional.

Recent creada la ***Clínica Platón*** a Barcelona per aquest grup de metges, no li va costar gaire al Dr. Bordàs de convèncer als seus col·legues de fer aquell viatge transatlàntic, desitjosos ells de visitar i conèixer a fons la molt prestigiosa ***Clínica Mayo de Rochester*** (Minnesota) dels Estats Units d'Amèrica del Nord, per agafar-la com a model per la nova clínica que havien creat.

El llibre del Dr. Bordàs detalla cada un dels punts d'interès del seu itinerari, el viatge en tren cap a *Paris* (França), l'estada a Paris, la vida al vaixell amb el que creuen l'Atlàntic, l'estada a diferents parts del Canadà, les ciutats de *Montreal* i *Toronto*, les cataractes del Niagara i el Llac d'Ontario, i l'estada als Estats Units d'Amèrica del Nord (*Xicago, Rochester, Washington, Nova York, ...*) fins al seu retorn al Canadà per embarcar de tornada cap a Europa. El llibre està magníficament il·lustrat amb fotografies en blanc i negre de gran qualitat tècnica fetes pel ell mateix.

Francesc Bordàs i Salellas: el dibuixant, fotògraf i cineasta

El Dr. Francesc Bordàs i Salellas era **un bon dibuixant**, i aprofitava qualsevol suport (dietaris, agendes, prospectes de laboratoris, etc.) per fer dibuixos i esquemes de temes oftalmològics, preparar les lliçons o bé documentar els casos clínics.

El Dr. Francesc Bordàs i Salellas va demostrar una **extraordinària habilitat fotogràfica**, lògicament en *blanc i negre*, que es fa palesa en moltes de les seves publicacions profusament il·lustrades amb fotografies fetes per ell mateix.

El Dr. Francesc Bordàs i Salellas va incorporar la *documentació fotogràfica a la seva pràctica diària professional* descobrint-ne l'enorme interès a la seva època per completar i il·lustrar adequadament els arxius clínics, objectivant degudament la malaltia del pacient: fins l'adveniment de la fotografia (en aquella època sense color), les patologies mèdiques es descrivien, i quan s'il·lustraven, es feia amb dibuixos a mà, dibuixos més o menys acurats o exitosos segons la pròpia habilitat del metge o ajudant que els realitzava. Cal recalcar que moltes de les seves fotografies les feia en **placa de vidre** i, molts cops, **estereoscòpiques**.

El Dr. Francesc Bordàs i Salellas sempre adoptà aviat els avenços tècnics en tots els àmbits de la vida, i a la seva afició per l'imatge estàtica estereoscòpica hi va

afegir aviat una nova afició, l'imatge dinàmica, produint alguna **pel·lícula cinematogràfica** també en blanc i negre i també al voltant d'una de les seves passions, els viatges.

El *Dietari d'un viatge al Canadà i Estats Units de l'Amèrica del Nord, Agost – Setembre de 1932*, està profusament il·lustrat amb fotografies seves, i en el text fa menció repetida a les filmacions que tant ell com els seus companys de viatge feien dels llocs que visitaven.

El fons cinematogràfic de la **Filmoteca de Catalunya** disposa d'un *documental mut en blanc i negre, de 9 minuts de duració*, produït el 1927 pel Dr. Francesc Bordàs i Salellas, titulat "**Andanzas veraniegas, Ibiza (Balears)**". El fons videogràfic del Consell de Mallorca, disposa de diversos **vídeos curts** produïts per Francesc Bordàs i Salellas, i signats F. Bordàs.

Francesc Bordàs i Salellas: l'amant del motor i l'automòbil

El gran viatger Dr. Francesc Bordàs i Salellas fou també un *gran aficionat a l'automobilisme*, i fou soci -des de la seva fundació- de l'*Automòbil Club de Catalunya*. Tenia un **cotxe** i una **moto amb sidecar**.

L'any 1932, entra a la **Junta del Moto Club de Catalunya**, formant part de la seva **Junta Consultiva**. El Moto Club de Catalunya era una associació d'automobilistes que organitzava circuits o curses en automòbil, motocicleta i sidecar.

Va recórrer tota Europa amb *el seu cotxe* marca austríaca *Austro-Daimler*, fabricat a Àustria sota llicència de l'alemanya Daimler-Motoren-Gesellschaft (DMG).

Amb el seu impuls viatger i gran amant de la llibertat, el doctor Francesc Bordàs i Salellas, que gaudia viatjant pel Pirineu Català, es va fer construir *una tenda de campanya* especial per l'estada al campament de la Vall d'Espot, junt a l'Estany de Sant Maurici (o llac dels Encantats), al Pallars Sobirà (Lleida), on va passar tres setmanes junt al seu amic **Pompeu Fabra i Poch**, l'enginyer i filòleg català. A la tenda es van dedicar principalment, fora de curtes excursions, a discutir i escriure pels diccionaris en què estaven compromesos.

Francesc Bordàs i Salellas: el melòman

El Dr. Francesc Bordàs i Salellas *tocava bé el piano* i fou un **melòman** fervent, com també ho era el seu pare: d'estudiant freqüentava el cinquè pis del Teatre de Liceu. A Girona, vivia amb els seus pares en una planta

baixa, i quant el pare tocava el piano, la gent del carrer s'agrupava davant la casa per escoltar-lo.

A Francesc Bordàs i Salellas se li coneixen **diverses composicions musicals**, cançonetes (com "*La cançó del gatet*") i -fins i tot- una òpera bufa ("*Fuga de Bach*"), òpera satírica basada en un empleat de banca anomenat Bach que fuig amb els diners del banc.

El doctor Bordàs era tant discret amb algunes coses, que aquestes composicions només han estat conegudes i escoltades per un grup selecte d'amics i familiars.

Tenia predilecció per les obres de *Wilhelm Richard Wagner* (1813-1883), i fou assistent habitual al *Festival de Bayreuth* (Alemanya).

El Dr. Francesc Bordàs i Salellas va ser nomenat **metge del Gran Teatre del Liceu** el 8 de juny de 1917, i fou *membre del cos mèdic del Gran Teatre del Liceu* del 13 de gener del 1945 fins a la seva mort.

Un cop jubilat, i -precisament- de camí del Teatre del Liceu per acomplir com a Metge Titular del teatre, va tenir la desgràcia d'ensopegar al Passeig de Gràcia amb el peu d'un arbre, caure i donar-se un cop molt fort contra l'arbre a la regió temporo-parietal. A casa, es va començar a trobar malament i fou *traslladat a l'Hospital Clínic*: el cop li provocà *una hemorràgia cerebral d'evolució ràpida* per trencament de l'artèria meníngia mitjana, que li va provocar la mort el 1963, a l'edat de 80 anys, malgrat els esforços del cap de neurocirurgia de l'Hospital Clínic en practicar-li una trepanació. A la seva operació hi van assistir els seus *nebots oftalmòlegs*, doctors **Josep Duch Bordàs** i **Enric Mateu Bordàs**.

Els germans del doctor Francesc Bordàs i Salellas

Els Bordàs foren sis germans: el segon, en **Joan** n'és el més conegut per què fou *l'arquitecte municipal de Sant Feliu de Guíxols*.

La germana petita, **Mercedes**, fou la mare del *Dr. Francesc Duch i Bordàs*, prestigiós metge oftalmòleg, que fou cap del Servei d'Oftalmologia de l'Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau (Barcelona).

El doctor Francesc Bordàs i Salellas mai no es va casar, i visqué solter sempre a Barcelona, al pis principal primera del *Carrer del Consell de Cent 322*, amb les seves germanes també solteres, na **Anna** i na **Rosa**.

Una altra germana, **Patricia**, fou la mare del també oftalmòleg el *Dr. Enric Mateu i Bordàs*.

Amb el Dr. Francesc Bordàs i Salellà va néixer una nissaga més d'oftalmòlegs catalans, dins la més pura tradició catalana, limitada només pel fet que el Dr. Francesc Bordàs i Salellas dissortadament no va tenir descendència.

Francesc Bordàs i Salellas i la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona

El Dr. Francisco Bordàs i Salellas va tenir l'honor d'ocupar el silló número 7 d'Acadèmic de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona, que avui acull -sota un altre nom- la meua persona. El seient ocupat per Bordàs Salellas el deixà vacant per causa de mort l'insigne oftalmòleg **Dr. Manuel Menacho Peirón** (1860-1934).

El Dr. Francisco Bordàs i Salellas ingressà a la llavors "Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona" el dia 8 d'octubre de 1950 amb un *magnífic discurs d'ingrés* en llengua castellana titulat "**Estampas de la Oftalmología barcelonesa en los primeros años del siglo XX (1900-1905) - Remembranzas juveniles**", discurs que fou contestat pel seu amic i condeixeble, el membre Numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona **Dr. Josep Roig i Raventós** (1883-1966), prestigiós puericultor, pediatra i escriptor de contes i novel·les.

Dividit el discurs del Dr. Bordàs en **set parts o capítols**, que l'autor presenta amb el nom de "**Estampas**", és aquest -sens dubte- un complet i divertit estudi històric de l'oftalmologia d'una època, essent una gran pena que només compregui uns pocs anys. La lectura acurada d'aquestes "estampas" en reflexa molt bé el seu valor i

interès històric.

El *discurs de contestació* s'estructura també en una successió de capítols, anomenats també "estampas", de la I a la VII, on el Dr. Josep Roig i Raventós repassa diversos aspectes de la medicina i dels mestres del moment.

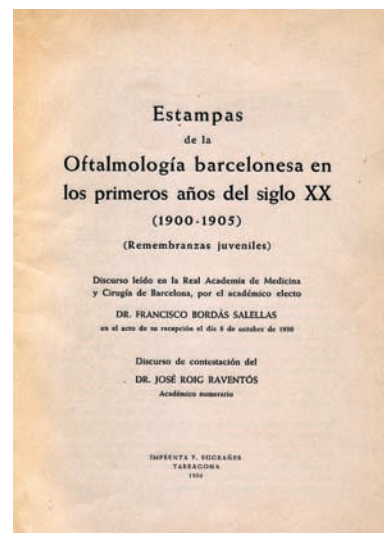
Acabo la meua exposició assenyalant que, com era freqüent en el seu temps, el Dr. Francesc Bordàs i Salellas fou un assidu de les **notes de societat** de l'època, i era habitual veure el seu nom en **anuncis de les conferències** al diari LA VANGUARDIA, sota aquest nom, o bé el de LA VANGUARDIA ESPAÑOLA.

En aquesta jornada solemne que mai no he d'oblidar, davant els membres d'aquesta noble i Il·lustre Corporació, us ofereixo la col·laboració més sincera i afectuosa i em comprometo a que la meua trajectòria humana i científica assoleixi el nivell d'excel·lència que de la meua persona esperen aquells que m'heu fet confiança i m'honoreu acollint-me com a acadèmic corresponent, a casa meua, en tant prestigiosa Reial Acadèmia, la Reial de Medicina de Catalunya. Moltes mercès!

Gràcies a tots per la vostra atenció.

AGRAÏMENTS:

L'autor vol manifestar el seu agraïment a l'oftalmòleg *Dr. Francesc Duch i Bordàs*, als gastroenteròlegs doctors *Isidre Serés i Pàmols* i *Francesc Vilardell i Viñas*, i a la Sra. *Sara Fajula i Colom*, arxivera del Col·legi de Metges de Barcelona i del Museu d'Història de la Medicina de Catalunya, per la seva valuosa col·laboració.



TAULA RODONA. EL VALOR DE LAS VACUNES EN EL SIGLO XXI

INTRODUCCIÓ

Manuel CRUZ HERNÁNDEZ
Acadèmic Numerari

Com Acadèmic Numerari d'aquesta Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i com a membre de la Societat Catalana de Pediatria és un honor cert i una gran satisfacció coordinar i moderar aquesta Reunió sobre l'actualitat de les Vacunaciones preventives i el seu futur.

En primer lloc, per l'enorme transcendència del tema a discutir en quant, per ara, la Medicina no té altre recurs més eficaç que les vacunes per evitar algunes malalties infeccioses causants d'alta mortalitat i possibles seqüeles invalidants.

En segon lloc, perquè he tingut el privilegi, certament dubtós, de viure aquestes malalties quan eren freqüents i tot just tenien un remei curatiu.

Per això, no avançaré detalls, que seràn exposats pels experts col·legues que intervenen avui, però si -como a breu introducció- voldria dir alguna cosa de la meua pròpia experiència.

Quan -a mitjans del segle XX passat- vaig iniciar el meu camí en Medicina i gairebé en Pediatria, els recursos terapèutics davant les malalties infeccioses eren mínims, en l'esperança de la difusió pràctica dels antibiòtics, i el capítol de la prevenció estava presidit per la vacuna pròpiament dita, és a dir, la vacunació antivariolosa.

No vaig arribar a veure cap cas de verola, però la vacuna s'aplicava de manera universal, tot i tenir més inconvenients que totes les vacunacions actuals, i així es va aconseguir l'eradicació de la verola a tot el Món, i es va poder oblidar aquell axioma «que ningú no havia nascut fins patir i superar la verola».

Al costat de la vacuna antivariolosa vaig conèixer els primers passos fermes de la vacuna antidiftèrica, basada en el sorprenent toxoide descobert per Ramon, així com l'antitetànica i la antipertusis, primerament cel·lular, mentre s'iniciava una discussió que encara dura: la vacuna antituberculosa amb BCG, a l'espera de una propera nova tècnica.

L'esperada en el meu temps amb mes interès era la vacuna antipoliomielitis, quan pels anys 50 i 60 entre nosaltres encara eren freqüents els brots epidèmics de la també anomenada paràlisi infantil amb el dramatisme de centenars de pacients, sobretot nens, amb el seu seguici de seqüeles paralítiques i mortalitat per paràlisi dels músculs respiratoris, per a la qual utilitzàvem els primers respiradors tipus pulmó d'acer.

Com a pare i com a pediatre vaig seguir amb ansietat els primers assaigs de vacuna, que van començar a cristal·litzar amb els estudis de Salk el 1954. Quatre anys després, el 1958, vaig assistir a Ginebra a la Quarta Reunió Internacional sobre Poliomièlitis, on es va recolzar l'eficàcia de la vacuna tipus Salk, amb virus morts. Amb ella s'aconseguia la immunització a nivell individual, però l'endèmia només va desaparèixer amb la difusió de la vacuna oral de virus atenuats ideada per Sabin.

No puc oblidar i crec que el meu deure és recordar el drama dels pacients afectes de poliomièlitis, amb les seves seqüeles per a tota la vida i el possible agreujament en l'edat adulta per la síndrome postpòlio.

De la mateixa manera he de parlar de les vivències horribles davant nens amb tètanus neonatal, amb porta d'entrada umbilical, o postnatal per ferides, el mateix que l'esglai davant de un quadre d'asfíxia pel crup o laringitis diftèrica o el petit lactant amb crisi d'apnea per tos ferina.

L'antipòlio va obrir el camí per a altres vacunacions davant malalties víriques freqüents, per la seva gran receptivitat i per això conegudes com a pròpies de la infància. És el cas del xarampió, en el millor dels casos una infecció molesta per l'afectació conjuntival, nasal i respiratòria, a part de l'erupció cutània, però en circumstancies adverses, una malaltia potencialment letal per complicacions pulmonars, digestives o nervioses, como es tornarà a veure, per desgràcia, en el nous brots epidèmics en grups de població no vacunats, sigui per pobresa, ignorància o rebuig.

Igual cal dir de la vacuna antirubeòlica -preventiva entre altres beneficis de la greu síndrome d'embriopatia rubeòlica amb ceguesa, sordesa, encefalopatia y cardiopatia- o de la vacuna antiparotiditis.

Per tot això, és clar que com a pediatre i també com a docent, durant més de mig segle, he procurat ser un defensor de les vacunacions -gratuïtes- i en l'actualitat el calendari de vacunacions de l'Associació Espanyola de Pediatria, al costat de la Societat Catalana de Pediatria, que aquest any considera com les vacunes sistemàtiques a recomanar: set antivirus (poliomielitis, xarampió, rubèola, parotiditis, varicel·la, hepatitis B i virus papil·loma humà) i sis antibacterianes davant diftèria, tètanus i tos ferina, així com l'*Haemophilus influenzae* tipus b, meningococ C i pneumococ.

Sembla desitjable que el pla de vacunes sigui unificat i dinàmic, però procurant no pertorbar la seva acceptació i record pels sanitaris i les famílies.

I espero, amb el meu agraïment anticipat als ponents, que la Reunió d' avui estableixi quina és la situació present i les perspectives de futur.

Bibliografia

Cruz M. et al. Manual de Pediatría. 3ª ed. Madrid. Ergon, 2013.

Cruz M. et al. Tratado de Pediatría. 10ª ed. Madrid. Ergon, 2011.

Cruz M. Apuntes de Pediatría y Puericultura. Barcelona. Romargraf, 1965.

Tarrés A, Allué X. Las vacunas en la historia o una historia de las vacunas. An Pediatr (Barc) 2013; 79 (1):1.

TAULA RODONA. EL VALOR DE LAS VACUNES EN EL SIGLO XXI

EL VALOR DE LAS VACUNES EN EL SIGLO XXI

Àngela DOMÍNGUEZ GARCÍA

Acadèmica numerària de la RAFC. Catedràtica de
Medicina Preventiva i Salut Pública de la UB

En aquesta taula rodona sobre "El valor de les vacunes en el segle XXI" s'han abordat temes que tenen un gran interès per a la salut de la població i que són d'una enorme actualitat. S'ha mostrat com els programes de vacunacions comporten beneficis no només en termes de salut (morts evitades, casos de malaltia, seqüeles i hospitalitzacions evitades), sino també en termes econòmics. De fet, abans de decidir sobre la conveniència d'incloure una nova vacuna en el calendari de vacunacions sistemàtiques, a més de tenir en compte els aspectes ètics, la càrrega de la malaltia, l'eficàcia, efectivitat i seguretat de la vacuna i les repercussions epidemiològiques i organitzatives que pot comportar la seva introducció en el conjunt de les actuacions sanitàries, es tenen també en consideració els resultats dels estudis d'avaluació econòmica. En aquest sentit, vull fer esment a un recent estudi realitzat als Estats Units en el que es va mostrar que la raó benefici-cost d'un programa d'administració de 9 vacunes incloses al calendari de vacunacions sistemàtiques d'aquell país (les mateixes que tenim a Catalunya més les vacunes antivaricel·la, antipneumocòccica conjugada i la vacuna antirotavirus), va ser de 3 (és a dir, es recuperen tres dòlars per cada dòlar gastat) si es tenen compte només els costos directes i de 6 (és a dir, es recuperen sis dòlars per cada dòlar gastat) quan es tenen en compte també els costos socials¹. S'ha parlat també sobre la conveniència de que, no només les institucions acadèmiques i les societats científiques, sino també les pròpies institucions de l'administració sanitària, assenyalin la bondat de totes aquelles vacunes disponibles que hagin superat els criteris abans esmentats, independentment de si l'administració les pot oferir gratuïtament o no pot fer-ho. Negar o ometre virtuts de determinades vacunes (com la vacuna conjugada antipneumocòccica o la vacuna antivaricel·la, per exemple) pel sol fet de que conjunturalment es valori que no es poden suministrar de manera gratuïta a tota la població per a la qual es-

taría indicada, crea confusió als ciutadans i contribueix a que s'infrutilitzin vacunes que proporcionen un important benefici individual als vacunats i també un benefici col·lectiu (protegint a persones no vacunades) si la vacuna, com és el cas dels exemples esmentats, proporciona immunitat de grup. Hem d'aprendre de l'experiència que malauradament vam tenir a Espanya quan, per consideracions de caire estrictament polític, es va negar una utilització massiva de la vacuna antipoliomielítica.

Finalment, voldria destacar la importància creixent que van tenint en els països desenvolupats (i Catalunya no s'escapa a aquesta tendència), els moviments anti-vacunes en els quals no només els usuaris de la sanitat, sino també alguns professionals sanitaris defensin, sense cap base científica, que les vacunacions no són necessàries o que poden comportar riscos innecessaris. El fet que, gràcies precisament als programes de vacunacions, determinades malalties hagin disminuït moltíssim la seva incidència o que fins i tot hagin desaparegut d'un determinat territori (com és el cas de la polio, la diftèria o el xarampió a Catalunya), pot portar erròniament a que algunes persones pensin que el problema d'aquelles malalties no existeix i que, per tant, no cal exposar-se als potencials riscos de les vacunacions. En aquest sentit, cal tenir ben present que mai una vacuna s'ha incorporat a un calendari de vacunacions sense tenir la certesa de que els beneficis col·lectius superaran els possibles inconvenients d'efectes adversos (com qualsevol altre mètode profilàctic o terapèutic, les vacunes poden produir efectes adversos a algunes persones) i que els beneficis col·lectius que s'obtidran amb la vacunació seran superiors als beneficis que individualment tindrien només les persones que rebessin la vacuna. Els professionals sanitaris tenim l'obligació ètica de conèixer i fer servir sempre la millor informació científica disponible per aconsellar als pacients. Activitats d'informació i formació, com la que avui s'ha realitzat, són absolutament necessàries i contribueixen a una millor capacitació en el camp de les vacunacions i a una adequada utilització d'aquesta eina que tan útil s'ha mostrat per a la salut de tota la població de Catalunya.

Gràcies a tots els ponents per les seves ponències i a tots vostres per la seva assistència i participació.

1 Zhou F, Shefer A, Wenger J, Messonnier M, Wang Y, López A, et al. Economic evaluation of routine childhood immunization program in the United States, 2009. *Pediatrics* 2014; 133: 577-85.

Sessió anual de la secció quarta de la RAMC. Avenços en psiquiatria

AVENÇOS EN PSIQUIATRIA. PRESENTACIÓ

Edelmira DOMENECH LLABERIA

Acadèmica numerària

Quan vaig començar a impartir psicopatologia infantil a la Universitat Autònoma de Barcelona, tres anys després de la seva creació, és a dir el 1971, la psicopatologia era gairebé més un art que una ciència. Avui, després de més de quaranta anys, la psicopatologia ha començat a ser una ciència. I jo voldria que fos cada cop més científica, sense perdre el que tenia d'art.

En els darrers anys, els avenços científics han estat imprevisibles: estudis genètics i epigenètics, avenços en el coneixement dels processament cognitiu; ampliació i modificació de les categories diagnòstiques, estudis longitudinals, tecnologies de la comunicació científica i un llarg etc. Al mateix temps ha canviat l'entorn social i han canviat també l'expressió i l'extensió de moltes de les psicopatologies mentals.

Fa quaranta anys, tot i que ja, des de 1952, els psicofàrmacs havien canviat molt la vida dels malalts mentals greus, la psicoanàlisi era l'explicació prioritària dels malalts anomenats neuròtics. Amb això alguns milloraven. Però m'agrada recordar que ja l'any 1943, quan Leo Kanner acabava de publicar la seva descripció de l'autisme infantil, acomiadava als seus estudiants quan s'incorporaven als instituts de psicoanàlisi perquè s'aturaven a la fase oral i s'empassaven tot el que els deien.

Durant la segona meitat del segle XX, diversos models es disputaven la prioritat de l'explicació del fet psicopatològic. Ara, ben entrat el segle XXI, és l'hora de consolidar una psicopatologia moderna, científica i amb procediments rigorosos de recerca.

Entenc per ciència l'intent rigorós i continuat d'ampliar, depurar i organitzar el coneixement. Per tant és científic desfer-se dels prejudicis i de les idees preconcebudes, fugir de la superstició i de l'especulació i observar els fenòmens de forma objectiva i desapassionada.

Utilitzar una metodologia científica a l'hora de fer un diagnòstic i instaurar pautes de tractament no ha estat mai incompatible amb donar recolzament i afecte a un

malalt i a establir amb ell una relació empàtica. Ans tot el contrari; és fer possible que surti del pou i millori la seva qualitat de vida.

Per aconseguir-ho és fonamental actualitzar els coneixements i reflexionar en les noves aportacions que ens arriben constantment des de nous estudis psiquiàtrics i psicofarmacològics i des de moltes altres disciplines: recerca bàsica, genètica i epigenètica, neurociència del desenvolupament, epidemiologia, ciències de la informació, entre altres.

Tot això exigeix un esforç intel·lectual de reflexió constant, evitant repetir i citar el que es llegeix de la literatura científica sense haver-ho meditat a fons i sense cap esperit crític raonable. Actuar d'aquesta manera ens permet no quedar estancats al llarg de la nostra vida professional.

En aquesta sessió es parlarà d'avenços en dos malalties mentals concretes les esquizofrènies i l'autisme infantil que en alguns temps es va pensar que tenien una relació de continuïtat i d'altres s'ha admès que es tractava de dos entitats ben diferenciades. Sobre aquests dos temes s'ha escrit molt i s'han presentat motíssimes aportacions. Però desgraciadament, fins ara, una bona prevenció primària és practicament impossible i en tot cas no la podem fer els metges tot sols. No tenim vacunes per les malalties mentals i tampoc en molts casos les sabem curar quan ja han aparegut. Però si que hem après a detectar-les en edats cada vegada més primerenques. És molt important una detecció precoç de la simptomatologia a fi i efecte de poder intervenir aviat i controlar l'evolució i l'impacte damunt de l'infant i el seu entorn.

Per a la detecció precoç de les dues greus patologies esmentades cal conscienciar a totes les persones que estan en contacte amb nens i adolescents i que aprenguin a observar els primers símptomes que es podrien presentar. Un paper fonamental el tenen els

mestres i educadors ja que no solament poden observar aquests nens i nenes moltes hores cada semana, ans també els veuen com interactuen amb els seus iguals. També és important la informació que proporcionen els pares. Però després el clínic no ha de deixar mai d'explorar molt curiosament el propi malalt. Totes les aportacions interessantíssimes dels últims anys no haurien d'obviar mai l'observació i l'exploració clínica a fons del nen o de l'adolescent en qüestió i conèixer l'entorn en el qual el malalt està visquent.

Des de que l'any 2003 es va anunciar que es completava el coneixement del genoma humà i la recerca bàsica va permetre descobrir la plasticitat del cervell humà, especialment en les primeres etapes de la vida, es pogué explicar com determinades experiències ambientals podien modificar circuits neuronals. Aquests descobriments van produir grans avenços en psiquiatria.

Un d'aquests fou el coneixement que la interacció entre gens i entorn pot fer augmentar el risc o bé protegir de la patologia mental. La capacitat per a identificar mediadors genètics i ambientals ha augmentat molt. Un progrés important fou el coneixement dels gens polimòrfics que poden actuar de forma diferent en un entorn o un altre i que podria explicar perquè, segons sigui el genotip del pacient, un entorn determinat pugui ser protector per a uns i perillós, i per tant de risc, per altres.

Ja que una altra malaltia mental greu la depressió major també des de fa no massa temps es pot detectar molt precoçment i sol passar més desapercebuda per l'entorn dels nens i dels adolescents que les dues anteriors també s'afegeix en aquests articles sobre avenços en psiquiatria perquè degut a la seva gran extensió a nivell mundial està preocupant molt a la societat, als seus dirigents i al experts en economia del planeta.

Sessió anual de la secció quarta de la RAMC. Avanços en psiquiatria

DETECCIÓ PRECOÇ DELS TRANSTORNS DE L'ESPECTRE ESQUIZOFRÈNIC

Jordi E. OBIOLS LLANDRICH

Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. UAB

La **detecció precoç** en medicina pot ser de dos tipus: a) etiològica i b) simptomàtica. La primera es pot fer en dos moments: prenatal (p.ex., en la Sd. de Down) o perinatal (p.ex., en la fenilcetonúria o l'hipotiroidisme congènit). La detecció precoç basada en els símptomes es pot fer en els estadis inicials de la malaltia (p.ex., en els càncers de mama, de cèrvix o de pròstata) o bé sobre la base de marcadors biològics (p.ex., el PSA en el càncer de pròstata). Podem aplicar aquests principis i mètodes en el cas de les psicosis i, concretament, en el cas de l'esquizofrènia?

Estem lluny de conèixer amb precisió l'**etiologia de les psicosis** però ningú no dubta que la transmissió per via genètica hi juga un paper destacat. Sabem de cert que el risc de patir la malaltia que té un individu concret està vinculat molt directament amb el grau de proximitat genètica que tingui amb un familiar que pateixi la malaltia. Així, si el risc de patir la malaltia de la població general és, *grosso modo*, de l'1%, els familiars de primer grau d'un malalt el tenen d'un 10% aproximadament i els bessons monozigòtics de prop del 50% (Gottesman, & Shields, 1972). El que s'està estudiant actualment és la genètica molecular del trastorn, això és, l'intent de determinar quins gens específics estan vinculats amb aquesta transmissió genètica.

Les teories monogèniques de l'esquizofrènia han deixat pas al pensament predominant actual que veu les psicosis com a trastorns multifactorials de transmissió genètica poligènica i complexa, en la qual intervindrien múltiples gens de susceptibilitat, cadascun d'ells amb un efecte global baix (Sullivan et al., 2012). La complexitat del tema es veu incrementada per la noció, cada cop més ferma, que no solament hem d'esbrinar els gens responsables sino que també haurem de comprendre com interactuen amb factors ambientals nocius i com són els processos epigenètics que modulen aquestes interaccions complexes. Mentre es va fent aquesta feixuga tasca de recerca, de moment ja tenim una sèrie de gens "candidats", molts d'ells vinculats amb els processos

de neurodesenvolupament, que, com veurem més endavant, són claus per a explicar l'etiopatogènia de les psicosis.

La "**Teoria del Neurodesenvolupament**" és el marc teòric de referència principal per a explicar, avui en dia, l'etiopatogènia de les psicosis (Murray y Lewis, 1987; Weinberger, 1987). Aquest marc ens diu que degut a l'acció de factors genètics i ambientals concrets (si és de forma separada o forçosament combinada, encara no ho sabem ben bé) es produeix una alteració en els processos del neurodesenvolupament (proliferació neuronal, mielinització, sinaptogènesi, apoptosi, etc..) que deixaran una marca de vulnerabilitat en el cervell de l'individu. Aquesta alteració pot ser d'origen molt precoç (segon trimestre de l'embaras) però també es pot produir en etapes postnatales, fins i tot en l'etapa puberal o en l'adolescència.

Sabem que una sèrie de **factors ambientals** actuen sinèrgicament, potser de forma additiva o potser de forma multiplicativa, amb els condicionants genètics esmentats. Aquests factors ambientals poden actuar en l'etapa pre o perinatal (p. ex., infeccions com la rubèola o la grip; dèficits nutricionals; hipòxia fetal) o també postnatal (p.ex., consum de cannabis; adversitat social i familiar, etc.). Com en el cas dels factors genètics, els factors ambientals coneguts fins ara són, tots ells, d'efecte individual menor (valors del risc relatiu baix) i caire inespecífic (veure taula 1). Dit això, i vista la manca actual de coneixements precisos sobre l'etiologia de les psicosis, es fa palès que el *desideratum* d'una detecció precoç de base etiològica encara es farà esperar.

La teoria del neurodesenvolupament prediu que, degut a la vulnerabilitat del cervell de l'individu pre-esquizofrènic, podem registrar, en l'**etapa premòrbida** de la malaltia (que, recordem-ho, és llarga en les psicosis, tenint en compte que, normalment, l'edat d'inici és cap al final de l'adolescència o principis de la joventut) certes **anomalies subtils** en els fenotips

físic, fisiològic o conductual de l'individu afectat. Això ha estat comprovat i, de fet, correspon a les fines observacions clíniques que ja alguns clàssics havien fet sobre el "temperament" premòrbid de pacients esquizofrènics (Kraepelin, 1971). En resum, aquestes alteracions poden ser agrupades en tres blocs: 1) anatòmiques: anomalies físiques menors, que són dismorfologies subtils, normalment de la cara i del crani; alteracions en els dermatoglifs palmars, dilatació dels ventricles cerebrals, o disminució del volum del *planum temporale* i de la circumvolució temporal superior 2) neurointegratives: amb aquest terme genèric agrupem tota una sèrie d'anormalitats neurofisiològiques i neurocognitives.

D'entrada, la ben demostrada alteració de l'atenció (especialment l'atenció continuada, avaluada amb la prova CPT), però també les de la memòria (especialment la memòria de treball o *working memory*), de les funcions executives i, en general, l'alteració a la baixa del QI; molt sòlids com a marcadors fenotípics de risc premòrbid són les alteracions dels potencials evocats (especialment de les ones P50 i P300, entre d'altres) i de les alteracions del seguiment ocular (SPERM en l'acrònim anglès); finalment, també s'han detectat alteracions de la lateralitat motòrica i, en general de la coordinació i de les fites del desenvolupament motòric (bipedestació, deambulació, etc..) i 3) finalment i com ja havien notat els pioners (Fish, 1987), en la conducta dels individus pre-esquizofrènics podem detectar trets d'instabilitat afectiva, aïllament i ansietat socials (timidesa marcada, manca de relacions amb companys, etc.) i trets esquizotípics (rarsa, fredor emocional, percepció aberrant). Alguns d'aquests trets són congènits i d'altres, com les alteracions cognitives-conductuals o les conductuals, només es poden detectar, lògicament, en etapes posteriors del desenvolupament.

Com es pot deduir, el problema general d'aquesta llista és la manca d'especificitat i també de sensibilitat. Moltes d'aquestes característiques, per exemple, les alteracions neurocognitives, es presenten associades a d'altres condicions psicopatològiques o, com la timidesa a la infància, poden ser trets esporàdics que desapareixen amb el temps sense deixar cap seqüela mòrbida. En quin punt, doncs, ens trobem respecte al diagnòstic precoç de l'esquizofrènia?

Descartada, de moment, la detecció precoç etiològica, especialment degut al grau actual de desconeixement de la genètica molecular, constatem

que la **detecció simptomàtica** basada en marcadors biològics apunta, de la llarga llista esmentada, als marcadors neurofisiològics com els més sòlids. Les alteracions en l'SPEM, la P50, la P300, la MMN i la PPI. Aquests "endofenotips" (aspectes del fenotip no directament observables i que requereixen, normalment, d'una avaluació tecnològicament complexa) són estables en el temps, no estan influïts per la medicació ni per l'estat clínic (Allen et al., 2009). A més, es poden detectar, tot i que en grau atenuat, en familiars de primer grau dels pacients i, òbviament, es detecten de forma premòrbida en els propis afectats de la malaltia. El problema d'aquests marcadors de risc continua sent una manca d'especificitat, especialment en el diagnòstic diferencial dels trastorns de l'espectre bipolar. En canvi, han demostrat la seva utilitat en el diagnòstic diferencial de l'esquizofrènia amb altres trastorns psiquiàtrics com els trastorns de l'ansietat i els trastorns afectius menors.

La recerca de les darreres dècades en el terreny de les manifestacions premòrbides i, sobretot, **prodròmiques**, de l'esquizofrènia ha propiciat un canvi històric. Actualment el focus està centrat en la detecció i tractament de les fases inicials i dels primers episodis psicòtics. Això ha comportat un canvi en l'abordatge terapèutic clàssic, centrat en els símptomes (sobretot els "positius") ja establerts. El treball pioner del grup australià de McGorry (McGorry et al., 1996) s'ha generalitzat. La definició del pròdrom esquizofrènic és difícil, però ja tenim instruments clínics de medicació (la BSABS, el FCQ, les SPI-A i SPI-CY) que ens permeten objectivar i afinar aquests conceptes. La nostra capacitat d'anticipar-nos a l'eclosió franca de la psicosi ha millorat substancialment i, actualment, el focus està situat en el concepte de subjectes o grups de "**risc ultra alt**" (Ultra High Risk o UHR). L'estratègia del UHR és quasi sinònima del concepte i terme, també molt en boga en els darrers temps, d'"estats mentals de risc" o "At Risk Mental States" o ARMS. La definició d'aquest concepte és fonamentalment clínica però també introdueix, segons els autors de la definició, la història familiar com indicador de risc genètic. La definició del grup de McGorry inclou la presència de símptomes psicòtics atenuats presents en el darrer any, símptomes psicòtics breus, intermitents i limitats, de menys d'una setmana de durada i que presentin remissió espontània i, finalment, història familiar de psicosi esquizofrènica o trastorn de la personalitat esquizotípic amb disfunció al darrer any. Hi ha altres grups de recerca que plantegen

critèris diferents. Per exemple, el grup de Barbara Cornblatt de Nova York, considera un individu com de UHR quan té una edat entre 12 i 22 anys i presenta dèficit cognitiu (atencional, mnèsic o de funcions executives), trastorn afectiu, aïllament social i fracàs escolar (Cornblatt et al, 2003). És, com es pot veure, un enfocament menys clínic i més basat en el rendiment i en l'adaptació socio-escolar del subjecte.

La recerca en aquest camp ha portat a la discussió, ben polèmica per cert, sobre la necessitat d'introduir un nou diagnòstic en el recentment aparegut (maig de 2014) DSM 5, el sistema de classificació i de diagnòstic psiquiàtric més universal avui en dia. Aquest diagnòstic, la **Síndrome Psicòtica Atenuada** (veure taula 2), prediu que entre un 10 i 30% de subjectes diagnosticats transitaran a una psicosis franca en el curs de 2 anys de seguiment, comparat amb un 0.02% observat en la població general (Carpenter i van Os, 2011). Aquestes xifres, que demostren una molt considerable sensibilitat per a detectar casos positius, tenen, per altra banda, un innegable inconvenient doncs el marge de falsos positius continua sent molt alt. Una metaanàlisi recent (Fusar-Poli et al, 2012) demostrava que, si el seguiment d'aquest subjectes diagnosticats de síndrome psicòtica atenuada és a terminis més llargs, fins a 3 anys, la taxa de transició a psicosis pot arribar fins a un 36%. Les crítiques a la possible introducció d'aquesta nova síndrome han estat dures i, basades en la consideració ja esmentada d'una alta taxa de falsos positius (fins a un 70-75% a 2-3 anys, segons els autors), remarquen el perill de la utilització de tractaments farmacològics innecessaris i potencialment nocius i, també, en el potencial augment de l'estigma social en subjectes joves que rebessin un diagnòstic d'aquesta mena (Frances, 2010). Els arguments a favor d'introduir aquest nou diagnòstic, basats en la seva considerable sensibilitat, apunten al fet que molts dels subjectes tributaris d'aquesta categorització ja presenten, de fet, un malestar clínicament significatiu i/o discapacitats diverses. Quant a l'estigma, s'ha dit que no hi ha pitjor estigma que el de la malaltia real que no s'ha parat a temps.

Finalment, la proposta no ha prosperat i s'ha considerat que cal més evidència per a que pugui ser acceptada en el DSM. Un dels elements que cal recordar de totes aquestes investigacions és la conclusió que els símptomes i signes considerats tenen una naturalesa pleiotròpica, o sigui, que estan vinculats i prediuen no solament la possibilitat futura de psicosis

esquizofrèniques sino també d'altres psicosis i trastorns no psicòtics.

En resum, podem dir que, en l'esquizofrènia, **l'etapa premòrbida**, sense dèficit cognitiu o dèficit cognitiu lleu, es caracteritza per la seva vulnerabilitat genètica i per l'exposició a alguns factors de risc ambiental que ja comencen a ser ben coneguts. El diagnòstic en aquesta etapa progressarà en el futur, esperem que proper, mitjançant el coneixement de la genètica molecular (tot i ser imprecís, el millor indicador en aquest terreny segueix sent la història familiar) i en l'aplicació dels marcadors biològics de risc elevat que ja hem comentat. Les intervencions, preventives i poblacionals, en aquesta etapa serien: a) en l'etapa prenatal, cuidar la nutrició, administrar folat i vacunació de rubèola; b) en l'infància, la prevenció de traumatismes cranio-encefàlics i les intervencions psicoterapèutiques de tipus cognitiu-conductual en individus que presentin fracàs escolar o alteracions cognitives específiques i c) a l'adolescència, la prevenció del consum de drogues, especialment de l'ús precoç de cannabis. En **l'etapa prodròmica**, marcada pels dèficits cognitius, conductuals i socials així com, ja en alguns casos, en la demanda d'ajuda, vinculats amb canvis en el funcionament escolar i social, el diagnòstic es pot fer amb base a la presència de símptomes psicòtics atenuats o intermitents, en l'avaluació neurocognitiva i en la neuroimatge. En aquesta etapa les intervencions poden ser: l'entrenament cognitiu, el suport psicoterapèutic individual i familiar, i també s'especula amb l'utilitat dels àcids grassos polinsaturats. Capítol apart i polèmic, són els psicofàrmacs. Són ja nombrosos els estudis que estan utilitzant fàrmacs antipsicòtics, normalment d'última generació i a dosis baixes (McGlashan et al, 2003) i també s'han fet proves amb antidepressius. Com ja s'ha esmentat, hi ha veus que clamen contra el que es considera una intervenció prematura i perjudicial. Però també hi ha resultats positius i esperançadors. Encara és d'hora per arribar a conclusions, i calen més estudis controlats i de seguiment a mig i llarg termini.

Referències

Allen, A. J., Griss, M. E., Folley, B. S., Hawkins, K. a, & Pearlson, G. D. (2009). Endophenotypes in schizophrenia: a selective review. *Schizophrenia research*, 109 (1-3), 24-37.

Addington, J.; Francey, S. M. y Morrison, A. (eds) (2006) *Working with People at high risk of developing psychosis. A treatment handbook*. John Wiley & Sons, Ltd. Chichester.

Carpenter, W. and Van Os, J. (2011). Should Attenuated Psychosis Syndrome Be a DSM-5 Diagnosis? *American Journal of Psychiatry*, 168, 460-463.

Cornblatt, B.A., Lencz, T., Smith, C.W., Correll, C.U., Ather, A.M., Nakayama, E., (2003). The schizophrenia prodrome revisited: a neurodevelopmental perspective. *Schizophrenia Bulletin*. 29 (4), 633-651.

Fish, B. (1987). Infant predictors of the longitudinal course of schizophrenic development. *Schizophrenia Bulletin*, 13(3), 395.

Frances, A. (2010) Opening Pandora's Box: The 19 Worst Suggestions For DSM5. *Psychiatric Times*. Vol. No. February 11.

Fusar-Poli, P.; Borgwardt, S.; Bechdolf, A.; Addington, J.; Riecher-Rössler, A.; Schultze-Lutter, F.; Keshavan, M.; Wood, S.; Ruhrmann, S.; Seidman, L.J.; Valmaggia, L.; Cannon, T.; Velthorst, E.; De Haan, L.; Cornblatt, B.; Bonoldi, I.; Birchwood, M.; McGlashan, T.; Carpenter, W.; McGorry, P.; Klosterkötter, J.; McGuire, P.; Yung, A. "The Psychosis High-Risk State: A Comprehensive State-of-the-Art Review". (2013): *JAMA Psychiatry*, 70(1):107-120.

Gottesman, I. I., & Shields, J. (1972). Schizophrenia and genetics: A twin study vantage point.

Kraepelin, E. (1971). Dementia praecox and paraphrenia (1919). Translated by Barclay RM; edited by Robertson GM.

McGhashan, T.H.; Zipursky, R.B.; Perkins, D.; Addington, J.; Miller, T.J.; Woods, S.W.; Hawkins, K.A.; Hoffman, S.; Lindborg, S.; Tohen, M. y Breier, A. (2003): "The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis. I. Study rationale and design". *Schizophrenia Research*, 61:7-18.

McGorry, P.D.; Edwards, J.; Mihalopoulos, C.; Harrigan, S.M. y Jackson, J.J. (1996): "EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management". *Schizophrenia Bulletin*, 22:305-326.

Murray, R.M., Lewis, S.n.W., (1987). Is schizophrenia a neurodevelopmental disorder? *British medical journal* (Clinical research ed). 295 (6600), 681.

Sullivan, P. F., Daly, M. J., & O'Donovan, M. (2012). Genetic architectures of psychiatric disorders: the emerging picture and its implications. *Nature Reviews Genetics*, 13 (8), 537-551.

Weinberger, D.R., (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*. 44 (7), 660.

Taula 1: Esquizofrènia

Factors de Risc Ambientals (Risc Relatiu) :

-Prenatals (1.3-3)

- Infeccions (Rubeola / Grip / Toxoplasmòsi / Herpes S.)
- Nutricionals (Fam / Dèficit Vit. D / Fe / Ac. Fòlic)
- Edad Parental Avançada
- Hipòxia Fetal / Perinatal + Altres Cos
- Estrès Matern Alt

-Cannabis (1.5-11)

-Picosocials (Macroambientals) (2.5-3.2)

- Urbanicitat
- Immigració

-Picosocials (Microambientals) (2.5-3.1)

- Trauma Físic / Psicològic / Abús
- Bullying
- Ambient Familiar Desfavorable

Taula 2. Sd. Psicòtica Atenuada (DSM 5)

Attenuated Psychosis Syndrome. Criteria.

All six of the following:

a) Characteristic symptoms: at least one of the following in attenuated form with intact reality testing, but of sufficient severity and/or frequency that it is not discounted or ignored.

- a. Delusions
- b. Hallucinations
- c. Disorganized speech

b) Frequency/Currency: symptoms meeting criterion A must be present in the past month and occur at an average frequency of at least once per week in past month.

c) Progression: symptoms meeting criterion A must have begun in or significantly worsened in the past year.

d) Distress/Disability/Treatment Seeking: symptoms meeting criterion A are sufficiently distressing and disabling to the patient and/or parent/guardian to lead them to seek help.

e) Symptoms meeting criterion A are not better explained by any DSM-5 diagnosis, including substance-related disorder.

f) Clinical criteria for any DSM-V psychotic disorder have never been met.

Sessió anual de la secció quarta de la RAMC. Avenços en psiquiatria

LA DETECCIÓ PRECOÇ DE L'AUTISME INFANTIL

Francesc CUXART

*Doctor en psicologia. Professor de la UAB Barcelona
Consultor de la Fundació Privada Congost-Autisme*

INTRODUCCIÓ

L'autisme és un trastorn del neurodesenvolupament, definit com a síndrome per primer cop per Leo Kanner, que en el seu article inicial (Leo Kanner, 1943) va descriure el quadre clínic d'onze nens, que es caracteritzava per una dificultat per establir relacions afectives, dèficits del llenguatge i un desig important d'invariabilitat. Al costat d'aquestes discapacitats, aquest grup de nens era normoconfigurat, amb bones capacitats motrius i visoespacionals i absència de signes neurològics, tret d'alteracions electroencefalogràfiques lleus (irritabilitat) en algun d'ells. Actualment (APA, 2013), la conceptualització de l'autisme té un caràcter molt dimensional i es descriu com un conjunt de alteracions de gravetat molt diversa (trastorns de l'espectre autista) i definit per dos símptomes nuclears: dèficits persistents de la comunicació i interacció social, en diversos contextos; i patrons restrictius i repetitius de conducta, interessos o activitats. Malgrat que ningú mínimament informat qüestiona avui dia l'origen biològic de la síndrome, els interrogants al voltant de l'etiologia són molts i tenim poques dades sobre la influència relativa de factors genètics (heretats i no heretats) i epigenètics. Aquesta situació es deu, segurament, a que els TEA (trastorns de l'espectre autista) constitueixen un conjunt d'alteracions del neurodesenvolupament amb uns trets clínics comuns evidents, però amb uns substrats etiopatogènics relativament diferents.

L'APARICIÓ DE L'AUTISME

Fins ara, i a causa de l'absència de marcadors biològics, la detecció de l'autisme es realitza exclusivament a partir de marcadors clínics, però a causa de l'extrema heterogeneïtat dels TEA aquest procés no sempre és senzill, ja que les formes d'aparició són extremadament diverses i molt relacionades, des

d'una perspectiva temporal, amb la presència, o no, d'un retard cognitiu global associat. D'aquesta manera, és molt comú que els primers signes d'anormalitat dels nadons diagnosticats posteriorment d'autisme i una discapacitat intel·lectual associada (que acostumen a detectar-se durant el primer any de vida), no siguin prototípics d'aquella síndrome, sinó que estiguin relacionats més directament amb un retard inespecífic del desenvolupament. Contràriament, en l'altre extrem de l'espectre els nens o nenes afectats del trastorn, però amb una intel·ligència normativa en la major part d'àrees evolutives, poden trigar a manifestar símptomes el suficientment greus i estables, com perquè siguin considerats signes d'alarma d'un possible trastorn. Així doncs, ja sigui per una manca d'especificitat simptomàtica inicial o per l'absència d'alteracions prou evidents durant les primeres etapes evolutives, la detecció dels TEA pot endarrerir-se sensiblement i produir-se un decalatge temporal important entre el moment d'aparició dels primers signes i la constatació inequívoca d'un quadre psicopatològic.

PRIMER ANY (0-6 MESOS)

Si ens centrem en el primer any de vida, els estudis sobre les competències sociocomunicatives dels primers 6 mesos no han detectat gaire marcadors fiables (Elsabbagh i Johnson, 2010; Tager-Flusberg, 2010) Malgrat això, els pares de nadons diagnosticats posteriorment d'autisme han informat, amb freqüència, que els seus fills responien menys als estímuls socials i físics, però aquests símptomes no es poden considerar específics, ja que són els mateixos que presenten nadons diagnosticats més endavant de retard del desenvolupament sense autisme. Darrerament, però, els estudis prospectius amb germans petits de nens/es

diagnosticats d'autisme estan començant a proporcionar dades interessants. En un estudi recent (Flanagan i col., 2012) s'ha detectat, en nadons de 6 mesos, una correlació positiva entre la postura retardada del cap quan s'incorpora el nen agafant-lo dels braços (pull-to-sit) i la possibilitat de rebre un diagnòstic d'autisme als 3 anys. Aquestes dades, no signifiquen que aquest símptoma per sí sol constitueixi un marcador clínic de l'autisme, però sí que, conjuntament amb altres retards, es pot considerar un factor de risc de patir un TEA. Una de les conductes que més s'ha investigat durant aquestes primeres etapes és la focalització de la mirada, i hi ha resultats realment interessants.

S'ha vist, per exemple, que el seguiment de la mirada envers estímuls socials (ulls d'una cara humana) no discrimina, als 7 mesos, nadons sense risc de nadons amb risc (que tenen germans més grans diagnosticats d'autisme), però sí que ho fa als 13 mesos, en relació a la conducta de mirar on mira l'adult, ja que aquest darrer grup mostra una disminució d'aquesta conducta. Això ha portat els investigadors a reflexionar sobre les causes d'aquestes dades, i es creu que els resultats similars d'ambdós grups als 7 mesos podria indicar que el reflex d'orientació visual està conservat en els nadons de risc, però que en canvi tenen dificultat per entendre el significat referencial de la mirada, que és el que comporta mirar cap on ho fa l'altre (Elsabbagh i col., 2013a).

Altres aspectes en que no es troben diferències als 7 mesos entre els dos grups de nadons esmentats, però sí a l'inici del segon any (13-14 mesos), són el temps que mantenen la mirada en una cara exclusivament, quan hi ha altres estímuls (no socials) en el camp visual del nadó. Concretament, s'observa que els nens de no-risc, miren menys exclusivament a les cares als 7 mesos que als 14 mesos, mentre que la conducta dels nadons de risc és la inversa (Elsabbagh i col., 2013b). Això pot fer pensar que als 14 mesos, els nens amb desenvolupament normal presenten una conducta visual exploratòria més rica, mentre que els nens de risc queden fixats en patrons més primaris. La conclusió a la que podem arribar davant les dades exposades, però, és que fins a l'inici del segon any de vida no tenim suficients elements per dur a terme una detecció fiable dels TEA.

Hem afirmat abans que fins ara no s'han identificat marcadors biològics de l'autisme, i és per aquest motiu que l'estudi d'Elsabbagh i col. (2012) té una rellevància especial. En aquesta investigació, de caràcter prospectiu,

es va estudiar la sensibilitat neuronal a la mirada ocular dinàmica. Específicament, es van registrar potencials visuals evocats (PVE) en nadons d'entre 6 i 10 mesos d'edat, amb i sense risc familiar de desenvolupar autisme, i els resultats van mostrar una correlació entre els patrons dels PVE i la possibilitat de ser diagnosticat d'autisme als 36 mesos. D'alguna manera, aquestes dades són una confirmació del que ja s'havia especulat fa temps, que és que les alteracions cerebrals en els nens que seran en un futur diagnosticats d'autisme, apareixen abans que es puguin detectar anormalitats clíniques. I que aquestes anormalitats són les que provoquen, mitjançant un efecte cascada, els trastorns del desenvolupament prototípics de l'autisme.

Altres línies d'investigació destinades a detectar marcadors d'autisme durant el primer semestre de vida, són els estudis al voltant del reflex pupil·lar a la llum. En un treball encara no publicat (Nyström i col.), es va avaluar el reflex esmentat en nens amb risc i sense, de desenvolupar autisme i els resultats varen indicar una hipersensibilitat pupil·lar al reflex de la llum en el grup de risc. La importància d'aquesta recerca deriva del fet que el reflex pupil·lar a la llum està molt condicionat pel sistema colinèrgic (Foutiou i col., 2009), i que aquest sistema, deficitari en les persones amb TEA (Perry, 2001), està implicat en processos del desenvolupament neurològic alterats en l'autisme, com la migració neuronal (Abreu-Villaça, 2011)

PRIMER ANY (7-12 MESOS)

Les dades referides al segon semestre del primer any (7-12 mesos) són lògicament força més nombroses i consistents, i s'han identificat moltes alteracions relacionades amb els símptomes nuclears de l'autisme. La major part d'aquests estudis són retrospectius i es basen en l'anàlisi de vídeos familiars. Respecte de la comunicació social, s'observen dèficits significatius de les interaccions, tant pel que fa a la resposta a les demandes socials, com a les iniciatives de relació (Zwaigenbaum i col., 2005; Ozonoff i col., 2011), dèficits de la cerca de contacte físic (Baranek 1999; Maestro et al., 2005; Zwaigenbaum i col., 2005) També s'observa absència de somriure social (Werner i col., 2000; Zwaigenbaum et al., 2005), contacte ocular deficitari (Osterling i col., 2002; Zwaigenbaum i col., 2005) i resposta pobra quan se'ls crida pel nom (Baranek, 1999; Osterling & Dawson, 1994; Osterling i col., 2002; Zwaigenbaum i col., 2005)

El llenguatge pròpiament dit (verbal i no verbal), és un aspecte en el que s'han observat múltiples alteracions en els nens diagnosticats posteriorment d'autisme. La constatació de moltes famílies que els fills afectats mostraven un balbuceig retardat, pobre, poc evolutiu i monòton, s'ha corroborat en diferents recerques (Iverson i Wozniak, 2007; Zwaigenbaum et al. 2005) També és notòria l'absència o escassa presència de protoimperatius (Osterling & Dawson, 1994), la baixa producció de gestos comunicatius (Colgan et al. 2006; Werner & Dawson 2005) i la imitació pobra (Zwaigenbaum et al. 2005)

Una àrea en la que també s'han detectat algunes alteracions és la de la manipulació d'objectes. Hi ha dades que fan pensar que els nens diagnosticats més endavant d'autisme, realitzen més moviments repetitius que la població normativa, mostren més passivitat i desorganització postural (Bryson et al. 2007; Osterling et al. 2002) i manipulen els objectes de forma més repetitiva i estereotipada (Baranek. 1999; Ozonoff et al. 2008; Zwaigenbaum et al. 2005)

SEGON ANY

A l'inici del segon any de vida, les dades de que disposem mostren una confirmació i increment dels símptomes. Al voltant del primer aniversari, la simptomatologia en general sembla que es confirma i s'amplia (Ozonoff et al. 2010).

Respecte de la comunicació social, és notori el dèficit de la mirada dirigida als rostres humans (Osterling & Dawson. 1994) i la resposta absent o ambivalent quan se'ls crida pel nom propi (Nadig et al. 2007; Osterling, J. Dawson, G. Munson, J.A. 2002) Menys contundents, però, són els estudis que han trobat diferències entre els nens amb TEA i els de desenvolupament normal, respecte de la freqüència de les peticions als altres, i que és menor. Com també ho és el nombre i el ventall de gestos comunicatius (Mitchell, S. et al. 2006; Webb, SJ i col. 2010)

La freqüència de conductes per intentar atraure l'atenció de l'altre, en relació a la pròpia activitat o ensenyar, assenyalar o donar objectes, és moltes vegades inferior a la dels nens amb un desenvolupament normotípic (Osterling & Dawson. 1994; Osterling, J. Dawson, G. Munson, J.A. 2002).

Pel que fa al llenguatge, pròpiament, sembla demostrat que un subgrup important dels nens amb TEA manifesten un retard i pobresa del xerroteig (Werner, E. & Dawson, G. 2005) i menys conductes comunicatives (gestos, vocalitzacions) dirigides a altres nens (Osterling, J. Dawson, G. Munson, J.A. 2002; Ozonoff et al. 2010). Així mateix, s'observa molts cops un retard de l'aparició dels primers bisíl·labs (Ozonoff et al. 2010; Zwaigenbaum et al. 2005) i una comprensió inferior a la de la població general (Mitchell, S. et al. 2006; Ozonoff et al. 2010; Zwaigenbaum et al. 2005)

En un altre sentit, també hi ha força dades que indiquen que, a partir de l'any, les activitats lúdiques repetitives i estereotipades, i els interessos molt restringits són molt més freqüents en els nens amb TEA, que en la població amb retard del desenvolupament sense autisme i en la normativa de referència (Ozonoff, S. et al. 2008). Els nens amb autisme mostren una exploració i utilització dels objectes parcial i reiterativa i conductes d'autoestimulació. Dins d'aquest tipus de conductes, també s'observen comportaments autoestimulants (Osterling & Dawson. 1994).

Finalment, ja en aquesta etapa, els nens amb TEA poden mostrar dèficits per compartir emocions i d'expressió d'afecte positiu, i reaccions d'angoixa amb crisis d'agitació totalment desproporcionades (que contrasta amb la passivitat observada als 6 mesos). (Zwaigenbaum et al. 2005).

Conclusions

Les dades dels nombrosos estudis relatius a la detecció primerenca de l'autisme, posen en evidència que a partir dels 12 mesos és relativament senzill discriminar els nens que seran diagnosticats més endavant d'autisme de la població normal i també d'aquells que presenten un simple retard del desenvolupament. En canvi, durant el primer any, els dubtes poden ser molt importants i la detecció de casos de risc és força més difícil, a causa dels elements citats al principi d'aquest escrit: inconsistència dels símptomes i/o poc valor discriminador respecte dels que són prototípics dels retards del desenvolupament sense autisme. Per aquest motiu, les recerques orientades a detectar marcadors biològics de l'autisme són, sens dubte, les que ens proporcionaran els elements que ens permetran, en el futur, detectar els casos de risc d'autisme, amb una alta fiabilitat.

Referències bibliogràfiques

- Abreu-Villaça, Y., Filgueiras, CC., Manhães, AC. (2009) Developmental aspects of the cholinergic system. *Behavioural Brain Research*,10,221(2),367-78.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA. American Psychiatric Publishing.
- Baranek, GT. (1999) Autism during infancy: a retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age. *Journal of Autism and Developmental Disorders*,29(3),213-24.
- Bryson, SE., Zwaigenbaum, L., Brian, J., Roberts, W., Szatmari, P., Rombough, V., McDermott C. (2007) A prospective case series of high-risk infants who developed autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*,37(1),12-24.
- Colgan, SE., Lanter, E., McComish, C., Watson, LR., Crais, ER., Baranek, GT. (2006) Analysis of social interaction gestures in infants with autism. *Child Neuropsychology*,12(4-5),307-19.
- Elsabbagh, M., i Johnson, M. (2010) Getting answers from babies about autism. *Trends in Cognitive Science*, 14, 81-87.
- Elsabbagh, M., Mercure, E., Hudry, K., Chandler, S., Pasco, G., Charman, T., Pickles, A., Baron-Cohen, S., Bolton, P., Johnson, MH.; BASIS Team. (2012) Infant neural sensitivity to dynamic eye gaze is associated with later emerging autism. *Current Biology*,22(4),338-42.
- Elsabbagh, M., Fernandes, J., Jane Webb, S., Dawson, G., Charman, T., i Plummer, F. (2013a) Disengagement of visual attention in infancy is associated with emerging autism in toddlerhood *Biological Psychiatry*, 74 (3), 189-194
- Elsabbagh, M., Pickles, A., Hudry, K., Charman, T., i Johnson, M. (2013b) The development of face orienting mechanisms in infants at-risk for autism. *Behavioural Brain Research* 251, pp. 147-154.
- Flanagan, J., Landa, R., Bhat, A., i Bauman, M. (2012) Head Lag in Infants at Risk for Autism: A Preliminary Study *American Journal of Occupational Therapy*, 66, 577-585.
- Fotiou, DF., Stergiou, V., Tsiftis, D., Lithari, C., Nakou, M., Karlovasitou, A. (2009) Cholinergic deficiency in Alzheimer's and Parkinson's disease: evaluation with pupillometry. *International Journal of Psychophysiology*,73(2),143-9.
- Iverson, JM., Wozniak, RH., (2007) Variation in vocal-motor development in infant siblings of children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*,37(1),158-70.
- Kanner, L. (1943) Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-50.
- Maestro, S., Muratori, F., Cesari, A., Cavallaro, MC., Paziante, A., Pecini, C., Grassi, C., Manfredi, A., Sommaro C. (2005) Course of autism signs in the first year of life. *Psychopathology*, 38(1),26-31.
- Mitchell, S., Brian, J., Zwaigenbaum, L., Roberts, W., Szatmari, P., Smith, I., Bryson, S. (2006) Early language and communication development of infants later diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*,27(2), S69-78.
- Nadig, AS., Ozonoff, S., Young, GS., Rozga, A., Sigman, M., Rogers, SJ. (2007) A prospective study of response to name in infants at risk for autism. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*,161(4),378-83.
- Osterling, J, Dawson, G. (1994) Early recognition of children with autism: a study of first birthday home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*,24(3),247-57.
- Osterling, JA., Dawson, G., Munson, JA. (2002) Early recognition of 1-year-old infants with autism spectrum disorder versus mental retardation. *Developmental Psychopathology*, 14(2),239-51.
- Ozonoff, S., Macari, S., Young, GS., Goldring, S., Thompson, M., Rogers SJ. (2008) Atypical object exploration at 12 months of age is associated with autism in a prospective sample. *Autism*, 12(5),457-72.
- Ozonoff, S., Iosif, AM., Baguio, F., Cook, IC., Hill, MM., Hutman, T., Rogers, SJ., Rozga, A., Sangha, S., Sigman, M., Steinfeld, MB., Young, GS. (2010) A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*,49(3),256-66.
- Perry, EK., Lee, ML., Martin-Ruiz, CM., Court, JA., Volsen, SG., Merrit, J., Folly, E, Iversen, PE., Bauman, ML., Perry, RH., Wenk, GL. (2001) Cholinergic activity in autism: abnormalities in the cerebral cortex and basal forebrain. *American Journal of Psychiatry*, 158(7),1058-66.
- Tager-Flusberg H. (2010) The origins of social impairments in autism spectrum disorder: studies of infants at risk. *Neural Network*,23(8-9),1072-6.
- Webb, S.J., Jones, E., Merkle, K., Toth, K., Greenson, J., & Dawson, G. (2010). Toddlers with elevated autism symptoms show slowed habituation to faces. *Child Neuropsychology*, 16(3,, 255-278.
- Werner, E., Dawson, G., Osterling, J., Dinno, N. (2000) Brief report: Recognition of autism spectrum disorder before one year of age: a retrospective study based on home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(2), 157-62.
- Werner E, Dawson G. (2005) Validation of the phenomenon of autistic regression using home videotapes. *Archives of General Psychiatry*, 62(8),889-95.
- Zwaigenbaum, L., Bryson, S., Rogers, T., Roberts, W., Brian, J., Szatmari, P. (2005) Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 23(2-3),143-52.

Sessió anual de la secció quarta de la RAMC. Avenços en psiquiatria

ALGUNS NOUS AVENÇOS PER LA PREVENCIÓ DE LA DEPRESSIÓ MAJOR

Edelmira DOMÈNECH LLABERIA
Acadèmica numerària

Introducció:

La depressió major és una de les malalties mentals greus tant pels seus efectes sobre el malalt i el seu entorn, sobretot el més immediat, com per la seva gran prevalença a nivell mundial. Ja que una bona prevenció primària encara la veiem molt difícil d'assolir, si que és possible incrementar la seva detecció precoç i intentar que el primer episodi d'aquesta malaltia no es repeteixi al llarg de la vida.

El diagnòstic d'una depressió major abans de la pubertat és un fenomen bastant recent que avui ja és possible, tant en nens i nenes de 6 a 12 anys com en preescolars. Els estudis longitudinals d'aquests infants encara són massa escassos per a saber si, un cop curats, aquesta patologia seguirà i/o reapareixerà a l'edat adulta. En canvi la detecció de la primera presentació d'un cas de depressió major a l'adolescència, molt més freqüent que abans dels 13 anys, és molt important ja que si es cura bé pot prevenir l'aparició d'un segon o tercer episodi que ja possiblement esdevindrà una patologia crònica important de per vida.

Atès que la fenomenologia pot variar quelcom segons el moment evolutiu, que sovint els metges que visiten els nens no pensen en la possibilitat d'una depressió i que als pares els costa creure que el seu fill és infeliç, la depressió dels infants passa sovint desapercebuda i no es fa un diagnòstic. En conseqüència, a qualsevol edat molts d'ells es queden sense rebre un tractament adequat i sobretot precoç.

Actualment s'accepta de forma bastant unànime entre els professionals que la depressió major infantil es pot diagnosticar seguint els mateixos criteris de les principals classificacions de les malalties mentals més utilitzades. Així per exemple en el DSM-V (*American Psychiatric Association*, 2013) s'exigeix que l'infant presenti els dos símptomes cardinals de tristesa i anhedonia (tot i que s'accepta que en els infants aquest

segon pugui substituir-se per irritabilitat) més quatre (pels adults s'exigeix cinc) d'un llistat de nou símptomes depressius.

Joaquim Puig Antich, el psiquiatre infantil amb més publicacions i més rellevància durant deu anys fins a la seva mort el 1989 va mantenir amb fermesa la idea que els trastorns afectius tenien continuïtat en la vida dels afectats, el que va fer canviar completament la visió dels psiquiatres que es dedicaven a adults i ancians els quals es van començar a interessar pels nens cada vegada més menuts. A més a més en un dels seus estudis amb un disseny molt rigorós, va demostrar que els nens i els adolescents deprimits i tractats seguien tenint dificultats relacionals i psicosocials un cop desapareguts tots els símptomes de la malaltia. Això ens obliga també a prevenir aquestes dificultats i a fer una seguiment d'aquest infants i adolescents i del seu entorn.

Detecció de la depressió major en preescolars:

Fins fa poc temps el diagnòstic de depressió major preescolar era controvertit. Alguns teòrics del desenvolupament negaven aquesta possibilitat basant-se en la immaduresa cognitiva i afectiva d'aquests infants per a experimentar els símptomes que configuren una síndrome depressiva. Aquesta situació va canviar a partir del moment en que Poznansky i Zrull (1970) van crear els seus propis criteris de definició de cas i, després de revisar 1788 històries clíniques d'un centre paidopsiquiàtric, van trobar 3 casos de depressió major en nens de menys de 6 anys. Però durant molts anys les publicacions sobre la depressió preescolar foren molt escasses. En citaré algunes: Petti (1978), Kashani, Ray i Carlson (1984), Kashani i Carlson (1985 i 1987), Domènech (1995), Luby (2003). Actualment la prevalença de la depressió major preescolar estaria

al voltant de l'ú per cent. En una població de 1427 preescolars catalans entre 3 i 6 anys procedents de zones urbanes i rurals es va trobar una prevalença del 1,12% (95% CI 0,66-1,26) (Domènech et al, 2009).

Per fer un diagnòstic de depressió major en un preescolar cal tenir en compte la informació procedent de tots els seus entorns i en especial pares i sobretot mestres que solen passar moltes hores podent observar l'infant tant dintre la classe com al pati entremig dels seus companys. Però a més a més el clínic no ha de deixar mai de fer una bona exploració personal del malalt. Poden ser també de gran ajut els instruments d'avaluació psicopatològica. No tenim encara cap entrevista estructurada específica pel diagnòstic de depressió preescolar. La única entrevista estructurada de psicopatologia preescolar és la PAPA (Egger et Angold, 2004) que recull a partir de la informació que donen els pares tot tipus de psicopatologia.

En canvi s'han creat alguns instruments de "screening" específics de depressió preescolar que poden ser de molta utilitat per la detecció precoç de preescolars deprimits, a casa i a l'escola. Una és la GRASP, traduïda al castellà (Araneda et al, 1998) un altra és la ESDM 3-6 (Domènech, 1996), originària en català i traduïda al castellà i a l'anglès. Consta de 19 ítems sobre el comportament emocional dels preescolars. Ho contesten els educadors. Té unes bones propietats psicomètriques (Domènech et al, 2003) i s'ha estudiat el seu punt de tall (Domènech, Jané i Aliaga, 2003) que si es supera es considera que el preescolar en qüestió té un risc alt d'estar deprimat. Hi un altre instrument de detecció creat l'any 2002 per Sprafkin et al. i un altre que han de contestar els pares (Luby et al. 2004). Aquests dos últims només els hem trobat en la versió original anglesa.

En les recerques més recents sobre preescolars s'està estudiant la relació entre l'estrès, els "Life-events" i els "traumes psicològics" en edats primerenques i la depressió major dels preescolars. Aquí estan tenint un paper central les tècniques de neuroimatge (ressonància magnètica estructural i funcional, ressonància magnètica espectroscòpica, magnetoelectro - encefalografia entre altres). És important investigar la influència de la depressió major, els traumes i l'estrès i l'activitat funcional cerebral en nens perquè es pensa que l'estrès contribueix en el desenvolupament de la depressió major i que elevats nivells d'estrès i de quantitat d'esdeveniments traumàtics augmenten el

risc d'inici de la depressió major en edat preescolar (Hein i Nemeroff, 2001), (Mc Even i Giamaros, 2010).

La recerca bàsica després del descobriment de la plasticitat del cervell, ha permès observar modificacions de circuits neuronals per influències ambientals. El progrés de la neurociència del desenvolupament i de la genètica ha aclarit alguns aspectes del funcionament del cervell a nivell molecular, cel·lular i neural. S'ha pogut demostrar que els gens i l'entorn interactuen, des d'etapes molt primerenques i al llarg de tot el desenvolupament, d'una forma no solament acumulativa, i que existeix una susceptibilitat genètica per determinats trastorns psicopatològics.

Ja s'està estudiant com l'estrès crònic i els esdeveniments traumàtics en nens molt petits activen la zona límbica i poden tenir efectes molts anys després damunt de les funcions neurobiològiques afectives i conductuals. Un estudi recent (Suzuqui et al, 2014) ha revelat que tant l'estrès com els "life-events" traumàtics tenen relació amb la reactivitat de l'amígdala i que un augment de la quantitat d'experiències traumàtiques també fa créixer la reactivitat de zones determinades de l'amígdala. Aquest augment de reactivitat es pot produir no solament en casos de maltractament i de carències afectives ans també en nens que han patit una sèrie de situacions traumàtiques quan eren molt petits. Aquest estudi s'ha fet en una mostra de nens preescolars entre 3 i 6 anys.

La capacitat d'identificar alguns mediadors genètics i ambientals dels trastorns emocionals dels infants ha augmentat enormement. Quan es va completar el projecte genòmic humà l'any 2003 es va poder descobrir com la interacció entre gens i entorn pot augmentar el risc o bé protegir al nen de la patologia mental. Més endavant es va arribar a demostrar com la interacció entre uns gens específics i uns trastorns també específics pot estar relacionada amb la psicopatologia. S'han descobert gens específics associats a determinats trastorns i com múltiples localitzacions del genoma poden contribuir a incrementar el risc de diferents psicopatologies.

Un altre progrés fou el coneixement dels gens polimòrfics (gens amb més d'una estructura nucleòtica per mutacions) que interactuen de forma diferent amb un entorn o uns altres. Un mateix entorn podria ser protector per uns, segons sigui el seu genotip i perillós, i per tant de risc per uns altres.

Una altra línia de recerca que podrà ser molt fructífera per la psicopatologia emocional és la denominada epigenètica o “damunt del gen”. A través d’ella s’explica que la funció genètica pot alterar-se sense que canviï la seva seqüència nucleòtida. Això planteja la possibilitat de que l’entorn actuï sobre el DNA sense tocar l’estructura genètica. L’epigenètica ha obert una nova via de coneixement que pot arribar a ser molt important en psicopatologia infantil perquè planteja la possibilitat que determinats entorns actuïn sobre els gens i afectar la seva expressivitat. I a més aquests canvis es transmetrien a les generacions següents. L’herència en aquest cas es faria a través de mecanismes epigenètics, no genètics. Estudis fets amb models animals ja han relacionat el comportament matern amb la resposta a l’estrès al cap dels anys quan són adults. Aquests experiments de recerca bàsica suggereixen que l’adversitat en els primers anys influiria negativament damunt el sistema nerviós en desenvolupament, el que podria arribar a explicar algunes de les patologies psiquiàtriques com pot ser la depressió major.

Detecció de la depressió major en nens de l’etapa escolar: 6-12 anys

El nen o nena que es troba en aquesta etapa ja té un nivell cognitiu en el que teòricament ha de ser més senzill parlar amb ell, inclús poder expressar sentiments verbalment, el que sembla s’hauria de poder detectar si està afectat per un quadre de depressió major. No oblidem que ja porta un bagatge emocional molt important rebut en l’etapa anterior i hauria de tenir una bastant bona capacitat de regular les seves emocions.

La realitat no és sempre aquesta. Per començar hem de dir que durant molts anys no es creia que un nen podia estar deprimit abans dels vuit o nou anys. En segon lloc també a aquestes edats molts nens deprimits passen desapercebuts. La prevalença de la depressió en els escolars és més alta que en els preescolars. En un estudi epidemiològic de la depressió infantil fet en població general la prevalença a la ciutat de Barcelona fou de 1,9% (1,2-2,9%) (IC 95%); a Girona del 1,1% (0,5-2,0) (IC 95 %) i a tot l’estat 1,8% (0,5-2,1%) (IC 95 %). (Polaino i Domènech, 1993). La majoria d’aquests nens no havien sigut diagnosticats prèviament. Actualment tot i que els psicòlegs escolars en detecten més, molts queden sense diagnosticar i sense tractar.

A l’etapa escolar hi ha un canvi important que és el següent: a l’edat preescolar la influència més important de l’entorn del nen és la família; per aquest motiu els esforços de la prevenció primària s’han dirigit fins ara a disminuir en el possible els factors de risc més o menys coneguts de l’entorn familiar: establiment d’un vincle emocional ambivalent i o insegur, mare depressiva, trencament de la família, maltracte, rebuig, o vulnerabilitat de l’infant per una causa aparent com pot ser una malaltia crònica o un retard de llenguatge.

Ara, sense desaparèixer la influència dels factors familiars se n’afegeix un de nou que és l’entorn escolar. Aquí hi ha el factor aprenentatge, el factor mestre i el factor companys d’escola. El no seguir el ritme, el no començar a llegir quan els demés ho fan pot ser un factor d’estrès important per un nen d’aquesta edat.

Quan un nen o nena que sempre havia tingut bones notes disminueix en el seu rendiment escolar, cal pensar en la possibilitat que estigui deprimit. Els esforços de detecció s’haurien de dirigir de forma preventiva als infants que tenen problemes acadèmics. La salut mental es podria promoure a les escoles amb estratègies de recolzament, de millora de l’autoestima i de tècniques d’aprenentatge eficients adaptades a les capacitats de cada infant.

Un altre element és el mestre. Aquest compta molt perquè a aquestes edats els nens tenen un sol mestre principal que és el que està amb ell la majoria d’hores del dia. Un mestre depressiu que no es tracta, amb manca d’il·lusió, que no sap motivar als seus alumnes, que els infravalora, o que té poca empatia amb un alumne, també és un factor de risc.

Un tercer factor són els companys d’escola. Aquests poden tenir tant un efecte de risc com de protecció. Ells poden marginar un alumne de la classe per diferents motius: perquè sigui maldestre i els faci perdre els partits de futbol, perquè procedeixi d’un nivell social o d’una cultura diferent o perquè els cau malament. Llavors poden arribar a ser cruels fins al punt de fer-lo víctima de “bullying”, ignorar-lo, denunciar-lo al mestre, prendre-li una joguina o una part del seu material escolar o no voler tenir-lo al costat a classe.

Els mecanismes a través dels quals tots els factors ambientals es combinen amb el temperament i la dotació genètica per causar un episodi depressiu major segueix essent desconeguts tot i que la investigació neuropsicològica i bioquímica hagi avançat bastant

en pocs anys. Un dels models vigents es basa en la hipòtesi d'un mal control de les estructures límbiques com l'amígdala i l'hipotàlam per les estructures del còrtex prefrontal. Molt recentment ha sortit publicat un treball fet amb adolescents (Waller et al, agost 2014) on els autors expliquen que han trobat alteracions en la estructura de la substància blanca en el fascicle uncinat que connecta l'hipocampus i l'amígdala amb el còrtex prefrontal, en zones que estan involucrades en el processos emocionals i motivacionals que precisament estan alterats en les depressions.

Depressió major a l'adolescència:

A l'adolescència la prevalença de la depressió augmenta molt, sobretot en les noies. Aquesta passa a ser a Barcelona de 1,9% abans de la pubertat a 4,2% de la població escolaritzada entre 13 i 15 anys (Domènech, Subirà i Cuixart 1996). Angold i Costello (1994) indicaren que la majoria d'estudis obtenien xifres inferiors al 5%.

La falta de regulació emocional que presenten els adolescents deprimits és màxima en la primera fase de l'adolescència. Per tant són molts els que durant aquesta etapa presentaran el primer brot d'aquesta malaltia i és molt important poder detectar i tractar aquest primer brot per evitar que se'n presenti un segon al cap d'un temps. Desgraciadament la majoria de vegades això no succeeix. En un estudi de set anys de seguiment de la patologia mental a la ciutat de Reus (2002), el 30 % de casos de depressió major als 18 anys ja havien estat diagnosticats de depressió major pel mateix equip entre 12 i 14 anys. Es més, el 80% de tots els que patien una depressió major als 18 ja tenien simptomatologia depressiva entre els 11 i els 14 anys. Això ens porta a pensar que la simptomatologia pot ser un indicador a llarg termini d'un episodi depressiu clínic. També ho és una depressió crònica com la distímia. Per tant ja que el control de simptomatologia depressiva es pot valorar amb qüestionaris de screening, es podria fer una prevenció a aquest nivell. Alguns són senzills d'aplicar en el medi escolar.

La depressió en els adolescents presenta algunes característiques que són més manifestes a aquesta etapa. Amb la pubertat apareixen uns canvis físics molt grans en molt poc temps i s'esdevé el mateix amb els canvis cognitius i emocionals. El noi o noia ha d'afrontar aquests canvis, el que el fa més vulnerable

Un és la gran labilitat emocional d'alguns d'ells. Els canvis d'humor són molt freqüents i molt intensos. El

que un dia sembla no tenir solució, l'endemà potser ja no hi pensi. Hi ha adolescents que passen tota la setmana amb humor depressiu, passius i desmotivats i ningú diria que son persones deprimides quan estan amb els seus amics el cap de setmana. Hem trobat noies a aquesta edat que semblaven normals a l'escola i que després es passaven tota la tarda plorant tancades a la seva habitació (Domènech et al 1996). Això pot emmascarar un diagnòstic o fer-ne dubtar. Aquesta delimitació entre el que és normal i el que és patològic és especialment difícil al començament de l'adolescència. A aquesta edat també la depressió s'acompanya de més insatisfacció corporal que en altres períodes evolutius, insatisfacció que sovint va unida a una autoestima molt baixa que s'ha d'intentar tenir en consideració en un pla d'intervenció.

Un altre símptoma molt present en els deprimits adolescents és la co-ruminació. Es caracteritza per discussions freqüents i repetides dels mateixos problemes entre dues persones, que s'impulsen l'una a l'altra a parlar i especular sobre aquests problemes que sempre fan referència a sentiments negatius i a conflictes personals. La persona que escull el deprimat per a aquest tipus de converses pot ser un amic o un progenitor. Sol ser una persona que ella mateixa pot tenir també sentiments depressius. A l'adolescència l'amistat i compromís amb els iguals representa una obertura al món que cal afavorir. La mateixa co-ruminació pot millorar la qualitat d'una amistat. Però quan aquesta relació d'amistat es torna disfuncional pel seu contingut d'una manera continuada cal promoure unes relacions socials més saludables, a més a més del tractament de la patologia depressiva.

La co-ruminació disfuncional no havia aparegut com a símptoma en la bibliografia de depressió infantil i juvenil fins fa molt poc temps. Dos estudis recents (Stone et al 2011, Stone, Uhrlas Gibbs, 2010,) van estudiar la relació entre co-ruminació i depressió major segons criteris DSM-IV a l'adolescència. En el primer els adolescents que havien manifestat més co-ruminació tenien més probabilitat de patir un episodi de depressió major en els dos anys següents. En els que van ser diagnosticats de DMM, la presència de co-ruminació preveia un episodi més llarg i més sever. En el segon estudi la co-ruminació estava relacionada amb un episodi anterior de depressió major (Cortese, 2014). Aquest any acaba de publicar-se un estudi interessant que relaciona la co-ruminació amb la

depressió major (Waller et al 2014). Sembla ser que és el primer en estudiar la prevalença de la co-ruminació a l'adolescència. Fa servir un instrument d'avaluació que li ha permès conèixer les interaccions diàries de co-ruminació amb pares i amb iguals de seixanta adolescents entre 11 i 17 anys. Aquest estudi obre la possibilitat d'usar les noves tècniques de comunicació per a millorar la qualitat de les interaccions amb pares i amb amics. Les noves tecnologies de la comunicació podrien servir per a la prevenció o inclús d'ajuda al tractament de la depressió major a l'adolescència.

El que està clar és que els adolescents afectats per un quadre de depressió major han de rebre tractament el més aviat possible.

El tractament que s'ha demostrat fins ara més eficient es la combinació de medicació antidepressiva amb la teràpia cognitivo-conductual. Els psicofàrmacs més utilitzats són els inhibidors de la recaptació de serotonina i de tots ells el que s'ha estudiat més en adolescents és la fluoxetina. De tota manera l'elecció d'un antidepressiu dependrà de cada cas individual i del psiquiatre que tracta el malalt. Però tot i que l'elecció i la dosificació siguin les correctes i el pacient segueixi religiosament les pautes de tractament (el que no passa sempre) hi han casos resistents que no responen. Actualment hi ha una nova línia de recerca en la depressió adolescent que es fonamenta en l'estimulació magnètica repetitiva transcraniana, que ja s'ha utilitzat en adults. Donaldson et al. acaben de fer una revisió sistemàtica d'aquesta tècnica en adolescents (2014). Han revisat set estudis i sembla ser que aquesta tècnica és efectiva i ben tolerada pels adolescents però encara es troba en fase experimental.

Aquí no hem pretès explicar les tècniques de tractament. El que es volia és insistir en que detectar i tractar correctament la depressió adolescent és prevenir la cronificació d'aquesta malaltia tan greu per la seva alta prevalença mundial, per la disminució de la qualitat de vida del malalt i dels familiars de les persones que la pateixen i per la gran disminució del seu rendiment social. Al mateix temps si es pogués detectar a temps i tractar la depressió dels nostres adolescents es contribuiria a disminuir la xifra d'intents de suïcidi i de suïcidis consumats que estan augmentant contínuament en molts països. Els adolescents que no reben tractament pel primer episodi, perquè no se'ls ha sabut detectar a temps, estan condemnats a una

major durada d'aquest episodi, a una major probabilitat de patir-ne un altre i a tenir-ne més al llarg de la vida. Per tot això hem de celebrar els avenços que s'estan fent i hem de recolzar i incrementar la recerca en les malalties mentals.

BIBLIOGRAFIA

American psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). fifth ed.

Angold A, Costello E (1994) The epidemiology of depression in children and adolescents. In I.M. Goodyer (Ed) Depression: developmental and clinical perspectives, *Cambridge monographs in child and adolescent psychiatry*. Cambridge University Press

Araneda M, Moreno C, Jané MC, Domènech E (1998) Características psicométricas de la escala "the general rating for affective disorders" for preschoolers GRASP" estudio preliminar en población española. *Infanto* 6(2):56-81

Canals F, Domenech E, Carbajo G, Bladé J (1997) Prevalence of DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders in a Spanish population of 18-year-olds. *Acta Psychiatr Scand*, 96, 287-294.

Canals J, Domènech E, Fernández-Ballart J Martí-Henneberg C (2002) Predictors of depression at eighteen: A 7-year follow-up study in a Spanish nonclinical population. *European Child and Adolescent Psychiatry*: 11:226-233

Canals J, Martí-Henneberg C., Fernández-Ballart J, Domènech E. (1995) A longitudinal study of depression in an urban Spanish pubertal population. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 4(2):102-111

Cortese S (2014) Here and There: Depression in Youths: from LMIC to rTMS. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 53(8):823-824

Domènech E (1996) Escala de Depressió Preescolar per Mestres: ESDM 3-6 Universitat Autònoma de Barcelona (*unpublished manuscript*)

Domènech E (1997) Epidemiología de la depresión y características especiales en la adolescencia. En M J Mardomingo (ed) *II Jornadas de psiquiatría de niño y del adolescente* Madrid.

Domènech E, Araneda N, Xifró A, Riba MD (2003) Escala de depresión preescolar para para maestros (ESDM 3-6): primeros resultados de validación, *Psicothema* 15:575-580

Domènech,E, Jané MC, Aliaga J (2003) Punt de tall de l'escala de depressió preescolar per mestresESDM. 3-6. Universitat Autònoma de Barcelona (*manuscrit no publicat*)

Domènech E, Moreno C (1995) Depresión en la edad preescolar (3-6 anys). A Domènech E (ed) *Actualizaciones en psicopatología infantil (0 a 5 años)*. Barcelona, PPU: 155-167.

Domènech E, Subirà S, Cuxart F (1996) Trastornos del estado de ánimo en la adolescencia temprana. La labilidad afectiva. En J. Buendía: *Psicopatología en niños y adolescentes: desarrollos actuales*, Madrid, Pirámide

Domènech E, Viñas F, Pla E, Jané MC, Mitjavila M, Corbella T, Canals J. (2009) Prevalence of major depression in preschool population. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*, 18: 597-604

Donaldson AE, Gordon MS, Melvin GA, Barton DA, Fitzgerald PB (2014) Addressing the needs of adolescents with treatment resistant depressive disorders, a systematic review of rTMS.:7-12. *Brain Stimul*, 7: 7-12

Egger HL, Angold A (2004) The preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): a structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. In Dc Wiggins R, Carter A (eds) *Handbook of infant, toddler and preschool manual assessment*. Oxford University Press: 223-243

Heim C, Neurenoff CB (2001) The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry*, 49:1023-1039

Kashani JH, Ray JS, Carlson GA (1984) Depression and depressive-like states in preschool children in a child development unit. *Am J Psychiatry* 141:1397-1402

Kashani JH, Carlson GA (1985) Major Depressive disorder in a preschooler. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 24:490-494

Kashani JH, Carlson GA (1987) Seriously depressed preschoolers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 144:343-350

Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, Brown K, Hessler M, Spitznagel E (2003) Modification of DSM-IV criteria for depressed preschool children *Am J Psychiatry* 33:1114-1121

Luby JL, Heffelfinger AK, Koenig-McKnaught AL, Brown K, Spitznagel E (2004) The preschool feelings checklist: a brief and sensitive screening measure of depression in young children. *J Am Academy Child Adolesc Psychiatry* 43: 708-717

McEwen BS, Glanaros PL (2010) Central role of the brain in stress and adaptation: links to socioeconomic status, health and disease. *Ann NY Acad Sci* 1186:190-202

Petti TA (1978) Depression in child Psychiatry patients: approaches to measuring depression. *J Am Acad Child Psychiatry* 17:4959

Polaino A, Domènech E (1993) Provalence of Childhood Depression: results of the first study in Spain. *J Child Psychol. Psychiat.* 34(6): 1007-1017

Poznanski E, Zrull JP (1970) Childhood depression: clinical characteristics of overtly depressed children. *Arch Gen Psychiatry*, 23: 8-15

Sprafkin J, Volpe RJ, Gadow KD, Nolan EE, Kelly K (2002) A DSM-referred instrument for preschool children: the Early Childhood Inventory-4. *J Chil Adolesc Psychiatry* 41:604-612

Stone LB, Hankin BL, Gibbs BE, Abela JRZ (2011) Co-rumination predicts the onset of depressive disorders during adolescence. *J Abnorm psychol*, 120:752-757

Stone LB, Uhrlas DJ, Gibbs BE (2010) Co-rumination and lifetime history of depressive disorders in children. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 39:597-602

Suzuki H, Luby JL, Kelly et al (2014). Early life stress and trauma and enhanced limbic activation to emotionally valenced faces in depressed and healthy children. *J Am Child Adolesc psychiatry*, 53(7): 800-813.

Waller JM, Silk JS, Stone LB, Dahl RE (2014). Co-rumination and co-problem solving in the daily lives of adolescents with major depressive disorder. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 53(8): 869-878

Sessió Homenatge Acadèmics Numeraris Emèrits

ELS ACADÈMICS NUMERARIS EMÈRITS DE LA RAMC. REVISIÓ HISTÒRICA.

Jacint CORBELLA

Acadèmic numerari

El pas d'una situació activa a una situació diferent, sobretot si no és voluntària, sol crear problemes. Més encara si hi ha modificacions econòmiques, que no és el cas de l'Acadèmia. El concepte més usual és el de jubilació, que en conjunt té més connotacions negatives que positives, si més no per a molta gent. Això, aplicat ja en el cas de les Acadèmies, i a partir d'ara em referiré exclusivament al què ha passat a la de Medicina de Barcelona, o de Catalunya, va crear moltes situacions difícils i conflictives, amb baralles tumultuoses. Ja ho veurem. Els termes que s'han emprat per a designar aquestes situacions han estat els d'acadèmic jubilat, honorari, (pas a) corresponsal; dimissionari, supernumerari, emèrit i, més recentment, numerari emèrit.

La causa real ha estat gairebé sempre en la manca d'assistència del acadèmic numeraris, que per altra banda tenien obligació, "des de sempre" de venir a les juntes i sessions. Aquesta situació no està pas resolta, ni sembla fàcil. Dels que no venien, i això des de l'inici de l'Acadèmia, ja en el segle XVIII, podíem destriar-ne dos grups: els que no assistien perquè estaven realment impedits, per malaltia o edat, i ningú es ficava amb ells; altres eren el que no assistien perquè no els era cap prioritat, o no ho sentien com una obligació.

El problema a vegades s'ha plantejat inicialment des de Barcelona, quan l'Acadèmia ha tingut autonomia pròpia, però sovint ha sorgit per aplicació d'estatuts o reglaments que venien del ministeri a Madrid: El govern central feia unes normes i quan s'intentaven aplicar venia el conflicte. I si alguna vegada les queixes arribaven al ministeri, aquest adoptava una solució condescendent, sense resoldre res.

Així es creaven situacions de greuge entre els assistents habituals i els no assistents, també habituals. Els que venien es queixaven "sotto voce", però no feien res. Hi hagué diversos intents d'encarrilar la situació,

però sempre van saltar espurnes. El mecanisme per a resoldre-ho ja hi era, però no s'aplicava. Veiem els principals punts que hem pogut trobar en els nostres arxius sobre aquests fets, analitzant d'una banda les normes; d'altra les guspines que van saltar. Les normes les trobem en la lletra dels Estatuts i Reglaments. Les espurnes en les actes de les sessions de l'Acadèmia i els documents que s'han conservat.

1 Ja en els **Estatuts de 1786**, els primers, es diu, en tractar de les Juntes "XXVIII. La **Junta Literaria, a las que deberán concurrir todos los Académicos** que se hallaren en Barcelona..." (1)

****** En les addicions, aprovades en conjunt el 1797, es diu, tractant dels socis residents: "**...y de continua asistencia a todas las juntas académicas...**" (2).

Hi ha doncs, una connotació d'obligatorietat. En principi no es van plantejar problemes en aquest aspecte. Els problemes reals eren els de pagament per part dels socis de les despeses de l'Acadèmia, en forma de contribucions esporàdiques, les més freqüents de dos o de quatre duros, i altres, però aquest és un altre tema.

2 **L'acord de 10 de juny de 1823**. Cito, a partir d'un treball anterior (3): "La Jubilació. És un tema que es va plantejar l'any 1823 i després el 1830. No sabem quin tipus de tensions concretes podia haver-hi a l'Acadèmia en aquell moment. A la Junta de 10 de juny de 1823, en el trienni liberal, s'acordà que quedessin jubilats tots els acadèmics que haguessin complert seixanta anys. I també podien acollir-s'hi els que tinguessin algun impediment físic. Se'ls respectaven tots els drets". Es deia "conservándose todas las prerrogativas anexas a los socios residentes, que siempre apreciaron su asistencia". Aquest és el text. (3)

El primer acadèmic que hem trobat, esmentat per aquesta situació és Francesc Carbonell i Bravo. En aquell temps Carbonell no solia anar a les sessions. Aleshores tenia 54 anys, lluny per tant de l'edat fixada com a límit. Però si que tenia un impediment que podia considerar important: la pèrdua d'un ull, com a conseqüència d'un accident de laboratori. Potser tampoc estava massa bé de salut. El 30 de juny agraeix per escrit a l'Acadèmia que se li hagi acceptat la petició de jubilació. És un escrit curt (4)

“Recibí el oficio de V.I. de fecha 27 del corriente y doy las gracias a esta Academia nacional por la bondad y deferencia que ha tenido en concederme la jubilación con todas las prerrogativas anexas a la calidad de socio residente, en atención a mis achaques; por cuyo motivo y por la adhesión que siempre he tenido a este ilustre cuerpo, por haberme honrado con su título de socio desde que empezé la profesion médica, me ofrezco gustoso a cualquier trabajos compatibles con mi salud con que pueda cooperar al lustre y buena opinión de la misma nacional Academia.

Dios guarde a V.I. mucho años. Barña, 30 de junio de 1823. Fran^{co} Carbonell“

El mes de novembre de 1823, amb la reacció absolutista, s'anul·len les disposicions preses (i al cap de poc es tanca l'activitat de les Acadèmies) i es restableix la situació anterior. La qüestió es va reprendre en la junta de 23 de maig de 1830, i es manté el tema de les jubilacions. Aquest mateix any el doctor Manuel Duran i Alsina demana la jubilació, que s'aprova en la Junta del 30 de desembre de 1830. El nou Reglament de 1831 va parar aquest punt.

***3* Reglament de 1831.** L'any 1824 es van tancar les Acadèmies que van tardar quatre anys a reobrir-se i encara algun més fins a tenir una norma específica. Aquesta va ser de centralització i es va fer un reglament únic per a totes les “acadèmies de distrito”. En el Reglament de 5 de febrer de 1831 es diu: “fijando en 28 el total de socios numerarios que ya existían, más los catedráticos del Real Colegio, y jubilando a los que excedieran de este número” (5). Al cap de quinze dies es va reunir la corporació i elegí vicepresident (nominal, en realitat en funció de president), el Dr. Francesc Colom. i quan llegeix el discurs “reinaugural”, al cap de dues setmanes, es diu d'ell el octogenario vicepresidente Dr. Colom” (6).

***4* R.O. de 13 d'agost de 1866.** La manca d'assistència, i de fet un abandonament de l'Acadèmia, era un costum freqüent en alguns membres. Un president expeditiu, el Dr. Antoni Mendoza, va intentar que el govern es cuidés del tema, i així en una RO de 1866, en que reformaven alguns articles dels Estatuts de les Acadèmies, es disposa: “que en lo sucesivo estas (les Acadèmies) declarasen jubilados cada año, al terminar diciembre, a los socios que por su edad avanzada u otro motivo justificado no pudieren asistir a las sesiones ni desempeñar trabajos...” i poc més enllà. “en armonía con el capítulo 2, del artículo 4º del Reglamento se consideran **dimisionarios** a todos los que sin hallarse en las condiciones precitadas hubiesen dejado de asistir a la cuarta parte de sesiones efecudadas en el año” (7).

Aquí quedaven afectats principalment cinc acadèmics i l'intent d'aplicació de la mesura va aixecar una gran polseguera. Hi ha un document de govern civil, de 29 de febrer de 1868, (8), en que es diu “S.M. la Reina reclama certificación del número de sesiones celebradas por aquella durante el año 1867 y el de asistencias de los académicos doctores Armendáriz, Letamendi, Bremón, Pi y Molist, y Roqué, para ver si se les había de considerar dimisionarios”, Entremig apareix també el doctor Silóniz.

Hi ha més escrits i el 2 d'abril de 1868 el governador, oficia que el Director de Beneficència i Sanitat vol saber el motiu d'aquestes manques d'assistència, ja que el fet de declarar-los dimissionaris podria privar a l'Acadèmia d'algun membre que pels seus mèrits li fos útil. La sessió següent de l'Acadèmia de 15 d'abril de 1868 va ser “bastant tumultuosa” (9). Després la situació es va apaivagar, els acadèmics van seguir, el Dr. Mendoza, president, continuà regalant objectes i documents a l'Acadèmia, i seguí una certa pau.

***5* El Reglament de 1874.** El Poder provisional de la República, quan aquesta ja estava acabada de fet, i hi havia un govern militar, va aprovar un nou reglament per a les acadèmies. Va tenir la seva transcendència. Van desaparèixer els socis jubilats, que van passar a ser **honoraris**. L'assistència, com sempre, continuava essent obligatòria. Els acadèmics honoraris conservaven tots els seus drets, i tenien també el d'assistir, amb veu i vot a totes les sessions. (10). Podien participar en les eleccions, com a votants, però no eren elegibles per a càrrecs de govern. Sembla que és l'única limitació que tenien. En canvi el altres que no assistien es consideraven

dimissionaris, quedaven com a corresponents i la plaça vacant.

En la junta de 22 d'octubre de 1874 es va nomenar el primer acadèmic honorari, que fou el doctor Joan Magaz i Jaime, que fins feia poc era acadèmic resident. Havia canviat la càtedra de Fisiologia de Barcelona per la de Madrid, i deixava de viure a Barcelona. Tanmateix a la sessió següent, de 3 de novembre de 1874 van passar a honoraris els dos acadèmics que constaven com a jubilats, els doctors Vicenç Grasset i Francesc Folch.

Vicenç Grasset i Paixeras (1802-1884), ingressat a l'Acadèmia el 1830, havia estat secretari el 1835-36. Francesc Folch i Amich (1799-1888), ingressat a l'Acadèmia el 1839, fou (vice)president el 1855-56 i havia estat catedràtic de Patologia General, degà durant vint anys i vicerector de la universitat. (11)

En l'esperit d'aquesta norma, i per a complir-la, però volent reduir situacions difícils es va suggerir que els que havien de passar a "dimissionaris", presentessin voluntàriament la renúncia., que constaria com "a petició pròpia" (12). El tema es va plantejar a la sessió de 2 de novembre de 1878, però de fet el resultat fou que es va insistir en demanar més assistència.

El 1882 va dimitir el doctor Rupert Mandado (1822-1889), acadèmic des de 1871, metge forense de Barcelona, passant a honorari (13)

***6* Estatuts de 16 de maig de 1886.** Van tenir vigència llarga.

En un fulletó de la RAM de Barcelona de publicat el 1962, es recullen els estatuts, reglament i llistat d'acadèmics. Consta com a institucional, però està fet pel Dr. Rodríguez Arias, secretari general, en el llistat es fan constar els acadèmics que es van jubilar (amb una lletra J), o van presentar la dimissió (D). Són els següents, esmentats amb la numeració que consta en aquella publicació. En la Nòmina de 1996, i de 2013 poden tenir una lleugera variació. Són: 49. Vicenç Oller, (J); 55. Josep Calveras, (D); 56. Pau Planas (J); 62. Pastor Rosés, (D); 64. Josep O. Navarra i Valentí (J); 65. Tomàs Mer, (D); 66. Jaume Salvà (D); 67. Josep Romagosa (D); 75, Josep Castells (D); 79, Francesc Folch (J); 82, Josep Bremón, (J); 85, Carles Montagú (D); 87, José Seco Baldor (D); 88, Juan Magaz, (D); 114, Ruperto Mandado (D); 116, José Crous, (D); 117, Laureà Aumatell, (D);

125, Antoni Morales (D); 129, Francesc Sojo (D); 130, Francesc Arola (D); 136, Julian Casaña (D); 142, Pere Esquerdo, (D); 148, Josep A. Barraquer (D); 153, Josep Casares Gil (D); 158, Marcelo Rivas Mateos, (D); 222, Leandre Cervera, passat a Acadèmic Honorari el 1951. Entre els dimissionaris nou van ser per passar a una càtedra d'una universitat diferent: 6 a Madrid, 2 a València i 1 a Santiago.

***7* Reglament interior de 4 de novembre de 1892.** Signat pel president, Dr. Emerencià Roig i Bofill.

***8* Reglament interior d'1 de març de 1919 (editat el 1920).** Signat per president, Dr. Valentí Carulla. Confirma els anteriors.

***9* Estatuts de 1945.** Un decret de 17 de novembre de 1945 va aprovar uns nous estatuts de les Acadèmies de medicina "de districte". Aquestes acadèmies vénen qualificades, a la primera línia del preàmbul del decret, com a "provincials". Els acadèmics poden ser de quatre tipus: d'honor, numeraris, honoraris i corresponsals (art. 10). Els acadèmics honoraris poden ser-ho per dues circumstàncies: "els que per edat, impossibilitat física, o malaltia crònica, es vegin impeditos per a contribuir a les activitats acadèmiques i així ho demanin" i "els qui éssent funcionaris siguin traslladats forçosament i de manera definitiva a un altre lloc del que radica l'Acadèmia" (art. 22).

També es diu, tractant dels acadèmics corresponsals: (són acadèmics corresponsals): "Els acadèmics numeraris que sense causa justificada deixin d'assistir durant un bienni a la meitat de les sessions de govern, i les seves vacants de numeraris es cobriran de forma automàtica" (art. 23 d).

***10* Reglament interior de 12 de juliol de 1948.** Signat pel president, Dr. Jaume Peyrí.

***11* Estatuts de les Acadèmies de Medicina de Districte de 12 de juny de 1970.**

Amb el pas de les Acadèmies a la Generalitat de l'any 1986, i per tant amb autonomia de govern de cada institució, hi ha una dinàmica més activa i les normes que les regeixen s'adapten amb més rapidesa a les noves situacions i reptes que es plantegen. S'han aprovat uns

estatuts propis l'any 1988 i dues modificacions globals els anys 1997 i 2013.

***12* Estatuts de 13 d'abril de 1988.**

L'article 14 tracta "Dels acadèmics emèrits". Es mantenen dues circumstàncies per les quals es pot passar a emèrit. Una és la impossibilitat, per edat o estat de salut, per contribuir a les activitats de l'Acadèmia. L'altre és el trasllat permanent fora de Catalunya, sigui per activitats públiques o privades.

***13* Estatuts de 3 d'octubre de 1997 (és la data del DOGC).**

S'aprova la figura de l'acadèmic "numerari emèrit" (art. 13). És important el matis en el nom. Abans ja existia l'acadèmic emèrit. Aquesta vegada el nom és una mica més llarg "numerari emèrit", és a dir conserva la denominació de "numerari". Així conserva els seus drets de numerari. Es diu (el text de l'article és una mica llarg): "L'acadèmic numerari emèrit tindrà els mateixos drets que els acadèmics numeraris i quedarà alliberat de les seves obligacions. També conservarà el dret de vot...". Aquestes són les claus de la reforma: conservar tots els drets, inclòs el de vot, i deixar de tenir obligacions.

L'article següent, el 14, tracta dels "acadèmics supernumeraris", en el que s'inclouen "els acadèmics numeraris que durant dos anys consecutius deixin de complir les seves obligacions de vot o d'assistència".

El reglament subsegüent no fa més precisions sobre els numeraris emèrits.

***14* Estatuts de 2013.** Una reforma profunda d'alguns aspectes dels estatuts s'havia anat aprovant, de forma parcial, al llarg de diversos plens. Un tema, diferent havia estat passar de sis seccions a quatre, més homogènies: bàsiques, mèdiques, quirúrgiques i socials, en terminologia resumida. Per tant ja hi havia acords en aspectes parcials, entre ells el pas a "acadèmic numerari emèrit". Els aspectes bàsics dels nous acords van ser:

--El pas a acadèmic numerari emèrit es farà de forma automàtica, en complir l'edat de vuitanta anys. Serà efectiva en el ple d'inici de curs següent a l'any en que

s'hagi complert aquesta edat. Quedava, a més, oberta la possibilitat de passar a aquesta situació, de manera voluntària, i previ acord del Ple. Fins ara aquesta possibilitat no s'ha exercit.

Atès que en el moment d'aprovar aquesta edat hi havia un nombre molt d'acadèmics actius que sobrepassava els vuitanta anys (exactament un terç dels acadèmics, 19 sobre 57), i que l'aplicació immediata hagués suposat un canvi massa gran, s'acordà implementar aquesta mesura de forma escalonada, de quatre acadèmics cada any. Aquest ritme s'ha mantingut fins ara. S'està mantenint perquè encara no s'ha arribat a absorbir el gruix d'acadèmics que han anat complint vuitanta anys.

Fins ara s'han nomenat vint acadèmics numeraris emèrits i s'ha convocat la provisió de les vacants.

Notes:

1. "Memorias de la Real Academia Médico Práctica d la ciudad de Barcelona", tomo I, Madrid (Imprenta Real) 1798. p. XXXIV
2. Ibid. p. XLV.
3. Corbella, Jacint: "Sobre alguns aspectes mèdics de l'obra de Francesc Carbonell i Bravo (1768-1837): la seva tasca a l'Acadèmia de Medicina" in "Discursos en commemoració dels 200 anys de la publicació de Francesc Carbonell i Bravo 'Elementos de Farmacia fundados en los principios de la química moderna'" Barcelona, Consell Interacadèmic de Catalunya, 2002. pp. 23-44. v. p. 28,
4. Arxiu de la RAMC. 1822-1823/Lligall 5/ núm. 76. En canvi no hem trobat l'escrit de petició.
5. Montserrat Figueras, Sebastián; Carreras Roca, Manuel: "Historia de la real Academia de Medicina de Barcelona" B, 1954, p. 69).
6. Ibid. p. 69; Arxiu RAMC: 1831, lligall 8/13.
7. Ibid. p. 97.
8. Ibid. p. 98.
9. Ibid. p. 98. - veure Arxiu RAMC. 1868/liligall 50/núm. 93).
10. Ibid. p. 105.
11. Monogràfic RAMC. "Nomina Academicorum", 1770-2013, 2a. ed; Gimbernat, 2013, 59, pp. 27 i 32, núms. 68 i 83.
12. Montserrat-Carreras, loc. cit. p. 109.
13. "Nomina Academicorum", loc. cit. p. 42. núm. 127.

Papers de l'Arxiu

UN DIBUIX AL CARBÓ DE RAMON CASAS

Pere MIRET

Acadèmic corresponent

L'any 1919, la Mancomunitat de Catalunya va prendre l'acord d'iniciar, entre altres treballs d'higiene pública, els de la lluita antituberculosa. L'encarregat d'organitzar el que s'anomenà "Servei d'Assistència Social dels Tuberculosos de Catalunya", va ser el Dr. Sayé. El Servei que va projectar disposaria de Centres de diagnòstic i profilaxi, en connexió amb sales d'aïllament en hospitals, maternitats, preventoris..., un programa perfecte per les necessitats d'aquells moments.

El Dispensari Central, que dirigiria i controlaria el Programa, es va inaugurar, en una antiga nau industrial al carrer Radas nº 24, el dia 23 d'abril de 1921. (diada de Sant Jordi).

La importància d'aquest Dispensari Central, juntament amb els dispensaris col·laboradors, d'Igualada, Girona, Tarragona, Lleida, Reus, les colònies temporals, escoles de sol, colònies agrícoles, equips de vacunació BCG, infermeres, visitadores domiciliàries..., va ser fonamental pel control de la tuberculosi a Catalunya. Controlava periòdicament tots els malalts, reconeixia sistemàticament a tots els familiars dels tuberculosos, enviava infermeres visitadores al seu domicili, ensenyava mesures higièniques i preventives, informava de les condicions de les vivendes, del nombre d'individus, de l'economia de la família i procurava ajudar els necessitats. Dotat de radiologia i laboratori, va iniciar una nova metòdica. La bacteriologia va ocupar la importància diagnòstica que li corresponia i la radiologia va adquirir protagonisme i acabà per imposar-se a l'exploració física. El tractament es limità als que havien demostrat alguna eficàcia, la cura higiènica dietètica, el pneumotòrax, que poc a poc anava ampliant les seves indicacions i podia curar malalts que d'altra manera haurien mort, i les sals d'or en les que el Dr. Sayé posà moltes esperances. Organitzà "Cursos monogràfics sobre tuberculosi pulmonar", i d'allà sortiren els primers especialistes, dedicats exclusivament al diagnòstic, prevenció i tractament de la tuberculosi.

El Dispensari va adquirir un gran prestigi i diagnosticava més de la meitat dels tuberculosos que descobrien a Barcelona i el que és més important, els declarava.

En aquests anys el Dr. Sayé passà a ser la personalitat més influent en la classe mèdica i en els governants, en tot el que es refereix a la prevenció i organització sanitària de la lluita contra la tuberculosi, la malaltia més mortífera i el problema social més gran que existia a Barcelona. La majoria de publicacions que apareixien, portaven la seva signatura. Ell, com altres metges de prestigi, en especial catedràtics de la Facultat de Medicina, tenia una popularitat comparable a la que tenen avui alguns esportistes o grups musicals. Aquests metges, pertanyien a la societat benestant, i es relacionaven amb artistes i polítics.

El D. Sayé, encarregà al pintor Ramon Cases un dibuix al·legòric que reflectís la importància social de la tuberculosi i el gran perill que suposaven per la transmissió de la malaltia, la creixent industrialització de la ciutat i les males condicions de tallers, fàbriques i vivendes, amb l'aglomeració dels treballadors, afavoridora del contagi.

El dibuix al carbó del pintor R. Casas, és molt representatiu i molt cuidats els detalls. Sobre un fons de fàbriques amb xemeneies fumejants, que empudeguen la ciutat, i amaguen en el seu interior les misèries humanes, una mare, jove, digna, preocupada, resignada, intenta protegir les seves filles adolescents, de la manca de mitjans, tant materials com culturals. Les noies es refugien en la seva mare, la més gran amb impotència, deixa el seu braç dret penjant abandonat sobre el maluc, la petita, conserva encara una ingènua esperança, coneixent que és l'únic lloc on trobarà protecció.

El quadre, el vaig veure per primera vegada, quan vaig incorporar-me al servei del Dispensari de Torres Amat, el maig de 1958. Deu amidar, més o menys, un metre

uitanta centímetres d'alçada, per un metre trenta d'amplada, i estava penjat en una paret de la biblioteca. Com un objecte més del Centre, en la biblioteca poc concorreguda, ni el personal és deturava uns moments per contemplar-lo, ni cap visitant ocasional, es fixava en la seva qualitat, ni en el seu significat, ni en el seu autor.

A la tardor de l'any 1973, el director del Dispensari estava prop de la jubilació, i la seva salut estava molt compromesa. L'Organisme autònom que s'havia creat en començar la guerra civil, i que agrupava tots els sanatoris i dispensaris antituberculosos, el Patronat Nacional Antituberculós, PNA, organisme autònom, amb un pressupost independent, tenia encara en aquells anys, que no existia un Ministeri de Sanitat, un gran pes específic dintre el sistema sanitari del país. L'any 1955, comptava amb 128 dispensaris, 72 sanatoris i uns tretze mil llits, més o menys, que tenia en aquell moment.

El Secretari General del PNA, era un home important, dintre de la sanitat. A més, en aquells anys ho era una persona intel·ligent i treballadora, però fantasiosa en extrem, que semblava creure que encara era molt més influent i notable del que era, i imposava sempre els seus criteris, no sempre encertats.

En aquell any indicat de 1973, l'excel·lentíssim Secretari del PNA, va fer una visita al Dispensari de Torres Amat. El Director estava en males condicions físiques i molt prop de la jubilació. El Secretari General, eufòric com acostumava, exposava il·lusoris projectes de futur. En un moment determinat, el Director del Dispensari, per canviar la conversa, perquè estava cansat o perquè va voler presumir d'obra d'art, o ves a saber per quin motiu, va començar a enaltir el quadre magnífic de Ramon Casas, que posseïa el Dispensari. El Secretari General del PNA continuava amb la seva dèria i no li feia cas, però tant va insistir el nostre director, que finalment, anàrem a parar tots davant del dibuix. El Director del centre va continuar explicant la qualitat del quadre, i el Secretari General quedà mut per primera vegada. Passats uns minuts parlà, i com sempre, amb gran entusiasme. Aquest dibuix, magnífic i significatiu, digué, ha d'estar en un lloc d'honor, ha de presidir el centre des d'on surten les directrius i es coordina la lluita antituberculosa de tot l'Estat. Nosaltres l'honorarem, com es mereix, col·locant-lo en el despatx de la Direcció general del PNA, (el seu) que és el que li correspon.

Des d'aquest moment, la conversa es limità al quadre, el Secretari General, no demanà l'aquiescència del

Director, ni l'opinió de ningú, ho donà per fet, només es preocupava de la manera de fer el trasllat, l'emalatge, el transport, les garanties, i fixant unes dades concretes. El Director del Dispensari, estava esgotat, assentia i acceptava tot el que l'altre proposava, i semblava haver perdut la voluntat.

Havent marxat l'inoportú visitant, el Director s'adonà del poc lluït paper que havia fet. El convencérem de que no enviés el quadre, però aquell Secretari General, era un home que de primer antuvi, ja havia decidit el lloc on el col·locaria, i en no rebre'l es considerà ofès, i començà a enviar uns telegrams cada vegada més expressius i finalment amenaçadors. El Director acabà enviant el dibuix.

No sé com, l'espoli del quadre, va arribar a una part de l'opinió pública. Algun intel·lectual, en especial metges, van denunciar el cas, i es van escriure cartes i articles als diaris de la ciutat, exigint la devolució del quadre.

De Madrid no contestaven, i això va fer que l'enuig creixés, fins arribar a ser una indignació, no només del col·lectiu mèdic, sinó de tota una comunitat. Finalment davant de l'augment de les protestes, el Secretari General del PNA, declarà ingènuament, que ell mai no va voler apropiarse del dibuix; que només va traslladar el quadre a Madrid per reproduir-lo en una col·lecció de segells, a benefici de la lluita antituberculosa. I ho va fer, impresos per la casa Fournier de Vitòria, es repartiren per dispensaris i sanatoris, i alguns anaren a adornar els documents, certificats i informes que expedíem en aquests centres.

Amb això procurà retenir el quadre, però la pressió i les reclamacions no pararen i passats uns mesos, segurament obligat per algú, que sí era important, a finals d'agost de l'any 1973, com podem veure en la nota de la Vanguardia del dia vint-i-cinc, el quadre al carbó, retornà al Dispensari de Torres Amat, i reposat a la biblioteca del Centre. És curiós, però des d'aquell moment ningú es preocupà d'aquesta obra d'art, probablement de les mes reeixides de Ramon Cases, ni ningú no va anar al Dispensari per contemplar-la. Allà va seguir fins a l'any 1992 en que desmantellat el Dispensari, i convertit en un CAP d'Assistència Primària, va passar a l'avantdespatx del Conseller de Sanitat, al pavelló Ave Maria, on el vaig veure per última vegada. Crec que actualment està en el Museu d'Art de Catalunya, on podreu contemplar-lo.

Segurament va ser una donació gratuïta i sense contracte, del pintor Casas al Dr. Sayé, per amistat, i després va estar molts anys en una paret de la biblioteca d'un Dispensari, on entrava poca gent i quasi sempre els mateixos, i és per això que era poc coneguda abans del seu trasllat, i si actualment ho és un xic més, es

degut probablement a aquest fet. És un quadre, però, d'una gran bellesa i sensibilitat i tenim la seguretat que Casas el dibuixà, no per compromís, sinó amb amor, i abocant tot el seu sentiment, per aconseguir una obra que expressés la tragèdia de la tuberculosi.



El famoso cuadro de Casas sobre la tuberculosis, devuelto a Barcelona
Será instalado en el dispensario «Lluís Sayé»

Ha sido devuelto a Barcelona el famoso cuadro de Ramón Casas, dedicado a la lucha contra la tuberculosis que tenía en depósito, según parece para hacer copias, el doctor madrileño don Carlos Zurita, al que se lo había remitido el doctor Parcet, que dirige el citado centro sanitario.

El tema de la posesión del cuadro ha dado lugar a una larga y apasionada polémica de resultados del cual, según nuestras noticias, la valiosa obra artística ha vuelto al dispensario de la calle de Torres Amat.

Una de las mejores obras del pintor catalán

El cuadro representa a una mujer joven, de triste mirada, con dos niñas, una a cada lado, a las que parece querer proteger y amparar de un peligro inminente. La admirable obra —una de las mejores del pintor— fue donada por Ramón Casas a su entrañable amigo y eminente fisiólogo el doctor Lluís Sayé, el año 1922, al inaugurarse, por la Mancomunidad de Catalunya, la campaña antituberculosa en Barcelona.

El original estuvo en dicho departamento médico entonces en la calle Radas y fue trasladado después al dispensario «Lluís Sayé» de la calle Torres Amat.

Una noticia de la agencia «Clira» afirma que la obra de arte se encuentra ya en Barcelona e donde ha sido devuelta definitivamente y que será igualmente devuelta al dispensario dedicado al doctor Sayé.



Papers de l'Arxiu

REMEIS ALTERNATIUS DE LA RÀBIA A L'ARXIU DE LA RAMC. 1853-1862

Àngels GALLEGOS PANIELLO

Arxiu Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

Es transcriuen quatre documents manuscrits del fons arxivístic de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, dos de l'any 1853 fent referència a l'estudi i utilització del "Mesto" com antídoto de la ràbia i dos de l'any 1862 sobre l'aplicació de "piedras serpentinas o escozoneras". Aquest dos remeis alternatius van ser tema de consulta a l'Acadèmia.

1. El Mesto

Segons un article tret del "Boletín de Medicina y Cirugía y Farmacia", (1835. Vol. 2 núm. 62), amb el títol "Preservativo poderoso y específico de la rabia" que signa D. José Maria de Fuente com el "médico de los pobres de Aracena", defineix el Mesto com un "árbol del grandor de la encina; su corteza aunque mas basta que la del alcornoque ; sus hojas mas pequeñas que las de este, mas redondas y finas que las de la encina; su fruto bellotas color rosa bajo ...".

En aquest article descriu el tractament fet primerament amb animals, 4 gossos de la seva propietat infectats de ràbia, l'any 1802. Després des de l'any 1816 fins el 1834 explica 6 casos més donant nom i cognom de tots els tractats i guarits amb la "cáscara o corteza del Mesto".

2. Pedra serpentina o escorsonera

La serpentina és un tros de mineral cristal·litzat de silicat de magnesi hidratat. Té una estructura molt semblant a la del caolí i és de color generalment verd.

El seu ús consistia en aplicar-lo sobre la ferida, on diu que s'adheria fermament fins que havia xuclat tot el verí, moment en el qual es despenia espontàniament¹.

3. Els documents de l'arxiu sobre el Mesto

El primer document (1853. lligall 35 doc. 73) és un Ofici del Governador, Melchor Ordoñez, demanant al

¹ Camps i Clemente, Manuel i Camps i Surroca, Manuel "La ràbia i la seva incidència a Lleida" Gimbernat, 2006 vol. 46 pp 65-80

President de l'Acadèmia l'examen d'unes mostres de l'escorça, brancatge i fruit de l'arbre "Mesto", considerat com un antídoto de la hidrofòbia.

Arxiu RAMC. 1853 / lligall 35 / doc. 73

Al costat esquerre del document:

Numo 1760. Sanidad Negociado 3º

Se remite para su inspección y ecsamen, muestras del arbol denominado Mesto, como un antídoto contra la Hidrofòbia.

La carta:

Me complace en someter á la inspección y ecsamen de esa respetable Corporacion que V.S. tan dignamente preside, las adjuntas muestras de la Corteza, ramaje y fruto del Arbol denominado Mesto, como un Antídoto contra la Hidrofòbia.

El ilustre parecer de personas tan caracterizadas por su saber é ilustración, como son todos los Señores que forman esa Academia, me aumentará el placer de haber proporcionado con este medio un bien a la humanidad.

Dios guarde á V.S. muchos años.

Barcelona 3 de Agosto de 1853.

Melchor Ordoñez

Señor Presidente de la Academia de Medicina y Cirujia

El segon document (1853. lligall 35 doc. 74) és la resposta de l'Acadèmia, quinze dies després. Fa un estudi botànic i suposa que és tracta del *Quercus aegylops* de L., ja que vulgarment se'n diu Mesto a diverses classes d'alzines. El Director del Jardí botànic de Madrid va demanar vàries mostres i li van enviar trossos d'arbres i arbustos molt diferents. Comenta l'Acadèmia la necessitat de més dades i poder veure l'arbre sencer i en flor. Dubta de les seves virtuts antiràbiques. Aconsella com a profilàctic la succió i la cauterització de la ferida. Però en cas de ràbia declarada estaria decidida a provar el remei.

Arxiu RAMC. 1853 / lligall 35 / doc. 74

En contestacion al atento oficio de V. E. de 3 del presente mes, remitiendo para su inspección y exámen muestras del árbol denominado Mesto como un antídoto contra la hidrofobia, ha acordado contestarle: Que los troncos, ramas y cortezas que V. E. se ha dignado pasar á esta Corporacion son insuficientes para determinar categorigamente la especie de árbol á que pertenecen. Para ello era necesario ver el porte ó hábito del vegetal, sus flores y sus frutos en perfecto estado de madurez. Sin embargo cuasi no queda duda alguna de que aquellos fragmentos son de una especie de encina.

Con el nombre de Mesto ha confundido el vulgo muchos árboles y entre otros se ha dado este nombre al alaterno ó aladierna (Rhamnus alaternus). Arbusto que abunda en Andalucía, Aragon, Cataluña, Valencia y otros puntos de España. El sabio profesor de agricultura Dr. Antonio Sandalio de Arias en una adición al tratado de los encinares de Gabriel Alonso de Menera, dice; que la planta conocida con el nombre de Mesto por creerse vulgarmente un mestizo de la encina común y del alcornoque es también una especie de encina (Quercus aegylops. Lin.) bastante común en nuestros escasos montes aunque rara vez forma bosque y se distingue de las demás por tener sus vellotas muy gruesas y sus cálices ó dedales de un tamaño desmedido siendo muy frecuente hallarlos de una pulgada de hondo y de dos de circunferencia. Los caracteres con que Luines distingue esta especie son "hojas entre aovadas y oblongas lampiñas y entre aserradas y dentadas" caracteres que corresponden al ejemplar que V. E. ha enviado – aunque otras son intensísimas bien que Guibourt que en su tratado de drogas simples representa en una lámina al Quercus aegylops pinta su hoja profundamente laciniada.

Consta á la Academia que el Director del RI Jardin botánico de Madrid pidió á varios puntos el Mesto y con este nombre le mandaron pedazos de árboles y arbustos muy diferentes ¿Cuál es pues el verdadero Mesto? Para decidirse la Academia necesita nuevos datos.

En cuanto á la virtud antihidrofobica de este vegetal la Academia a pesar de encarecer como se debe la ilustrada y filantrópica intención de V. E. que desearía prestar un eminente servicio á la humanidad no puede menos de decir que no encuentra los hechos aducidos hasta el dia para comprobarla ni bastantes en número ni suficientemente concluyentes y por lo mismo cree que ningún médico fiado en la virtud de esta substancia

está dispensado de apelar al único remedio infalible en la actualidad que es el profiláctico. La tracción del humor de la herida emponzoñada por medio de ventosas y aun la succion con la boca no teniéndola ulcerada, las ligaduras para impedir la circulación del virus y la cauterización ya con el cauterio actual ya con cáusticos líquidos y hasta la sección de la parte mordida según las circunstancias son medios que empleados á su debido tiempo esto es antes de la absorción del veneno impiden constantemente el desarrollo de la rabia y deben por lo mismo mirarse como el único especifico el remedio soberano de dicha enfermedad.

Sin embargo si por ignorancia por incuria ó por una confianza deplorable en otros medios no se ha apelado á tiempo á ninguno de estos procederes y la rabia llega á declararse la Academia que colectiva é individualmente usa siempre que se presenta un caso de esta naturaleza de todos los medicamentos propalados como específicos de tan terrible enfermedad echará mas no sin tardanza del Mesto y ojalá que su uso se vea coronado siempre de un éxito lisonjero.

Dios gûe á V.E. ms as Barcelona 17 agosto 1853.

El vice-presidente accidental Rafael Nadal y Lacaba. El Secr^o Juan Ramon Campaner.

Exmo Sr Gobernador civil de la Provincia de Barcelona

4. Els documents de l'arxiu sobre la Pedra Serpentina

El primer document (1862. lligall 44 doc. 26) és una extensa carta del soci corresponent Dr. José Montada i Bordas fent referència a un cas d'hidrofòbia a Banyoles, l'any 1862. Comenta que el remei utilitzat pel Cirurgià del poble va ser l'aplicació de "pedras serpentinias o escozoneras", també anomenada el Iman de los Venenos, però sense cap resultat ja que en pocs dies i després d'altres tractaments el mossegat morí.

Pau Estorch i Siqués, Metge d'Olot, publicà al "Diario de Barcelona" la primera referència de la seva "Pedra escorsonera" o mètode per a guarir la ràbia, teoria que va recollir en el llibret "El Iman de los venenos ó sea tratado de la piedra escorsonera o serpentina, su origen, aplicación, usos, etc."

Aquesta memòria va ser presentada a les Reials Acadèmies de Medicina i Cirurgia de Madrid, Barcelona i París, on fou força mal considerada. Tot i així, va escriure encara tres treballs més insistint sobre l'eficàcia d'allò que ell mateix definí com a "Mètode Estorch".

Arxiu RAMC. 1862 / lligall 44 / doc. 26

M. Y. S.

Creería faltar á mi deber, si dejara de elevar al superior conocimiento de V. S. que en esta villa hemos tenido el sentimiento de presenciar un terrible caso de hidrofobia en la persona de Julian Pol, de oficio Tejedor.

Es el caso que, el día 10 de Enero del actual, ese pobre hombre, padre de cuatro ó cinco criaturas, venía de un bosque inmediato, cargado con un haz de leña, y antes de entrar á la villa se vió acometido por un perro rabioso de la manera mas atroz. Tirósele encima el feroz animal repetidas veces y causóle cinco heridas, esto es, cuatro encima la ceja y una debajo del parpado inferior. Al momento, avisaron á un Facultativo Cirujano de esta poblacion y éste dispuso se le aplicáran piedras serpentina en número de cinco, las cuales llevó pegadas fuertemente por espacio de seis días consecutivos á la parte mordida; insiguendo después en un todo, lo preconizado por el Sr. Médico que es el autor de este método curativo ó sea del titulado Yman de los venenos. — No tardaron en cicatrizarse las mencionadas heridas, pero se observó que quedaba en ellas una dureza particular. No se hizo caso de ella, y el paciente no experimentó novedad alguna hasta el 17 del corriente. En este dia por la mañana, empezó á experimentar picazón y agudas punzadas en el interior de la parte mordida; y, además demostró que tenía cierta aversión á toda suerte de líquidos, perdiendo las ganas de comer. En efecto, por la tarde a la hora en que el desgraciado trabajador acostumbraba merendar, ya no pudo beber un trago de vino; manifestando que estrañaba que le causase horror tan solo el verle. Probó si podría beber agua y le sucedió que no pudo mirarla ni oír hablar de ella. En vista de lo cual, avisaron sin demora á su Facultativo, y después de enterado de todo lo que sucedía al enfermo, le practico una sangría en el brazo. En la misma noche tuvo insomnio y le sobrevino una gran postración de fuerzas. Viendo que estos síntomas fatales iban acerbándose se procuró viaticarle con prontitud. En los días 19 y 20 experimentó fuertes convulsiones, sacando por la boca abundancia de baba espumosa, no podía mirar cuerpo alguno reluciente y le había aumentado el horror á toda suerte de líquidos y manjares. Se le preguntó si quería tomar un poco de caldo o leche y contestó que tomaría leche: se cumplió su deseo, mas al querer asomarla á su boca, no pudo absolutamente probar ni una sola gota. En una palabra se resistía en comer y beber cualquier sustancia por agradable que fuese.

El día 20 fue trasladado el infeliz enfermo al Sto Hospital de esta villa en donde se reunieron los S.S. Doctores en Medicina y Cirujía D. José Gon, D. Ant^o Corominas, D. Miguel Vilar; D. N. Dorca y el antiguo Cirujano D. Benito Coll, quienes después de haberle observado detenidamente determinaron por unanimidad operarle y cauterizarle la parte que fue mordida porque se presentaba de un color morado, y el paciente decía que sentía en el interior de sus heridas un dolor muy vivo y penetrante. En tal día, ya presentaba su mirada fiera y fija y los accesos espasmódicos se habían multiplicado y alcanzaban unos á otros, lo que auguraba ya que con dificultad suma podría salvar aquel hombre de las garras de la Parca cruel. Con todo quisieron pasar á operarle, empleando las debidas precauciones para que el rabioso no pudiese dañar á los circunstantes. Por consiguiente emplearon el Cloroformo como un anestésico, pudiendo de esta manera practicar fácilmente la operación mas cuando iba á tener efecto la cauterización vuelve en sí el paciente y temiendo que no podría continuar tal vez, si recobrara del todo los sentidos se le anestesió de nuevo: pero no habiendo podido soportar, sin dudas tantísimos sufrimientos el infeliz sucumbió después de un largo y horrible penar.

En consecuencia, la observación y los experimentos que son origen de toda verdad y sirven de base á la noble Ciencia de Curar han demostrado que la aplicación inmediata y metódica de la piedra serpentina ó escorzonera no puede destruir ó neutralizar el verdadero virus rabífico, como pueden efectuarlo, los ácidos cáusticos minerales y el fuego actual.

Ya que tengo la pluma en la mano, no puedo dejar de manifestar á V. S. que en este lugar de Bañolas, la raza canina está según pas.. experimentando los terribles efectos de una constelación médico reinante de carácter rábico, pues se nota que son infinitos en número los perros que van volviéndose hidrofobos espontáneamente y otros por los perros que se ven correr por las calles, andan tristes, abatidos, parece que intentan esconderse, su marcha es lenta incierta y poco segura, llevan la cabeza caída y el rabo entre piernas, cuyos síntomas no dejan de ser los primeros que se presentan á los animales que mas tarde vuelven rabiosos.*

A consecuencia de esto, hay un verdadero pánico en esta población, pues ya son algunas las personas que han sido mordidas, y que han sido cauterizadas sus heridas. A pesar de ser públicos estos casos, la autoridad local de esta villa está mirándolos con indiferencia, tal vez, pues

no dicta la menor providencia por ahora p^a cortar de raíz un mal de tanta trascendencia, p^a la humanidad.

Son de esperar pues, medidas enérgicas encaminadas á destruir tanta multitud de perros vagabundos. Al gobierno toca mandar ponerlas en práctica sin la menor tardanza, si quiere evitar daños de consideración.

Dios guarde á V. S. muchos años. Bañolas 27 de Marzo de 1862

José Montada y Bordas Socio corresponsal de esa M. Y. Academia.

Muy Y. Academia de Medicina y Cirujía de Barcelona

El segon document (1862. lligall 44 doc. 27) és la resposta de l'Acadèmia al Dr. Josep Montada i Bordas, aconsella dirigir-se al Subdelegat del seu partit i aquest al Governador civil de la província per a que dictin les disposicions convenients. Aconsella l'Acadèmia l'ús de la cauterització completa i profunda en compte de l'ús de la pedra serpentina.

Arxiu RAMC. 1862 / lligall 44 / doc. 27

Esta Academia se ha enterado de la comunicacion de V. S. de 27 del ppdd con la que le participa la ineficacia de la piedra serpentina ó escorzonera para prevenir los efectos de la hidrofobia en un caso ocurrido en esa villa de Bañolas; y el pánico que reina en ella por vagar por sus calles muchos perros con síntomas de aquel terrible mal.

En su consecuencia la Academia ha acordado se manifestara á V. S. conforme lo verifico, la conveniencia de que se dirija al Subdelegado de este partido para que este á su vez lo haga al Sr. Gobernador civil de la Provincia, esponiendo cuanto motivó la comunicacion de V. S. á este Cuerpo, a fin de que pueda aquella

Autoridad Superior dictar las disposiciones convenientes para evitar las funestas consecuencias que amenazan á los habitantes de Bañolas; debiendo al propio tiempo hacer presente á V. S. la plena convicción de esta Academia de no poder sustituir con el uso de la piedra escorzonera la cauterizacion completa y profunda por los medios que el corte posee en los casos de mordedura de animales rabiosos asi como el placer con que recibirá cuantas noticias se sirva comunicarle sobre este asunto, asegurándole de la buena disposicion de este Cuerpo para secundar los laudables deseos de V. S.

*Dios guarde á V. S. ms as Barcelona 11 de abril de 1862
P. A. D: L. A. El Secretario de Gobierno
José Carreras*

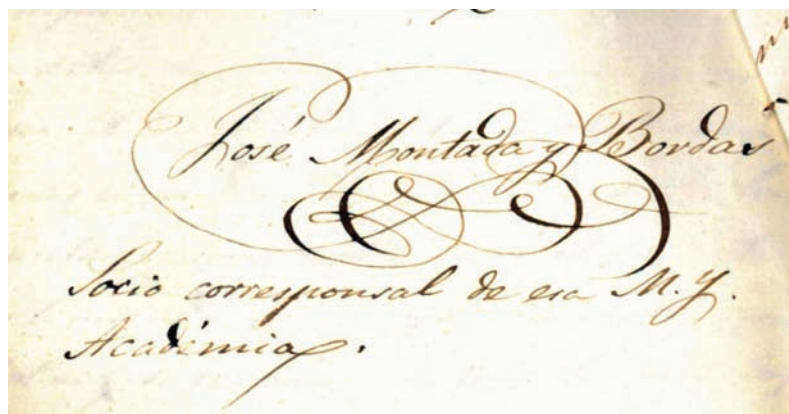
Sr. D. José Montada y Bordas, Socio corresponsal de esta Corporacion

5. Conclusió

Els manuscrits que s'han transcrit només fan referència a dos tipus de remeis alternatius (aquells que no queden recollits en els Edictes oficials) que es van utilitzar en èpoques de ràbia.

Molts altres remeis van ser emprats per intentar pal·liar aquesta greu malaltia i tot havent-t'hi Edictes (Arxiu RAMC. 1786 lligall 1 doc. 13 i 1830 lligall 7 doc. 23) i Informes publicats sobre les mesures preventives i curatives dels símptomes de la ràbia, sembla que alguns metges utilitzaven alguns d'aquests remeis normalment ineficaços, (sagnies, barreges d'herbes, opi, purgues, etc.), fruit segurament del terror que provocaven els símptomes d'aquesta terrible malaltia.

Aquest treball ha tingut un ajut de recerca de la Secció de Ciències Biològiques de l'Institut d'Estudis Catalans



José Montada y Bordas
Socio corresponsal de esa M. Y. Academia.

Signatura del Dr. Montcada i Bordàs

Medicina d'Occitània

ÉMILE DUHOURCAU (1847-1904), METGE A CAUTERETS (BIGORRA), CORRESPONENT DE L'ACADÈMIA DE MEDICINA DE BARCELONA (1886)

Jacint CORBELLA

Acadèmic numerari RAMC

Émile Duhourcau va ser un metge francès, exercint a Cauterets (departament d'Hautes Pyrénées, zona de Tarbes) en les temporades de bon temps, com a metge principalment d'estacions termals. Es dedicava doncs a la hidrologia mèdica. En les temporades d'hivern, com diu ell mateix a la carta d'agraïment a la Reial de Medicina, residia a Pau, ciutat gran del departament dels Pirineus Atlàntics. Aleshores no hi havia ni les estacions d'esquí ni altres activitats d'hivern. A Cauterets s'hi va construir, però, un enorme "Hôtel d'Angleterre". El seu diploma el va recollir el doctor Rodríguez Méndez, catedràtic d'Higiene de la facultat. En un treball anterior se'n dona una notícia breu, que aquí es fa més extensa, esmentant la seva extensa producció mèdica i analitzant-ne alguns aspectes.

Era de família originària de Saint Savin, en el mateix departament, i fou un personatge important de la vida local, essent alcalde de Cauterets. Va ser director de la "Revue médicale et sulfurique d'hydrologie et de climatologie pyrénéenne". Anava a bastants congressos, entre ells un a Sevilla l'any 1882; participava en les reunions de la Societat francesa (Société d'Hydrologie médicale de Paris), de la que fou membre corresponent nacional.

Quan el van elegir membre corresponent de Barcelona envia una carta des de Pau, data 21 d'abril de 1886, agraint aquest nomenament i explicant: "He llegit amb interès el reglament de l'Acadèmia i serà per a mi un plaer i un deure complir amb l'article que exigeix als membres corresponents que no passin més de dos anys sense mantenir alguna relació amb la docta corporació" "no passarà cap any sense que pugui oferir a l'Acadèmia algun treball nou...". Ho va complir durant algun temps, per sobre del que era costum en la majoria de membres. A les memòries d'inici de curs

del secretari general hi consten, alguns anys, els treballs que va trametre.

L'any 1873 va presentar la seva tesi de doctorat, quan encara no tenia trenta anys, a la facultat de París. El títol era "*Eaux minérales sulfureuses: études sur les eaux de Cauterets*", impresa per A. Parent, de París. Ja marca, doncs, la línia de treballs a la que dedicarà més atenció. Va seguir publicant amb una assiduitat remarcable. En els primers deu anys, fins el 1882, els va imprimir, excepte un, tots a establiments de París. Després al llarg del temps, el principal centre impressor serà Toulouse, però també en publica algun a Pau, Tarbes, el mateix Cauterets, a Clermont-Ferrand i encara alguns més a París.

En el segon: "*La sulfurométrie appliquée aux sources de Cauterets*", 1876, s'explica que era farmacèutic de primera classe, metge consultor de les aigües de Cauterets i "laureat" de l'Escola Superior de París. Hi ha doncs el vessant analític, orientat per la seva formació com a farmacèutic.

Entre les publicacions n'hi ha algunes amb més orientació sobre la composició de les aigües, en particular l'alcalinitat, la relació amb metalls i la metal·loteràpia, els aspectes geològics, i aspectes clínics i fins i tot etnològics. Més enllà hi haurà algunes referències històriques prou importants pels estudis locals. Cal dir ja en aquesta visió global la seva relació amb els escrits del doctor Jaume Ferran.

Aspectes clínics: s'explica la utilitat terapèutica de les aigües termals, específiques en la seva composició a cada lloc, pel tractament d'algunes malalties. Les de l'aparell respiratori i les ginecològiques estan entre les indicacions més importants, o si més no, més freqüents. En els treballs del primer temps, quan la visió farmacèutica, analítica, domina sobre la mèdica,

la clínica, hi ha la referència a *“Du traitement de la pleurésie chronique par les eaux thermales de Cauterets”* (1877); la tuberculosi laríngia (1885); la tuberculosi en general (1899); i també l'afonia nerviosa (1881); la sífilis (1883); el reumatisme crònic (1889); la diabetis (1898); i l'albuminúria (1900, 1901). Alguna obra seva, *“La diabète sucrée et son traitement hydrologique: étude comparative”* s'ha reimprès ja en el segle XXI, com a publicació que ja està lliure de drets, i també alguna altra.

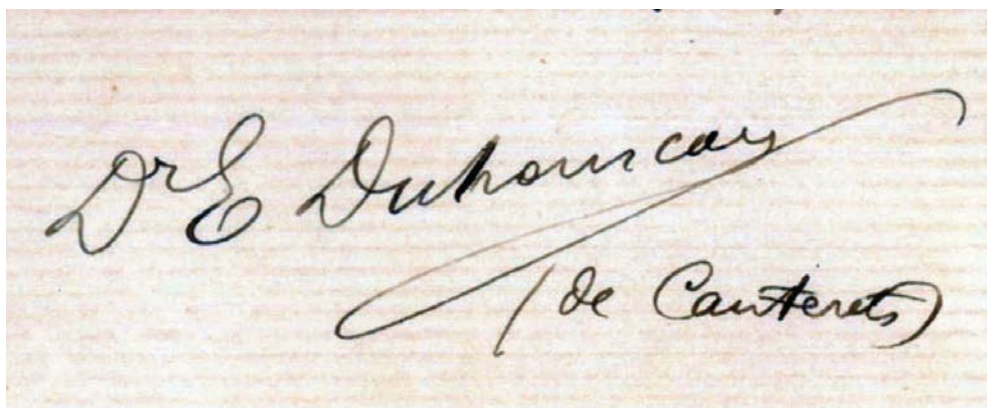
Cal dir que alguns treballs seus els té com a segon signant, essent el primer el doctor Félix Garrigou. Aquest era una personalitat científica important, metge, però també geòleg i prehistoriador. Era professor a Pau. També va ser president del Sindicat d'estacions termals dels Pirineus. Entre les seves obres cal esmentar, pel que fa a aquest tema: *“L'avenir des stations thermales des Pyrénées”* (1889).

Va tenir un cert ressò la seva memòria presentada al Congrés internacional d'Hidrologia de Biarritz el 1888, sobre *“Les eaux de Cauterets dans le traitement des maladies des femmes”*, aquesta vegada imprès a Tarbes. En un treball poc anterior (1886) *“Une ancienne coutume balnéaire de Cauterets: les frétayrés”*, recorda un hàbit que hi havia a la zona pel tractament de

l'esterilitat femenina: anar a prendre els banys, i sotmetre's a sessions de frotació, o fregues, fetes per homes. Aquí es pot pensar el que es vulgui, inclosa la picaresca. El resultat solia ser la solució dels problemes d'esterilitat, si més no en una proporció prou elevada. Es parlava, de les *“aygas empregnadéras”*. Gairebé un segle més tard un nét seu, Bernard Duhourcau, recorda aquest tema en el seu llibre *“Pyrénées Mistérieuses”*.

També hi ha treballs sobre aspectes més de tècnica. Així la introducció de *“Un nouvel albuminimètre et son réactif”* (1901); *“Un nouvel appareil d'humage à Cauterets”*, i també *“L'inhalation et l'humage dans diverses stations thermales et principalement à Cauterets”* (1890).

Atent als problemes que poguessin causar les aigües, finalment també cal recordar l'interès de Duhourcau per diversos aspectes de l'obra del doctor Jaume Ferran i la seva vacuna contra el còlera. Molt inicialment, ja l'any 1885, publica a Toulouse un escrit sobre *“Le peronospora Ferrani, agent infectieux du choléra et la vaccination cholérique”*. També *“Le choléra d'après le Dr. Don Jaime Ferran: la vaccination cholérique: les délégations scientifiques en Espagne”* (París, G. Carré, 1885). Igualment traduï el treball de Jaume Ferran, Inocenci Paulí i Amalio Gimeno *“L'inoculation préventive contre le choléra morbus asiatique”* (París, Société d'editions scientifiques; 1893).



Signatura del Dr. Duhourcau

Iconografia de L' Acadèmica



Medalla actual de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
S'ha respectat el nom antic de Barcelona