

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 Cirugía de Barcelona (1915-1931)

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

Anales de Medicina y Cirugía (1945-1982)

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

Any 102, Volum 91, núm. 363

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

SUMARI

VOL. 31

Núm. 3

JULIOL-SETEMBRE 2016

EDITORIAL	109
INGRÈS D'ACADÈMICS NUMERARIS	
L'adherència al tractament com a motor del canvi des de l'ús racional del medicament a l'ús responsable. <i>Antoni Esteve i Cruella</i>	111
Sobre la importància de la societat civil en el benestar d'un país. <i>Evarist Feliu i Frasnado</i>	116
INGRÈS D'ACADÈMICS CORRESPONENTS	
L'esclerodèrmia: tres segles després de Carlo Curzio. <i>Vicent Fonollosa i Pla</i>	123
El efecto de la muerte cerebral en ratas esteatóticas y no esteatóticas sometidas a trasplante hepático con acondicionamiento isquémico previo". <i>Mónica B. Jimenez Castro</i>	127
Innovaciones en nefrectomía parcial laparoscópica. Navegación astronómica. ¿Cómo conocer nuestra posición?. <i>Juan Antonio Peña González</i>	131
Cirurgia en càncer de colon de la gent gran. <i>Jaume Fdez-Llamazares i Rodríguez</i>	134
SESSIONS CIENTÍFIQUES	
La psiquiatria i el deure del metge de guardar secret. <i>Rogeli Armengol i Millans</i>	137
AUTOR CONVIDAT	
Jaume Alibau, natural de Sant Celoni. Director del Real Colegio de Cirugía Médica de Málaga. <i>Àngel Manuel Hernández i Cardona</i>	139
SESSIÓ NECROLÒGICA	
Dr. Josep Lluís Martí i Vilalta (Barcelona, 1946 – 2014). Mestre de la patologia vascular cerebral. In memoriam. <i>Romà Massot i Punyet</i>	145
PAPERS DE L'ARXIU.	
Casos de ràbia a Solsona. 1833. Veneno rabioso. <i>Àngels Gallegos i Paniello</i>	147
MEDICINA D'OCCITÀNIA	
Antoine Mizauld (c. 1510-1578), Metge, erudit i naturalista. Un exemple de l'evolució de les diferències en la valoració i difusió de les obres d'un autor. <i>Jacint Corbella i Corbella</i>	150
VIDA ACADÈMICA	153
ICONOGRAFIA DE L'ACADÈMIA	
Amfiteatre Anatòmic. Estàtua de Gimbernat	154

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA



ANY 2016 - VOLUM 31 - NÚMERO 3
JULIOL - SETEMBRE

ACADÈMICS NUMERARIS

Francesc Puchal i Mas	Joaquim Tornos i Mas
Josep M. Gil-Vernet i Vila	Miquel A. Nalda Felipe
Joan Sabater i Tobella	Josep A. Bombí i Latorre
Antoni Caralps i Riera	Miquel Vilardell i Tarrés
Jacint Corbella i Corbella	Marc A. Broggi i Trias
Joan Uriach i Marsal	Antoni Bayés de Luna
Ciril Rozman i Borstnar	Xavier Forn i Dalmau
Francesc Vilardell i Viñas	Ramon Segura i Cardona
Josep Traserra i Parareda	Lluís Guerrero i Sala
Josep Esteve i Soler	Jaume Bech i Borràs
Soledat Woessner i Casas	Francesc Jané i Carrencà
Antoni Cardesa i Garcia	Ramon Brugada i Terradellas
Josep M. Moragas i Viñas	Francesc Cardellach i López
Josep M. Caralps i Riera	Manuel Esteller i Badosa
Màrius Foz i Sala	Lluís Morales i Fochs
Gabriel Ferraté i Pascual	Miquel Bruguera i Cortada
Miquel A. Asenjo Sebastián	Jordi Palés i Argullós
M. Àngels Calvo i Torras	Xavier Iglesias i Guiu
Josep M. Domènech i Mateu	Emili Huguet i Ràmia
Carles Ballús i Pascual	Laureà Fernández-Cruz
Jordi Vives i Puiggròs	Celestino Rey-Joly
Edelmira Domènech i Llaberia	Joan C. Garcia-Valdecasas
Josep M. Mascaró i Ballester	Josep M. Grau i Junyent
Francesc Domènech i Torné	Carme Gomar i Sancho
Manuel Cruz Hernández	Evarist Feliu i Frasnado
Manuel Camps i Surroca	Antoni Esteve i Cruella
Lluís Salleras i Sanmartí	Manuel Trias i Folch
Jesús González Merlo	Julio Vallejo i Ruiloba
Lluís Masana i Marin	Josep Taberner i Catura (electe)
Joan Rodés i Teixidor	Elías Campo i Güerri (electe)
Guillem López Casasnovas	Arcadi Gual i Sala (electe)
Josep Carriere i Pons	Jordi Sierra i Gil (electe)
Romà Massot i Punyet	Borja Corcóstequi i Guraya (electe)
Joan Viñas i Salas	Antonio Alcaraz i Asensio (electe)

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

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

JUNTA DE GOVERN

PRESIDENT:	Joan Viñas i Salas
VICEPRESIDENTA:	Edelmira Domènech i Llaberia
SECRETARI GENERAL:	Jordi Palés i Argullós
VICESECRETÀRIA:	Carme Gomar i Sancho
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
Directora adjunta: Carme Gomar i Sancho
Secretària: Begonya Torres i Gallardo

CONSELL DE REDACCIÓ

Jordi Palés i Argullós (sec. 1ª)	M. Rosa Fenoll i Brunet
Màrius Foz i Sala (sec. 2ª)	Àngel Hernández Cardona
Josep Traserra i Parareda (sec. 3ª)	Carles Hervàs i Puyal
Lluís Guerrero i Sala (sec. 4ª)	Romà Massot i Punyet
Rogeli Armengol i Millans	Pere Miret i Cuadras
Miquel Balcells i Riba	Ferran Sabaté i Casellas
Rafael Battestini i Pons	Josep M. Simon i Tor

Coordinació editorial: Marc Xifró i Collsamata
Secretaria: M. Àngels Gallegos i Paniello

Impressió i Producció: Gràfiques Trialba

EDITORIAL

NOVAMENT L'ORTOGRAFIA. ALGUNS CANVIS EN LES NORMES

El dia 29 de setembre de 2016, penúltim del període que comprèn aquesta revista (juliol-setembre) el Ple de l'Institut d'Estudis Catalans (IEC) va aprovar la nova Gramàtica Catalana, i es van presentar les propostes de canvis ortogràfics que està previst aprovar en un proper Ple del mes de novembre. L'explicació va ser llarga i tècnica, i va anar a càrrec del doctor Vicent Pitarch, membre de la Secció Filològica, que actuà com a ponent. No hi hagué intervencions posteriors. Encara que es va presentar com una qüestió purament tècnica, cal l'aprovació del Ple i es poden presentar esmenes abans de la propera sessió. Tot i l'aspecte tècnic, l'endemà mateix els mitjans de comunicació, audiovisuals i escrits se'n van fer ressò bastant ampli.

Feta la feina tècnica, l'aprovació pot semblar un tràmit. Els canvis que es proposen són en nombre relativament petit, però alguns són sensibles, si més no per les persones que es responsabilitzen de la correcció dels textos que publiquen, ja siguin els autors, que no sempre s'hi esforcen, o els responsables de la publicació, per exemple les revistes i monografies de l'Acadèmia. I a vegades amb una certa urgència, perquè les revistes tenen uns terminis d'edició. Farem doncs, uns comentaris generals i altres puntuals.

Els generals es refereixen a terminis o dates d'entrada en vigor, si hi ha un període d'implementació o posada en vigor (es va parlar de cinc anys, escalonadament, però sense precisar), si cal esperar una nova edició del Diccionari de l'IEC, o si ja val amb el que es digui en els mitjans de comunicació, o en algun comunicat. El tema pot ser menor, però cal tenir una informació correcta, fiable (qui la dóna) i clara.

L'interès del tema és molt general, de fet afecta a tota la població, entre ells mestres i alumnes de llengua. A partir de quan en un dictat escolar, que té una correcció sovint immediata, o en alguna publicació, una certa grafia, ha de ser considerada com a "falta"? El canvi pot tenir repercussions econòmiques per fora del que puguin pensar qui els proposen. Per exemple en un concurs de TV3, com "El gran dictat", cal saber a partir de quan una paraula, per exemple si canvia d'escriure's

amb una "r" intermèdia, o amb dues "rr", és correcta o deixa de ser-ho. És el cas, en termes mèdics, dels mots "arítmia" i "otorino...", que ara hauran de passar a escriure's "arrítmia" i "otorrino...". Caldria preveure possibles impugnacions si un concursant erudit ho posa d'una manera i li invaliden, i per això deixa de guanyar el "pot". També, i molt més a prop, en el cas de les nostres revistes, quan un cardiòleg escrigui sobre les "arítmies" (avui encara va d'aquesta manera). I no diguem ja de l'actualització dels correctors automàtics de text, o dels traductors automàtics.

Potser també cal fer un suggeriment als membres de la secció Filològica, que són realment l'Acadèmia de la Llengua Catalana. Tenir en compte l'experiència dels correctors de textos, en relació a la freqüència dels errors o "faltes" que han de corregir. Potser ho han fet, però no ho sembla. O sigui "atacar" les parts més sensibles.

Pel que fa als **accents diacrítics** ara en queden només 14. Si es deixessin sense accent les formes verbals "és" i "són", s'estalviarien un bon percentatge de les "faltes" que es marquen. La possible confusió seria molt inferior als "errors" que es fan ara.

En el cas de "és", no es té mai en compte la pronúncia amb "e oberta", pròpia de moltes persones de l'Empordà, que faria posar, en tot cas, un accent greu.

Pel que fa als **apòstrofs**. Si se simplifiqués la norma dient que sempre, davant de totes les vocals inicials de paraula, s'ha de posar un apòstrof (en el cas que vingui després de l'article (el, la), o de la preposició "de", o altres formes menys freqüents, és a dir que no s'hagués de dubtar perquè es posa sempre. Ens estalviaríem moltes correccions i ajudariem els qui ara s'equivoquen.

Altres aspectes concrets afecten als **noms compostos**. Sovint en el llenguatge tècnic s'ajunten dues paraules formant-se una de sola més llarga. El problema es planteja si la primera acaba en vocal i la segona també hi comença. A la sessió esmentada de l'IEC es van esmentar, entre altres, els mots "arterioesclerosi" i "cardioespasme". Fins ara la primera vocal del segon mot

(que en aquest cas és una “e”, no calia escriure-la, adaptant la grafia a la pronúncia més habitual, que tendeix a la contracció. Ara es proposa mantenir la segona vocal. Des d’un punt de vista estrictament mèdic és indiferent, el tractament serà el mateix amb una o les dues vocals al mig del terme llarg. A l’hora de fer un treball escrit ja pot haver-hi dubtes. La pregunta és: Per què fins ara era correcte, i ara ha de deixar de ser-ho. Per criteris filològics? Doncs si que han tardat temps a donar-se’n compte, perquè la “radioactivitat” ja s’hi escriu amb les dues vocals.

El cas dels **guionets** ja pot ser més polèmic. Fa pocs anys se’n van treure molts i en realitat pels qui escrivim, sense responsabilitats filològiques, ens és indiferent. El

meu consell seria: posin una norma que sigui general i clara, amb les excepcions que calgui, si en cal alguna, i deixin el tema tranquil. Tinguin un criteri tècnic, però que sigui estable, el que no vol dir que sigui inamovible. He adoptat aquest to, perquè em sembla que aquí es passen. Perquè és un tema bastant poc transcendent per a la gent normal, poc important diria. En tot cas s’ha de dir que en termes científics llargs, formats per unió de diversos components, per exemple en el nom d’alguns compostos de química orgànica, la presència de guions permet entendre més bé el significat del terme. El que també passa, i aquesta vegada per sort, és que són prou tècnics que encara no hagin arribat al diccionari.

Jacint CORBELLA

Ingrés d'Acadèmics numeraris

L'ADHERÈNCIA AL TRACTAMENT COM A MOTOR DEL CANVI DES DE L'ÚS RACIONAL DEL MEDICAMENT A L'ÚS RESPONSABLE

Antoni ESTEVE i CRUELLA

Resum del discurs d'ingrés llegit el dia 29 de Maig de 2016

Les aportacions dels medicaments en la millora de la salut de les persones han estat i estan, avui dia, completament fora de tota discussió. Ha estat sobretot durant el darrer segle quan els nous fàrmacs han contribuït d'una manera substancial a la prevenció, l'alleujament i el guariment de malalties, el que ha comportat l'estalvi d'innombrables vides humanes. Però perquè aquests medicaments actuïn i siguin eficaços cal tenir en compte molts factors i, a més, cal també un acurat seguiment de tots els seus efectes per evitar possibles repercussions desconegudes i no desitjades. I entre aquests molts diversos factors que cal tenir en compte es podria destacar la, no sempre degudament considerada, adherència als tractaments.

Es disposa de suficient informació que evidencia que els malalts, en general, no són rigorosos a seguir les pautes de tractament prescrites pels facultatius. Les conseqüències d'aquesta manca d'adherència són molt significatives tant en la progressió de la malaltia i en les seves complicacions, com per la possible reducció de les habilitats funcionals, la pèrdua de qualitat de vida, la menor capacitat productiva o fins i tot incidint en l'augment de la mortalitat. A més, l'impacte va més enllà de la salut i abasta també repercussions econòmiques, que en la gran majoria dels casos podrien resultar evitables.

Com en tot, no es pot entendre un comportament humà en la seva totalitat, per habitual i familiar que ens sigui, si no n'entendem les arrels, els avenços que s'han fet en el seu estudi i els seus protagonistes. De fet, reunint tot aquest coneixement pot ser una bona manera d'arribar a esbrinar quines són les claus fonamentals per al seu abordatge.

L'adherència és un fenomen tan antic, que ja al segle IV aC., Hipòcrates, considerat el pare de la Medicina, va observar que «Els pacients sovint menteixen quan diuen que s'han pres la seva medicació».

L'any 2003 l'OMS va definir adherència com «el grau en el qual la conducta d'un pacient, en relació amb la presa de la medicació, el seguiment d'una dieta o la modificació d'hàbits de vida, es correspon amb les recomanacions acordades amb el professional sanitari». Aquesta definició es basa en la proposta que el 1976 van fer Sackett, Haynes i els seus col·laboradors pel terme compliment. La principal diferència és que l'adherència requereix el consentiment del pacient amb les recomanacions rebudes, això expressa una col·laboració activa entre el professional sanitari i el pacient en la presa de decisions que afecten la seva salut, establint un ús responsable de la medicació i comptant amb el compromís del metge i farmacèutic per crear un clima de diàleg que faciliti la presa de decisions compartides.

Resulta primordial comptar amb recursos o tècniques que ens ajudin a mesurar el grau d'adherència dels pacients als tractaments. La mesura s'ha de poder aplicar en qualsevol de les fases de l'adherència, la iniciació del tractament, l'execució de les pautes i la discontinuació, i ha de permetre conèixer amb prou precisió els resultats en salut que es poden esperar d'un determinat tractament farmacològic. Els mètodes de mesura de l'adherència poden ser de tipus directe, o bé, indirecte.

Els mètodes directes estan basats en l'observació directa de la ingesta de la medicació i en la determinació del fàrmac en sang, o en qualsevol altre fluid orgànic. Es tracta de mètodes força objectius, molt específics i que proporcionen els majors percentatges de no adherents. La seva precisió contrasta però amb la seva complexitat i cost elevat. Per tant, sols s'empren per al control de medicaments amb un rang terapèutic estret o en la gran majoria d'assajos clínics. Això fa que estiguin fora de l'abast de l'atenció primària.

Els mètodes indirectes són més senzills i econòmics, per la qual cosa tenen més aplicabilitat en la pràctica clínica habitual. Presenten, però, l'inconvenient de no

ser prou precisos i objectius. La informació la proporcionen els malalts, els familiars o el personal sanitari. Els mètodes indirectes tendeixen a sobreestimar la correcta adherència als tractaments, per tant, només identifiquen una petita part dels no adherents. Malgrat les seves limitacions, aquest tipus de mètodes poden resultar molt interessants a l'hora de diagnosticar problemes generalitzats d'adherència i formular polítiques per combatre el problema.

En l'actualitat no es disposa d'un mètode únic homogeni, ni d'una metodologia de referència. D'aquesta manera, segons el mètode emprat, es generen resultats molt divergents. Esdevé imprescindible doncs en primer lloc desenvolupar un mètode d'avaluació homogeni, senzill d'aplicar i que no impliqui una despesa addicional per al sistema sanitari.

Els factors que determinen la falta d'adherència tal com conclouen nombrosos estudis no depèn d'un únic element o factor clau que determini la predicibilitat de l'adherència, sinó que es tracta d'una multiplicitat de causes, generalment interrelacionades entre si.

Atesa aquesta pluricausalitat, l'OMS recomana classificar els factors o causes en cinc categories diferents segons si es relacionen amb: 1. el malalt; 2. la malaltia; 3. la teràpia; 4. els professionals i el sistema sanitari, i 5. els aspectes socioeconòmics. Cadascun d'aquests factors pot incloure diferents subcategories que també tenen un impacte important sobre l'adherència.

Caldria també matisar que aquesta classificació proposada és generalista i que, en cap cas, atén les diferències entre països. Per tant, no tots els elements considerats són aplicables al territori espanyol. Els factors relacionats amb el malalt inclouen factors demogràfics difícilment modificables com són l'edat i el sexe. A Espanya trobem que les dones són més adherents que no pas els homes i que amb l'edat s'incrementa l'adherència. Analitzant la influència del nivell de formació del malalts'observa l'existència d'una relació inversa entre aquest factor i els valors d'adherència. També relacionat amb les funcions cognitives del pacient, la pèrdua de memòria i oblidar-se de prendre la medicació és una de les causes més freqüents d'incompliment. Conthe i col·laboradors demostren que entre el 23 i 73% dels pacients analitzats atribueixen a l'oblit la manca d'adherència als tractaments prescrits. Els factors relacionats amb la malaltia constitueixen un altre factor que cal tenir en compte. L'estat de la malaltia influeix en el grau d'adherència al tractament en funció de l'absència o existència

de símptomes, en funció de la gravetat de la malaltia, la millora clínica i la durada de la malaltia. La comorbiditat també influeix l'adherència, de manera que en malalts diagnosticats amb una única malaltia el percentatge de no-adherència és significativament superior en comparació dels malalts afectes de dues o més malalties.

Respecte als principals factors associats a la teràpia cal considerar la complexitat del tractament, la presència d'efectes adversos, l'efectivitat dels tractaments, la conformitat amb la prescripció, la flexibilitat en l'elecció del tractament i la durada d'aquest.

De la mateixa manera, cal prestar especial atenció als factors condicionants associats amb els professionals i el sistema sanitari. Dins d'aquests, cal considerar característiques concretes com les barreres en l'assistència sanitària, la informació proporcionada als pacients respecte al tractament i a la malaltia, la comunicació i relació entre els professionals que intervenen en el control del malalt i la seva malaltia, especialment en pacients crònics amb comorbiditats.

Per últim, com a factors de tipus socioeconòmic es consideren aquells relacionats amb la capacitat econòmica del pacient i, consegüentment, amb la seva situació social, com és el suport familiar, l'estigma social de la malaltia, la cobertura sanitària, el cost de la malaltia, les condicions de vida o l'estat laboral, entre molts altres.

Segons les dades de què es disposa a l'actualitat el 50% dels malalts no s'adhereixen al tractament prescrit. És a dir, per una sèrie d'ineficiències, un de cada dos malalts no farà un adequat ús del medicament (dosi, pauta, interval, etc.) després que els professionals sanitaris l'hagin atès, hagin invertit el temps necessari en la consulta i li hagin garantit l'accés a un medicament amb càrrec a les arques públiques.

En pacients hipertensos s'ha estimat una adherència del 40%, nivells baixos en comparació d'altres processos crònics com la diabetis on és d'un 56%, en pacients amb malaltia pulmonar obstructiva crònica l'adherència també es baixa, al voltant del 41%. En l'extrem contrari, apareixen malalties com la sida, on actualment i gràcies als avenços recents, el grau d'adherència és excepcionalment bo amb valors propers al 80%.

Si les dades actuals d'adherència són realment preocupants, més s'haurien d'esforçar els diferents agents implicats per millorar-les si es tenen en consideració les perspectives immediates de futur. La magnitud d'una

inadequada adherència es magnifica si analitzem les dades disponibles respecte a la longevitat, la cronicitat i la polimediació. Quant a l'esperança de vida, Espanya ocupa un molt digne quart lloc d'acord amb el llistat que inclou els 182 països considerats desenvolupats i el setè lloc a nivell global.

Quant a la cronicitat i la polimediació, es disposa de l'informe del Pla d'estratègia per a l'abordatge de la cronicitat en el Sistema Nacional de Salut. Aquest document constata que cronicitat i polimediació estan altament relacionades, és a dir, els malalts crònics al llarg del temps requeriran un tractament més plural. A més, s'evidencia que fins al 40% dels pacients pluripatològics de l'atenció primària presenten tres o més malalties cròniques. D'aquestes, el 94% requereix polimediació, per la qual cosa és important que aquests pacients segueixin una bona estratègia d'adherència terapèutica per assegurar un millor control de la malaltia.

Malauradament no es disposa d'estudis publicats realitzats al territori espanyol que analitzin objectivament les repercussions mèdiques i econòmiques d'una inadequada adherència. Únicament disposem de la informació d'un estudi pendent de publicar que analitza l'impacte de la no-adherència concretament en dues malalties cròniques i pacients polimedcats. D'una banda, avalua pacients sotmesos a prevenció secundària de malaltia cardiovascular i, de l'altra, malalts tractats per la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC). L'estudi compara els resultats en salut i els costos d'una cohort adherent i una altra de no adherent. Atès que no hi ha precedents disponibles, la metodologia d'aquest estudi ha estat avalada tant per experts en economia de la salut com per professionals de referència en el tractament d'aquestes malalties.

En la prevenció secundària de la malaltia cardiovascular s'observa que l'augment de només un punt en l'adherència en la població no complidora, suposaria 1.291 morts menys i 1.108 esdeveniments cardiovasculars evitats. Amb una millora de 10 punts percentuals en l'adherència es podrien evitar més de 8.700 morts i 7.650 esdeveniments cardiovasculars, amb un estalvi de 75 milions d'euros derivats. Respecte a l'anàlisi de l'adherència en la MPOC les dades han estat també força sorprenents. Millorant un punt percentual en l'adherència s'evitarien 21.000 exacerbacions o aguditzaci-

ons, a més d'evitar més de 1.000 morts en dos anys. Si l'augment de l'adherència fos de 10 punts en la població no adherent, suposaria un estalvi de 80 milions d'euros i més de 190.000 exacerbacions evitades.

De forma inequívoca s'accepta l'impacte positiu que molts dels tractaments innovadors han tingut en l'evolució de les malalties i en la qualitat de vida de la població. Per aconseguir-ho s'han hagut de realitzar molts estudis tant a nivell preclínic com en recerca clínica. Els resultats que s'obtenen del complex desenvolupament clínic d'un nou fàrmac serveixen per establir els criteris d'eficàcia i de seguretat que permeten establir les recomanacions pertinents per a la seva utilització. Posteriorment, tota aquesta informació servirà per a l'ús del medicament en la pràctica clínica habitual, és a dir, en pacients quotidians. Per tant, fonamentalment es passa d'uns models d'estudi i ús dels medicaments rigorosament controlats en l'entorn dels assajos clínics, a unes situacions mèdiques imprevisibles i amb una diversitat de pacients molt lluny dels previstos en les fases de recerca.

La recerca de nous medicaments és un procés complex, que requereix una gran especialització per part dels investigadors, de grans recursos de tot tipus, també econòmics, i de l'assumpció d'un elevat risc pròpiament tècnic, però també comercial. El preu vindrà determinat pel valor terapèutic percebut per a aquest nou producte, així com per l'estalvi econòmic que generarà amb el seu ús. L'elevat preu d'alguns nous medicaments condicionarà significativament els exercicis pressupostaris dels sistemes sanitaris públics fins el punt d'arribar a qüestionar l'accés dels nous productes als pacients que els necessiten.

Propostes sobre resultats terapèutics o en salut, basats en el finançament condicionat a resultats i el pagament a través d'acords de risc compartit, parteixen d'un model d'eficàcia terapèutica obtinguda en un entorn ideal, en el qual el pacient ha tingut, en la gran majoria dels casos, una administració dels fàrmacs enterament supervisada. Per tant, l'eficàcia terapèutica del nou fàrmac, sota la qual s'ha d'establir un acord de preus, podrà diferir de manera molt significativa si els pacients, que seran subjectes d'aquest acord i en base dels quals es contrastarà l'eficàcia amb l'efectivitat, tenen conductes incorrectes en relació amb la presa de la medicació.

Després de l'exhaustiva revisió del tema i d'un diagnòstic precís de la importància de l'adherència als tractaments farmacològics, cal assumir la corresponent responsabilitat proposant algun tipus d'iniciativa per a la seva implicació en termes de salut, de professionalitat, d'aspectes econòmics i de sostenibilitat del propi sistema sanitari.

S'han identificat algunes iniciatives a Europa i a Espanya que han intentat, des de diferents nivells, amb diferents enfocaments –clínic o socials– i amb diferents fonts de finançament –públiques o privades–, abastar el tema de l'adherència. Cap, però, no ha assolit millores sostenibles en el temps, ni ha comptat amb un enfocament multidisciplinari, que és el que des dels anys 70 els experts en la matèria han estat demanant.

És absolutament necessària la pràctica col·laborativa entre tots els professionals sanitaris que participen en el sistema, assumint la responsabilitat que els correspon, no tan sols a nivell individual sinó també a nivell col·lectiu. I la responsabilitat dels pacients que també han d'assumir envers la seva pròpia salut i la utilització equitativa dels recursos públics. Així, haurem d'implicar tots els membres de la xarxa assistencial en la millora de l'ús responsable dels medicaments en un escenari on l'adherència tindrà cada vegada major rellevància.

Des de l'Associació Nacional Empresarial de la Indústria Farmacèutica, Farmaindustria, hem impulsat un projecte fonamentat en el convenciment i en l'aspiració d'aportar el nostre gra de sorra. Es tracta de convocar a tots aquells que participen en la bonica i noble tasca de vetllar per la salut dels nostres ciutadans. I entre tots proposar d'iniciar plegats un projecte únic amb un alt impacte en salut i també social. Mitjançant un abordat-

ge ben planificat i sense marge d'error es persegueix l'objectiu de millorar l'adherència al tractament farmacològic en la nostra població i contribuir a la sostenibilitat financera del sistema sanitari.

Des de finals de l'any 2015, s'està treballant de manera conjunta amb més de 20 societats científiques, els diferents col·legis professionals, com el Consell General de Col·legis de Farmacèutics i el Consell General de Col·legis de Metges, les associacions de pacients a través de la Plataforma d'Organitzacions de Pacients, del Fòrum Espanyol del Pacient i de la Fundació Edat i Vida i un grup d'experts en la matèria. Tot ens hem congregat per engegar plegats el projecte que hem denominat **Pla d'adherència al tractament i ús responsable del medicament**.

Necessitarem un pla robust, tant des de la seva perspectiva estratègica com pel seu contingut operatiu, i és així com la seva construcció és complexa i ambiciosa perquè, del que es tracta, és de poder arribar tan lluny com sigui necessari, influint en el pla educatiu i formatiu garant de la seva perpetuïtat.

S'ha estructurat un pla sobre diversos pilars, en els quals es poden definir les iniciatives, adaptades als seus condicionants individuals i, quan sigui necessari, combinar diverses estratègies per optimitzar-les. De la mateixa manera s'ha acordat que les iniciatives encaminades a millorar l'adherència han de ser fàcils de monitorar, adaptables als diferents problemes de salut i han de comptar amb indicadors adequats per a la seva avaluació, assegurant així la seva continuïtat en el temps.

El Pla d'adherència al tractament i ús responsable del medicament s'ha creat precisament amb aquesta



intenció. Arrenca des d'una perspectiva original, innovadora, col·laborativa, oberta i ambiciosa. Pretén compartir amb tots els que conformem la realitat del nostre sistema sanitari un projecte fonamentat en un objectiu únic, la salut del pacient. Es tracta d'una proposta que vol sumar esforços entre tots els actors per, de manera eficient i sostinguda, promoure l'adherència al tractament farmacològic, mitjançant un abordatge integral que actua sobre tots els factors que la debiliten. Com

hem pogut veure, si s'aconsegueixen millorar progressivament les ràtios d'adherència, els resultats en salut seran espectaculars, així com també ho seran en cost econòmic, és a dir, per a la qualitat i sostenibilitat del sistema sanitari. A més, és un projecte engrescador que, sense cap mena de dubte, descriurà el camí cap a l'excel·lència científica i mèdica.

Ingrés d'Acadèmics numeraris

SOBRE LA IMPORTÀNCIA DE LA SOCIETAT CIVIL EN EL BENESTAR D'UN PAÍS

Evarist FELIU i FRASNEDO

Excel·lentíssim Senyor President; Molt il·lustres Senyores i Senyors acadèmics; Excel·lentíssim Senyor Josep Carreras; Molt estimats amics i amigues; Senyors i Senyores,

ELS TRES FACTORS

El dia 7 d'abril de 2015 vaig rebre amb gran satisfacció el comunicat dels Profs. Joan Viñas, president de la RAMC, i Jordi Palés, secretari general de la RAMC, en què m'informaven que havia estat elegit per ocupar una plaça d'acadèmic numerari en la Secció Segona de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. El nomenament va ser per a mi una notícia molt agradable i carregada d'emoció, per la qual cosa, els estic molt agraït. Poder servir la RAMC, treballant al costat dels que han estat els meus estimats mestres, professors i companys de carrera i d'hospital, representa per a mi un gran honor i un fet entranyable i de gran valor personal. Els afirmo que procuraré no defraudar-los i fer-me mereixedor de la confiança que han dipositat en mi.

Permetin-me agrair, en primer lloc, al professor Ciril Rozman que hagi acceptat respondre el meu discurs i els Profs. Soledad Woessner i Celestino Rey-Joly per ser els meus padrins en un dia tan assenyalat per a mi i la meva esposa com el d'avui. Moltíssimes gràcies.

En el meu treball assistencial diari he combinat la clínica, el laboratori i la gestió, primer a l'Hospital Clínic de Barcelona (HCB) i després a l'Hospital Germans Trias i Pujol (HGTiP) i a l'Institut Català d'Oncologia (ICO) a Badalona. A més, he procurat ensenyar Medicina a 40 promocions, primer a la UB i després a la UAB, i he investigat sobre les malalties de la sang.

I tot això ho he pogut arribar a fer per tres factors, que han estat cabdals: el primer, **la família**, en particular la meva estimada esposa, Maria Antònia, amb qui hem compartit aquest camí de pujades i baixades que és la vida durant quasi cinquanta anys i els nostres fills Jesús i Cristina. Billy Wilder ho va dir així: *"Fa quasi cinquanta anys que estic amb la mateixa dona. Jo he*

tingut molta sort i ella una santa paciència". El meu cas és molt semblant, per no dir quasi idèntic. Bob Hope ho va dir d'aquesta manera: *"Cap home pot triomfar sense el consentiment de la seva dona"*. Doncs això també m'ha passat a mi.

En segon lloc, els **meus estimats mestres**, els Drs. Eduard Simó i Soledad Woessner i els Professors Pere Farreras-Valentí i Ciril Rozman, així com el Prof. Manuel Cruz Hernández, el meu predecessor en el lloc que haig d'ocupar a la RAMC, que han estat per a mi un model a seguir. No hi ha res en aquesta vida que pugui marcar tant una persona com la força d'un model. Els puc afirmar que els meus models han estat per a mi uns extraordinaris referents de grandesa científica i han condicionat molt el tipus de metge que he acabat sent. I és ben cert que un bon mestre és un tresor i d'ell o d'ella, no te n'oblides mai més, com també ho és que sense grans mestres i professors de Medicina no hi pot haver grans metges.

Quan miro aquest magnífic auditori en què ens trobem, m'adono que entre els Molt Il·lustres Senyores i Senyors acadèmics hi ha molts mestres, professors i amics presents i absents, als quals tant i tant els dec.

Al Talmud, al capítol dels Pares es diu: *"Si un aprèn d'un company un paràgraf, o una sentència, o un vers, o una dita, o, fins i tot, una sola lletra, ha de retre-li homenatge"*.

Rebin tots vostès el meu homenatge més sincer per totes les seves ensenyances.

En tercer lloc, **els diferents equips** dels quals he format part en el decurs de la meva vida científica, en uns com a actor de repartiment i en altres com a protagonista. No hi ha dubte que el secret de l'èxit és un bon equip i que avui en dia no es pot fer gaire cosa de valor treballant sol, perquè ningú és absolutament complet per si mateix i perquè tot professional té alguna cosa a ensenyar a la resta de companys i molt a aprendre'n. Es tracta de treballar seguint el lema dels mosqueters "un per a tots i tots per a un". Joan Carbonell, un home savi i bon amic de la pagesia de Cabrera amb una intel·ligència natural privilegiada, sempre em deia que "un

jefe bo amb un equip mediocre no pot tirar, mentre que un jefe mediocre o dolent amb un bon equip pot tirar". Pau Casals ho deia així: "Quina felicitat quan tingui el més gran dels instruments: l'orquestra". El fonamental és tenir l'habilitat d'escollir bé a l'hora de constituir l'equip, si és possible cercant col·laboradors millors que nosaltres i plens de talent, capacitat creativa i perseverança. Bons músics faran sempre una bona orquestra.

La confiança dipositada en les persones del meu equip ha estat clau a la meua vida i mai he perdut de vista el fet que els directors no tenim més poder que el que els altres ens concedeixen amb la seva voluntat d'obeir.

Dit això, hi ha determinades persones que les he tingut molt a prop al llarg de la meua vida i em permetran que les citi avui aquí en senyal del meu agraïment, com els Drs. Joan Bladé, Lluís Berga, Fuensanta Millá, Josep M^a Ribera, José Tomás Navarro, José Luis Sánchez, Ricardo Castillo, Enric Lience, Albert Bové, Francesc Solé, Juan José Navas, Marius Foz, Anna Carreres, Enric Carreras, Toni Rimola, i els Srs. José Antonio Dotú, Toni García, Albert Carreras, Josep Carreras, Ma. Antònia Careras, Carles Esquerré, Alfonso Santiago, la meua secretària l'Anna Woessner i els Srs. Joan i Núria Blanc, Marcel i Pilar Pascual, Jordi i Aurora Canyameres i Gerardo i Esperanza Rocafort.

El meu record molt especial per a tots els malalts que he visitat al llarg de la meua vida i les seves famílies. Amb tots ells he après lliçons d'humilitat, compassió i fortalesa, mentre anava interioritzant els conceptes ètics i morals que sorgien de la meua relació amb ells, per procurar desenvolupar el meu treball de metge de la forma més humanitzada possible.

SOBRE LA IMPORTÀNCIA DEL PAPER DE LA SOCIETAT CIVIL EN EL BENESTAR D'UN PAÍS

Els drets humans

William Beveridge, un dels grans responsables de la creació dels plans socials avançats, afirmava que els cinc gegants que atempten contra l'estat de benestar són: la malaltia, l'atur, la misèria, la ignorància i la insalubritat.

En la Declaració Universal dels Drets Humans de les Nacions Unides de l'any 1948 es deia que *"Tots som iguals davant la llei i que tota persona té, entre d'altres, els següents drets: dret a la seguretat social; a l'educació, que ha de ser gratuïta, almenys en la instrucció elemental; a vacances periòdiques pagades; a la salut*

i al benestar; a l'alimentació; al vestit; a l'habitatge, a l'assistència mèdica i a assegurances en cas de desocupació, malaltia, invalidesa, viduitat i vellesa..."

Han passat quasi setanta anys d'aquesta declaració i segueixen arribant pasteres d'una Àfrica arruïnada per les guerres i la sida i riuades de persones procedents d'una Síria embogida, que el primer que necessiten és menjar i ser ateses mèdicament per poder només sobreviure físicament i que motiven un gran sentiment de pietat pel seu patiment.

El 25 de setembre de 2015 les Nacions Unides van acordar un manifest pel qual els països tindran l'oportunitat d'adoptar un conjunt d'objectius globals per acabar amb la pobresa, protegir el planeta i assegurar la prosperitat per a tothom, com una part del nou programa pel desenvolupament sostenible. Cada objectiu té metes específiques que han d'aconseguir-se els propers quinze anys i cadascun dels següents actors ha de fer la seva part: Govern, sector privat, societat civil i gent com tots nosaltres.

Jean Fabre, representant de l'ONU, ens diu que per viure una vida digna el primer que es necessita és l'accés a l'aigua. En efecte, el Prof. Berga ens diu que tenir accés a l'aigua potable ha salvat tantes o més vides que els antibiòtics i les vacunes junts. Després, l'accés als serveis de salut i als aliments, a la primera educació i a l'habitatge.

Però avui en dia, en els inicis del tercer mil·lenni, quan una part molt gran de la humanitat el que demana és poder alimentar els seus fills, hi ha una bomba silenciosa que és el problema de la indiferència d'una societat que procura només per a si mateixa i que expandeix la seva ona explosiva a les societats de molts països. En efecte, al segle passat hi ha hagut un gran progrés tècnic i científic però això ha anat paral·lel a un gran egoisme, una bona dosi d'inhumanitat i un vergonyós desenvolupament de la injustícia social, que no han contribuït gens a resoldre les grans desigualtats existents. Sovint passa, que quan tenim de tot i vivim en una societat rica, la resta del món ens importa més aviat poc. Contribuir a vèncer tot això i passar de les polítiques del "tot per a alguns" a les d'"alguna cosa per a tothom" podria ser el millor propòsit de la humanitat per al segle XXI.

El benestar social i la societat civil

S'entén per benestar social el conjunt de factors que participen en la qualitat de vida de les persones en una

societat i que porten a la satisfacció humana. Per contribuir a garantir aquest benestar, la Generalitat de Catalunya va crear el Departament de Benestar Social i Família, que atén dones i homes joves i ancians, famílies, nens i adolescents, immigrants, gais, lesbianes, transsexuals, nens acollits i adoptats, malalts discapacitats i persones dependents. Però la prosperitat d'un país no la construeixen només els governs, sinó el treball conjunt de tots els sectors: ciutadans, governs, empreses, institucions científiques i fundacions, entre d'altres. És ben cert que sense el contrapoder de la societat civil davant de l'Estat, no pot haver-hi progrés real, com també ho és que moltes vegades són els mateixos governs els que destorben les iniciatives i el progrés dels ciutadans; començant, per exemple, per la desconsideració que aquells fan dels recursos emprats en ciència, malgrat que aquesta sigui la gran responsable del benestar actual. Aquests recursos són considerats no com una inversió, sinó com una despesa, a conseqüència de l'estat de ruïna econòmica en què es troben molts estats, immersos a la vegada en un entorn de crisi i de corrupció, on l'avarícia desmesurada d'uns quants ha posat en perill el futur de molts. A més, també val a dir que és molt preocupant la indiferència cap a la ciència que es viu a Espanya per part d'un elevat percentatge de la població.

El problema que sorgeix és que els governs i les seves respectives administracions no arriben a tot arreu, tant pel que fa a mitjans humans com econòmics, bé sigui per la disminució dels recursos disponibles o per la prioritització que se'n fa. I aquí és on entra en joc el paper de la societat civil, entesa com el conjunt de les organitzacions i institucions cíviques voluntàries i socials que formen la base d'una societat activa, complementant les estructures de l'estat i de les empreses i que tenen com a braç executiu les denominades entitats sense afany de lucre (ENL), una bona part de les quals configuren l'anomenat tercer sector.

Es tracta d'organitzacions sense propòsit de guanys materials ("*non profit*") que treballen pel progrés, el desenvolupament o el bé comú de la societat, amb un enfocament cap a certs col·lectius o persones amb necessitats especials o generalment vulnerables (nens, ancians, grups de delinqüents o problemàtics, joves sense accés a l'educació o al treball) o bé orientats a cobrir altres aspectes de la societat en què es poden arribar a aconseguir efectes positius (ecologia, medi ambient, espècies en perill d'extinció, recerca científica, millora de l'educació, art, caritat, llengua).

Es tracta, doncs, d'una espècie de "comunió laica" entre éssers humans per un projecte comú destinat a ajudar els altres. Com que vivim en una societat amb problemes tan nombrosos i tan greus no hi ha cap dificultat a trobar un tema en què podem decidir dedicar-nos a treballar per intentar solucionar-lo o millorar-lo

Convé recordar que una ENL pot ser administrada per persones assalariades, doncs, per més bons i nobles que siguin els conceptes de solidaritat i servei als altres, no ajuden a pagar la hipoteca. A més, en molts casos, hi ha programes de voluntariat per donar suport als fins socials de les fundacions amb aportació de temps i/o diners.

Una fundació és una organització dotada de personalitat jurídica pròpia i que es caracteritza per perseguir, sense ànim de lucre, fins d'interès general a favor d'un col·lectiu genèric. Els qui constitueixen la fundació s'han de desprendre d'una part dels seus béns i drets a favor d'aquesta, la qual passarà a ser-ne el titular. La fundació és governada per un òrgan col·legiat anomenat patronat i integrat pels patrons, que poden ser, tant persones físiques com persones jurídiques i, en aquest últim cas, públiques o privades.

Les fundacions i la fiscalitat

Una fundació és un ésser viu que té ànima i es mou constantment, i té una organització molt similar a la d'una empresa comercial. Malgrat que les fundacions no actuïn per a generar beneficis econòmics, poden necessitar generar ingressos per a finançar llurs activitats. No obstant això, aquests ingressos poden ser limitats o, fins i tot, restringits legalment. Normalment reben fons d'entitats públiques o privades i, en el darrer cas, depenent del país i la legislació, aquests fons poden ser deduïbles en impostos. Per exemple, en alguns països més avançats, una bona part dels recursos per a la recerca procedeixen de la societat civil.

Gràcies al mecenatge, als Estats Units (EUA) floreixen nombroses universitats i instituts científics. Les xifres d'ajuda privada estan per sobre dels 300 mil milions de dòlars cada any, dels quals, quasi un 74% són donacions en vida de persones individuals.

El mecenatge a Espanya està lluny de complir un rol similar al que compleix als Estats Units i encara hi ha molt camí per recórrer. Els ajuts filantròpics a Espanya van suposar l'any 2011 un total de 1.231 milions d'euros, el 0,1% del PIB, lluny del 2% del PIB que representa la

filantropia als Estats Units, i ridículs en comparació amb la despesa social pública d'uns 288.000 milions d'euros per al mateix any, prop d'un 27% del PIB. Si als Estats Units la filantropia privada s'eleva a més del 10% de la despesa social pública, a Espanya no arriba ni al 0,5%.

El mes de juliol del 2015, el Govern espanyol va proposar una reforma fiscal per incrementar els incentius per a les donacions que es fan a entitats sense afany de lucre, la qual va ser aprovada definitivament pel Congrés i publicada al BOE. Aquesta reforma va entrar en vigor l'1 de gener de 2015 i preveu increments dels incentius per a les donacions realitzades.

L'Associació Espanyola de Fundacions (AEF) valora positivament que s'hagi reconegut el micromecenatge i que s'hagi introduït una deducció del 75% als primers 150 euros donats per persones físiques. A partir d'aquest import, les donacions seran deduïbles al 30% o fins el 35% si es tracta de donacions periòdiques realitzades durant almenys tres anys a la mateixa entitat per un import igual o superior i per a les societats, la deducció s'incrementa al 40%.

L'AEF també creu necessària una reforma més àmplia de la Llei de mecenatge. Per a ella, el model correcte per aplicar seria el dels Estats Units o el de la Gran Bretanya i Alemanya, és a dir, la desgravació del 100%. El model francès suposa el 66% per a persones i el 60% per a empreses. Una altra mesura important seria que els primers 150 euros que es donin a una fundació desgravin el 100%.

S'ha millorat bastant però no n'hi ha prou. Hem de seguir lluitant per aprovar una nova Llei del mecenatge que incorpori al nostre país un tractament fiscal similar al d'altres països del primer món. En el món de les fundacions, com en el de les empreses, no hi pot haver millor subvenció estatal que una bona desgravació fiscal.

Fundacions vinculades al servei de la medicina

Les fundacions vinculades al Servei de Medicina poden tenir com a objectius afavorir l'assistència a les persones malaltes, la docència i la investigació en biomedicina. A més, mentre unes es creen per afavorir la gestió d'aquests àmbits, d'altres tenen un caràcter més humanitari. El nombre d'aquestes fundacions és molt alt i la seva temàtica i objectius molt diversos.

Al nostre país, són bons exemples de fundacions que lluiten per la Medicina la Fundació Obra Social "La Caixa", la Fundació de la Marató de TV3, la Fundació Lilly,

la Fundació BBVA, la Fundació CELLEX, la Fundació Barraquer, la Fundació Puigvert, la Fundació Guttmann, la Fundació Pasqual Maragall i la Fundació Josep Carreras.

La seva activitat central és millorar la salut dels malalts mitjançant la solidaritat i reciprocitat humana, per la qual cosa és essencial "estar-hi molt a prop" lluitant per la solució dels seus problemes. Per exemple, aquí un malalt que necessita un donant de medul·la òssia trobat a l'altre part del món, allà un disminuït intel·lectual que ens paga el nostre ajut amb el seu somriure o un avi que troba una mà que estreny consoladorament la seva.

El major privilegi d'aquestes fundacions és poder posar a treballar els diners aconseguits per al bé dels pacients, mitjançant la fortalesa dels seus recursos humans. Aquí s'hi apleguen moltes persones amb ganes, esforç i una dedicació exemplar, la majoria de les quals resten en l'anonimat. Elles saben perfectament que treballar en una fundació significa "no passar de llarg" i requereix bondat, vocació, compromís, esforç, generositat, abnegació, empatia, paciència, bona voluntat, compassió, caritat, perseverança, integritat, tendresa, amabilitat, humilitat, molt esforç i moltes més coses que no es poden calcular financerament. La simple contemplació d'aquestes persones i la tasca que fan per al benestar del país, ens empeny a ser millors. Un fet que m'impresiona molt és quan en visitar una determinada fundació i preguntar pels recursos humans, la resposta moltes vegades és: "De moment sóc jo sol/a, però tinc molts voluntaris", i ja sabem que els voluntaris no cobren en diners, sinó en somriures. El seu èxit sempre es mesurarà, no pels beneficis econòmics que s'obtinguin, sinó pel benestar que generin per als que ho necessitin. Treballar al servei dels altres és, sens dubte, la més gran de les fites de l'esperit humà.

Es pot considerar que, actualment, moltes fundacions vinculades al món de la medicina, mitjançant la seva activitat, estan traient les castanyes del foc a l'Estat en determinats temes o àrees. Aquesta percepció l'he tret de les meves vivències en les fundacions amb les quals tinc relació i que a continuació explicaré, tenint sempre present que la medicina en els seus tres vessants: assistencial, docent i investigador, ha de ser sempre la gran guanyadora i que els que treballem a les fundacions hem de saber conformar-nos en un paper secundari.

Les “meves” fundacions

Arribat aquí, permetin-me que els mencioni cadascuna de les fundacions que he titulat com a *meves entre cometes*, sense que naturalment ho siguin, malgrat les he viscudes com a tals.

La Fundació Privada Sant Francesc d'Assis va néixer a l'any 1977 a Alella i treballa en benefici de les persones amb discapacitats físiques i/o intel·lectuals, així com d'edat avançada que necessiten assistència sanitària i/o rehabilitadora.

La Fundació d'Educació Mèdica va ser fundada l'any 1998 i l'objectiu principal és aprofundir l'educació mèdica en l'àmbit dels països i comunitats de parla espanyola. També treballa en el procés de recertificació dels metges, mitjançant el qual hauran de validar la seva aptitud professional cada sis anys.

La Fundació per a la Qualitat en Transfusió Sanguínia, Teràpia Cel·lular i Tissular (CAT) va néixer l'any 2008 i té per objectiu vetllar per la qualitat de la transfusió mitjançant les acreditacions dels procediments de la transfusió de sang i trasplantaments de progenitors hemopoètics que es duen a terme a Espanya, per fer tan bé com sigui possible la teràpia transfusional i minimitzar la possibilitat d'error.

El Consell de Fundacions per la Ciència es va crear l'any 2013 amb la finalitat de donar suport a la difusió i promoció de bones pràctiques i actuacions destinades a incrementar la inversió en ciència i impulsar la implicació d'altres fundacions.

La Fundació Medicina i Humanitats Mèdiques va ser creada l'any 2001 pel Sr. José Antonio Dotú, fundador al seu dia de la prestigiosa companyia editorial mèdica Ediciones Doyma.

Des de la seva constitució, l'any 2001, la Fundació va desenvolupar diferents activitats, fonamentalment de caràcter editorial, orientades a l'estudi i el desenvolupament de la medicina i les humanitats mèdiques, com van ser la publicació de la revista *HUMANITAS Humanidades Médicas*, l'edició d'una sèrie de monografies sota el títol genèric de *Monografias HUMANITAS* i d'una revista electrònica en línia sota el títol *HUMANITAS Humanidades Médicas, Tema del mes on-line*, de periodicitat mensual.

La Fundació Espanyola d'Hematologia i Hemoteràpia (FEHH) es va crear l'any 1996 amb l'objectiu de disposar d'una fundació en el si de la Societat Espanyola

d'Hematologia i Hemoteràpia (SEHH) que s'encarregués de tots els assumptes relacionats amb l'obtenció dels recursos que es destinarien als programes de formació continuada, cursos, llibres, guies, premis i beques.

Actualment, la FEHH s'ocupa de l'organització dels congressos anuals de la societat, de les activitats de formació continuada, de la publicació de manuals, llibres i diversos documents a través d'un fons editorial, de la concessió de beques i premis; així com del Programa de Garantia Externa de la Qualitat de l'Hematologia (PGCLC).

La Fundació Josep Carreras contra la Leucèmia va ser creada l'any 1988 per voluntat del Sr. Josep Carreras amb l'objectiu de tornar a la ciència i a la societat tot l'afecte rebut arran de la seva malaltia i amb el compromís ferm de lluitar amb tota la força i voluntat possibles per aconseguir acabar algun dia amb la leucèmia. La Fundació està establerta a Barcelona i té seus a Alemanya, Suïssa i els Estats Units. Entre les seves accions més importants, cal destacar el Registre Espanyol de Donants de Medul·la Òssia (REDMO), la concessió de beques i ajuts per a la investigació, la construcció de centres assistencials i de recerca, els serveis socials i la creació de *l'Institut Josep Carreras de Recerca contra la Leucèmia (IJC)*, que es pot considerar el projecte actual més important de la Fundació Josep Carreras.

La Fundació Institut d'Investigació en Ciències de la Salut Germans Trias i Pujol va ser creada l'any 1995 i és el centre amb què s'articula tota la recerca biomèdica del Campus Germans Trias i Pujol de Badalona conjuntament amb la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), l'Institut Català d'Oncologia de Badalona (ICO), l'Institut de Recerca de la Sida (Irsi-Caixa), la Fundació Lluita contra la SIDA (FLS), l'Institut Guttmann, l'Institut de Recerca contra la Leucèmia Josep Carreras (IJC) i el Banc de Sang i Teixits (BST).

La Fundació Badalona contra el Càncer va néixer fa 16 anys de la mà de la Sra. Marisa Serra i el seu marit, el Sr. Miquel Carreras. El seu objectiu fonamental és el finançament d'equipaments per a la recerca en càncer i també per la millora de dispositius assistencials.

La Fundació PETHEMA, les sigles del qual són “Programa Español de Tratamientos en Hematología”, és un grup cooperatiu de metges especialistes i d'altres professionals sanitaris de diversa índole que treballen de forma coordinada per al desenvolupament de la recerca de la màxima qualitat científica en medicina, concre-

tament en el camps de l'hematologia. El Programa va ser creat l'any 1973 per els Drs. Jordi Estapé i Antonio Raichs, amb l'ajut del prof. Rozman, com un grup de recerca de la SEHH.

Fundació Rotaria

Rotary Internacional és una organització internacional de servei, fundada a Chicago l'any 1905 per l'advocat Paul Harris, el propòsit de la qual és reunir líders empresarials i professionals universitaris i no universitaris, amb la finalitat de prestar serveis humanitaris en les seves comunitats, promoure normes d'ètica en totes les ocupacions i contribuir a fomentar la bona voluntat i la pau al món. El *Rotary Club de Badalona* ha contribuït molt al benestar social i al progrés científic d'aquesta ciutat.

Les Associacions Barcelona Salut i Espanya Salut es varen constituir com a entitats sense ànim de lucre, amb l'objectiu de millorar l'educació i la prevenció sanitària. La promoció dels hàbits saludables, el coneixement de les ciències de la salut i la recerca són els tres pilars d'aquestes entitats, que tenen el repte final de contribuir a la disminució de la incidència de les malalties més freqüents de la societat actual.

Consideracions finals

- De cara al futur, s'haurien de millorar o prendre noves mesures que facilitessin la tasca que es desenvolupa en el si de les fundacions. Aquestes serien:
- Lluitar per la necessitat d'aprovar una nova Llei de mecenatge que incorpori un tractament fiscal similar al d'altres països del primer món.
- Fer realitat el fet que les fundacions i associacions siguin la veu de les necessitats dels ciutadans davant l'Estat.
- Enfocar els objectius de les fundacions a millorar els valors de la humanitat, la salut de la societat i la viabilitat del planeta.
- Potenciar la col·laboració pública-privada mitjançant l'establiment de projectes conjunts entre l'Estat i les fundacions.
- Desplegar el Pla estratègic de les fundacions d'acord amb pressupostos realistes i austers.
- Potenciar la visibilitat i el reconeixement dels grans empresaris, homes de negoci i famosos que aportin coneixement i fons a les fundacions.

- Definir objectius clars i desenvolupar una gestió responsable i transparent.
- Convèncer les empreses que una part de la seva despesa en publicitat pot ser més eficient si es destina a projectes que es desenvolupen en el si de les fundacions.
- Emprar els recursos obtinguts amb rigor, traçabilitat i transparència i professionalitzar les activitats de captació de fons procedents del mecenatge.
- Fomentar el diàleg i la cooperació entre fundacions per sumar esforços, optimitzar recursos i alinear objectius amb la finalitat de millorar el compliment de la seva missió.

Epíleg

Per acabar, volia dir que en el meu discurs he utilitzat paraules i frases d'altres, ja que no sóc un escriptor a l'ús ni tampoc un pensador professional. Sempre he pensat que copiar dels que saben, escoltant les seves paraules i llegint els seus escrits, era una bona manera d'aprendre i progressar, com també ho és procurar aprendre dels que no en saben. Tanmateix, escriure el discurs m'ha fet reflexionar, mirar enrere, recordar i descobrir coses sobre les quals no havia pensat mai. Per tant, els vull donar una vegada més les gràcies per aquesta oportunitat que m'han concedit arran del meu nomenament i reafirmar el meu compromís de treballar per la RAMC, assistir a les seves reunions i col·laborar amb les seves finalitats.

I acabo: que sigui aquest discurs un petit homenatge a totes aquelles persones que treballen a les fundacions del nostre país per fer un món una mica millor.

He dit.

Bibliografia

- Llei 49/2002, de 23 de desembre, de règim fiscal de les entitats sense ànim de lucre i dels incentius fiscals del mecenatge.
- Ciril Rozman. *El reto asumido*. Ed. Juan Maldonado y Miquel Rutllant. Fundación Medicina y Humanidades Médicas, 2008.
- Pere Farreras i Valentí. *Metge català (1916-1968)*. Coordinació: Jacint Corbella i Ciril Rozman. Fundació de l'Escola d'Hematologia "Farreras i Valentí", 2008.

- S. Woessner i L. Florensa. *La citología óptica en el diagnóstico hematológico*. 5a Edició. FEHH-AEHH. Acción Médica SA. Madrid, 2006
- Asociación Española de Hematología y Hemoterapia: 50 años de historia. M. Rullant, J. L. Navarro, J. Sierra, E. Feliu, 2009.
- C. Rozman. *Reflexiones sobre la investigación biomédica en España*.
- MEDICINA CLÍNICA (Barc): 1983-2013. Versió impresa i versió digital (www.elsevier.es/medicinaclinica).
- Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve. *Filantropía en investigación e innovación biosanitaria en Cataluña*. Coordinadors: Joan Bigorra i Félix Bosch. Lenoir Ediciones, 2014.
- Ideas. PwC España. *Filantropía en España y filantropía en EEUU*, 2015
- Asociación Española de Fundaciones. *Actualidad normativa. Reforma de incentivos fiscales al mecenazgo*, 2015.
- El mecenatge en l'àmbit de la recerca en Ciències de la Salut a Catalunya. Consell Assessor per a la Sostenibilitat i el Progrés del Sistema Sanitari. Generalitat de Catalunya. Maig 2015.
- Andy Robinson. "La filantropía de Mark Zuckerberg. Entrevista a Michael Green". *La Vanguardia*, 13 de desembre de 2015.
- La Vanguardia*. Versió impresa i versió digital: 1989-2015 (www.lavanguardia.com)
- Ll. Berga. "Agua y Salud". *El Periódico*, 2016
- Vicente Vicente. Lección de Ricardo Castillo: Evolución de los procedimientos diagnósticos de la patología del sistema hemostático: Del tiempo de coagulación a la medicina ómica. *Hematológica/Ed. española* 2011; 96 (extra 1 61). LIII Reunió Nacional de la Asociación Española de Hematología i Hemoteràpia y XXVII Congrés Nacional de la Societat Espanyola de Trombosi i Hemostàsia. Saragossa 2011.
- José Antonio Gutiérrez Fuentes y José Luis Puerta López-Cózar. *Reflexiones sobre la ciencia en España. El caso particular de la Biomedicina*. Fundació Lilly. 2002.
- Llei 27/2014, de 27 de novembre, de l'impost sobre societats (BOE núm. 288 de 28 de novembre).
- Fundació Privada Sant Francesc d'Assis www.fundaciosfda.cat
- Fundació Educació Mèdica www.educacionmedica.net
- Fundació per a la Qualitat en Transfusió Sanguínia, Teràpia Cel·lular i Tissular (CAT) www.cattransfusion.es
- Consell de Fundacions per la Ciència www.fecyt.es
- Fundació Medicina i Humanitats Mèdiques www.fundacionmhm.org
- Fundació Espanyola d'Hematologia i Hemoteràpia (FEHH) www.sehh.es
- Fundació Josep Carreras contra la Leucèmia www.fcarreras.org
- Fundació de Recerca Biomèdica Germans Trias i Pujol www.germanstrias.org
- Fundació Badalona contra el Càncer www.iconcologia.net
- Fundació PETHEMA www.fundacionpethema.es
- Fundació Rotaria www.rotary.org
- Associacions Barcelona Salut i Espanya Salut <http://espaniasalud.org> <http://barcelonasalud.es>
- Discurs d'ingrés com a membre numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, en sessió solemne de 28 de febrer de 016. Discurs de benvinguda i resposta del Dr. Ciril Rozman i Borsnart*

Ingrés d'Acadèmics corresponents

L'ESCLERODÈRMIA: TRES SEGLES DESPRÉS DE CARLO CURZIO

Vicent FONOLLOSA i PLA

Carlo Curzio. Nàpols, 1753

Si Carlo Curzio aixequés el cap i comprovés que l' esclerodèrmia és, tres segles després que aquest metge napolità descrivís, l'any 1753, la que es considera primera descripció titulada: "*Discussioni anatomico-pratiche di un raro, e stravagante morbo cutaneo in una giovane Donna felicemente curato in questo gran Ospedale degli'Incurabili*", una malaltia en la qual les llums s'han ofuscat amb encara moltes ombres, quedaria sumit, segurament, en la perplexitat¹. No obstant això, el que no sap Carlo Curzio és que la feliç curació amb petites dosis de mercuri de Patrizia Galiera -la jove italiana de l'article- i el coneixement actual que es té de la malaltia han suposat que la primigènia ressenya quedés, des de fa temps, ineluctablement il·lustrada pel dubte de si el diagnòstic d'esclerodèrmia tenia més aparença de possibilitat que de certesa. No tot, no obstant, és qüestionable en la descripció i Curzio encerta quan qualifica de rar al *morbo cutaneo*, perquè l'esclerodèrmia forma part del grup de malalties rares i la seva incidència se situa entre 10 i 12 nous casos per milió d'habitants i any. També que la malaltia afecti a una *giovane Donna* és perfectament compatible amb el clar predomini del sexe femení que es registra, no sense algunes diferències, en totes les sèries publicades: de 14:1 a 3:1. L'edat del diagnòstic hauria de desplaçar-se. Doncs, si bé hi ha malaltes joves, és la quarta dècada de la vida on el degoteig esporàdic, de casos observats en els anys precedents, es fa llavors persistent.

Endoteli, autoimmunitat i fibrosi

L'etiologia desconeguda i la patogènia empresonada per la incertesa, se sumen a les particularitats d'aquest *stravagante morbo cutaneo*. En la actualitat, no obstant, tot apunta al fet que sigui la cèl·lula endotelial, i la seva lesió/activació, la que hagi de figurar com a primer motor de la seqüència patocrònica. No se sap, malgrat tot, la causa que origina la lesió vascular, encara que s'han involucrat diversos mecanismes: infecciosos, immunològics, diverses substàncies químiques (com el, en mala hora recordat, oli de colza, per exemple), o pro-

cessos d'isquèmia/reperfusió; sempre incidint, però, amb un subjecte genèticament predisposat.

L'activació de l'endoteli comporta un desequilibri entre la proporció de substàncies vasoconstrictores (endotelina) i vasodilatadores (prostaciclina i òxid nítric), en favor de les primeres. La persistent lesió vascular ocasiona una pèrdua de capil·lars, un engruiximent de la paret vascular i una progressiva oclusió dels vasos, la qual cosa condueix a una hipòxia hística i a un maliciós estrès oxidatiu. Però, de l'activació de l'endoteli es desprenen més conseqüències, i així es demostra: un augment de les molècules d'adhesió, tant vasculars com intercel·lulars i de selectina-E, conduint tot plegat a l'acumulació de cèl·lules inflamatòries. Encara, però, l'endoteli continua intervenint en la seqüència patogènica i fa que s'activin les plaquetes, els limfòcits (T_H2 i B), els monòcits i els macròfags amb la corresponent síntesi, per part d'aquestes cèl·lules, i del propi endoteli, de nombroses citosines i factors de creixement. El "cocktail" de mediadors tindrà, finalment, com cèl·lula diana: el fibroblast, que un cop transformat en miofibroblast, serà el responsable de l'excessiva producció de matriu extracel·lular i de la fibrosi característica de la malaltia².

Stravagante morbo cutaneo

Stravagante morbo cutaneo, diu Curzio en la descripció que fa del cas. I *morbo cutaneo* serà fins gairebé a la meitat del segle XX, doncs la *scleroderma* de Fantonetti (1836) i la *sclerodermie* de Gintrac (1847) són termes que, si bé donen entitat a la malaltia, limiten a la pell la seva expressió clínica. Serà, però, el japonès Matsui (1924) qui descriu, amb els seus estudis necròpsics, l'afectació del pulmó, de l'aparell gastrointestinal i dels ronyons. Tot un preludi perquè, després de poc més d'un parell de decennis, Goetz (1945) confirmi el caràcter multiorgànic de la malaltia, i encunyi el terme Esclerosi Sistèmica Progressiva, al que sense massa demora se li va amputar, per inadequada i alarmista, la qualificació de progressiva, quedant-se amb la denomi-

nació d'Esclerosi Sistèmica que és com se la reconeix en l'actualitat³.

Però Carlo Curzio insisteix i ens recorda que qualifica a la malaltia com *stravagante*. En efecte, curioses, excèntriques, per *stravaganti*, podríem dir, són les característiques que es destil·len de l'anàlisi dels malalts amb esclerodèrmia, fins al punt de poder indicar -no sense reconèixer l'exagerada càrrega en l'afirmació- que no hi ha cap malalt igual o semblant. Sent variable en la seva forma de presentació, l'heterogeneïtat és l'empremta que determina la diversitat en les manifestacions clíniques, els diferents tipus d'anticossos, la moltes vegades desconcertant evolució, la resposta al tractament i, sens dubte, la supervivència d'aquests malalts.

Forma difusa, forma limitada,...

No és menys cert, però, que és la magnitud de l'afectació de la pell la que permet distingir les dues formes clíniques més característiques de la malaltia: la forma limitada i la forma difusa, de les que es pot desprendre, en moltes ocasions, un encertat pronòstic. És propi de la forma limitada, l'enduriment cutani que afecta les parts distals als colzes i genolls, així com també a la cara i al coll, mentre que en la forma difusa també s'afecten les parts proximals de les extremitats i el tronc. En el reconeixement de les dues formes ajuda, a més de l'extensió de l'afecció cutània, la presència d'altres peculiaritats que integren el quadre clínic de cadascuna d'elles^{2,4}.

En els malalts amb la forma limitada, el fenomen de Raynaud precedeix en mesos o, fins i tot, anys, a l'enduriment cutani i a les altres manifestacions clíniques. L'afecció visceral és poc freqüent, a excepció del quasi universal reflux gastroesofàgic. El pronòstic és, en general, bo, excepte en els casos -al voltant d'un 10-15%- en els quals, al cap d'uns anys del diagnòstic, es demostra la presència d'hipertensió arterial pulmonar. Els capil·lars, que poden observar-se mitjançant la tècnica de la capil·laroscòpia periungueal, estan preferentment dilatats. Els anticossos antinuclears més característics d'aquesta forma clínica són els anticossos anticentromèrics, que es poden demostrar en un 60-70% dels malalts.^{2,4}

En la forma difusa, la presència del fenomen de Raynaud és gairebé simultània amb l'afecció cutània. Les complicacions visceral, en aquest subtipus clínic, com poden ser: la neumopatia intersticial, la crisi renal, l'alteració esofàgica i/o la hipertensió pulmonar, s'ob-

serven, en general, en els primers anys del curs clínic de la malaltia. Amb la presència d'alguna de aquestes manifestacions -concretament de l'afecció renal i pulmonar- el pronòstic del malalt s'enfosqueix. La lesió vascular té una clara traducció en l'examen capil·laroscòpic i s'observa una pèrdua capil·lar molt accentuada. Completen els trets d'aquesta forma clínica la presència dels anticossos anti-topoisomerasa I (o anti-Scl-70) que, malgrat es detecti només en un 30%, són gairebé exclusius del subtipus difús de la malaltia.^{2,4}

...i pre-esclerodèrmia, i esclerodèrmia sine esclerodèrmia

Com en l'esclerodèrmia l'excepció és gairebé sempre rutina, convé tenir present que existeixen altres dos subtipus de malalts que tenen, precisament, en l'absència del *skleros* cutani la seva característica més peculiar. En un queden emmarcats els casos que presenten fenomen de Raynaud, alteracions capil·laroscòpiques i anticossos antinuclears específics de la malaltia, sense evidència d'enduriment cutani. Es diu que tenen una pre-esclerodèrmia, doncs tenen seixanta vegades més risc de desenvolupar la malaltia de manera completa. En l'altre subtipus també hi ha fenomen de Raynaud, anticossos antinuclears específics, amb alguna de les afeccions visceral pròpies de l'esclerodèrmia, però sense afectació de la pell. És la forma nomenada esclerodèrmia *sine* -és a dir: sense- esclerodèrmia, que, convé considerar-ho com un subtipus diferenciat i amb identitat pròpia.^{2,4}

Per fi: criteris de classificació, 2013

I bé, quan el quadre clínic que presenta el pacient té les característiques més genuïnes de la malaltia el diagnòstic no té gaires complicacions. D'altra banda, l'any 1980, l'*American College of Rheumatology* va establir uns criteris de classificació amb la finalitat d'introduir homogeneïtat en els estudis de recerca. La seva utilitat clínica, no obstant, no va respondre a les expectatives esperades, ja que amb la seva aplicació, si més no, s'excloïen un considerable nombre de malalts que, sens dubte, podien ser diagnosticats, clínicament, d'esclerodèrmia.⁵ Sorprenentment, han hagut de passar trenta-tres anys, concretament fins l'any 2013, quan l'*American College of Rheumatology* i l'*European League against rheumatism* estableixen, de forma conjunta, uns nous criteris de classificació en els que, a diferència dels publicats el 1980, es van incloure: dades específiques de laboratori, la majoria de manifestacions clíniques i les alteracions capil·laroscòpiques pròpies de

la malaltia⁶. La sensibilitat i especificitat arriben al 91% i 92%, respectivament, i amb la seva aplicació, ara sí, es poden classificar, com afectes d'una esclerodèrmia, aquells malalts que els criteris de 1980 havien deixat pel camí, com eren: les formes clíniques limitades, sobretot aquelles que nomenem *sine esclerodèrmia*, és a dir: sense afectació de la pell.⁷

¿Tantes esclerodèrmies com anticossos antinuclears?

Mancant uns paràmetres definitius que valorin l'activitat de la malaltia, s'ha espigolat entre la col·lecció d'autoanticossos que es detecten en l'esclerodèrmia per intentar establir algun tipus de relació entre la presència de cadascun d'ells i un determinat conjunt de manifestacions clíniques. A part dels ja esmentats anti-Scl-70 i anti-centròmer en les formes difusa i limitada, respectivament, s'ha apuntat l'associació dels anticossos anti-ARN polimerasa III amb la forma difusa de la malaltia, la greu crisi renal i, possiblement, també amb la presència de càncer. Així mateix, els anti-fibrilarina (U3-RNP), tant en la forma limitada com difusa, s'ha pogut relacionar amb l'afecció muscular i la hipertensió pulmonar; en els malalts amb l'anticòs Pm/Scl es poden trobar signes de solapament amb miositis i fibrosi pulmonar, com a manifestacions més característiques; els anti-Th/To, exclusius de la forma limitada, s'associen amb pneumopatia intersticial i, per fi, els anti-Ku tenen relació amb miopatia i també amb fibrosi pulmonar.⁸

Esclerodèrmia: *quo vadis*...

En quant a l'evolució dels malalts pot indicar-se que és, com en d'altres aspectes de l'esclerodèrmia, molt variable. La majoria, afortunadament, té un curs clínic i una supervivència perllongada. En contrast, hi ha un grup reduït de malalts que desenvolupen un curs ràpidament progressiu cap el deteriorament orgànic general i la mort, en un curt espai de temps. Abundant amb aquesta particularitat, cal indicar que la classificació de la malaltia en les formes limitada i difusa (amb l'afegit dels altres dos subtipus) està ben establerta i, fins i tot, s'ha pogut relacionar la magnitud de l'afecció cutània amb el dictat d'un pronòstic. Així, mentre la supervivència dels malalts amb la forma difusa és del 64% als 20 anys, el percentatge de pacients amb el subtipus limitat, que viuen en el mateix període, es del 83%⁹. Segons estudis recents, l'afecció respiratòria ocupa el primer lloc entre les causes de mort per esclerodèrmia. Tant en forma de malaltia pulmonar intersticial difusa com per hipertensió arterial pulmonar, ja bé separades

o ambdues juntes. Més per darrere es situen la crisi renal esclerodèrmica i la malaltia cardíaca isquèmica. Són factors de risc de mortalitat: la forma difusa, l'edat de començament de la malaltia més enllà dels 65 anys, la malaltia pulmonar intersticial difusa, la hipertensió arterial pulmonar i la crisi renal esclerodèrmica. Aquestes mateixes particularitats patològiques s'han demostrat que són factors independents determinants del pronòstic dels malalts amb esclerodèrmia, segons el resultat dels últims estudis publicats.⁹

Malaltia incurable.....però no intractable

Amb una etiologia incerta, una patogènia amb encara molts buits per emplenar i una expressió clínica tan heterogènia es fa difícil poder establir unes directrius terapèutiques adequades i satisfactòries. És quan llavors Carlo Curzio, confús, apel·laria a l'exitós resultat del seu cas *-felicemente curato, recordem-*, sense adonar-se del lloc on la malalta havia estat assistida: *a questo grande Hospedale degl'Incurabili*. Apropiat presagi?, potser. Perquè, en efecte, i malauradament, l'esclerodèrmia segueix sent una malaltia incurable,..... però no intractable. Assegurar el diagnòstic, establir el subtipus clínic, determinar l'estadi evolutiu i el propòsit de realitzar un estret seguiment, per tal de detectar precoçment les complicacions visceralis que puguin sorgir, són els aspectes que s'han de considerar abans d'indicar la pauta terapèutica més convenient. L'arsenal terapèutic disponible és fruit de les tres suposades guies que conformen la patogènia de la malaltia. És a dir: medicaments amb efectes sobre el vasos sanguinis (en concret, sobre la microcirculació); fàrmacs amb influència sobre la immunitat (immunosupressors o immunomoduladors) i teràpies que intenten aturar la fibrosi hística.^{2,4} Deixem indicat que no hi ha un tractament estandarditzat per el malalt amb esclerodèrmia, el plantejament terapèutic descansa sobre dos tipus de mesures: unes de caràcter general o tractament de fons i altres específiques o d'òrgan.

El llistat de fàrmacs considerats com a tractament de fons és molt nombrós. No obstant, en gairebé cap d'ells s'han aconseguit els resultats desitjats. Es segueixen assajant, però, medicacions dirigides contra les potencials vies patogèniques de la malaltia, com per exemple: rituximab, tocilizumab, abatacept, fresolimumab i rilonacept.² Hem d'esmentar, també, que en els darrers anys s'han comunicat els resultats d'alguns assaigs consistents en la pràctica d'un autotrasplantament de progenitors hematopoètics, en malalts seleccionats, amb

mal pronòstic i poc temps d'evolució clínica. Tant l'afecció cutània com la pneumopatia intersticial experimenten una notable millora, segons les dades obtingudes. Un 10%, però, moren, al primer any del curs clínic, per motius relacionats directament amb el tractament. Així, doncs, tot fa pensar que si bé les aportacions dels estudis publicats tenen un caire esperançador, cal perfeccionar, segurament, la pauta terapèutica, i realitzar més estudis amb més malalts valorant, a més, els resultats a llarg termini.^{2,4} Salvant, doncs, totes aquestes possibilitats restaria assenyalar que l'opció més utilitzada, com a tractament de fons en l'actualitat, amb el suport de les guies clíniques vigents, és la del micofenolat o també la del metotrexat amb petites dosis de glucocorticoides. Aquesta pauta està indicada, no obstant, només en aquells malalts afectes d'una forma clínica difusa i amb menys de tres anys d'evolució de la malaltia.

La guia terapèutica específica d'òrgan té, gairebé sempre, un caràcter simptomàtic i es planifica a partir del tipus i la gravetat de les manifestacions clíniques. En el fenomen de Raynaud tenen utilitat els antagonistes dels canals del calci i en cas d'úlceres necròtiques, la perfusió amb prostaciclina, el bosentan i/o el sildenafil estan indicats en combinació o de manera seqüencial. En aquests casos, l'àcid acetilsalicílic pot tenir una acció complementària. Quasi tots el malalts hauran de prendre inhibidors de la bomba de protons, doncs el reflux gastroesofàgic és molt freqüent. El tractament específic de la pneumopatia intersticial s'estratifica en dos paràmetres: la capacitat vital forçada (CVF) i l'extensió de l'afecció pulmonar segons la TAC d'alta resolució (TACAR). Si la CVF és inferior al 70% o s'observa més d'un 20% d'alteració a la TACAR està indicat començar el tractament. I quin és, doncs: ciclofosfamida en *bolus* durant dos anys amb un escalonat mensual descendent, o micofenolat sòdic (o de mofetil) per temps no definit. El resultat terapèutic d'ambdós fàrmacs són semblats i s'aconsegueix en bastants malalts establir la funció respiratòria. En favor del micofenolat aniria, tal vegada, la menor proporció d'efectes adversos.^{14,15} En la hipertensió arterial pulmonar s'ha comprovat una millora de la clínica, i dels valors funcionals respiratoris i hemodinàmics, així com de la supervivència, amb l'ús -tant en monoteràpia com en teràpia combinada, que és en la majoria d'ocasions la pauta més emprada- dels antagonistes dels receptors de l'endotelina (bosentan, ambri-sentan, macitentan), els inhibidors de la fosfodiesterasa 5 (sildenafil, tadalafil), les prostaciclina i/o el selexipag (agonista del receptor de la prostaciclina), darrerament

assajat.^{2,4,10} Amb la introducció dels inhibidors de l'enzim de conversió de l'angiotensina II en el tractament de la greu crisi renal esclerodèrmica, el pronòstic ha experimentat, des de ja fa uns anys, un canvi radical i d'una supervivència del 10% a l'any s'ha passat al 65% als 5 anys, a partir de la dècada dels setanta.²

Malgrat tot, en l'actualitat, podem dir que l'esclerodèrmia és una malaltia que es diagnostica en etapes inicials del seu desenvolupament, es classifica de manera més precisa que abans, es pot establir un pronòstic més ajustat i el tractament és més eficaç que en èpoques pretèrites. Esperem que arribi aviat el dia en que Carlo Curzio pugui despertar-se sense sobresalts.

Referències Bibliogràfiques

1. Curzio C: "Discussioni anatomico-pratiche di un raro, e stravagante morbo cutaneo in una giovane Donna felicemente curato in questo gran Ospedale degli'Incurabili", Giovanni di Simone, Napoli 1753.
2. Allanore Y, Simms R, Distler O, Trojanowska M, Pope J, Denton CP, Varga J. Systemic sclerosis. Nat Rev (Disease Primers). 2015;1:1-21
3. Denton CP, Black CM. Historical perspective, en Varga J, Denton CP, Wigley FM. Editores. Scleroderma. 1ª ed. Londres: Springer; 2012. p: 3-6
4. Desbois AC, Cacoub P. Systemic sclerosis: An update in 2016. Autoimmun Rev. 2016;15:417-426
5. Subcommittee for scleroderma criteria of the American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee. Preliminary criteria for the classification of Systemic Sclerosis (Scleroderma). Arthritis Rheum. 1980;23:581-90
6. Van den Hoogen F, Khanna D, Fransen J, Johnson SR, Baron M, Tyndall A et al, 2013 classification criteria for systemic sclerosis: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis. 2013;82:1747-55
7. Saez L, Simeón CP, Pérez M, Vallejo C, Tolosa C, Iniesta N. et al. Applying the ACR/EULAR Systemic sclerosis classification criteria to the spanish scleroderma registry cohort. J Rheumatol. 2015 ;42:2327-31
8. Steen VD. The many faces of scleroderma. Rheum Dis Clin N Am. 2008;34:1-15
9. Simeón CP, Fonollosa V, Tolosa C, Espinosa G, Ramos M, Campillo M. et al. Registry of de Spanish network for systemic sclerosis: Survival, prognostic factors and causes of death. Medicine (Baltimore). 2015;94:pe1728
10. Fonollosa-Pla V, Simeón-Aznar CP. Hipertensión pulmonar en la esclerodermia. Med Clin (Barc). 2016;146:21-23

Ingrés d'Acadèmics corresponents

EL EFECTO DE LA MUERTE CEREBRAL EN RATAS ESTEATÓNICAS Y NO ESTEATÓNICAS SOMETIDAS A TRASPLANTE HEPÁTICO CON PRECONDICIONAMIENTO ISQUÉMICO PREVIO

Mónica B. JIMENEZ CASTRO

Es un gran honor y motivo de respeto y gratitud presentarme hoy ante todos ustedes para leer el artículo objeto del premio "El efecto de la muerte cerebral en ratas esteatónicas y no esteatónicas sometidas a trasplante hepático con acondicionamiento isquémico previo".

El trasplante hepático ha evolucionado hasta convertirse en una terapia estándar para ciertas enfermedades hepáticas en fase terminal. Hoy en día, más del 80% de los trasplantes de órganos provienen de donantes que han sufrido traumas cerebrales conocidos como donantes con muerte cerebral o encefálica. La muerte cerebral reduce la tolerancia de los injertos hepáticos frente a la lesión por isquemia-reperfusión (I/R) asociada al trasplante y reduce la supervivencia del injerto. La limitación en el número de órganos disponibles para trasplante y las crecientes listas de espera ha derivado en la utilización de órganos marginales como los hígados esteatónicos. Se estima que entre el 20% de todas las personas que han muerto accidentalmente presentan algún grado, leve o moderado de esteatosis hepática y se prevé además un aumento en este porcentaje de esteatosis debido a la alta prevalencia de este desorden en la sociedad. Los injertos hepáticos esteatónicos procedentes de donantes con muerte cerebral presentan un mayor riesgo de disfunción o fallo primario del injerto tras realizar el trasplante, comparado con los injertos hepáticos no esteatónicos procedentes de donantes con muerte cerebral. Por tal motivo, más del 40% de los hígados que no se consideran aptos para trasplante son esteatónicos, lo cual acentúa aún más la problemática en el número de órganos disponibles para trasplante.

El acondicionamiento isquémico es una estrategia quirúrgica que genera un mecanismo adaptativo inducido por cortos periodos de isquemia-reperfusión que proporciona al hígado una marcada resistencia frente a un subsiguiente y más prolongado periodo de isque-

mia-reperfusión. Nuestros resultados satisfactorios en modelos experimentales sobre la eficacia del acondicionamiento isquémico en hígados esteatónicos como no esteatónicos sometidos a isquemia normotérmica, asociada a las resecciones hepáticas y en trasplante con donantes no cadavéricos han derivado en la aplicación del acondicionamiento isquémico con éxito en la clínica de las resecciones hepáticas. Si bien esta estrategia quirúrgica se está aplicando con éxito en la clínica de las resecciones hepáticas, los resultados clínicos preliminares sobre la aplicación del acondicionamiento isquémico en trasplante no son tan alentadores como los obtenidos en la clínica de las resecciones ni en modelos experimentales de trasplante.

Los datos clínicos preliminares en trasplante indican que el acondicionamiento isquémico no tiene, o presenta pocos beneficios en injertos hepáticos. Y tales efectos del acondicionamiento en la clínica del trasplante no pueden explicarse debido a la utilización de periodos de acondicionamiento que han resultado ser ineficaces a nivel experimental ni por utilizar otros tiempos de isquemia fría diferentes a los evaluados a nivel experimental. Por otro lado es importante considerar la presencia de muerte cerebral en la clínica del trasplante hepático. Esta situación de muerte cerebral no ocurre en las resecciones hepáticas y tampoco se ha tenido en cuenta en los trabajos experimentales que se han realizado hasta el momento sobre los efectos del acondicionamiento isquémico en el trasplante hepático.

Hasta la fecha, son pocos los estudios experimentales que investiguen el por qué la muerte cerebral afecta negativamente la calidad de los injertos hepáticos no esteatónicos y no existen estudios sobre su efecto en presencia de esteatosis hepática. Tampoco existen estudios experimentales que evalúen el efecto del acondicionamiento isquémico en injertos hepáticos es-

teatósicos y no esteatósicos procedentes de donantes con muerte cerebral. La realización de tales estudios experimentales es crucial si se pretende aplicar el preconditionamiento isquémico como una técnica rutinaria en la clínica de los trasplantes y si se quiere buscar nuevas estrategias farmacológicas que combinadas o no con el preconditionamiento isquémico, mejoren la calidad de los injertos hepáticos procedentes de donantes con muerte cerebral y los resultados post-trasplante. Tales investigaciones experimentales podrían resolver un importante problema clínico en trasplante hepático teniendo en cuenta que más de un 80% de los hígados que se utilizan para trasplante proceden de donantes cadavéricos y que aproximadamente en el 20% de todas las personas que han muerto accidentalmente presentan un grado leve o moderado de esteatosis hepática.

Se sabe que independientemente de la multitud de cambios inducidos por la muerte cerebral como por ejemplo, la liberación de catecolaminas y neuropéptidos, las alteraciones hormonales y metabólicas entre otras, todos desembocan en una respuesta inflamatoria sistémica y local en el hígado. Los efectos de la muerte cerebral sobre el hígado se caracterizan por fallos en la microcirculación hepática, aumentos en la expresión de citoquinas inflamatorias, acumulación de neutrófilos, necrosis y apoptosis de hepatocitos. Esta respuesta inflamatoria hepática tiene lugar en el injerto antes de extraerlo del donante e implantarlo en el receptor, situación que agrava la lesión inducida por la isquemia fría y la subsiguiente reperusión, inherente a todo trasplante hepático. Estos datos indican que sería necesario mejorar la calidad de los injertos hepáticos procedentes de donantes cadavéricos antes de someterlos a trasplante para evitar los efectos nocivos derivados de la muerte cerebral.

Se ha sugerido un mecanismo encargado de controlar la respuesta inflamatoria local y sistémica basado en la estructura del sistema nervioso. El nervio vago no solo es esencial en la detección de una inflamación local sino que también proporciona una ruta importante a través de la cual el sistema nervioso central puede responder. El nervio vago inerva órganos principales, incluyendo el hígado. La acetilcolina, el principal neurotransmisor liberado por el nervio vago, ejerce sus efectos anti-inflamatorios a través de la unión a receptores nicotínicos de acetilcolina de tipo $\alpha 7$ localizados en diferentes células. Por depender de la acetilcolina y por sus propiedades anti-inflamatorias, este mecanismo de

control de la respuesta inflamatoria ha recibido el nombre de vía anti-inflamatoria colinérgica.

La activación de la llamada "vía anti-inflamatoria colinérgica" mediante la administración de fármacos como la acetilcolina o agonistas de los receptores nicotínicos de acetilcolina tipo $\alpha 7$ reducen la acumulación de neutrófilos y los niveles de citoquinas inflamatorias durante la pancreatitis, la sepsis, el shock endotóxico, la peritonitis y otros desórdenes inflamatorios. Teniendo en cuenta todas estas observaciones y que en pacientes con lesión cerebral se han observado alteraciones en esta vía anti-inflamatoria colinérgica, no se puede descartar la posibilidad de que esta situación ocurra también en el trasplante hepático con donantes con muerte encefálica.

Por lo anteriormente mencionado, en el presente estudio se evaluó si los efectos perjudiciales derivados de la muerte cerebral en el trasplante hepático son más evidentes en presencia de esteatosis, y cómo puede afectar la muerte cerebral a los injertos hepáticos esteatósicos y no esteatósicos con preconditionamiento isquémico previo. Se evaluará también el papel de la vía anti-inflamatoria colinérgica en tales condiciones. Esta investigación es conveniente para entender mejor los mecanismos subyacentes del preconditionamiento isquémico en un entorno experimental de trasplante hepático que se acerque lo más posible a la realidad clínica y con la finalidad de buscar estrategias farmacológicas útiles en trasplante hepático.

Para cumplir con los objetivos propuestos se utilizaron como animales de experimentación ratas de la cepa Zucker, las cuales constituyen un modelo de obesidad inducida nutricionalmente y sin inflamación, se utilizaron por tanto ratas Zucker obesas que tienen hígados con esteatosis moderada entre el 40% y el 60% macro y microvesicular en los hepatocitos y ratas Zucker Lean que tienen un hígado sin evidencia de esteatosis.

De igual manera, se desarrolló y se puso a punto el modelo de muerte cerebral. Este se realizó bajo anestesia inhalatoria con isoflurano. Las ratas fueron ventiladas mecánicamente y se les realizó una trepanación frontolateral del espacio extradural, en el cual se introdujo un catéter de balón tipo Fogarty, simulando así una condición comparable a un trauma cerebral agudo aislado en el humano.

A continuación, se utilizó el modelo experimental de trasplante hepático ortotópico del "doble cuff" descrito

por Kamada en 1975. Se realizaron 2 tipos de trasplante dependiendo de si el hígado del donante es esteatótico o no y en ambos casos el receptor siempre fue una rata Zucker Lean. En este modelo los injertos hepáticos se preservaron en frío con la solución de preservación de Universidad de Wisconsin durante 6 horas. Las muestras fueron colectadas a las 2, 4 y 16 horas después de la reperfusión, así mismo, también se realizaron estudios de supervivencia.

La inducción del preconditionamiento isquémico en el modelo de trasplante se realizó en el hígado donante mediante la oclusión de la arteria hepática y la vena porta por un clamp microvascular durante 5 minutos. Posteriormente se liberó el clamp permitiendo la reperfusión del hígado durante 10 minutos. Después de este tiempo se procedió a la perfusión del injerto con la solución de preservación de Universidad de Wisconsin y posteriormente se siguió con el resto de la técnica del trasplante hepático.

Los resultados bioquímicos e histológicos obtenidos en este estudio mostraron que la inducción de la muerte cerebral causó un considerable daño hepático tanto al injerto esteatótico como no-esteatótico sometido a trasplante.

La presencia de muerte cerebral eliminó los efectos beneficiosos del preconditionamiento, observando parámetros bioquímicos e histológicos de lesión hepática similares a los del grupo de MC+TH en ambos tipos de hígado. Los efectos nocivos de la muerte cerebral también se vieron reflejados en una baja supervivencia de los receptores.

Se observó además que la lesión hepática y la respuesta inflamatoria inducida por la muerte cerebral se producía antes de implantar los injertos en el receptor.

Evaluamos seguidamente si la muerte cerebral podría inducir alteraciones en las vías anti-inflamatorias en hígados esteatóticos y no esteatóticos. Nuestros resultados indicaron que los niveles de proteína de la acetilcolina y de su receptor nicotinámico $\alpha 7$ fueron menores en presencia de muerte cerebral.

Dadas las alteraciones en la vía colinérgica inducida por la muerte cerebral en ambos tipos de injertos, se evaluó si el tratamiento con acetilcolina podría proteger a los hígados de donantes con muerte cerebral sometidos a trasplante. Nuestros resultados indicaron que el tratamiento con acetilcolina justo después de la inducción de la muerte cerebral reduce el daño

hepático y estos beneficios fueron más evidentes cuando se combinaron ambas estrategias: acetilcolina y preconditionamiento isquémico observados en el grupo MC+ACH+PC+TR.

Estos resultados indicaban que para obtener la protección del preconditionamiento debíamos inhibir previamente la inflamación causada por la muerte cerebral mediante el tratamiento con acetilcolina. Además, hay que destacar que la inhibición de un mediador clave en los efectos beneficiosos del preconditionamiento como es el óxido nítrico, en los hígados preconditionados de donantes con muerte cerebral aumentó la lesión hepática, observable en el grupo MC+NAME+PC+TR, indicando que el óxido nítrico estaba implicado en los beneficios del preconditionamiento.

Posteriormente evaluamos si la acetilcolina podía ejercer sus efectos protectores mediante el óxido nítrico. Pero no fue el caso ya que nuestros resultados indicaron que la administración de acetilcolina en el trasplante hepático de donantes con muerte cerebral (grupo MC+ACH+TR) no indujo cambios en la síntesis de óxido nítrico en comparación con el grupo de MC+TR. Por lo tanto, la acetilcolina y el óxido nítrico generado por el preconditionamiento ejercen beneficios en el trasplante hepático de donantes con muerte cerebral por vías independientes y este hecho podría ser responsable, de una mayor protección observada cuando se combinan ambas estrategias: la acetilcolina y el preconditionamiento isquémico.

A continuación, se investigaron los mecanismos de protección de la acetilcolina y el óxido nítrico en el trasplante hepático de donantes con muerte cerebral. Observamos que la administración de acetilcolina en el trasplante de donantes con muerte cerebral (grupo MC+ACH+TR) aumentó la actividad de la PKC en comparación con el grupo de MC+TR.

De interés, la activación de la PKC inducida por el tratamiento con acetilcolina en donantes con muerte cerebral (grupo MC+ACH+TR) se asoció con un aumento de los sistemas antioxidantes: entre ellos los niveles de capacidad antioxidante, la superóxidodismutasa (SOD), el glutatión (GSH) y el glutatión peroxidasa (GSPx), y una reducción de los niveles de MDA, nitrotirosina, MPO y protección contra el daño hepático cuando se compara con el grupo de MC+TR. Y tales beneficios desaparecieron si se administraba un inhibidor de la PKC (grupo de MC+ACH+PKC inh+TR).

Además, nuestros resultados señalan que la combinación de ambas estrategias: el tratamiento con acetilcolina y la inducción del preconditionamiento, (grupo MC+ACH+PC+TR) regularon las vías de señalización del PPAR α y el TLR4, específicamente la vía del TRIF-dependiente y este hecho fue determinante para proteger el hígado procedente de donante cadavérico frente a la lesión por isquemia-reperfusion hepática.

Por consiguiente, el presente documento indica que el plazo entre la declaración de la muerte cerebral y la recuperación de los órganos proporciona una ventana importante para posibles intervenciones protectoras, que pueden contrarrestar los efectos perjudiciales de la muerte cerebral. En concreto, se sugiere que la combinación de tratamiento con acetilcolina y la inducción del preconditionamiento isquémico podrían considerarse como intervenciones factibles para reducir los efectos adversos de la muerte cerebral y mejorar la calidad de los injertos hepáticos. Esto podría reducir la incidencia de complicaciones postoperatorias, y aumentar la tasa de supervivencia de los receptores de ambos tipos de hígados esteatósicos y no esteatósicos

procedentes de donantes cadavéricos. Los resultados presentados podrían tener una gran relevancia clínica ya que aproximadamente el 80% de los injertos proceden de donantes con muerte cerebral, y se estima que el 20% de todas las personas que han muerto accidentalmente pueden sufrir un grado leve o moderado de esteatosis hepática.

Finalmente, y para concluir quisiera agradecer a la Dra. Carmen Peralta, directora del grupo de Investigación al cual pertenezco y quien me acompaña en esta ocasión por su generosidad y calidad de trabajo ya que son la esencia de este artículo. Igualmente quisiera agradecer tanto a la Real Academia de Medicina de Cataluña como a la Fundación Catalana de Trasplante, especialmente al Dr. Antonio Román y al Dr. Antonio Carralps, la enorme amabilidad y diligencia que han tenido conmigo y con el grupo de investigación al cual pertenezco, ya que me genera un gran respeto por sus dotes personales y profesionales, espero por ello no decepcionar y confío que mi colaboración tanto con la Fundación Catalana de Trasplante como con la Real Academia de Medicina de Cataluña sea larga y provechosa.

Ingrés d'Acadèmics corresponents

INNOVACIONES EN NEFRECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA. NAVEGACIÓN ASTRONÓMICA. ¿CÓMO CONOCER NUESTRA POSICIÓN?

Juan Antonio PEÑA GONZÁLEZ

En este artículo expongo aspectos relacionados con dos de mis pasiones: la cirugía renal y la navegación. ¿Y cual es el nexo entre ambos? El que se resume en una de las primeras diapositivas que presenté: Ningún mar en calma hizo experto a un marinero...Y si eso lo trasladamos a la práctica médica: Si no estás dispuesto a mejorar lo ya establecido, difícilmente progresarás ni avanzará nuestra ciencia así que mejor no sólo conformarse con los mares en calma.

En este contexto, hablaremos de algunos aspectos de actualidad en lo que respecta a la nefrectomía parcial laparoscópica como son el desarrollo de la retroperitoneoscopia, el advenimiento de la cirugía laparoscópica de 3 mm y la cirugía parcial renal sin isquemia. En lo que respecta a la navegación astronómica repasaremos los conceptos de latitud y longitud así como los diferentes sistemas que tradicionalmente existen para ubicarse en el mar.

Los abordajes trans y retroperitoneal son comparables en cuanto a seguridad oncológica. El abordaje retroperitoneal presenta ventajas en tumores de cara posterior y en pacientes con cirugía abdominal previa (1,2). En lesiones de cara anterior o anterolateral, sin embargo, así como en grandes masas (incluso presentando ubicación posterior), el acceso transperitoneal parece preferible (3). Para nosotros es la técnica de elección en tumores posteriores. (4)

En los últimos años hay una clara tendencia en cirugía laparoscópica encaminada a disminuir el número de accesos y el tamaño de los mismos con fines tanto cosméticos como funcionales. Ya en 2009 nosotros manifestamos nuestra apuesta por la minilaparoscopia frente a la cirugía de puerto único dado que tras una discreta experiencia inicial pionera en nuestro país la consideramos poco ergonómica y causante de un aumento de la complejidad respecto de la laparoscopia

convencional (5). La cirugía con 3 mm se viene realizando desde 2009 con intención de disminuir las cicatrices pero reproduciendo los principios de la laparoscopia convencional (6,7). La única referencia previa a la nuestra existente en la literatura respecto nefrectomía parcial laparoscópica 3 mm comunica resultados satisfactorios (8). Nosotros hemos realizado 11 tumorectomías renales por retroperitoneoscopia con instrumental de 3 mm. El sangrado, tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria fueron menores al resto de la serie probablemente por tratarse de casos seleccionados y por haberse realizado después de superar ampliamente la curva de aprendizaje. Se observó una mayor incidencia de márgenes quirúrgicos positivos con respecto a la serie completa, aunque la mayor parte de ellos de menos de 3 mm (4).

La tumorectomía y la nefrectomía parcial laparoscópica frecuentemente requieren el clampaje de la arteria renal, identificado como el principal factor en la recuperación de la función renal. Se recomiendan tiempos de isquemia caliente (TIC) de menos de 20 minutos, pero sin que exista un consenso claro (9). Parece razonable asumir que un TIC mínimo o incluso cero, será mejor para la función renal. En nuestro centro, hemos adaptado el clampaje a demanda el desclampaje precoz y el clampaje selectivo descritos por Bollens, Baumert y Gill al abordaje retroperitoneal (10-12) aplicándolo a todos los casos que requirieron control vascular independientemente de la arteria coaptada (principal o retropiélica). Para ello, siempre dejamos en posición un torniquete de Rummel-Rosales (13) desabrochado por si fuera necesario su uso. De esta manera hemos logrado un TIC promedio de 4,2 minutos y ausencia de clampaje de la arteria principal en 42 casos (82%), realizándose completamente off-clamp 39 casos (78%). De todas estas medidas resultó una escasa afectación de la función renal con un filtrado glomerular medio inicial

de 72,6 ml/min/1,73 m² y a los 6 meses de 64,2 ml/min/1,73 m². (4). Existen series de nefrectomía parcial laparoscópica transperitoneal off-clamp sin aumento importante de las complicaciones aunque en tumores de baja complejidad (14,15). En nuestra serie, la técnica de cero isquemia se ha aplicado en lesiones más complejas, con puntuaciones PADUA (media de 8,4) y R.E.N.A.L. (moda 6P) elevadas y con mayor tamaño tumoral (tamaño tumoral medio 34,36 mm). Con la experiencia, podría incluso evitarse la disección arterial en determinados casos y obviamente con criterios estrictos bien definidos.

En lo que respecta a la Navegación Astronómica realizaremos un somero repaso de los conceptos empleados para ubicarnos en la superficie terrestre (Latitud y Longitud) para posteriormente, y sin extendernos demasiado, dar algunas pinceladas de los sistemas que se emplean tradicionalmente (mas allá de GPS y similares) para ubicarse en el mar a partir de referencias celestes (principalmente Sol, estrellas y planetas). Para ello son necesarios tres elementos principales, el sextante, un reloj y el almanaque náutico. El sextante nos permitirá saber a que altura estimada estamos viendo un determinado astro a una hora determinada y el Almanaque Náutico nos servirá para, mediante tres sistemas de referencia establecidos en la esfera celeste - que es la proyección a nivel celeste de la superficie terrestre creando una esfera ideal de radio infinito en la que los astros, independientemente de que estén mas o menos lejos, tienen unas coordenadas de posición objetivas - calcular cómo deberíamos estar viendo determinado astro o estrella desde nuestra posición estimada a determinada hora. Tras comparar como lo estamos viendo y cómo deberíamos estarlo viendo obtendremos un error que permitirá pasar de nuestra posición estimada a la observada o verdadera.

En este artículo hemos hablado de un aspecto fundamental tanto en la cirugía como en la navegación: la absoluta necesidad de saberse ubicar tanto en una como en la otra. El cirujano que no sabe ubicarse en la cavidad retroperitoneal o en el retroperitoneo causará iatrogenia, el marinero que no conoce su situación difícilmente llegará a buen puerto.

Muchas gracias por su amable atención

Bibliografía

1. Fan X, Xu K, Lin T, Liu H, Yin Z, Dong W, et al. Comparison of transperitoneal and retroperitoneal laparoscopic nephrectomy for renal cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. *BJU Int.* 2013 Apr;111(4):611–21.
2. Kieran K, Montgomery JS, Daignault S, Roberts WW, Wolf JS. Comparison of intraoperative parameters and perioperative complications of retroperitoneal and transperitoneal approaches to laparoscopic partial nephrectomy: support for a retroperitoneal approach in selected patients. *J Endourol* Endourol Soc. 2007 Jul;21(7):754–9.
3. Ng CS, Gill IS, Ramani AP, Steinberg AP, Spaliviero M, Abreu SC, et al. Transperitoneal versus retroperitoneal laparoscopic partial nephrectomy: patient selection and perioperative outcomes. *J Urol.* 2005 Sep;174(3):846–9.
4. Peña JA, Schwartzmann I, Gavrilov P, Moncada E, López JM, Gaya JM, Oliveira M, Breda A, Rosales A, Palou J, Villavicencio H. Off-Clamp Renal Tumourectomy by Retroperitoneoscopy in Posterior Renal Tumours of Medium Complexity (Padua score 8-9). *Actas Urol Esp.* 2015 [Epub ahead of print]
5. Peña JA, Rosales A. Conventional laparoscopy, NOTES, LESS (NOTUS, e-NOTES, SPL/SPA, TUES, etc.) or needle-scopy. Which should we choose? *Actas Urol Esp.* 2009 Nov;33(10):1050-3.
6. Breda A, Schwartzmann I, Emiliani E, Rodriguez-Faba O, Gausa L, Caffaratti J, et al. Mini-laparoscopic live donor nephrectomy with the use of 3-mm instruments and laparoscope. *World J Urol.* 2014 Sep 3
7. Simforoosh N, Soltani MH, Hosseini Sharifi SH, Ahanian A, Lashay A, Arab D, et al. Mini-laparoscopic live donor nephrectomy: initial series. *Urol J.* 2013;10(4):1054–8.
8. Porpiglia F, Bertolo R, Amparore D, Cattaneo G, Fiori C. Mini-retroperitoneoscopic clampless partial nephrectomy for “low-complexity” renal tumours (PADUA score ≤8). *Eur Urol.* 2014 Oct;66(4):778–83.
9. Becker F, Van Poppel H, Hakenberg OW, Stief C, Gill I, Guazzoni G, et al. Assessing the impact of ischaemia time during partial nephrectomy. *Eur Urol.* 2009 Oct;56(4):625–34. 16.
10. Nguyen MM, Gill IS. Halving ischemia time during laparoscopic partial nephrectomy. *J Urol.* 2008 Feb;179(2):627–32; discussion 632.
11. Baumert H, Ballaro A, Shah N, Mansouri D, Zafar N, Molinié V, et al. Reducing warm ischaemia time during laparoscopic partial nephrectomy: a prospective comparison of two renal closure techniques. *Eur Urol.* 2007 Oct;52(4):1164–9.
12. Bollens R, Rosenblatt A, Espinoza BP, De Groote A, Quackels T, Roumequere T, et al. Laparoscopic partial nephrectomy with “on-demand” clamping reduces warm

- ischemia time. *Eur Urol.* 2007 Sep;52(3):804–9.
13. Rosales A, Salvador J, De Graeve N, Angerri O, Villavicencio H. Clamping of the renal artery in laparoscopic partial nephrectomy: an old device for a new technique. *EurUrol.* 2005 Jan;47(1):98–101.
 14. 19. George AK, Herati AS, Srinivasan AK, Rais-Bahrami S, Waingankar N, Sadek MA, et al. Perioperative outcomes of off-clamp vs complete hilar control laparoscopic partial nephrectomy. *BJU Int.* 2013 Apr;111(4 Pt B):E235–41.
 15. 20. Weizer AZ, Gilbert SM, Roberts WW, Hollenbeck BK, Wolf JS. Tailoring technique of laparoscopic partial nephrectomy to tumor characteristics. *J Urol.* 2008 Oct;180(4):1273–8.

Ingrés d'Acadèmics corresponents

CIRURGIA EN CÀNCER DE COLON DE LA GENT GRAN

Jaume FDEZ-LLAMAZARES i RODRÍGUEZ

Catedràtic de Patologia Quirúrgica UAB. Servei de Cirurgia General i Digestiva. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

És una realitat l'augment de l'esperança de vida de la nostra població. I aquest canvi en la distribució piramidal de la supervivència genera preocupació des de fa diverses dècades. Tant és així que, ja en 1999, Paul Wallace va alertar sobre el que ell va denominar "sisme demogràfic".

Entre 1990 i 2012, l'esperança de vida de l'Estat espanyol es va incrementar en gairebé 5 anys, presentant una esperança de vida de 82,5 anys respecte als 79,2 de la Unió Europea (UE-28). Catalunya és la tercera regió europea amb una esperança de vida mitjana de 83,2 anys.

Davant d'aquest canvi d'escenari, es fa necessari diferenciar entre l'envelliment demogràfic i l'envelliment de l'individu.

L'envelliment demogràfic als països desenvolupats és una conseqüència de la disminució de la natalitat sumada a la baixa mortalitat, la qual cosa ha significat l'augment de la població anciana i de la seva esperança de vida, en millors condicions de salut. Les projeccions de població adverteixen que el procés d'envelliment s'ha accelerat i les ràtios de dependència han augmentat notablement repercutint, conseqüentment, en els sistemes de protecció social i de salut.

L'envelliment de l'individu o l'edat biològica depèn de múltiples factors, experimentant cada persona una evolució diferent.

Els canvis fisiològics, la disminució en la capacitat de resposta a l'estímul, el deteriorament de la capacitat física i la vulnerabilitat enfront de les malalties, defineixen a l'ancià fràgil com a persones d'edat avançada, al voltant dels 75 anys, amb una o diverses malalties de base, que, quan estan compensades, permeten a la persona mantenir la seva independència bàsica, gràcies a un delicat equilibri amb el seu entorn sociofamiliar però que, enfront de qualsevol complicació (infecció, caigudes, canvis de medicació, hospitalització, etc.), poden comportar una pèrdua d'independència que obligui a fer ús de recursos sanitaris i/o socials.

D'aquesta situació va néixer el concepte d'Avaluació Geriàtrica Integral (VGI), definida com el procés d'avaluar i quantificar les capacitats funcionals i socials de la gent gran i les patologies associades, amb la finalitat d'establir un pla integral i de continuïtat assistencial que garantis les cures dels pacients i així millorar la seva qualitat de vida.

Consultades les bases de dades de la *International Agency for Research*, la incidència del càncer colorrectal ocupa el tercer lloc a nivell mundial, el segon a Europa i el primer en l'Estat espanyol. A Catalunya, s'observa un increment del càncer de còlon i recte en els individus de 80 anys o més

El 2016, l'American Geriatrics Society, juntament amb l'American College of Surgeons, ha publicat l'estudi: *Optimal preoperative assessment of the Geriatric Surgical Patient*. Aquestes dades comporten un nou paradigma: és necessari un canvi en el model d'atenció del pacient gran amb la finalitat d'establir protocols que tinguin en compte les característiques que presenta el pacient "ancià fràgil", amb l'objectiu de reduir la morbiditat.

Tenint en compte l'exposat, a l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (HUGTIP) estem treballant en la creació d'una Unitat de Cirurgia Geriàtrica (UCG). Es tracta d'un projecte transversal, que afecta a diversos serveis de l'hospital i que té com a objectiu millorar la qualitat assistencial quirúrgica dels pacients geriàtrics, seguint l'experiència dels països com Estats Units i Regne Unit, on s'estan desenvolupant des de fa més d'una dècada. En el nostre cas, la Unitat funcional de Cirurgia Geriàtrica en càncer de còlon es va posar en marxa al llarg del 2011.

El canvi en el model estructural es continuà amb el desenvolupament de processos on es van incorporar els components del **programa ERAS** o de rehabilitació multimodal, adaptant-se a les característiques dels pacients octogenaris en les tres fases: preoperatori, perioperatori i postoperatori, amb l'objectiu d'aconseguir

una recuperació més ràpida del pacient, disminuint l'estrès generat per l'agressió quirúrgica mitjançant un adequat control del dolor, la mobilització precoç i una dieta primerenca per recuperar el desequilibri energètic. Cal destacar que, dins de l'Institut Català de la Salut, l'HUGTIP es va convertir, al 2013, en el primer centre que va engagar aquest programa en el servei de cirurgia colorrectal.

Observaran que la nostra població diana són els pacients d'edat igual o més de 80 anys, no sent aquesta elecció arbitrària. En la literatura científica clàssica es deia que la cirurgia, a partir dels 80 anys, era la cirurgia al final de la vida a causa que els pacients majors de 80 anys presenten un increment del risc perioperatori.

Els avenços en cirurgia geriàtrica han arribat progressivament gràcies al perfeccionament de les tècniques quirúrgiques i anestèsiques, l'avaluació preoperatòria integral dels pacients i l'experiència dels professionals, tot això factors clau per a la disminució de la mortalitat.

Les evidències mostren que la utilització d'escalas de valoració preoperatòries personalitzades pronostiquen els resultats post quirúrgics i la capacitat de control sobre els múltiples factors que augmenten la vulnerabilitat del pacient. L'ús de l'escala dissenyada per l'*American Society of Anesthesiologists* (ASA), combinada amb l'Índex de Charlson, permet avaluar la comorbiditat dels pacients, respecte al diagnòstic i la mortalitat postoperatòria, augmentant progressivament el risc amb l'edat, especialment en la setena dècada de vida.

En els estudis realitzats per Canet i colab. (2010) s'estudien els factors de risc en el postoperatori quirúrgic, identificant-se com a predictors de risc els següents: l'edat (>80), la saturació d'oxigen (≤ 90), la infecció respiratòria en l'últim mes, l'anèmia ($\leq 10\text{gr./dl}$), la incisió quirúrgica, el temps quirúrgic (> 2 a 3h. i >3h.) i la urgència o no de la intervenció. Es desprèn de l'estudi que la saturació d'oxigen, com a factor clau, entre la població analitzada descendeix a partir dels 80 anys, situant-se en el 95%, considerant-se com a llindar mínim lliure de complicacions fins al 92%. En relació al tipus d'abordatge, si la incisió és la laparotomia mitjana supraumbilical, el risc es duplica, respecte a la incisió transversa. Així mateix, el protocol preoperatori incorpora l'avaluació de la capacitat funcional física l'Índex de Barthel i cognitiva l'Índex de Pfeiffer del pacient.

A l'avaluació perioperatòria, els factors quirúrgics que influeixen en els resultats del pacient són: el tipus

d'anestèsia, la via d'abordatge quirúrgica, la durada de la cirurgia i el fet que la cirurgia sigui urgent o programada, per tant, és necessari un equilibri entre l'agressió quirúrgica i la capacitat de resposta del pacient.

Quan els estímuls que acompanyen l'agressió quirúrgica superen la capacitat de resposta de l'individu, es produeix el fracàs metabòlic i apareixen les complicacions. L'evolució postoperatòria del pacient geriàtric està determinada en funció de si l'avaluació preoperatòria s'ha realitzat de manera exhaustiva. Convé destacar que, el compliment del protocol, la retirada de la sonda vesical, la mobilització precoç del pacient i la iniciació d'una dieta oral primerenca s'associen a una recuperació més ràpida. Conseqüentment la implantació del programa ERAS és beneficiosa per als pacients, sempre que tots els professionals així com la família i el propi pacient, participin en la implantació del programa.

En general, la cirurgia de còlon electiva no presenta un alt índex de mortalitat, no sent superior al 5% i la morbiditat (infecció de la ferida) se situa al voltant del 10%. La complicació que apareix en la cirurgia de còlon i que produeix major mortalitat és la dehiscència de sutura, especialment en el postoperatori immediat.

En relació a la quimioteràpia, l'efectivitat i els resultats obtinguts de resposta al tractament estan en funció de les característiques biològiques de cada individu i el seu grau de comorbiditat, ja que la interacció per l'ús freqüent de fàrmacs (polifarmàcia) pot afectar al grau de resposta del tumor, incrementant la toxicitat segons el tractament. Els estudis existents en relació als efectes adversos del tractament són contradictoris, respecte a l'edat avançada dels pacients, de manera que es recomana valorar el tractament en gairebé tots els pacients amb ressecció de còlon estadi III. Pel que es refereix al tractament, cada pacient ha de ser coneixedor dels riscos i beneficis, tenint en compte les seves preferències amb la finalitat d'adaptar el tractament (dosi, durada, intensitat, fàrmacs) a les característiques del pacient, sense excloure-ho de l'opció terapèutica per la seva edat cronològica.

Per tant, la supervivència és un dels indicadors d'efectivitat per a la vigilància i el control del càncer. El coneixement d'aquesta dada té rellevància perquè permet conèixer si els avenços que s'estan duent a terme oferiran alternatives als pacients que actualment són diagnosticats d'un carcinoma colorrectal (CCR). El pronòstic sobre la supervivència depèn del tipus histològic

i la fase de la malaltia. En l'Estat espanyol, la taxa de supervivència del CCR ajustada a l'edat es va estimar del 57% per a tots dos sexes als 5 anys.

En definitiva, els factors pronòstics més importants són: l'estadi tumoral (TNM), el grau d'invasió del tumor primari, l'afectació ganglionar i la presència o absència de metàstasi a distància, a partir dels quals s'establirà l'estadiatge de la malaltia. Per això, recomanem que l'actuació sobre el pacient geriàtric amb càncer de còlon, sigui una "cirurgia de solució de problemes", sent l'objectiu tractar el tumor (T).

Per a il·lustrar l'exposat, s'observen els estudis d'Arenal (2011) i Almeraya (2014), en els quals el pes del factor de l'edat per si mateix va ser inferior al pes d'altres factors, com va poder ser la cirurgia urgent, l'ASA (frailty), l'estadi tumoral, la recurrència i les complicacions sistèmiques prèvies cardiològiques, respiratòries i renals, factors coincidents amb els estudis realitzats per Canet i colab.

Una vegada el pacient és coneixedor que pateix una patologia tumoral i quin serà el seu tractament, es pregunta quina qualitat de vida tindrà.

Segons l'OMS, la qualitat de vida es tracta d'un concepte molt ampli que està influït de manera complexa per la salut física del subjecte, el seu estat psicològic, el seu nivell d'independència, les seves relacions socials, així com la seva relació amb els elements essencials del seu entorn. En definitiva, la qualitat de vida és un concepte multifactorial i subjectiu.

Sí que podem afirmar, en relació a les dimensions de qualitat de vida relatives a la salut en els pacients de 75 anys i més, i seguint l'Enquesta de Salut de Catalunya de 2014, que es constata una pitjor qualitat de vida entre les dones que entre els homes, pel que fa al dolor, l'autonomia i la realització de les activitats bàsiques de la vida diària.

En relació a la qualitat de vida de pacients portadors d'una colostomia, és important tenir en compte el canvi físic que representa i com pot afectar en la seva vida diària, ja sigui en el referit a la seva imatge personal, en l'activitat laboral, en les seves relacions íntimes, en les relacions socials..., en definitiva, a la seva autoestima. En aquests casos, l'edat és un factor que influeix en la qualitat de vida dels pacients amb colostomia i d'això es deriva la rellevància d'assessorar i acompanyar mitjançant professionals sanitaris especialistes als pacients i cuidadors, amb l'objectiu d'augmentar la qualitat de vida tant física com a mental, per millorar l'adaptació del pacient a la seva nova situació.

Els autors Koos (1954) i Donabedian (1966) van ser precursors a afirmar que la satisfacció del pacient és una mesura del resultat de la interacció entre el professional de la salut i el pacient. Van investigar sobre com conèixer i avaluar el grau de qualitat assistencial en l'àmbit sanitari, definint la qualitat com "una adequació precisa de l'atenció a les necessitats particulars de cada cas". Amb la creació de la Unitat de Cirurgia Geriàtrica es genera la necessitat d'analitzar la percepció que tenen els pacients per tal de conèixer què esperen i precisen de la Unitat.

En conclusió, aquest nou escenari social condiciona l'organització, les prioritats, els recursos i el mètode per adaptar-nos a la nova situació. Fan falta noves idees i formes organitzatives, nous circuits, nous protocols, en definitiva, reinventar i reinventar-nos per donar resposta a la nova realitat social.

Com a cirurgians en càncer de còlon de la gent gran hem de tenir present

l'aforisme "Primum non nocere"

Moltes gràcies.

Sessions Científiques

LA PSIQUIATRIA I EL DEURE DEL METGE DE GUARDAR SECRET

Rogeli ARMENGOL i MILLANS

No és infreqüent que es pensi que la psiquiatria o els trastorns psiquiàtrics mereixerien, pel que fa al comportament ètic del metge, una reflexió diferenciada a la dels trastorns corporals, però és millor, és aconsellable no establir cap diferència; en això coincidiria amb els companys metges i potser menys amb els psicòlegs.

La diferenciació al·ludida és un fals problema que prové de la concepció acientífica sobre els trastorns mentals quan es postula que aquests trastorns tenen una etiologia psicològica relacionada amb la biografia.

La concepció psicogenètica del trastorn mental, la que proposa una etiologia psicològica de les síndromes psiquiàtriques, complica innecessàriament tot el referent al dret a la confidencialitat i al deure de secret del metge perquè segons aquesta concepció es pensa que els conflictes i esdeveniments personals desfavorables poden originar un trastorn, llavors es creu erròniament que en la història clínica hi han de figurar els conflictes i esdeveniments personals. Ara bé, avui dia es pot afirmar que els conflictes o d'altres situacions difícils poden promoure malestar, malestar que pot ser intens, però no poden desenrotllar un trastorn mental.

En el relatiu al secret mèdic el Codi de deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya en el seu article 30 diu molt encertadament que el metge té el deure de guardar secret tot allò que el pacient li hagi confiat, el que hagi vist, hagi deduït i tota la documentació produïda, etc.

La qüestió clau en relació a la psiquiatria i al trastorn psiquiàtric es refereix a la frase: allò que el pacient li hagi confiat. Els pacients poden confiar al metge detalls importants de la seva vida i sobre això jo proposo que el deure de secret és quasi absolut. És quasi absolut perquè els detalls o esdeveniments importants de la vida del pacient no tenen rellevància patològica.

D'altra banda, si un pacient confia al seu metge que està resolt a ocasionar un mal greu o a cometre un delictes el metge mentre tingui relació amb el pacient entenc que ha d'advertir a l'autoritat per intentar prevenir el mal o el delictes. En efecte, com diu l'article 31 del

Codi de deontologia el metge podrà revelar el secret amb discreció si amb el seu silenci es presumeix un molt probable perjudici per a d'altres persones.

En relació a l'etiologia dels trastorns, posem per cas el de l'alcoholisme, podem afirmar que una persona pot esdevenir alcohòlica després d'una situació especialment dolorosa i traumàtica, però, i això seria molt important, una persona no esdevindrà alcohòlica si no hi ha una predisposició constitucional a poder esdevenir alcohòlic.

En el conjunt dels trastorns mentals la predisposició constitucional és absolutament necessària i aquesta predisposició té la mateixa importància que en els trastorns corporals. No hi ha, segons el meu parer, cap etiologia psicològica relacionada amb la biografia del pacient que comporti el despertar d'un trastorn mental. És per això que en el meu discurs d'ingrés com a membre corresponent d'aquesta acadèmia vaig dir expressament que les dites malalties mentals han de entendre's com trastorns cerebrals.

Tot l'anterior explica que el metge ha de poder desvelar, en el lloc adequat, el diagnòstic del pacient quan d'aquest diagnòstic, com diu l'article 31 del Codi de deontologia, se'n pot desprendre un molt probable perjudici per a altres persones.

També es desprèn de l'anterior que el metge per comportar-se èticament no pot desvelar mai les qüestions personals que el pacient li hagi confiat i no seria ètic desvelar-ho perquè aquestes qüestions no tenen relació amb la patologia psiquiàtrica

Per resumir, el metge es comporta èticament bé quan desvela, en el lloc adequat, una intenció consistent o un diagnòstic que pot reportar un perjudici a altres persones, però no es comportaria bé, èticament bé, si desvelés detalls de la vida del pacient. Aquesta és la situació que es planteja a conseqüència de l'accident d'aviació de la companyia Germanwings: el copilot estava diagnosticat d'un trastorn depressiu i aquest trastorn està catalogat com un impediment formal per tenir

l'autorització de pilotar un avió de passatgers. El metge, i no solament el metge especialista en medicina del treball, en relació a la patologia psiquiàtrica ha de revelar, en el lloc adequat, els trastorns o la medicació que pren un pacient, trastorns o medicació, que poden impedir l'autorització corresponent, en el cas de l'aviació o de la conducció de vehicles de transport de persones.

Els trastorns que poden impedir la dita autorització poden ser, per exemple, el trastorn esquizofrènic, els trastorns de l'estat d'ànim com la depressió major o la mania, els trastorns delirants, els trastorns greus de la personalitat com el trastorn esquizotípic, l'alcoholisme, entre d'altres menys freqüents. En les situacions en les

que es pot posar en perill la vida de les persones el metge ha de revelar igualment si una persona pren anti-psiçòtics, antidepressius, ansiolítics i hipnòtics. El que acabo d'exposar coincideix amb la reglamentació sobre el pilotatge d'avions i em sembla que també s'aplica per autoritzar o impedir la conducció de vehicles que transportin persones.

Per acabar i en relació al dret a la confidencialitat i al deure de secret voldria exhortar als metges a que en la història clínica no facin constar allò de personal que els pacients els confien perquè en la història clínica solament s'han d'escriure els signes, els símptomes, el tractament i l'evolució clínica.

Autor Convidat

JAUME ALIBAU, NATURAL DE SANT CELONI, DIRECTOR DEL REAL COLEGIO DE CIRUGÍA MÉDICA DE MÁLAGA (1800)

Àngel Manuel HERNÁNDEZ i CARDONA
Acadèmic corresponent RAMC

RESUM: Jaume Alibau Fabregat va néixer a Sant Celoni l'any 1765. Era fill del també cirurgià Joan Alibau Soler. Va estudiar al Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona (1786-1791), on l'any 1800 va obtenir els graus de llicenciat en cirurgia mèdica i de doctor en cirurgia. Fou cirurgià militar i el 1807 consta que era cirurgià major del Real Hospital de Melilla. Durant la seva estada a Melilla va fer un detallat informe d'una autòpsia i va realitzar alguns negocis amb el xabec La Perla de Catalunya. El 1812 marxà a Màlaga com a cirurgià major dels hospitals militars i el 1817 fou designat catedràtic i director del Real Colegio de Cirugía Médica de Málaga. Se suposa que va morir en aquesta ciutat andalusa l'any 1821.

Paraules clau: Jaume Alibau, Sant Celoni, Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona, doctor en cirurgia, cirurgià militar, Real Hospital Militar de Melilla, autòpsia, xabec La Perla de Catalunya, Real Colegio de Cirugía Médica de Málaga.

RESUMEN: Jaime Alibau Fabregat nació en Sant Celoni (Barcelona) en el año 1765. Era hijo del cirujano Juan Alibau Soler. Fue cirujano militar y consta que en 1807 era cirujano mayor del Real Hospital de Melilla. Durante su estancia en Melilla hizo un detallado informe de una autopsia y realizó algunos negocios con el jabeque La Perla de Catalunya. En 1812 marchó a Málaga como cirujano mayor de los hospitales militares y en 1817 fue designado catedrático y director del Real Colegio de Cirugía Médica de Málaga. Se supone que murió en esta ciudad andaluza en el año 1821.

Palabras clave: Jaime Alibau, Sant Celoni, Real Colegio de Cirugía de Barcelona, doctor en cirugía, cirujano militar, Real Hospital Militar de Melilla, autopsia, jabeque La Perla de Catalunya, Real Colegio de Cirugía Médica de Málaga.

*

Dades familiars

Jaume Alibau Fabregat va néixer a Sant Celoni (Vallès Oriental) el 28 de desembre de 1765.¹ Era fill de Joan Alibau Soler, cirurgià de Sant Celoni, natural de Piera (Anoia),² i de Rosa Fabregat Mill, natural de Sant Hipòlit de Voltregà (Osona).³ Els seus avis paterns eren Pau Alibau, pàges de Piera, nascut a Jorba (Anoia),⁴ i Caterina Soler, natural de Piera.⁵ Els seus avis materns eren Jau

me Fabregat, metge de Sant Hipòlit de Voltregà, nascut als Plans de Sió (Segarra),⁶ i Josepa Mill, nascuda a Cervera (Segarra) i filla del cirurgià Francesc Mill.⁷ Estava casat amb la badalonina Maria Salvo Llansó,⁸ filla del cirurgià Matías Salvo i de Lluïsa Llansó.⁹ No tingueren descendència.¹⁰ El seu germà Josep fou, igual que ell, cirurgià militar.¹¹ La seva germana Rosa estava casada amb Miquel Cortès i vivia a Palautordera (Vallès Oriental).¹²

Estudis

Jaume Alibau es va matricular al Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona el 3 d'octubre de 1786. Després d'haver-se presentat i d'haver superat els exàmens dels anys 1787, 1788, 1789 i 1790 va passar a la cinquena classe, i acabat favorablement aquest cinquè curs, va obtenir el títol de cirurgià romancista el 19 de maig de 1791.¹³

Alguns anys més tard, la junta general de govern del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona li ofereix la possibilitat d'optar al grau de llicenciat en cirurgia mèdica,¹⁴ fent un examen de Matèria mèdica. Aprovat aquest, li és conferit el títol de llicenciat en cirurgia mèdica el 3 d'abril de 1800.¹⁵

Presentat igualment als exàmens per a obtenir el grau de doctor i havent-los aprovat, el secretari del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona informa el 7 d'abril de 1800 que concorren en Jaume Alibau *las circunstancias para conferirle el grado de doctor* i en la mateixa data el president del Reial Col·legi hi dóna la conformitat.¹⁶ Això va ser possible perquè segons les ordenances de l'any 1795, el Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona podia conferir els títols de llicenciat i de doctor en cirurgia.¹⁷

Cirurgia militar i empresari

El 19 de febrer de 1800 s'incorporà com a cirurgià al Regimiento de Infantería de Soria,¹⁸ però des de bastant

abans ja era cirurgia militar. Un dels seus destins va ser la ciutat de Girona, on es trobava l'any 1795.¹⁹

A més de cirurgia, en diverses ocasions exercí d'empresari. Així, l'any 1806 estava associat amb Jaime Chiarini, molt conegut a començaments del segle XIX, tant a Madrid com a Barcelona, pels seus espectacles de fumnambulisme i d'ombres xineses.²⁰

CIRURGIÀ MAJOR DEL REAL HOSPITAL DE MELILLA

L'any 1807 Jaume Alibau es troba ja a Melilla com a cirurgià major del Real Hospital Militar, plaça en la qual romandrà fins al 1812. Són nombroses les fonts documentals referents a Melilla consultades per a la redacció d'aquest article. La majoria rauen a l'Archivo Central de Melilla,²¹ però també hi ha un parell procedents de l'antic arxiu parroquial de Melilla, dipositat a l'Archivo Histórico Diocesano de Málaga.²²

De tots aquests documents, potser el més interessant és el seu testament. El 10 d'octubre de 1809, Jaume Alibau i la seva esposa Maria Salvo fan testament davant l'escrivà de guerra José Marín Guerrero.²³ Nomenen *heredero universal al que sobreviva de los dos* i en el cas que morin tots dos ordenen que es facin dels seus béns tres parts: una per a misses, una altra per a les nebodes de Maria (filles de Miquel Massanet i de Teresa Salvo) i una tercera per als nebots de Jaume (fills de Miquel Cortès i de Rosa Alibau). És interessant aquest testament com a font documental perquè a més de confirmar les dades familiars, Jaume Alibau declara que és cirurgià-mèdic,²⁴ *colegiado en la ciudad de Barcelona*; que és ajudant primer del cos de Cirurgia Militar;²⁵ que és cirurgià major del Reial Hospital Militar de Melilla; i que és acadèmic corresponent de la Real Academia Médico-práctica de Cartagena.²⁶

Una autòpsia en ple estiu

Els cirurgians destinats a Melilla, a part de la seva actuació en confrontacions bèl·liques, sovint havien de curar ferides causades en baralles entre confinats. Una d'aquestes ha quedat recollida en un procediment judicial.

El 17 de juliol de 1807 s'inicia un sumari amb motiu de les ferides causades aquell mateix dia per Fernando Garrido a Juan Exert. El ferit va ser atès pel Dr. Jaume Alibau, el qual informa de les ferides i de la seva gravetat. L'endemà, a les dues de la matinada, mor el ferit. El jutge del cas ordena que passades 24 hores des

de l'hora del decés els cirurgians Jaume Alibau i José Joaquín Santiago²⁷ procedissin a fer l'autòpsia del cadàver. Els dos facultatius diuen que no es pot esperar tant de temps atesa *la presente estacion de tiempo, y haver principiado su corrupcion*. El jutge, *por mediar quince horas desde que fallecio*, permet que es faci de seguida l'autòpsia *para evitar todo escrupulo, y resultas que puedan originarse en perjuicio de la publica salud*. A les set de la tarda comencen la dissecció del cadàver, *ál qual reconocido, despues de diez y siete horas de su muerte por la corrupcion que manifestava, encontraron quatro heridas, una en la parte posterior izquierda del hipocondrio del mismo lado entre las dos primeras costillas falsas, cerca de sus angulos de diametro de una pulgada, y tres lineas; otras dos en la parte anterior del mismo hipocondrio entre las mismas costillas la una de diametro de una pulgada, y la otra de media poco mas ó menos, y la quarta en la parte superior de hueso ileon del mismo lado; disecadas las cavidades natural, y vital del mismo cadaver hallaron que la primera de dichas eridas que es la posterior lateral havia penetrado el diafragma, y el lobulo pequeño del pulmon de este lado en su parte inferior; y las otras dos heridas anteriores penetraron el diafragma, el vaso, y el gran fondo del estomago siendo una de las heridas de esta ultima vicera de diametro de media pulgada, y la otra de unas quatro lineas poco mas ó menos; la ultima herida esto es la del ileon intereso tegumentos, y mosculos, y habiendo reconocido la cavidad animal no encontraron mas lision que las heridas referidas y respecto a que el arte no proporciona medios para socorrer tales destrozos; por las noblezas de las partes q^e sufrieron consideran que las dos heridas penetrantes de el estomago son morttales de necesidad, y peligrosismas, las dos de las demas enttrañas, y que todas juntas fueron la verdadera causa de la muerte del ref^{do} Juan Exert.*²⁸

El fiscal va demanar *las finales y afrentosas penas de horca, arrastramiento, condenacion de costas, y demas*, i amb data de l'1 de desembre el sumari va ser enviat al capità general de Granada *para su definitivo pronunciamiento*.²⁹

La perla de cataluña

Aquest és el nom d'un xabec³⁰ d'Eivissa que ja apareix documentat el 1809 en una relació de les mercaderies carregades el mes de desembre de 1809 al port de Torreveja (Baix Segura) amb destinació a Alger. En aquest document consta que La Perla de Cataluña,³¹ era patronejada per Miquel Bonet.³²

Aquest patró declara el 25 de juny de 1811 davant l'escrivà de guerra de Melilla que *con motivo de haver fondeado en las islas Chafarinas con el javeque de su mando nombrado la Perla de Cataluña, ace el tiempo de ocho dias con corta diferencia, y tratado con aquellos moros hacer un cargamento de trigo, y carnes; habiendo pasado á tierra con la lancha de su expresado buque, y quatro marineros de él, fueron sorprendidos por una emvoscada de moros*. Se'ls hi demana un rescat de 10.800 rals, que són prestats per Jaume Alibau, Ramón Conti, Francisco Naranjo, Roque Sánchez i Silvestre Balenzuela.³³

Pocs dies després, el 2 de juliol, Miquel Bonet aconseguí per a La Perla de Catalunya un carregament de llenya.³⁴ Amb aquesta bona perspectiva, el dia 8 de juliol, Jaume Alibau, Miquel Bonet, José Puget i Damián Sastre constitueixen una companyia comercial amb un capital de 40.000 rals de billó amb la finalitat de comerciar amb el xabec La Perla de Catalunya. En el document de constitució se subratlla que els socis *han de rendir buena cuenta al D^e D^o Jaime Alibau*.³⁵

El 2 de maig de 1812, La Perla de Catalunya recollia a l'administració de correus de Cadis correspondència amb destinació a Alacant i tot el Llevant espanyol.³⁶ Tanmateix, és possible que alguns mesos després el xabec quedés fora de servei, cosa que fa suposar el fet que el 7 de gener de 1814 arribés a Palma de Mallorca procedent d'Eivissa la pollacra³⁷ La Ascensión, comandada pel capità Miquel Bonet.³⁸

Jaume Alibau no solament va fer negocis amb La Perla de Catalunya, sinó també amb el místic³⁹ Santo Cristo de la Humildad, segons consta en un contracte signat el 17 de juny de 1812 pel qual el Dr. Alibau, aporta 8.000 rals de billó per a mercadejar, obtenint com a guany *la parte de moneda que le corresponda que es la que se le asigna á cada marinero del expresado buque*.⁴⁰

Cirurgia major dels hospitals militars de Màlaga

El mes de novembre de 1812 va marxar a Màlaga com a cirurgia major dels hospitals militars d'aquesta ciutat.⁴¹ En aquella època, a Màlaga, els militars eren atesos en diversos centres assistencials: Hospital de San Juan de Dios, Hospital de Santa Ana, Hospital de Atarazanas i altres dependències, segons les circumstàncies.⁴²

L'any 1813 s'originà una epidèmia a Gibraltar, segons informava el cònsul d'Espanya en una carta datada el 16 de setembre i dirigida a la Junta de Sanidad de Málaga.

Aquesta junta publica l'1 d'octubre un ban assenyalant que a Gibraltar *hay una verdadera infeccion declarada, hasta el extremo de haberse cerrado su puerto*, i que s'han de prendre totes les precaucions necessàries. El 10 de octubre, la Junta de Sanidad de Málaga ordena que *el comisionado Dⁿ Pedro de la Vega acompañado del facultativo Dⁿ Jayme Alivau, pasara a la casa en q^e vive en la Goleta el mandadero q^e ha venido de propio de Sⁿ Roque, por cuenta del S^r consul de Sicilia y reconocido q^e sea, el Vega lo conducira al lazareto de la Trinidad, y enseguida darâ parte de haberlo executado; el mandadero se llama Diego Ruiz*. En una nota amb la seva firma, el Dr. Alibau diu que *habiendo recorrido todo el barrio de la Goleta hacompañado del alcalde del mismo no se ha encontrado el sujeto q^e cita este docum^{to} ni nadie lo conoce*. Queda clar que no sempre podien aconseguir-se les prevencions sanitàries.⁴³

D'acord amb el seu tarannà emprenedor, a Màlaga va muntar una llibreria de temes mèdics, o almenys es dedicava a vendre aquest mena de llibres.⁴⁴

Catedràtic i director del real colegio de cirugia médica de Málaga

El Real Colegio de Cirugía Médica de Málaga va ser creat el 1817.⁴⁵ Estava situat en l'edifici d'Atarazanas, anomenat així perquè primitivament, en època andalusina, hi havia en l'indret unes drassanes. Ara hi ha el mercat d'Atarazanas, l'entrada principal del qual és d'origen nazarí, del segle XIV. A més del Real Colegio de Cirugía Médica, a l'edifici d'Atarazanas hi havia un dels hospitals militars de Màlaga i diverses instal·lacions casernàries.

Jaume Alibau esdevingué catedràtic i director del nou col·legi, i també van ser designats catedràtics Josep Casablanca i Rafael Plaza.⁴⁶

L'any 1821 hi hagué a Màlaga una gran epidèmia de febre groga. En una nota datada el 27 de setembre de 1821 i signada per trenta facultatius, apareixen Josep Casablanca i Rafael Plaza, però no Jaume Alibau.⁴⁷ Això fa suposar que el Dr. Alibau va morir aquell any abans de la referida data, tal vegada víctima de la cruel malaltia. Aquesta suposició no s'ha pogut verificar pel fet que els anys 1931 i 1936 van ser destruïts la quasi totalitat dels arxius parroquials de Màlaga.⁴⁸ Tanmateix, s'ha pogut constatar en l'Archivo Municipal de Málaga que Jaume Alibau és inscrit en els padrons dels anys 1812 i 1819, mentre que ja no figura en el padró de l'any 1824,⁴⁹ la qual cosa reforça la hipòtesi formulada.

Bibliografia

- CALBET, J. M. i CORBELLA, J. *Diccionari biogràfic de metges catalans* (volum 1). Fundació Salvador Vives Casajuana i Seminari Pere Mata. Barcelona, 1981.
- CASAL, F. "La Academia Médico-práctica de Cartagena". *Murgetana*, 5: 67-92. Múrcia, 1953.
- FERNÁNDEZ MÉRIDA, M. D. *Los hospitales malagueños en los siglos XV-XIX. Historia y arquitectura*. Diputación Provincial de Málaga. Màlaga, 2004.
- FRAU, R. *Discurso inaugural que en la abertura de clases del Real Colegio de Medicina y Cirugía de Barcelona leyó el doctor D. Ramón Frau el día 2 de octubre de 1832*. Viuda e Hijos de D. Antonio Brusi. Barcelona, 1833.
- GONZÁLEZ SÁNCHEZ, V. *Archivo Histórico Diocesano de Málaga. Catálogo general*. Publicaciones de la Obra Social y Cultural de Caja Sur. Còrdova, 1998.
- MASSONS, J. M. *Historia de la Sanidad Militar española* (volum 1). Ediciones Pomares-Corredor. Barcelona, 1994.
- RODRÍGUEZ CARAMAZANA, M. *Carta polémica dirigida desde Mahón al redactor del diario complementario del Diccionario de las Ciencias Médicas de París*. Imprenta de Juan Dorca. Barcelona, 1820.
- SALAMANCA, J. M. *Observaciones médicas sobre el contagio de la fiebre amarilla*. Francisco de Benavides. Granada, 1822.
- USANDIZAGA, M. *Historia del Real Colegio de Cirugía de Barcelona (1760-1843)*. Instituto Municipal de Historia. Barcelona, 1964.

Arxius

- ACB: Arxiu Capitular de la Catedral de Barcelona
- ACM: Archivo Central de Melilla
- ADB: Arxiu Diocesà de Barcelona
- AHDM: Archivo Histórico Diocesano de Málaga
- AMM: Archivo Municipal de Málaga
- ANOM: Archives nationales d'Outre-mer, Aix-en-Provence
- AUB: Arxiu Històric de la Universitat de Barcelona
- BUB: Biblioteca de la Universitat de Barcelona

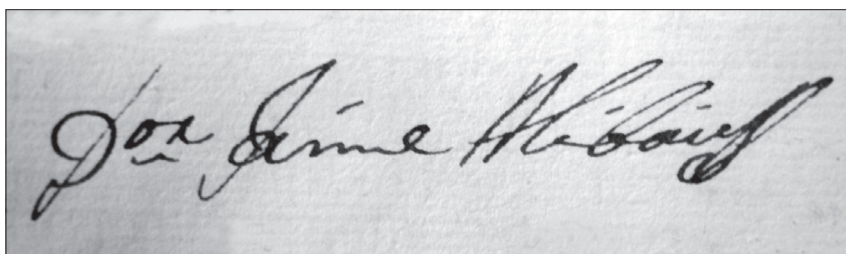
Notes

1. Així ho palesa una fe de baptisme continguda en el seu expedient acadèmic: *Al primer de janer de mil set cents xexanta y sis, en las fonts baptismals de la iglâ parrâl de S^t Marti de S^t Celoni (olim de Partegas), bisbat de Bar^{na}, per mi Jaume Surís, p^{bre}, y ben^t de la p^t parr^a (ab llicencia del parroco), fonch batejat Pau, Jaume y Joan, nat lo die 28 de X^{bre} 1765, fill llog^m y nat^l de Joan Alibau, silurg^{ia}, y de Rosa Alibau y Fabregat, conj^s*. (AUB, 01 EA Alibau Fabregat, Jaime)
2. Joan Alibau Soler, cirurgià de Sant Celoni, va néixer a Piera, vila on va ser batejat, a l'església parroquial de Santa Maria, el 5 de març de 1713. Era fill de Pau Alibau i de Caterina. (AUB, 01 EA Alibau Fabregat, Jaime). Va morir a Sant Celoni el 19 de juliol de 1784, segons consta en la corresponent partida de defunció: *Als dinou del mes de juliol del any mil set cents vuytanta y quatre, morí de m^laltia, havent rebut los sants sacraments, lo Sr. Joan Alibau, cirurgià, n^ol de la vila de Piera, del bisbat de Bar^{na}, fill llog^m y nat^l de Pau Alibau y de Catharina*. (ADB, microfilm XVIII/11, 1157661)
3. Rosa Fabregat Mill va néixer el 4 d'agost de 1730 a Sant Hipòlit de Voltregà i va ser batejada l'endemà a l'església parroquial. El seu segon cognom apareix escrit Amill en la seva partida de baptisme. (AUB, 01 EA Alibau Fabregat, Jaime)
4. Pau Alibau (avi patern) fou batejat a l'església de Sant Pere de Jorba el 30 d'abril de 1673. (AUB, 01 EA Alibau Fabregat, Jaime)
5. Caterina Soler (àvia paterna) fou batejada a l'església de Santa Maria de Piera el 6 d'octubre de 1675. (AUB, 01 EA Alibau Fabregat, Jaime)
6. Jaume Fabregat (avi matern) fou batejat a l'església parroquial de Concabella, a l'actual municipi dels Plans de Sió, el 24 de desembre de 1702. Esdevingué metge de Sant Hipòlit de Voltregà. (AUB, 01 EA Alibau Fabregat, Jaime)
7. Josepa Mill (àvia materna) va ser batejada a l'església parroquial de Sant Maria de Cervera el 7 de març de 1701. Era filla del cirurgià Francesc Mill. (AUB, 01 EA Alibau Fabregat, Jaime)
8. El 7 de gener de 1792 Jaume Alibau va pagar una taxa d'1 lliura i 4 sous per a l'obra de la Seu, és a dir, de la catedral de Barcelona. El casament s'hauria celebrat, segons era habitual, el mateix dia, l'endemà o dos o tres dies després. No es pot dir exactament la data, en haver desaparegut l'any 1936 el corresponent llibre de matrimonis de la parròquia de Santa Maria de Badalona. El registre de l'esmentada taxa d'esposalles diu: *Die 7 janer 1792. Jaume Alibau, cirurgia, fill de Jaume y Rosa Fabregat conj^s, ab Maria Salvó, d^{lla}, filla de Mathias y Lluisa Llansó, conj^s, parr^a de Badalona*. Cal indicar que es cometé una errada en el nom del pare del nuvi, ja que es deia Joan i no Jaume. (ACB, Esposalles, 159, fol. 235r)
9. El pare de Maria Salvo era oriünd d'Osca i es va casar amb la badalonina Lúcia Llansó a mitjans de juny de 1750. Ho sabem per la taxa de 12 sous que va pagar per a l'obra de la Seu: *Die 15 de juny de 1750. Mathias Salvo, jove sirurgia, natural de la ciutat de Guescha, ab Llusia Llanso, d^a p^a S^{ta} Maria de Badalona*. (ACB, Esposalles, 138, fol. 11r)
10. Així ho expressen Jaume Alibau i Rosa Fabregat en el seu testament fet a Melilla el 10 d'octubre de 1809 davant l'escrivà de guerra José Marín. (ACM, Cronista oficial, caja 2, doc. 136)

11. Segons un informe referit a l'any 1807, fet a Maó l'1 de gener de 1808 per Manuel Rodríguez, cirurgià major de l'Hospital d'Exèrcit i Marina de l'Illa de Menorca, i presentat a la Real Junta Superior Gubernativa de Cirugía, Josep Alibau era ajudant de cirurgia d'algun regiment de guarnició a Menorca. (*Revista de Sanidad Militar Española y Extranjera*, 25 de mayo de 1864, pàg. 98-99)
12. Així consta en el testament que van fer Jaume Alibau i la seva esposa el 10 d'octubre de 1809. (ACM, Cronista oficial, caja 2, doc. 136)
13. BUB, man. 134, pàg. 211; i man.170, fol 654r.
14. En una instància feta el 18 de març de 1800, dirigida al president del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona, Jaume Alibau, *cirujano del primer batallon del regim^{to} de Inf^a de Soria*, diu que *en atencion a la gracia que ha merecido de la R^l Junta Gen^l de Gobierno*, sol·licita que *se le expida por el Colegio de la presente ciudad el titulo de licenciado en cirugia, haciendo un examen de materia medica*. El president, Dr. Francesc Borràs, demana aquell mateix dia el parer del secretari, Dr. Francesc Junoy, el qual, dos dies després, diu que *puede admitirse a los exámenes segun lo mandado por la R^l Junta G^l de Gobierno*. Amb data del dia 26, el president dóna la conformitat *conseq^{te} al dictamen q^e antecede*. (AUB, 01 EA Alibau Fabregat, Jaime)
15. BUB, man. 134, pàg. 211.
16. En una instància amb data del 4 d'abril de 1800, dirigida al president del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelona, *el lic^{do} Dⁿ Jaime Alibau, cirujano del Reg^{to} Inf^a de Soria*, exposa que havent aprovat els exàmens per a obtenir el grau de doctor, *suplica se digne conferirle d^{no} grado haciendo el deposito correspond^{te}*. En una nota marginal, feta el dia 7 d'abril, el secretari del dit col·legi, Dr. Francesc Junoy, informa que *concurrén en el sup^{te} las circunstancias para conferirle el grado que solicita*, i en una altra nota escrita el mateix dia, el president, Dr. Francesc Borràs, dóna la seva conformitat dient *admitasele el deposito*. (AUB, 01 EA Alibau Fabregat, Jaime)
17. USANDIZAGA, 1964: 175-180.
18. MASSONS, 1994: I, 382.
19. Ho sabem perquè el seu nom apareix el 20 d'abril de 1795 en una llista de subscriptors del *Correo de Gerona*, periòdic de caire militar.
20. En el *Diario de Madrid* del 24 de juny de 1806 es fa referència a la *funcion de volatines, y varias habilidades, que en la plaza propia de los Rs. Hospitales se ha executado en la tarde del dia 22 del corriente por Jaime Chiarini, Jayme Alibau y Compañia*. En l'edició de l'1 de juliol del dit diari s'al·ludeix a una altra funció, feta el dia 29 de juny.
21. ACM, Cronista oficial, caja 2, doc. 86, 117, 127, 129, 131, 134, 136, 146, 152, 155, 156, 159, 167, 168 i 171; Cronista oficial, caja 3, doc. 14 i 17; i Cronista documentos sueltos, caja 5, doc. 37.
22. AHDM, Melilla, leg. 663-1, fol. 196V; i leg. 663-2, fol. 7v.
23. ACM, Cronista oficial, caja 2, doc. 136.
24. És a dir, llicenciat en cirurgia mèdica, una titulació existent llavors que dignificava la professió de cirurgia i que d'alguna manera anticipava la unificació de les professions de metge i de cirurgia.
25. Més tard, metges, cirurgians i farmacèutics militars quedarien integrats en un cos únic de Sanitat Militar.
26. La Real Academia Médico-práctica de Cartagena va ser constituïda a començaments del segle XIX mitjançant una reial cèdula de 19 de novembre de 1803. En la petició que s'havia fet al rei Carles IV, s'acompanyaven els estatuts, *imitando a los de las Reales Academia Médico-prácticas del reino, sobre todo la de Barcelona* (CASAL, 1953: 70 i 82). Cal dir que en dues ocasions anteriors, una el 1740 i una altra el 1784, s'havien establert a Cartagena unes acadèmies mèdiques que van durar pocs anys. La fundada el 1803, de la qual era acadèmic corresponent el Dr. Alibau, va estar activa durant la primera meitat del segle XIX.
27. José Joaquín Santiago era cirurgià d'un regiment de guarnició llavors a Melilla. Anteriorment (1803 i 1804) havia fet algunes dissertacions al Real Colegio de Cirugía de San Carlos, de Madrid.
28. ACM, Cronista documentos sueltos, caja 5, doc. 37.
29. *Ibidem*.
30. Vaixell de tres pals de vela llatina, molt utilitzat antigament al mar Mediterrani en la navegació de cabotatge.
31. Cal no confondre aquest xabec amb la fragata del mateix nom que a mitjans del segle XVIII comerciava amb Amèrica.
32. ANOM, Consulats, GGA1A119.
33. ACM, Cronista oficial, caja 2, doc. 167.
34. ACM, Cronista oficial, caja 2, doc. 168.
35. ACM, Cronista oficial, caja 2, doc. 171.
36. *Gaceta de la Regencia de las Españas*, 9 de maig de 1812, pàg. 486.
37. Vaixell de vela de dos pals, propi del mar Mediterrani, que aparegué a finals del segle XVIII.
38. *Diario de Mallorca*, 8 de gener de 1814, pàg. 32.
39. Vaixell de vela de dos o tres pals, amb botalons de proa i de popa, propi del mar Mediterrani.
40. ACM, Cronista oficial, caja 3, doc. 14.
41. Podem situar exactament entre el 2 i el 12 de novembre de 1812 el seu trasllat a Màlaga, perquè el dia 2 actua a Melilla com a testimoni en el bateig d'una filla del seu cosí Joan Pellissó (AHDM, Melilla, leg. 663-2, fol. 7v) i el dia 12 de novembre ja resideix a Màlaga, segons consta en un document notarial d'aquesta data on es diu que Jaume Alibau és *cirujano mayor electo de los hospitales de Mala-*

- ga, residente al presente en este destino. (ACM, Cronista oficial, caja 3, doc. 25)
42. FERNÁNDEZ MÉRIDA, 2004: 49-98.
43. AMM, vol. 205, fol. 771r y 773r; i leg. 441, Junta de Sanidad, sessió del 10 d'octubre de 1813.
44. En un anunci del *Curso de medicina legal*, de Jean Jacques Belloc, es diu que a Màlaga aquest llibre de text es trobava a la venda en la *librería del Dr. D. Jaime Alibau*. (*Gaceta de Madrid*, 19 d'octubre de 1819, pág. 1054)
45. El Dr. Manuel Rodríguez, en un panegíric de la cirurgia espanyola, escrit a Maó l'any 1820, indica que *el monarca actual ha permitido el establecimiento de un colegio particular en 1817 en la ciudad de Málaga*. (RODRÍGUEZ CARAMAZANA, 1920: 9)
46. En l'esmentat panegíric del Dr. Manuel Rodríguez s'assenyala que aquest col·legi només té de dotació tres pro-

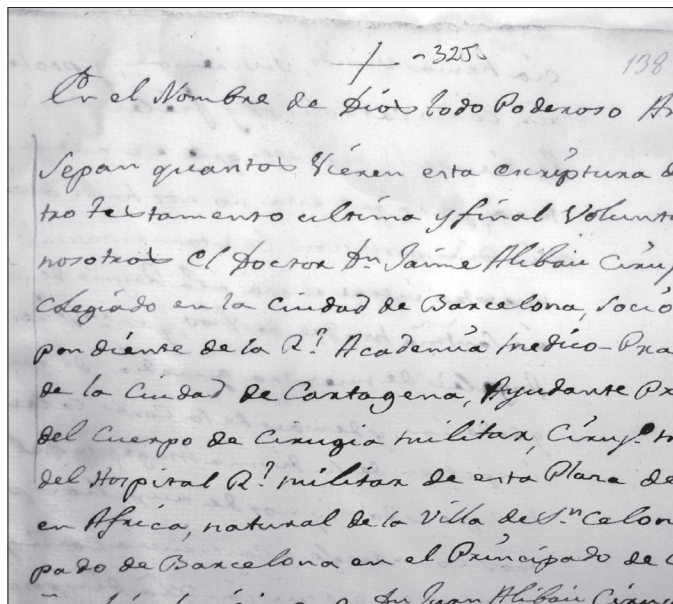
- fessors, que son los doctores D. Jayme Alibau, D. José Casablanca y D. Rafael Plaza. (RODRÍGUEZ CARAMAZANA, 1920: 9). D'altra banda, en les anuals *Guía de forasteros en Madrid* corresponents als anys 1820 (pàg. 182) i 1821 (pàg. 80), amb referència al col·legi de cirurgia de Màlaga es diu: *D. Jaime Alibau, primer catedrático, gefe local; Josef Casablanca, segundo catedrático; Rafael Plaza, tercer catedrático*. Diverses altres fonts bibliogràfiques assenyalen el Dr. Alibau com a professor del col·legi de cirurgia de Màlaga: FRAU, 1833: 35; CALBET i CORBELLÀ, 1981: 39; etc.
47. SALAMANCA, 1822: 60.
48. GONZÁLEZ SÁNCHEZ, 1998. Vegeu l'apartat de la introducció titulat "Destrozos en los archivos eclesiásticos de Málaga".
49. AMM, Padrones de los años 1812, 1819 y 1824.



Signatura del Dr. Alibau en el seu testament de l'any 1809



Real Hospital de Melilla



Encapçalament del testament de Jaume Alibau de l'any 1809

Sessió Necrològica

**DR. JOSEP LLUÍS MARTÍ I VILALTA (BARCELONA, 1946 – 2014).
MESTRE DE LA PATOLOGIA VASCULAR CEREBRAL. IN MEMORIAM**

Romà MASSOT i PUNYET
Acadèmic numerari

Escriure la necrologia d'un metge de reconegut prestigi és un ver honor, però a l'ensens una tasca compromesa. Si a més, el finat deixa un clar missatge denegant tot acte pòstum que el recordi, llavors la decisió és prou delicada. Cal optar entre un respecte absolut de la voluntat del difunt, o la tradició inveterada d'aquesta Reial Acadèmia, de recordar la biografia dels seus membres traspassats. Una solució equilibrada, que el nostre acadèmic corresponent potser hauria acceptat, és parlar menys dels seus mèrits acadèmics, i esmentar els trets més humans i menys científics de la seva acusada personalitat. La seva vídua, na Pilar García-Faria i Rialp, i el seu millor amic, el Dr. Escartín, sols han volgut confirmar la bondat del seu caràcter, i la gran enteresa mostrada durant els dos o tres mesos que va durar la malaltia final. D'altres companys seus de l'Hospital de Sant Pau, i especialistes amics, han reiterat el mateix missatge de discreció absoluta. Aquest silenci del seu entorn humà, explica que algunes fites significatives de la vida del Dr. Martí, no es reflecteixin en aquest breu obituari. No és fàcil comprendre aquesta rigorosa reserva pòstuma, en un metge que en vida estava ben orgullós de mostrar els seus fruits acadèmics. Probablement el seu ferm caràcter, li feu aplicar amb el màxim rigor, la decisió de bandejar tot homenatge o recordatori sentimental, i donar per vàlida l'autèntica obra que havia esculpit en vida.

"Enlloc veuré, ciutat de Barcelona, ta hermosa Seu": Aquí neix i resideix en Josep, compartint el temps de lleure entre Camprodon, *"hermosa vall bressol de ma infantesa, blanc Pirineu"*, i Escaladei del Priorat. Passejar entre ceps i llicorella esmicolada, i muntar a cavall, en companyia de la seva esposa, reforça el seu tremp humanístic.

Es llicencia a la Facultat de Medicina de Barcelona, i s'incorpora a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, on aprèn la neurologia al costat del seu mestre, el recordat acadèmic Dr. Lluís Barraquer i Bordas. Aviat serà cap clí-

nic del servei de neurologia. El seu interès és la patologia vascular cerebral, i és amb aquesta subespecialitat, que es doctora, publica cents d'articles, i aconsegueix una reputació internacional. Integra un competent equip de treball, que li permet organitzar i dirigir una de les primeres Unitats d'Ictus de Catalunya. Lidera el naixement del Grup d'Estudi de Malalties Cerebrovasculars, a les Societats Catalana, i Espanyola, de Neurologia. Publica a les revistes de major impacte, i escriu 3 edicions, la darrera el 2012, de la seva obra prínceps: *"Enfermedades Vasculares Cerebrales"*. Dos guardons que de ben segur li van plaure molt són, la plaça de professor titular de neurologia, i el de president de la Societat Catalana de Neurologia.

La sensibilitat artística del Dr. Martí es plasma en unes obres paramèdiques de meticulosa edició, i bellament il·luminades, que conjuminen la neurologia i les humanitats. *"La Neurología y el Arte"*, *"La Neurología y la Música"*, i *"Neurología y el significado de las Palabras"*, són llibres que ens omplen de goig visual i espiritual. També li plau publicar sobre història de la medicina, en especial la relacionada amb la neurologia i l'hospital de Sant Pau.

Les nostres trobades eren propiciades pels congressos de neurologia, on sempre hi anava acompanyat de la seva amable i discreta esposa. La dedicació a la medicina, l'interès per les humanitats, i la seva devoció per la pàtria, només són superats per l'amor envers la seva esposa. Als seus escrits sols hi ha una dedicatòria específica, i és per ella. Ho fa amb la versió castellana d'uns versos de Petrarca: *"Bendito sea el día, el mes y el año / la hora y el momento, / la estación y el tiempo, / y el lugar de este país, / donde dos hermosos ojos me sedujeron"*.

L'estimació incondicional per la pàtria catalana fou el principal vincle d'unió amb en Josep. Lligam principal i gairebé únic, car el Dr. Martí, d'ample somriure i proverbial afabilitat, també matisava bé el tracte que dedicava

a cada persona. Alt, ensenyorit, amb clàssica vestimenta, i un tarannà sobri, la seva presència no passava desapercebuda. La seva secretària a l'Hospital, el recorda amb forta emoció, ja que els darrers mesos cada matí la saludava preguntant-li amb empatia: "Com està la pubilla?", referint-se a la seva filleta nounada.

Revisant els seus escrits, i les nostres converses, es palesa com durant el darrer decenni, creix el fervor que sent per Catalunya. L'any 2013 ho expressa publicant un petit llibre amb el títol de "Ara és l'hora, catalans", on apassionadament resumeix el seu pensament catalanista, i argumenta sense embuts i amb claredat, com el poble català pot aconseguir la seva independència. A la breu Introducció unes frases palesen vívidament el

seu abrandat entusiasme: "Aquest llibre pretén convertir la informació en indignació, perquè aquesta generi un compromís amb el país. La nostra dignitat, i la nació catalana estan en perill. Ha arribat el moment en què el poble de Catalunya s'ha de comprometre amb el seu país. Els catalans no podem ser indiferents a l'espoli continuat ... ". No es pot dir ni més alt ni més clar.

En Josep visqué com propis els versos de Mossèn Cinto: "Estic malalt, més ai! tornau-me a terra que hi vull morir". Ens ha deixat físicament un gran metge, però ens roman la seva llavor. "Oh, si al fossar on jau ma dolça mare, jo el lilit tingués", i allí reposa el Dr. Martí i Vilalta, poèticament confortat pels pacients, una obra copiosa, una esposa amorosa, i una pàtria més sobirana.



Papers de l'arxiu

CASOS DE RÀBIA A SOLSONA. 1833. VENENO RABIOSO

M. Àngels GALLEGOS i PANIELLO

Arxiu Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

RESUM: La documentació sobre casuística concreta de casos de ràbia a Catalunya a començaments del segle XIX és molt escassa. Aquí s'aporta un relat del metge Joan Serra, de Solsona, tramès l'any 1833 a l'Acadèmia de Medicina de Barcelona, sobre diversos casos en aquell partit. Una de les víctimes, una dona gran, ajudada per una altra dona, va matar el gos a cops de bastó, dient-li "jo m'he de morir però tu també moriràs". Es recorda un cas semblant, a Òdena (Anoia) el 1844 en que un home fort ofega el gos agafant-lo pel coll, dient una frase semblant.

Paraules clau. Ràbia. Catalunya. Solsona Joan Serra. Reial Acadèmia de Medicina.

Es transcriu un document manuscrit, del fons arxivístic de la Reial Acadèmia de Medicina, de l'any 1833 sobre diversos casos de ràbia a Solsona i pobles del voltant, escrit pel metge de Solsona Sr. Joan Serra (1).

Titulat "Veneno rabioso", explica el cas d'un gos rabios que havia mossegat varies persones i animals en tres pobles diferents. Als pocs dies es presentà una senyora amb una cama presumptament mossegada, la qual examina veient que no hi ha ferida. Li fa prevenció que cremi tot allò que el gos hagi mossegat i se li dona instruccions perquè reconegui la simptomatologia en el cas de mínima sospita. Li prescriu banys casolans, càmbora (2), llet i serenor d'esperit.

En el document s'entreveu l'alarma social i suggestió que hi havia vers la ràbia, ja que en un principi pensa que la senyora no vol ensenyar-li la ferida per por als terribles tractaments a que es veien sotmeses les víctimes mossegades, que ell mateix reconeix haver explicat. ...*"Temiendo que no me ocultase el mal por haberme oido decir que la cura de este mal era horrosa(sic) y cruel, quise cercionarme y registré dicha pierna y ciertamente no se conoció nada de herida."*...

L'Edicte més proper a la data del document, que s'ha trobat a l'arxiu és de l'any 1830 (3). És el Pla preservatiu i curatiu de la ràbia o hidrofòbia, document de 4 fulls impresos, prescrit per la Reial Acadèmia de Medicina Pràctica de Barcelona, llegint-lo s'entén el pànic...*"si el lobo ó perro han mordido á algun hombre, inmediata-*

mente debe destruirse el virus..., lo que es fácil quemandola con un boton de fuego"...

El mateix dia de la carta es presenten tres mossegats més, dues dones i un xicot, que són examinats per dos Facultatius.

Denúncia que tots ells i d'altres, han anat a veure prèviament un "Seteno Saludador" (4) i se'n fa creus que pensin que han quedat curats.

L'últim cas relatat és en un altre poble, una senyora vella que abraçant-se al gos i agafant-lo per les orelles li va dir: - *"Jo he de morir però també moriras tu"*. Finalment ella i una altra senyora amb un pal acaben amb el gos. Un cas similar passaria uns anys després a Òdena, l'any 1844, en el qual explica que un home valent que va lluitar contra el gos, fins ofegar-lo mentre li deia: "Moriré pero no morderás a otro"(5).

La transcripció:

Arxiu RAMC. 1833 / lligall 27 / doc. 80

Veneno Rabioso

Hace pocos días que un perro rabioso mordió á varias personas y animales en tres distintos pueblos. Pasados algunos dias se me presentó una muger mordida en una pierna: però que no se conocia nada. La media y guardapies muy derrotados. Temiendo que no me ocultase el mal por haberme oido decir que la cura de este mal era horrosa y cruel, quise cercionarme y registré dicha pierna y ciertamente no se conoció nada de herida. La previne que quemase todo cuanto hubiese mordido el perro: Le di señas para que conociese de antemano (si por desgracia apareciese) el primer y mas leve vestigio de rabia y me avisase inmediatamente.

Le dispuse baños caseros, reanimantes, camfora y leche y sobre todo serenidad de espíritu.

Hoy se han presentado tres mordidos: á saber dos mugeres y un muchacho, quienes estan en manos de otros dos Facultativos.

Estos infelices y otros varios que no se han visto, estan en una creencia pertinaz con un Seteno Saludador que llaman y que quedan curados sin otro socorro; Ojala fuese como creen!

Al ultimo Pueblo que llego el mordió á una muger vieja, y esta (cosa rara, pero mas admirable) se abrazo con el perro, con las manos le cogió ambas orejas y proferió estas palabras: Jo he de morir pero també moriras tu. Se puso a gritar la muger con un palo y las dos acabaron con el perro.

Quedo enterado de los buenos (no merecidos) obsequios con que me honra esa Real Academia. Dios la prospere para ocuparse por el bien de la humanidad, como lo desea el filiado.

Juan Serra

Solsona 7 Marzo de 1833.

M. I. S. de la R. Academia de Medicina

Conclusions:

Es tracta d'un document relativament curt, els fets relatats són parcials, no dona noms dels altres pobles, no dona un nombre concret de persones i animals atacats, no hi ha cap explicació de si s'han curat o no i tampoc dels tractaments fets. Tampoc explica com acaba el cas de les senyores que van lluitar contra el gos rabiós.

Sabem que durant l'any 1833 a l'Acadèmia només arriben notícies d'aquests atacs a Solsona. I d'un cas relatat pel Dr. Josep Tàpies d'Igualada de l'any 1845 en el qual explica que durant l'any 1833 hi va haver un cas en el qual morí un nen de tretze anys als 41 dies de ser mossegat per un gos de presa (4).

Bibliografia:

- (1) Signa Joan Serra, Llicenciat en Medicina a la Universitat de Cervera el 14 de març de 1798. Registrat en el partit de Solsona l'any 1835, exercint a Solsona. Subdelegat. Consta en la Revista Gimbernat, 2008 (*), vol. 49, pàg. 172. Autor: Jacint Corbella, amb el títol: "Metges i cirurgians de la conca alta del Llobregat entre 1831 i 1835, segons el registre de l'Acadèmia de Medicina (partits mèdics de Berga, Solsona i Cardona) (Arxiu RAMC, 1835, 17/201.202).
- (2) La càmfora extreta de la fusta del camforer va ser un producte molt popular al qual se li atribuïen funcions sedants, antipútrides, anafrodisiaques, revulsives i analgèsiques, també com a estimulants cardíac i respiratori, es podia aplicar com a pomada, adhesiu, oli, alcohol, cigarretes o ensumar com el rapè. Tal com recollia François Vincent Raspail en el seu Manual de Salut. (Jacint Corbella, "François Vincent Raspail (Carpentras, 1794-ARCUEIL, 1878). El Manual de la Salut. Difusió i influència a Catalunya". Revista RAMC. 2015 (2), pp. 72-75).
- (3) Arxiu RAMC. 1830 / lligall 7 / doc. 23
- (4) Veure l'article "La Medicina Popular en Catalunya" de Martí i Pérez, Josep a la pàgina 84 fa referència als setens saludadors "Otra de las creencias más tradicionales es la de atribuir dotes curativas de tipo bastante general al séptimo o séptima de siete hermanos del mismo sexo siendo entonces denominados setens". Ref: Comelles, Josep M., Medicina, malaltia i salut a Catalunya. En: Tradicions i Llegendes (obra colectiva), Barcelona 1982, vol. 1, p. 161.
<http://digital.csic.es/bitstream/10261/38055/1/JMartí-1988-LA%20MEDICINA%20POPULAR%20EN%20CATALU%C3%91A.....pdf> (vist el 28.07.2016).
- (5) Arxiu RAMC. 1845 / lligall 27 / doc. 144

El manuscrit:

Arxiu RAMC. 1833/ lligall 12 doc. 80

Del animal, ramonament, com
 fons y baha y abas tala se
 avitad de espanta. *Seg* de
 han guatada del maldit
 a tala del maldit y en un
 charba, quans' esten en ma-
 nua de elos del maldit
 L'el
 infelicit y elos maldit que
 no a han tala, esten en una
 comuna, pautina, con un
 letura y letura que han
 man y que quida comedit
 en las maldit. *Seg* de
 comu. *Seg* de
 Al ultimo libro
 que hege el pava, maldit a
 una maldit. *Seg* de
 maldit, plus una maldit
 A abate con el pava, con las
 maldit le coge maldit
 y profuit otras palabras.

De la de maldit para tala
 maldit con la pava a quita
 la pava, plus elos maldit
 una pava y las del maldit
 con el pava
 L'el maldit de la
 honor fue maldit. *Seg* de
 con que una maldit. *Seg* de
 maldit. *Seg* de la pava
 para maldit por el bien de
 la maldit, como la maldit
 de maldit
 Juan Solsona
 Solsona 7 de Mayo de 1833
 M. P. S. de la Academia de Solsona

Medicina d'Occitània

ANTOINE MIZAUD (C. 1510-1578), METGE, ERUDIT I NATURALISTA. UN EXEMPLE DE L'EVOLUCIÓ DE LES DIFERÈNCIES EN LA VALORACIÓ I DIFUSIÓ DE LES OBRES D'UN AUTOR

Jacint CORBELLA i CORBELLA

Antoine Mizauld (sovint també Mizaud) fou un metge originari de Montluçon, de la part més al nord de les terres d'Oc. Ara pertany al departament de l'Allier, a la regió de l'Alvèrnia. Va passar aviat a viure a París, on va desenvolupar la seva activitat, més a la segona meitat del segle XVI. Sobre la data de naixement la més citada és l'any 1510, però a vegades, bastant sovint, es troba la cita de l'any 1520. Va morir a París l'any 1578. Vol conservar però la referència al seu origen i en molts llibres a la portada al costat del nom posa el seu origen "Monluciensi, Medico"

El seu cas pot ser un exemple de com evoluciona la valoració de l'obra d'un autor, en aquest cas un científic, i també de la seva difusió. Demostra clarament que d'un temps a un altre el punt de vista sobre un mateix autor pot ser molt diferent, i que ara, amb un millor coneixement de la informació antiga, estem en un moment evolutiu interessant. Fou una personalitat curiosa, pròpia del seu temps, en el que molts coneixements estaven poc consolidats.

Resum de la seva vida i obra

Segons l'orientació del text que el cita se'l sol presentar de manera diferent. Les dues referències més freqüents solen ser les de metge i astròleg. Amb referència a l'extensió de la seva cultura, fou un home erudit, amb experiència en diversos camps sobre tot de la naturalesa. Així són interessants els escrits sobre el cultiu de les plantes, des dels jardins a l'horticultura i els arbres fruiters. També les plantes medicinals, i d'aquí a la farmàcia popular. Un altre vessant són els estudis del cel, des del llunyà (astronomia, astrologia), fins al cel més proper (fenòmens meteorològics). Van tenir difusió els seus calendaris, i els pronòstics del temps, i avui se'l pot considerar com un dels capdavanters de la informació i estudis meteorològics.

Va fer estudis inicials a Bourges, i després medicina a París. S'hi va establir i sembla que va tenir molt èxit i bones relacions. Va ser metge i sembla que també astròleg de Margarida de Valois, que més tard va ser reina de França. Després va canviar les preferències, i es va decantar per l'astrologia, "en un temps en que aquesta ciència quimèrica tenia una gran difusió" en molts estrats socials. "Així la seva fama com a metge-mag va ser extraordinària (Quirielle, 1899) (1).

Va escriure una quantitat de llibres molt gran i sobre molts temes. Solien tenir títols llargs, i a vegades enrevessats. Malgrat la fama com a metge va deixar bastant aquesta pràctica. Al cap dels anys va intentar facilitar l'accés als coneixements terapèutics a la població i té escrits de medicina popular. Això li va provocar l'animadversió de metges i farmacèutics, que no acceptaven aquesta competència.

Fins a cert punt ens pot recordar la línia de *Nostradamus*, no com a profeta, però si com a metge i astròleg, que va viure a la mateixa època

La difusió de la seva obra

En els últims temps l'increment de l'accés a la informació i les tècniques de recollida de dades, i de difusió d'escrits antics, ens ha permès tenir més punts de vista.

Una visió inicial ens faria pensar que Antoine Mizauld fou un escriptor de fa quatre segles i mig, amb obra sobre molts temes, algun de medicina, i avui gairebé desconegut, a part d'entre alguns erudits. I el seu valor es reconeixeria més aviat escàs. Se sap que va fer molts escrits, la majoria sembla que amb difusió escassa i amb poca persistència. Aquest seria un punt de vista.

Però segons dades recents del *WorldCat*Identities*, que recull informació de llibreters antiquaris, les coses no són exactament així en diversos temes dels seus escrits. Els autors escriuen en llatí, per tant el mercat

entre erudits no té limitació idiomàtica, es publiquen en ciutats molt diverses, i el nombre d'edicions és molt alt, tant que avui ens podria sorprendre. De més de mitja dotzena d'obres ens consten més de 25 edicions només entre els segles XVI i XVII. Resumint en xifres arrodonides, hi ha 140 edicions en vida de l'autor; 45 més fins a final del segle XVI; 175 en el segle XVII; i encara 35 en el XVIII; però n'hi ha també una cinquantena en reimpressions des de la dècada de 1970, és a dir pràcticament en els últims cinquanta anys. Són dels llibres que es recuperen.

Això vol dir que hi havia un "mercat" d'interès científic, o si es vol social, però al voltant del saber, prou extens. Així podem pensar en la "revifalla", si més no en proporcions prudentes però significatives, de molts autors que fins ara ja estaven oblidats.

Mizaud com a meteoròleg

Un dels primers treballs que va publicar, ben aviat en la seva bibliografia, el 1546, tracta de la predicció del temps. És el "*Phaenomena sive aera Ephemerides*", que va tenir més edicions, i amb el text i el títol adaptats encara altres. Aquest llibre és en llatí. Però el 1547 surt la primera versió en francès. El títol ja és molt llarg: "*Le miroir du temps, autrement dit, éphémérides perpétuelles de l'air par lesquelles sont tous les jours donez varis signes de tous changements de temps, seulement par choses qui a tous apparaissent au ciel, en l'air, sur terrer et en l'eau. Le tout par petits aphorismes et breves sentences diligemment compris*".

Es considera que és el primer llibre sobre meteorologia que va aparèixer en francès. Altres edicions son d'Anvers el mateix any i el 1556; i a Paris el 1554. S'indica que és un llibre amb una metodologia científica d'observació i que obre un camí a la meteorologia moderna (2). Té quatre parts, en les que donen indicacions sobre la manera de preveure la pluja, el temps que farà i el vent. Valora molt les reaccions dels animals front als canvis de temps. També s'ocupa dels cometes i dels possibles terratrèmols.

Llibres de botànica i agricultura. Alimentació

És una part important de la seva obra. Les aportacions estan disperses en molts escrits, i amb títols llargs que poden ser poc clars en el seu conjunt. Un dels més editats va ser la "*Historia hortensivm quator opvsvclis methodicis contexta, quorum primum hortorum curam... ... Quartum lucunda et benefica medicandorum Hortensium, olerum, radicum, fructuum, vinorum et carniem artificia explicat*". Va tenir més de vint edicions en el seu temps. Una de les més conegudes és la de Colònia, de 1577.

Els llibres sobre el cultiu de plantes, algunes que serveixen en l'alimentació habitual, i també la referència a les carns, i a les herbes medicinals, el fan un autor de qui, com a mínim, cal recordar-ne el seu treball.

Alguna conclusió

La primera intenció del treball és la de presentar un metge occità del segle XVI, que va fer el seu treball tota la vida a París, on tingué una posició social important. És a dir recordar un savi oblidat. Però la segona és mostrar com la valoració de l'obra dels diversos autors es modifica al llarg dels anys, i no solament d'acord amb el criteris habituals (les obres solen quedar "obsoletes" o antiquades), sinó que tècniques d'informació diferents, o noves, porten a punts de vista complementaris que cal tenir en compte.


I, a més encara, que aquesta modificació, innovació tècnica, és progressiva i el que valorem avui no serà vist de la mateixa manera en etapes futures, llunyanes o fins i tot properes. I cal tenir en compte totes les aportacions. És difícil pensar, en el camp científic, que obres que avui estan totalment oblidades, en aquest o bastants altres autors, per causes diverses tornaran a revifar, se'n faran noves edicions, potser més per ideologia que per aportació científica, i que ens cal recordar la gran difusió que van tenir en el seu temps, amb un nombre d'edicions que avui ens pot semblar extemporani.

Notes

(1) Quirielle, Roger de: "Bio-bibliographie des écrivains anciens du Bourbonnais" Moulins (H Durond) 1899, 240 pp.


(2). (recuperat: <http://www.summagallicana.it.lessico/m/Mizaud Antoine.htm> (05.09.2016)

NOVA ET MIRABILIA
ARTIFICIA COMPARANDORVM FRVCTVVM, OLIVVM, RADICVM, VVARVM, & ALIORVM HORTENSIVM, QUÆ CORPVS BLANDÈ & ABSQVE NOXA PURGENT.
 AD HÆC,
METHODVS PERPVLCRA
componèdorum vinorum, quæ diversis morbis clementer succurrant: cum prisco & recenti catalogo quorundam.
 AVTORE ANTONIO MIZALDO
Monluciano, Medico.



LYTETIÆ,
 Apud Federicum Morellum in vico
 Bellouaco, ad vrbanam Morum.
 1565.
 CVM PRIVILEGIO REGIS.

ANTONII MIZALDI MONSLVCIANI
METEOROLOGIA SIVE
 perspicua declaratio rerũ quæ in aëre
 fiunt, id est, pluuiæ, grandinis, con-
 trui, & id genus aliorum causas,
 generationem, naturã, differ-
 entias & effectus à poet-
arum & methodicis
 exhibens.



PARISIIS,
 Apud Bartholomæum Macæum, in monte
 D. Hilarij, sub Scuto Britannicæ.
 M. D. LXXXVII.
 Cum Privilegio Regis.

6
L'EXPLICATION,
 VSAGE ET PRACTIQUE DE
 l'Ephemeride celeste d'ANTOINE
 MIZALD: comme aussi de toutes
 autres. Auecques tables a ce neces-
 saires & vtiles.



A PARIS.
 Chez Jacques Keruer, rue S. Jacques,
 a l'enseigne des deux Cochetz.
 1556.



Vida Acadèmica

Obituari d'acadèmics numeraris. En el curs de l'últim trimestre s'ha produït el traspàs, el mes d'agost del doctor Joaquim Barraquer i Moner, oftalmòleg, que va ingressar l'any 1988 i fou emèrit el 2013.

Obits d'acadèmics corresponents. També en aquest trimestre s'ha produït l'òbit del doctor Ignasi Ponce de León i Castell, uròleg, que era l'acadèmic corresponent més antic, per premi l'any 1951. Igualment l'acadèmic corresponent estranger Luis Delclòs i Soler, d'arrel tarraconina, resident des de feia molts anys a Houston, Texas.

Convocatòria de places d'acadèmics. En el ple del dia 5 de juliol de 2016 es va acordar la convocatòria de places d'acadèmics numeraris i corresponents. En el cas dels acadèmics numeraris es convoquen quatre places, una per a cada secció. Les seccions hauran de proposar si es tracta d'una plaça genèrica, o perfilada segons la situació de les diverses especialitats en cada secció.

També s'aprovà convocar 10 places d'acadèmics corresponents, dues per a cadascuna de les quatre seccions i a més dues per a candidats de tot el Principat, excepte el Barcelonès.

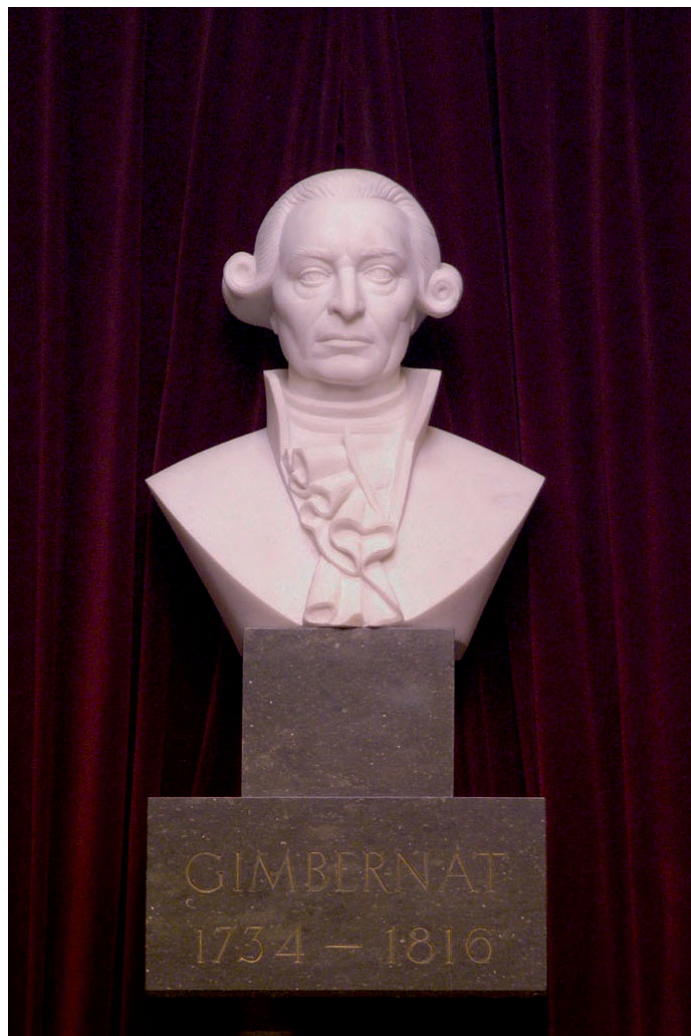
Visites programades. S'ha ampliat notablement la quantitat de persones que assisteixen a les visites programades, l'organització de les quals es va confiar a l'empresa Externalia. Han portat a un augment del coneixement de l'Acadèmia, principalment de l'Amfiteatre anatòmic, que cada vegada és més valorat des dels punts de vista històric i arquitectònic.

Valoració de la revista de l'Acadèmia. Ja s'ha comentat diverses vegades. L'inici del repositori RACO (revistes catalanes d'accés obert) amb la incorporació de la Reial Acadèmia des de l'any 1997, pràcticament en el seu inici, ha tingut com a conseqüència el coneixement i valoració de les revistes catalanes, entre elles les dues de l'Acadèmia.

La nostra primera revista (actualment amb la capçalera "*Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*") ha tingut al llarg dels més de cent anys de publicació, per circumstàncies polítiques o econòmiques, altres quatre títols i així consten. El de més durada són els "*Anales de Medicina y Cirugía*", de 1945 a 1982. En l'última revisió que s'ha fet, just a principis del mes d'octubre, de "*Les 30 revistes més consultades al 2016*", els nostres "*Anales...*" estan en el quart lloc, amb 193.524 consultes. Aquesta és una dada molt important perquè el llistat inclou 487 revistes. El total de consultes de les cinc capçaleres és de 289.119, el que la situaria en el tercer lloc.

També cal dir que l'altra revista, "*Gimbernat. Revista Catalana d'Història de la Medicina i de la Ciència*", gestionada per l'Acadèmia i per la Universitat de Barcelona, està en el "top ten", en el vuitè lloc, de les més de setanta revistes de la UB, amb un 3 % de consultes en el total de les publicacions d'aquesta institució.

Iconografia de L' Acadèmica



Bust en marbre d'Antoni Gimbernàt, obra de l'escultor Joan Rebull, que presideix una de les ales del Amfiteatre Anatòmic que duu el seu nom.