REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

AMB MARTELL I DIAPASÓ: EXPLORACIÓ NEUROLÒGICA DE LA MEDICINA

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic electe
Dr. ROMÀ MASSOT I PUNYET
el dia 7 de novembre de 2004

Discurs de benvinguda de l'Acadèmic numerari
Prof. CIRIL ROZMAN I BORSTNAR

Barcelona
2004

REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

AMB MARTELL I DIAPASÓ: EXPLORACIÓ NEUROLÒGICA DE LA MEDICINA

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic electe
Dr. ROMÀ MASSOT I PUNYET
el dia 7 de novembre de 2004

Discurs de benvinguda de l'Acadèmic numerari
Prof. CIRIL ROZMAN I BORSTNAR

Barcelona
2004

ENDRECES:

A l'esposa, fills i néts,
amb el desig que l'estimació que els professo
esvaeixi els meus defectes.

Als malalts,
amb l'esperança que la ciència i l'art
que he après alleugi llurs sofriments.

A la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya,
que amb la seva generosa acollida valida
els esforços que he invertit al meu hospital.

I per al país, uns versos de Josep Carner:
"Salut a la Pàtria, en saba de segles crescuda,
salut a la Pàtria, no encara nascuda,
com l'hem somiada sos fills."

AMB MARTELL I DIAPASÓ: EXPLORACIÓ NEUROLÒGICA DE LA MEDICINA

Discurs d'ingrés llegit per l'Acadèmic electe

ROMÀ MASSOT I PUNYET

Excel·lentíssim Sr. President,
Molt il·lustres senyors acadèmics,
Digníssimes autoritats,
Benvolguts familiars i amics,
Senyores i senyors,

Amics tots, per començar vull confiar-vos que aquest discurs, a més de respectar el protocol secular, pretén sobretot ser ver i honest. Per tant, m'heu de disculpar la franquesa i la immodèstia, perquè el primer que us vull confessar és que hi ha dues paraules, emoció i orgull, que són les que millor palesen el meu estat d'ànim en aquest moment. Durant la llarga i meditada preparació d'aquest manuscrit, més d'un cop aquests sentiments m'han dominat, i he notat com el cor colpia amb força dins meu.

Tot seguit també vull manifestar, i no pas per pura tradició, sinó per un autèntic agraïment, les més sinceres gràcies al grup d'amics, encapçalats pel Prof. Salvà, que van presentar i donar suport al meu nom durant el Ple del 10 de juny de 2003, i a tots els il·lustres acadèmics que han fet costat o acceptat amb evident generositat, la meva candidatura com a membre electe d'aquesta docta Corporació.

L'article 4.4 dels Estatuts especifica que "*essent l'Acadèmia representativa de la medicina de Catalunya, part dels seus membres numeraris hauran de pertànyer a altres circumscripcions, a més de la de Barcelona, seu tradicional de l'Acadèmia*". Com que sóc un recipiendari que no prové del Cap i Casal, haguera sigut un membre forà quan aquesta insigne Institució portava el nom de la Ciutat Comtal, però no és així a partir de 1992, l'any olímpic, quan aquesta Casa va adoptar el nom del país, de Catalunya. Vull fer menció expressa del meu inveterat amor per Barcelona, la cosmopolita capital de la nostra petita pàtria, i ratificar a l'ensems l'estima per les meves comarques del Camp i les Terres de l'Ebre. Arrelat a la Tarragona romana, sóc per naixement i joventut del Reus modernista, com em recordava carinyosament la mare, sempre orgullosa d'una ciutat que presumeix dels seus nombrosos fills il·lustres, i també d'una curiosa dita: "*Reus, París i Londres*", d'aparença fantasiosa i, tanmateix, basada en la realitat històrica del mercat d'aiguardents.

De totes les fites professionals que he anat desgranant al llarg dels darrers 40 anys (final de carrera el 1965, MIR i especialista el 1971, cap de Neurologia el 1975, doctorat el 1987, acadèmic corresponent el 1996), avui visc

el dia més emotiu i joiós, el que més m'afalaga, en integrar-me plenament en una Institució que conjumina i dignifica dos valors que estimo amb ver deler, Medicina i Catalunya, els tresors que tinc per més preuats, junt amb l'amor a la família. El primer, la professió, la dedicació al pacient, a la persona que pateix. El segon, el país, la pàtria, també amb salut delicada i necessitada d'especial dedicació, perquè com diu el Dr. Sans, el nostre president, "*una persona que estima el seu país pateix en veure que la seva cultura i la seva llengua estan cada vegada més minimitzades*"; i ens assenyala el camí a seguir amb una bella frase, "*defensaré la casa del pare no perquè és meva, sinó perquè era del pare*".

En aquest amfiteatre ens envolta l'esperit de *Virgili*, de *Mata* i de *Gimbernat*, nascuts al Camp de Tarragona, i el carisme de l'inconformista savi aragonès *Servet*, també fill d'un català del Camp, i el geni inabastable de *Cajal*. El record d'aquests cinc protagonistes, m'ajudarà a exposar-vos amb honestedat i humilitat aquest discurs d'ingrès.

La vostra confiança és per a mi un repte que m'esperona a fer-me mereixedor de pertànyer a aquesta ancestral Corporació fundada el 1770. Gràcies per aquesta oportunitat tan poc merescuda; si al final la benvolença del president m'atorga la medalla i el títol d'acadèmic numerari, serà per a mi un gran honor col·laborar en qualsevulla tasca que en un futur tingui la bondat de confiar-me.

És un grat deure recordar els tutors, que més m'han ajudat al llarg de la vida per a formar-me com a persona, metge i neuròleg. En fer-ho, em limito a complir la part del jurament hipocràtic que diu: "*A aquell qui va ensenyar-me aquest art, l'estimaré tant com als meus pares*".

Efectivament, i per damunt de tots, els recordats pares foren els principals artífexs dels meus estudis; mai van regatejar l'immens esforç que requeria educar una família amb set fills. La seva dedicació, el seu afecte i els seus consells, resten inesborrables al meu cor. El pare va exercir com a neuròleg i psiquiatre, però la seva tasca com a metge de capçalera, visitant dia a dia i a domicili una vintena de llars, fou la que més m'impressionà i la que marcà el meu camí envers la medicina. De guàrdia permanent, amb nombroses urgències nocturnes i festives, mai no va escatimar el seu fervor ni el seu consol, quan fou sol·licitat. El seu nom encara roman viu en boca de moltes famílies de Reus i de les contrades del sud de Catalunya.

En segon lloc, em plau molt citar el *Dr. Carles Oliveras de la Riva*, car fou el meu professor de neurologia a la facultat, i vaig col·laborar com a alumne durant tres anys al seu dispensari de neurologia. Les seves qualitats docents, la seva bonhomia i natural elegància foren determinants per a consolidar el meu interès pel sistema nerviós.

Tot seguit destaca el meu mestre, el *Dr. Alberto Gimeno*, durant el període d'intern i resident de neurologia a la Clínica Puerta de Hierro de Madrid. Creador d'escola i treballador incansable, va predicar amb autoritat l'exigència per la feina ben feta, en totes les branques diagnòstiques de la neurologia. El seu exemple em va servir d'espill per iniciar amb il·lusió la singladura pel vast oceà de la pràctica neurològica.

D'ençà l'any 1965, amb la carrera tot just acabada, que tinc un sentit record de l'insigne neuròleg i acadèmic *Lluís Barraquer*. Llavors impartia una conferència al País Basc i va tenir el detall de dedicar unes paraules de lloança al meu pare. Un afalac que ha restat inesborrable al meu cor. Fa uns mesos Barraquer fou justament homenatjat com a doctor honoris causa per la Universitat Rovira i Virgili.

Vull esmentar els professors de la facultat que actualment són acadèmics i dels quals guardo un sentiment entranyable. *Garcia-Valdecasas*, *Gras*, *Laporte*, *Tejedo i Tornos* fan de sòlid lligam entre el passat i el present.

Tanmateix són tres els acadèmics que m'han donat un suport cabdal per entrar en aquesta Institució. Els seus noms formen part de la meva estimació més pregona. *Josep Anton Salvà*, el meu padrí, amic generós, persona d'extraordinària simpatia i gràcia espontània, que ha hagut de superar aquests anys les més doloroses situacions familiars. La seva ajuda ha estat sens dubte el meu principal mèrit. *Ciril Rozman*, un català universal gràcies al seu prestigi mèdic, i que acaba d'ésser investit doctor honoris causa per la Universitat de Salamanca; en ell sempre he trobat afecte, comprensió, i coratge per al meu esperit: "*Hvala lepa!*". "Last, but not least", *Jordi Sans*, el nostre president, impenitent treballador, honest i amistós, amb ell he sentit una total comunió per les seves inquietuds envers la nostra cultura; l'Acadèmia i el país necessiten carismes com el seu, apreciat president!.

Tia Lolita, rapitenca, inquieta nonantina, i que si Déu vol serà prompte una lúcida centenària, encapçala les mencions familiars. Els seus sentiments d'autèntica religiositat donen vida als seus anys. Gràcies prenda!, ets l'única persona del món que recita de cor el farragós títol de la meva tesi. Jovenívola,

acollidora, dolça i comprensiva, la meva estimada esposa *Sunsi*, ho ha significat tot per a mi. Gràcies al seu amor tinc l'orgull de ser pare de dues filles precioses, *Núria* i *Blanca*, de tenir uns gendres ferms com n'*Oriol* i en *Sergi*, i l'encís dels tres néts, *Roc*, *Mar i Roger*, tots ells font inesgotable d'alegries i satisfaccions.

Probablement la genètica i les olors van condicionar la meva vocació: pare i oncles metges, avis i oncles farmacèutics, i una infància sentint el flaire d'èter, d'alcohol i d'apotecaria, amb les penetrants essències de les fórmules magistrals.

Adolescència reusenca amb intensa formació religiosa, i una cultura, política i repressions pròpies dels anys 50. Arriben els 60 i el canvi de viure a la Capital per estudiar.

Precisament enguany es commemora el 4t centenari de la impressió del Quixot (1604), on el "príncep" de la literatura espanyola posa en boca de l'enginyós *fidalgo* les paraules més elogioses mai dedicades a una ciutat: "*Barcelona, archivo de la cortesía, albergue de los extranjeros, hospital de los pobres, patria de los valientes, venganza de los ofendidos, y correspondencia grata de firmes amistades, y en sitio y en belleza, única*".

Al col·legi em van ensenyar que Catalunya era una regió i a la Universitat vaig descobrir que era una nació, ai las!, sense Estat. Una preocupació innecessària si el nostre país fos respectat, però encara ens manca molt d'ençà la desfeta del 1714, per a assolir el nivell de dignitat que tot poble precisa.

En aquella època vaig mudar d'una moral basada en dogmes religiosos a un codi ètic substanciat en valors humans, i que en el fons es distingeix ben poc dels manaments cristians. L'amor i el diàleg són la base de la nostra convivència, les normes imprescindibles que serveixen per a controlar els instints i les dures lleis de la naturalesa.

La formació de postgrau vaig iniciar-la amb un any a l'Escola Professional de Neurologia a Sevilla. Tot seguit la Clínica Puerta de Hierro de Madrid va acollir les primeres convocatòries de MIR. Allí vaig viure uns anys inoblidables, del 1967 al 1971, d'intensa docència i de convivència immillorable. Allí vaig casar-me i tenir la primera filla.

A Strasbourg vaig treballar com *médecin assistant etranger* a l'Hospital Universitari, fent neuroradiologia amb el *Prof. Wackenheim* i fruint d'una gran cordialitat en un ambient mèdic gairebé mundial.

A la Universitat de Newcastle upon Tyne vaig gaudir d'una beca com a *fellow*, aprenent neuromuscular amb el *Prof. John Walton*, i l'emotiva sorpresa

de viure en directe per televisió el 24 d'octubre de 1971 a *Pau Casals* dirigint-se a l' ONU amb el seu violoncel i dient el famós *"I am catalan"*.

Després, residència estable a Tarragona, aprenent i ensenyant a l'Hospital Joan XXIII. L'experiència que he viscut al centre de referència de la Catalunya meridional constitueix el principal nucli d'aquest discurs.

L'acte protocolari i tradicional de recepció d'un nou acadèmic acostuma a combinar la ciència i l'humanisme, i potser amb predomini del segon, car és un dia de portes obertes a la família i als amics, poc amants de sentir una corrua de tecnicismes indesxifrables. Fins i tot el recipiendari té una bona oportunitat de fer examen de consciència, i mostrar d'altres aspectes menys feixucs i científics de la seva personalitat.

Fou l'acadèmic i professor d'anatomia, el vallenc *Josep Domenech*, qui va recomanar-me que reflectís l'experiència viscuda com a metge. El president Sans va afegir que el discurs era un *"elogi de la paraula"*, el *"medi, per quin un poble espressa lo que pensa, vol y sent"*, d'acord amb la definició de l'*Enciclopèdia Moderna Catalana* editada el 1913.

El títol "Amb martell i diapasó..." vol unificar la vocació mèdica i la neurològica, i la importància de l'estudi clínic sobre la tecnologia sofisticada. També pretén exposar que la salut de la gestió mèdica està compromesa i precisa d'un diagnòstic encertat i un tractament adient per recuperar-la.

També vull palesar que demano tota mena d'excuses si algunes de les opinions, referents a la medicina, a la societat, a la política i la religió, discrepen dels vostres parers, més respectables que els meus. La intenció és fer una anàlisi crítica benintencionada. Algun comentari pot desafinar, però prefereixo equivocar-me abans que callar-me.

No he escatimat temps per redactar aquest discurs. El més dur ha sigut robar dies i hores del meu estimat entorn familiar, i compaginar-ho amb la difícil defensa de la meva tasca hospitalària.

Som a l'any 2004, el del Fòrum de les Cultures, un símbol de comunicació entre pobles i persones, i també del cinquentenari de la visita de *Roncalli*, el futur Joan XXIII, a Montserrat. L'any que el mític K2 ha sigut conquerit per la indòmita Magic Line, pels herois de l'expedició catalana amb *Corominas*, *Cadiach* i el malograt *De la Matta*; un cim on el nostrat *Ferran Latorre* ha sabut mostrar les virtuts més valuoses i altruïstes d'un alpinista. L'any del centenari del naixement d'*Alsina i Bofill*, lingüista i patriota, que donà tostemps un suport incondicional a les institucions catalanes; el Col·legi

de Metges Barcelona ha dedicat el 2004 a la seva memòria.

D'acord amb la "Nomina Academicorum" de *Corbella* els acadèmics nascuts a les contrades meridionals del Principat són: *Carles Nogués* de Santa Coloma de Queralt 1805, *Francesc Borràs* de Falset 1831, *Marc Bertran* de Tarragona 1851, *Joan Roquer* de l'Arboç 1865, *Jordi Anguera* de Reus 1872, *Francesc Sojo* de Valls 1884, *Lluís Dolsa* de Vila-seca 1903, *Jaume Peyrí* de Reus 1914, *Jaume Ferran i Clua* de Corbera d'Ebre -electe- 1920, *Emili Sacanella* de Tortosa 1921, *Josep Mas* del Pla de Santa Maria 1927, *Pere Domingo* de Tarragona 1932, *Salvador Gil i Vernet* de Vandellòs 1948, *Josep Laporte* de Reus 1978, *Lluís Vallmitjana* de Torredembarra 1983, *Josep M. Massons* de Valls 1992, *Gabriel Ferraté* de Reus 1995, *Josep M. Domènech* de Valls 1996, *Francesc Solé Balcells* de Valls 1997, *Francesc Domènech* de Riudecols 1998 i *Lluís Masana* de Tarragona 2002.

Les dissertacions fetes en català debuten el 1932, quan *Jaume Guerra* inaugura el curs parlant de "*Catalunya prodigiosa font d'agents terapèutics*". El mateix any *Joan Freixas* llegeix el primer discurs d'ingrés en català, "*Èxit perennal*", seguit dels de *Pere Domingo* 1932, *Enric Ribas* 1932, *Leandre Cervera* 1933, *Josep Armangué* 1934, *Josep Moll* 1935 i *Ramon San* 1936. El llarg silenci de la guerra i la postguerra fou trencat per *Josep Alsina i Bofill* el 1970 amb un discurs d'ingrés sobre "*El procés d'envellimen*t". A partir de l'any 1988 hi ha un predomini absolut de la llengua de Catalunya.

En relació a la neurologia, em plau mencionar *Bartomeu Robert* (1842-1902), president d'aquesta Acadèmia, entusiasta patriota i batlle de Barcelona; fou un catedràtic molt interessat pel sistema nerviós que va publicar un estudi sobre la "*Necesidad de ampliar los estudios neuro-patológicos*". *Jaume Ferran*, indòmit investigador de vaccins contra el còlera i la ràbia, i preocupat per les feridures. El llinatge dels *Barraquer*, amb tres generacions d'acadèmics, i l'expresident honorari *Rodríguez Arias*, han sigut fortes personalitats dins de la neurologia.

De bell antuvi, en saber que el meu predecessor en el setial 54 era el metge *Josep Espriu i Castelló*, vaig restar perplex. Sabia que era el germà d'en Salvador, un excels poeta, un premi Nobel frustrat que va enlairar la seva llengua a uns registres insuperables. Però d'en Josep només sabia que era cooperativista, i la meva experiència en aquest sentit no ha sigut positiva. Però fou una agradable sorpresa, quan cercant detalls sobre la seva tasca organizativa, vaig descobrir la persona i després el capçalera, i els dos aspectes em van atreure.

Fou un metge treballador, intel·ligent, culte, educat, religiós, solidari, idealista, utòpic, il·lusionat, independent, rebel, apassionat, conversador i dialogant. Un líder amb pinzellades epicúries, d'ironia i de jocositat. Conviure i compartir eren els seus lemes; cooperativista en el sentit d'unir per un igual els interessos del pacient i del metge. Aquests eren els trets destacats de la seva personalitat que el feien "especial" per als qui el van conèixer. El seu breu discurs d'entrada a l'Acadèmia el 1994, vorejant els 80 anys, es titula "*Final de carrera?*" i és un text patètic i dramàtic, que podem sintetitzar en una frase seva: "Ningú no és profeta a casa seva". Frustracions íntimes a part, que ens revelen la seva part més humana, em plau destacar el comentari espriuà que ràpidament em va robar el cor, i que fa referència a la seva tasca assistencial: "*Com escoltaven els pacients les meves paraules de metge*", o quan somia "*retornar a la societat d'avui el prestigi, l'eficàcia, l'estimació dels bons oficis del metge de capçalera d'altres temps... retornar el metge de confiança de la família*". Un company seu andalús va preguntar-li al poc de conèixer-lo: "*¿Eres trigo limpio?*"; anys després de conviure junts l'amic va concloure que era "*el millor blat!, d'una collita irrepetible*".

1. INTRODUCCIÓ

De bell antuvi intentarem seguir la popular màxima de *Gracian*, *"lo bueno, si breve, dos veces bueno"*, certament molt ambiciosa i, si més no, ens conformarem amb la continuació de la frase, no tan coneguda, però més fàcil d'aconseguir, *"lo malo, si poco, no tan malo"*.

El discurs està redactat amb l'aparença d'un treball científic. No cal dir que en cap moment pretén ésser veritat i esdevenir un estudi seriós. Simplement es tracta de trobar una excusa per agrupar experiències i pensaments personals, reflexions recollides al llarg de dos decennis, de lectures, de notes extretes de diaris i de llibres, de revisar els discursos de molts acadèmics i d'idees de personatges que han deixat la seva impromta al llibre de la història. També he esporgat un material més insòlit: una petita col·lecció personal de llibres antics, quasi tots procedents d'obsequis familiars.

HOSPITAL JOAN XXIII

Acabada l'especialització, l'any 1971 vaig incorporar-me a la llavors "Residència" JOAN XXIII. Era i és l'hospital insígnia del sud de Catalunya. Sens dubte el nom de Joan XXIII és un dels orgulls indiscutibles d'aquest nosocomi tarragoní. El papa *Angelo Giuseppe Roncalli* fou una llum, una esperança, plena de senzillesa i simpatia. A la "Pacem in Terris" i convocant el Concili Vaticà II el 1962, revelà el seu esperit ecumènic i bondadós. Dues anècdotes ho ratifiquen. Va saludar uns visitants jueus amb unes paraules bíbliques plenes de significat i bonhomia: *"Sóc en Josep, el vostre germà"*, i als interns de la presó de Roma els diu: *"Ja que no podeu venir a veure'm, vinc jo a visitar-vos"*. Sempre he pensat que si la seva llavor s'hagués conreat, els fruits esperituals recollits hagueren sigut més bons i abundants.

Vaig arribar al Joan XXIII com a primer i únic neuròleg; a més en aquell temps, no hi havia cap altre centre jerarquitzat en tota la Catalunya meridional, i òbviament donava aixopluc a tots els pacients de la província. Vaig ocupar-me de totes les parcel·les de l'especialitat, inclosos els traumatismes cranials i les meningitis, -quan les UVI ni existien-, practicant arterios, pneumos i mielos, fent EEG, EMG, Ecos, els primers dopplers, la neurologia infantil, obrint una consulta externa que també era de referència provincial, etc., i només traslladava a la Residència Francisco Franco, ara Vall d'Hebron, l'únic hospital jerarquitzat de Barcelona, els casos amb definida indicació neuroquirúrgica, després de practicar l'estudi clínic i angiogràfic oportú.

L'any 1975 vaig obtenir amb gran joia la plaça de cap de la Secció de Neurologia, sense plantilla, però amb un llast greu i definitiu que em va aplicar la direcció de l'hospital: la dependència del cap d'una especialitat, de medicina interna, o altrament dit, d'uns caps que no es mostrarien gens disposats a recolzar la neurologia, i menys la meva línia d'actuació de desenvolupar una especialitat integral.

Per atendre els conflictius traumatismes cranials, amb el suport del cap de traumatologia, l'amic *Ignasi Sampera*, vaig iniciar unes guàrdies localitzades de neurologia. Una experiència que, compartida amb els adjunts, s'ha mantingut fins ara, i que al llarg de 30 anys ha permès conèixer tota mena d'urgències i sobretot la neurotraumatologia. Una feina molt dura, però també la millor carta de presentació de la secció, car els primers anys era l'únic equip neurològic de guàrdia a Catalunya. Durant un temps, l'anterior al TAC, implicava practicar molts ecoencefalogrames i no poques arteriografies, amb 3 o 4 desplaçaments els caps de setmana, controlant a tot traumàtic cranial, lleu o greu, i les altres patologies neurològiques crítiques. Requerits d'urgència, però sense un clar recolzament de l'equip de traumatologia i menys del cap de medicina, que no permetia l'ingrés dels lesionats al llits de neurologia, mentre la direcció feia el paper de Ponç Pilat; dit altrament, una situació assistencial kafkiana.

En solitari vaig mantenir l'assistència als adults, als nens i als nounats. Negociacions complexes van permetre adquirir un electroencefalògraf portàtil, exclusivament per als malalts ingressats a neurologia, i també un electromiògraf per a la secció, amb el qual vam practicar els estudis de tot l'àmbit provincial. Durant el decenni dels 70 empràvem les tardes per realitzar els estudis neuroradiològics invasius. Una feina pròpia de "romans", tal i com ho expressaria jocosament l'apreciat acadèmic *Salvà*, feta amb il·lusió. El "burn-out" es desconeixia i, un poc egoistament, la tasca també era desenvolupada amb l'esperança d'un dia ser mereixedors d'una unitat potent i autònoma.

Però tots els afanys i crèdits acumulats al llarg dels anys, igual que el mite de Sísif, no es van mostrar gens productius per a assolir la fita lògica: un Servei o Secció autònoma, que permetés defensar i desenvolupar l'especialitat. L'evolució fou la contrària de la prevista, i d'una manera progressiva, van emportar-se els aparells diagnòstics de la Secció, en part com a conseqüència del canvi de nom dels Serveis d'EEG, que van passar a ser d'EEG i EMG, i sobretot per dependre de medicina. A l'ensems van prohibir-nos practicar els estudis d'imatge al Servei de Radiologia. També ens van confiscar el despatx personal, la consulta externa i la secretària. La docència de MIR de neurologia va anul·lar-se al no aconseguir-se el mínim de plantilla (tres neuròlegs) que amb

lògica exigia el Ministeri. Pediatria va ocupar-se directament de la patologia neurològica, igual que medicina interna ho féu amb les infeccions neurològiques. I el més greu de tot, els "superiors" van retirar la meva responsabilitat de cap davant el nou personal que s'incorporava a la Secció.

Tanmateix, els meus deutes amb l'hospital Joan XXIII són nombrosos. El més important és que ha sigut una permanent escola d'aprenentatge, gràcies als malalts, col·laboradors i molts residents, sense oblidar una digna hemeroteca i l'amabilitat de les bibliotecàries. Al llarg dels anys 80 la Secció de Neurologia va ser una unitat docent amb capacitat per formar MIR de l'especialitat. A més tota la realització del doctorat va efectuar-se amb els pacients i laboratoris del Joan XXIII.

També fou una experiència addicional gratificant, la viscuda a l'hospital curial tarragoní de Sant Pau i Santa Tecla, on vaig coordinar i realitzar l'assistència neurològica durant 18 anys.

Per a millor situar-nos recordem que la situació assistencial de la neurologia a la Seguretat Social, a l'inici de la dècada dels 80, era de mínims. Encara no hi havia cap servei. Ans al contrari, a la Residència del Generalísimo de Barcelona dominava l'escena un gran departament d'EEG, amb un servei de neurocirurgia i de neuroradiologia, al costat d'una secció de neurologia, que l'any 1983 sota la direcció de Codina, esdevindria el primer servei jerarquitzat de Catalunya. Tanmateix, el binomi servei de medicina interna i servei d'EEG, amb una possible secció de neurologia ha sigut la pauta dels nostres hospitals. Una opció encara més grotesca, que alguns centres de pes mantenen, és la de resoldre la neurologia clínica amb uns especialistes "consultors" sense llits propis.

NEUROLOGIA

La neurologia és una especialitat anatomo-clínica ben definida, i amb fama d'erudita. Els saxons diuen que els neuròlegs pensem molt i no fem res (think a lot, but do nothing). D'estudiants a la facultat, dèiem el mateix: el cirurgià, res sap i tot ho guareix, el neuròleg ho sap tot i no guareix res, i el dermatòleg, ni sap ni guareix.

L'experiència viscuda als hospitals de Madrid, Strasbourg i Newcastle upon Tyne, tots ells practicant una neurologia completa i ben cohesionada (EEG, EMG, neurocirurgia, neuroradiologia, neuropatologia, etc.) és la que ha

condicionat la meva visió integral de l'especialitat.

La neurologia és una de les 48 especialitats reconegudes a Espanya, però amb notòries dificultats històriques pel seu desenvolupament clínic i universitari. Durant segles la universitat ha estat dominada pels psiquiatres, amb una neurologia pràcticament inexistent. Els hospitals-residències del SOE van començar com equips quirúrgics, i els neuròlegs, quan n'hi havia, eren ajudants dels equips de neurocirurgia. Encara que anecdòtica, l'opinió d'Obrador, un neurocirurgià que tinguè nom a Madrid, que deia que "el neurólogo es un neurocirujano apráxico", serveix per recordar l'esperit d'una època ja superada. Quan la neurologia aconsegueix escapolir-se de l'escull de la neurocirurgia, va a raure dins el remolí de la medicina interna: una singladura entre Escila i Caribdis!

Als EUA la neurologia està molt ben consolidada i existeix com una especialitat vinculada a la psiquiatria, i de fet el *board* incorpora els dos noms. La neurofisiologia i la neurologia vascular són subespecialitats neurològiques. Té el mateix nivell que la medicina interna, que entre d'altres subespecialitats inclou la cardiologia i l'hematologia.

La Llei General de Sanitat del 1986 introdueix dues reformes de pes: desglossament de la neuropsiquiatria en neurologia i psiquiatria, i la progressiva supressió dels especialistes d'ambulatori, que passaran a vincular-se als hospitals. Actualment arreu de Catalunya (hi ha excepcions) resten dos nivells assistencials: el de primària o bàsica (CAP, ABS) i el d'hospital, amb els seus especialistes. En conclusió, el pacient que arriba a un servei o secció de neurologia hi va remès pel seu metge de capçalera, sense el filtre tradicional del neuropsiquiatre o neuròleg. Després comentarem els significatius canvis que això implica per a l'assistència hospitalària.

Impressiona la poca popularitat, la manca de confiança, o fins i tot l'aprensió que desperta el neuròleg. Per problemes cardíacs mínims tothom fa cap a urgències. Per supervisar la pròstata es generen multitud de visites preventives. Si es tracta de la vista, a corre-cuita a l'oftalmòleg. Però si es perd el cap, totes les excuses són bones: és cosa dels anys, són manies, etc.

Resulta fàcil explicar als nostres parents i amics trastorns del budell o de les juntures, però el cap és una altra cosa i tothom vol tenir-lo sa, no sigui que ens confonguin amb un cas psiquiàtric. Si falla el cap, el cervell, és la persona, l'autèntic jo el que no va bé. Si fracassa la vista, l'orella, el cor o la cama, ja és més extern i assumible.

Per aquests motius o d'altres el cap passa a ser la "ventafocs" de la salut. Abans d'arribar al neuròleg, el malalt cefaleic ha voltat tota mena d'especialitats, com ginecologia, oftalmologia, odontologia, etc. i ha aconseguit ulleres noves, remodelar-se el nas, o perdre els cordals. Així i tot els malalts s'excusen abans de començar tot dient: "Doctor, no sé si he vingut bé".

La barrera hematoencefàlica, que tan bé assenyala territoris, marca fronteres amb altres òrgans i individualitza i caracteritza l'anatomo-fisio-patologia del sistema nerviós, no ha servit per a delimitar i salvaguardar l'especialitat davant dels seus nombrosos rivals.

La integritat de la neurologia s'ha vist amenaçada des de fora i dins de l'especialitat. Manté unes relacions conflictives, ja sigui amb germanastres que volen tutelar-la, millor dit dominar-la, o amb branques pròpies que volen independitzar-se. La convivència, la rivalitat o les relacions més complexes les manté amb la neurofisiologia, neurocirurgia, psiquiatria, medicina interna, pediatria i geriatria. Val a dir que tres especialitats vinculades o relacionades amb la neurologia, -la medicina intensiva, rehabilitació, i neurofisiologia-, que són acceptades i potents al nostre Estat, no estan reconegudes en països d'arrelat prestigi sanitari.

Concretament la neurofisiologia clínica no existeix a 10 països de la UE, ni als EUA. A Espanya, a més de ser oficial, disposa de serveis en una bona majoria de centres, alguns d'ells sense servei de neurologia. Com poden aïllar-se i sublimar-se les eines diagnòstiques de la neurologia? Té cap sentit que la neurologia depengui de medicina interna i a l'ensems se li amputi el seu utillatge diagnòstic, ara conegut amb l'eufemisme de neurofisiologia? La solució d'aquest desgavell ha d'incloure la suspensió de la formació de MIR de neurofisiologia, però de moment la convocatòria de 844 residents pel 2005 a Catalunya inclou 4 places per neurofisiologia, així com 15 per neurologia, 3 per neurocirurgia i 29 per psiquiatria.

La incongruència de l'esquarterament de la neurologia en tres parts, la clínica, la quirúrgica i la instrumental (neurofisiologia), sense cap vincle assistencial entre cada parcel·la, és un disbarat molt estès als nostres hospitals, mantingut i acceptat per quasi tothom durant anys i anys.

Per a intentar fer més entenedor aquest trencaclosques neurològic als neòfits de la medicina, només cal que apliquem una situació similar a unes conegudes especialitats fins ara sortosament cohesionades, com són l'oftalmologia i l'otorinolaringologia. Disseccionem la part clínica (p.e., les infeccions), de la quirúrgica (cataractes, colesteatomes) i de la instrumental (campimetries, audiometries); tot seguit la clínica l'annexionem a medicina

interna com a secció, de la quirúrgica en fem un servei o secció i la part instrumental la convertim en un servei, i a més cadascuna d'aquestes noves unitats la deslliguem totalment de les altres! Suposo que aquest despropòsit, que s'aplica normalment i impunement a la neurologia, sona a increïble i ningú se l'imagina per a d'altres especialitats. Algú pretén separar el microscopi de l'hematòleg, l'Eco del cardiòleg, o la diàlisi del nefròleg? Es respecta més la sang, el cor i el ronyó, que no pas el cervell.

Neurofisiologia a banda, el sistema nerviós està teòricament ben repartit entre tres especialitats: dues de mèdiques, la neurologia i la psiquiatria, i l'altra quirúrgica, la neurocirurgia. A la pràctica hi ha una barreja i una manca de delimitacions espaordidores. La delimitació de papers entre cirurgià cardíac i cardiòleg, no es dóna entre neurocirurgià i neuròleg. La seva actuació s'assembla més a la dels ORL, que realitzen assistència mèdica i quirúrgica. En els ambients que he viscut és força habitual que els malalts siguin dirigits directament al neurocirurgià, no per un diagnòstic tumoral, sinó només perquè hi ha la sospita o la possibilitat d'un procés expansiu. En aquestes condicions no és estrany que el neurocirurgià es vegi obligat a fer de neuròleg i que atengui nombroses consultes que en bona lògica corresponen al neuròleg. L'activitat clínica dels neurocirurgians no té equivalent quirúrgic per part dels neuròlegs; seria difícil trobar-ne algun que trepani, exceptuada alguna emergència excepcional.

Amb la psiquiatria compartim el cervell, que és l'òrgan més emblemàtic dels neuròlegs i l'únic dels psiquiatres.

El que resta incert és la delimitació de terrenys, on cal situar la frontera, si és que n'hi ha cap, entre les dues especialitats. Per a un neuròleg la psiquiatria queda limitada a la part de l'especialitat que té una simptomatologia de tipus mental i que a l'ensems no té una base orgànica "evident". L'avenç científic indica cada cop més l'organicitat dels trastorns (epilèpsia i demència en són exemples coneguts).

La separació històrica entre "malalties nervioses i mentals", cervell i ment, com si les mentals no fossin del sistema nerviós, com si la ment no fos del cervell, ja no es manté. La divisió entre procés orgànic i funcional ja no és vàlida. Es fa difícil i potser impossible redefinir i delimitar les àrees que corresponen a la neurologia i a la psiquiatria, perquè és una divisió arbitrària i contranatural (Joseph Martin).

Neuròlegs i psiquiatres compartim els pacients: veiem les complicacions neurològiques dels psicòtrops o dels tòxics, i els psiquiatres els trastorns conductuals provocats pels tumors cerebrals o les avitaminosis. Encara més senzill i entrelligat: ens arriben parkinsonismes secundaris als neurolèptics, i a

ells psicosis provocades pels antiparkinsonians.

Podem dir que la visió neuropsiquiàtrica s'ha capgirat, perquè durant mil·lennis les malalties tenien un origen "extracorporal" i ara fins l'amor és bioquímic. Però dissortadament, a la pràctica, impera una separació total entre els equips psiquiàtrics i neurològics.

Baker, aboga per recuperar la conjunció de la clàssica neuropsiquiatria, enderrocar el mur que separa les dues matèries i retornar a unes especialitats agermanades dins d'un departament de neurociències.

No en va a 7 estats de la Comunitat Europea, -Alemanya, França i Itàlia entre ells-, la neuropsiquiatria és una especialitat reconeguda que precisa 5 anys de formació.

L'ansietat, la hipocondria i la depressió, tota la gama de neurosis i d'altres processos psiquiàtrics són malalties que generen una bona part dels pacients que nodreixen les consultes de la majoria d'especialitats, de la neurologia a la gastroenterologia. *Caplan*, un prestigiós neuròleg, opina que més del 50% dels trastorns dels pacients tenen una base psicològica o psiquiàtrica. Moltes d'aquestes somatitzacions veuran rebatejada la seva etiologia psiquiàtrica en un procés orgànic. Una de les causes que expliquen l'èxit d'aquest frau és que els pacients prefereixen tenir artrosi, mala circulació o gastritis, abans que una malaltia considerada psiquiàtrica, perquè de moment no hem superat l'estigma social, la imatge de culpabilitat, de "manca de voluntat" i de tabú que plantegen els processos mentals.

Amb la medicina interna els ponts i les fronteres estan més definits, i en general els terrenys són força clars. Punts d'unió o fricció poden ser l'atenció dels ictus amb gran pluripatologia (hipertensió, diabetis, cardiopatia, infecció, etc.), processos com les neuroinfeccions, els immunològics o els musculars (amb internistes o reumatòlegs). Resulta anecdòtic i alliçonador recordar que el primer pacient que vaig publicar, enllà el 1967, fou una arteritis de la temporal; de llavors cada cop he vist més rarament aquests malalts, car són controlats majoritàriament per medicina interna.

Els problemes més delicats són els derivats de la supeditació administrativa que manté la neurologia respecte a la medicina interna, com encara succeeix als principals hospitals de Girona, Lleida i Tarragona.

Els intensivistes són internistes amb manyes i utillatges més sofisticats, que treballen a les UCI amb pacients que, en raó del seu estat crític, necessiten un control permanent d'infermeria. En alguns aspectes, recinte tancat, malalt intubat, ventiladors mecànics, vestimenta, etc. les UVI o UCI són competitives amb la màgia del quiròfan.

Encara que l'especialitat està discutida, el que és indiscutible és la necessitat de disposar de sales ben equipades amb personal expert.

El creixement de les UCI, en base a l'assimilació de patologia menys aguda, en llits anomenats d'intermitjos, està menys justificat. Seria més pràctic disposar d'uns llits ben equipats, unes ATS eficients i un control pels metges de cada especialitat (neuròlegs, cardiòlegs, etc).

L'experiència viscuda al Joan XXIII és que els intensivistes, en general, són autònoms i resolen els problemes neurològics dins del seu equip; si precisa d'ajuda externa neurològica, mort cerebral inclosa, la seva preferència són els neurocirurgians.

La connexió entre el neuròleg i el metge de família és la més fonamental de totes les interrelacions. És el contacte que menys s'ha conreat, malgrat que és imprescindible per a totes les especialitats mèdiques o quirúrgiques. Hi insistirem més endavant.

La neuroradiologia o neuroimatge, a la qual tant de temps de formació i pràctica vaig dedicar, ha evolucionat cap a tècniques diagnòstiques no agressives. Per contra, la incorporació de tècniques terapèutiques, com les endovasculars, li ha fet recuperar el seu caire invasiu.

És una subespecialitat que està a cavall de la neurologia i la neurocirurgia, però ubicada a radiologia, en raó del sofisticat utillatge i els organigrames hospitalaris. Tanmateix, el neuròleg precisa d'un sòlid coneixement de les opcions terapèutiques i evidentment de totes les diagnòstiques.

També és inquietant l'accelerada i possiblement irreversible tendència a la dissolució, a la dissecció de la neurologia en múltiples àrees assistencials, abans d'aconseguir-se una ferma cohesió de tota l'especialitat. Als grans hospitals de Catalunya no manquen les Unitats d'Epilèpsia, Parkinson, Esclerosi Múltiple, Cefalees, etc. El neuròleg general pot arribar a convertir-se en un "orientador", si passa com al John Hopkins americà, que disposa de 17 unitats funcionals neurològiques, i on algunes d'elles són multidisciplinàries. Es corre el risc evident d'ésser especialista en "malalties". Aquesta parcel·lació té sentit quan es fa recerca o s'apliquen enrevessades i oneroses exploracions, però no per aplicar la dita de "val més ser cap d'arengada que cua de lluç". En hospitals mitjans i sobretot petits la superespecialització rarament té sentit. Quan és desproporcionada, resulta contradictòria, i fa certa la frase que diu "l'especialista sap cada vegada més de cada cop menys, fins saber-ho quasi tot de gairebé res".

ECONOMIA

Els metges hem de recomanar als nostres pacients els millors consells per recuperar la salut o mantenir-la. La nostra praxi es basa en uns coneixements científics propis de la nostra carrera, sovint complementats amb els de l'especialitat, i en uns principis ètics o religiosos. De gestió i economia, que darrerament estan dalt del candeler, en sabem ben poc.

Wilde diu que "*els metges coneixen el valor de tot, i el preu de res*", mentre els economistes es situen a l'altre balançó, i "*posen el preu a tot, sense conèixer el valor de res*". L'objectiu comú és intentar harmonitzar la despesa sanitària, cercant la màxima eficiència dels recursos destinats a la salut, a guarir i curar.

L'acadèmic *Lòpez-Casasnovas* és l'editor d'una monografia sobre "El Valor de la Salud" dins la revista *Humanitas*, dirigida pel també membre numerari *Màrius Foz*. En la progressiva milloria de la salut pública els economistes consideren l'"ABC", l'Anàlisi Beneficis-Costos de tot acte mèdic, encara que resulta difícil separar el paper que hi juga l'assistència mèdica, del derivat dels canvis en la manera de viure.

Quan sospesem els resultats sanitaris, no sols cal considerar la major supervivència, sinó especialment la millor qualitat de vida, "Anys de vida ajustats per qualitat" (QALY: Quality Adjusted Life Years).

Olesen ha calculat la severa càrrega que produeixen les malalties cerebrals a nivell europeu durant l'any 2000. Sumant els anys de vida perduts per mort i els viscuts amb discapacitat residual, la patologia cerebral és responsable d'un 35% de la pèrdua total de salut.

Al pròleg del "**Farreras-Rozman**", el nostre acadèmic reclama una formació adient dels metges en matèria econòmica perquè "*menyspreen les repercussions econòmiques que tenen les seves decisions, però és obvi que els recursos humans no són il·limitats i, per tant, l'ètica ens obliga a un control de la despesa sanitària, a considerar l'equilibri entre cost i benefici. Potenciar la medicina preventiva, contrastar la rendibilitat de les noves tecnologies, participar en la gestió sanitària i promocionar metges que ofereixin una assistència integral: els capçaleres, que són els que millor poden controlar la despesa*".

Els professionals de la medicina, i sobretot els metges assistencials en contacte directe amb el pacient, hem de saber conjuminar una atenció competent a cada malalt, i al mateix temps no hem d'oblidar la nostra responsabilitat de saber repartir els limitats recursos per elevar el benestar de tota la col·lectivitat.

L'economia ens ensenya que cal cercar l'equilibri entre "la bóta de Sant Farriol, que n'hi surt tant com se'n vol" i "l'avara poverta de Catalogna", segons frase de *Dante* a la *Divina Comèdia*.

La solució més raonable sortirà d'un compromís, d'una entesa entre els metges i els economistes. Precisament ara la Salut està governada per una metgessa a Catalunya, i per una economista a Espanya.

La sanitat catalana arrossega un dèficit que pot aproximar-se als 3.500 M (milions) d'euros. Probablement el problema principal sigui el dèficit fiscal que pateix Catalunya, la greu asimetria entre els diners lliurats a l'Estat i els retornats. Però el que també resulta evident és la mala gestió que reben els diners rebuts, a causa de les deficiències de la nostra organització sanitària. Per a resoldre-ho es parla poc de millorar la gestió. De moment s'ha reduït la capacitat adquisitiva dels treballadors, pujant el preu de la benzina i l'opció d'instaurar un copagament de les visites.

JUSTÍCIA

Les normes de convivència de la nostra civilització permeten mantenir privilegis de mig món (del qual nosaltres formem part) i segellen que l'altre mig món passi penúries, com fam i malalties. L'egoisme, la propaganda, la manca d'alternatives vàlides fan que res canviï i que es mantingui l'explotació i l'espoliació dels més febles. Les solucions queden per a un futur encara llunyà.

Donem una ullada a algunes de les problemàtiques més punyents, i que són incompatibles amb el concepte de salut. L'esclavitud continua sota moltes disfresses. Més d'un milió de nens són explotats sexualment, laboralment o com soldats; molts d'ells estan sotmesos a un tràfic i canvi de país; un "negoci" que supera els 10.000 M d'euros/any. L'Unicef denuncia que 121 M de nens no estan ni escolaritzats. A Espanya l'índex d'analfabetisme encara és del 13'7% (unes dècimes per damunt del percentatge d'universitaris).

La malnutrició, segons la FAO (Food & Agriculture Organization), i com va destacar l'eminent català *Mayor Zaragoza* a Tarragona aquest 2004, afecta a 840 M de persones que pateixen fam, amb el resultat de 60.000 morts diaris. El contrast amb la nostra societat, que té en l'obessitat un greu problema sanitari, és indignant.

L'insult que ens dirigeix la gran pobresa procedeix dels més de 1.000 M de persones que malviuen amb 1 €/dia. A Catalunya un 18% de la població és pobre, amb una renda per sota de 5.800 €/any i el percentatge va en augment.

La solució ens la va donar Sant Ambrosi al s. IV: "*Al pobre no li dónes el teu, sinó que li tornes el seu*".

La terrible poliomielitis encara roman endèmica a 6 països: Egipte, Níger, Nigèria, Afganistan, Índia i Pakistan. Cada any hi ha 700.000 nous leprosos, 3 M de morts per sida, 3 M per paludisme i 2 M per tuberculosi, tot provocat per la misèria i manca de fàrmacs o, altrament dit, a la indiferència dels països afavorits. El 2003 la World Trade Organization accepta tímidament que els països rics exportin genèrics als pobres. Només el 10% dels diners invertits en investigació i desenvolupament (100.000 M d'€) es destina al 90% de les malalties que afecten el tercer món. Una barbaritat coneguda com el "GAP 10/90". Encara és més greu que una tercera part del món no disposi dels fàrmacs més bàsics.

El polèmic Fòrum Barcelona 2004, el de les Cultures malmeses, incideix en aquestes injustícies, i dos acadèmics, *Rodés* i *Lòpez*, han participat com a moderadors al Diàleg sobre "Salut i Desenvolupament".

Les publicacions mèdiques també han de decidir-se entre una visió de la salut restrictiva (científica pura) o àmplia (sociopolítica). Tenim revistes exclusivament científiques, o quasi, com *NEJM*, i d'altres amb un missatge político-humanístic, amb articles sobre factors socials, polítics i econòmics que afecten la salut com *BMJ*, i *Lancet*, la més punyent i valenta, que aquest estiu del 2004 acusa els metges militars americans de col·laborar en les tortures a presos iraquians. *JAMA* proclama que la seva preocupació és millorar la "total human condition". *QJM* també aboga per la indivisibilitat del binomi salut-política, i ho repica dient que fins i tot "el silenci és política". Al nostre país, *Annals de Medicina* amb les seccions de "Roda contínua" i "deBat a deBat", i en part *Medicina Clínica*, en són un bon exponent.

PROGRÉS

Sans, a la seva dissertació acadèmica curulla d'humanitat, sobre la malaltia de Hodgkin, ens explica que "*la Medicina **progressa**, a través de l'observació, de l'empirisme, del seguiment atent i pacient de l'evolució clínica dels malalts en relació amb paràmetres clínics, microscòpics, bioquímics i d'altres que la ciència va incorporant en el decurs dels anys, i amb aportacions noves captades per esperits inquiets, tot aconseguit colze a colze, gràcies al rigor científic, a l'enginy, a la perseverança, a la il·lusió, a la visió d'ajuntar esforços, a la voluntat de lluitar i triomfar contra la malaltia*".

Fa 2.500 anys el savi grec *Heràclit* ja va intuir un principi essencial de l'evolució i del progrés del planeta i l'univers: "*Res és constant, excepte el canvi*".

Miquel Servet (1511-1553), aragonès de Vilanova de Sixena, una de les figures honorades en aquesta sala, mereix atenció per la fermesa de les seves conviccions i la defensa que en va fer, igual que el seu paisà el rebel Papa Lluna. Viatjà i polemitzà per França, Alemanya i Itàlia. Els seus pecats imperdonables foren criticar l'ostentació papal i reclamar una separació del poder de l'Església i de l'Estat, a part de tenir una concepció original i innovadora de la Santíssima Trinitat. Per no retractar-se fou cremat viu a prop de Ginebra. Va exercir de metge, teòleg, humanista i escriptor. Tot això no el privà de criticar la medicina del seu temps i d'ésser el descobridor de la circulació menor o pulmonar.

El savi patriota espanyol *Ramón y Cajal*, tot just estant a la capital catalana, beslluma la doctrina de la neurona i projecta a Europa els seus treballs i idees. Així ho reconeix quan escriu: "*Llegó el año 1888, mi año cumbre, mi año de fortuna, cuando surgieron al fin aquellos descubrimientos ansiosamente esperados*", "*Los años 1890 y 1891 fueron mi Domingo de Ramos*". Cajal va viure a Barcelona de 1887 a 1892 i li dedicà unes emotives paraules: "*Con verdadera pena tuve que abandonar amigos tan excelentes, con los que había pasado horas inolvidables de tertulia, una ciudad donde encontré un ambiente singularmente favorable para la ejecución y la publicación de mis trabajos científicos*". El seu deixeble *Roca* afegeix: "*Cajal va deixar la nostra ciutat amb enyorança i nosaltres hi romanguérem avergonyits*". L'acadèmic *Antoni Caralps* s'ha ocupat recentment d'aquest tema. Quina llàstima que llavors no s'hagués conjuminat la investigació bàsica de **Cajal**, els mèrits clínics de **Barraquer Roviralta**, el descobridor de la lipodistròfia que porta el seu nom, i les inquietuds de **Ferran**, el del vaccí antiràbic i anticolèric, i que també va maldar cercant una vacuna pels ictus.

El nostre eximi expresident i primer catedràtic de neurologia de Catalunya i de l'Estat, *Rodríguez-Arias*, al seu discurs també va pronosticar el progrés que comportaven els vaccins, "*augurem un resultat triomfant per les vacunes, aquesta recent profilaxi*", i així ha sigut.

Curiosament l'any **1852** van néixer una plèiade de figures que van espènyer enèrgicament la innovació. Urània, la musa de l'astronomia, potser ens dirà si l'any esmentat hi hagué una conjunció planetària favorable. Totes estaven vinculades amb Barcelona o la nostra terra, i dues d'elles van sobresortir en el terreny de la neurologia:
Josep Antoni Barraquer i Roviralta de Barcelona,

Salvador Cardenal i Fernàndez de València,
Jaume Ferran i Clua de Corbera d'Ebre,
Antoni Gaudí i Cornet de Reus,
Santiago Ramón i Cajal de Petilla d'Aragó, i
Josep Ribera i Sans de Tivissa.

Excepte el genial arquitecte reusenc, tots foren metges de forta anomenada.

2. OBJECTIUS

MALALTIA

Tornem als nostres inicis, al Pare de la Medicina, *Hipòcrates*, s. V-IV aC, un revolucionari que ja va aclarir que les malalties, epilèpsia inclosa, no eren, tal i com es pensava des de l'origen de l'home, un fet sobrenatural, un càstig diví, sinó processos naturals que calia prevenir portant una vida sana i resoldre deixant reaccionar el nostre cos. Tot un mag de la presciència.

Hawkins, un cervell privilegiat, dedica als atletes dels Jocs Paralímpics de Barcelona 92 aquest bell paràgraf: *"Hem perdut part dels nostres cossos, però això és tan sols un problema mecànic. El realment important és que conservem l'esperit humà, la capacitat de crear física teòrica o una fita física als Jocs. Som éssers humans normals, no marginats, que tan sols tenim algunes necessitats especials"*.

Martí i Pol poetitza el patiment i la cruesa de la malaltia, fins que va deixar-nos, tot just farà un any: *"Visc adossat a un gran mur que s'enderroca, [...] en cada mot vull que s'hi senti el pes d'aquest cos feixuguíssim que no em serva"*. *"A poc a poc, els déus, potser inclements, / han anat reduint / l'encant que comparties amb el cos / que se t'ha convertit, a poc a poc també, / en un company feixuc i rondinaire"*.

ÈTICA

La medicina és ciència i art, reiterem adesiara. Ambdós coneixements són fonamentals per a la pràctica mèdica, però dels dos la ciència és la clau de volta. L'art es converteix en una enganyifa, en un parany si els coneixements científics manquen.

El degà i president d'honor de l'Acadèmia, *Moisès Broggi*, és un actiu capdavanter de la bioètica a Catalunya.

Competència amb amabilitat; tècnica precisa, amb tracte agradable. L'acadèmic *Ferraté* incideix en la cerca d'aquest equilibri quan expressa que *"ni l'Enginyeria ha de ser la medicina de la Natura, ni la Medicina l'enginyeria de la Salut"*.

L'objectiu dels metges és senzill, reflexiona Sans: mitigar el sofriment humà, i millorar la salut de la societat. Els pacients són la raó de ser de la medicina. El metge ha d'investigar la malaltia i a l'ensems entendre i comprendre

la persona. Els pacients no són malalties, "tinc un cas", sinó persones amb un trastorn de la salut.

El secret mèdic, ara dit confidencialitat o intimitat, és un dels drets més sagrats del pacient. No sempre és ben entès per l'entorn familiar, ni per alguns col·legues, que tot sovint reclamen una informació que no els correspon.

L'aforisme del "primum non nocere", sobretot no fer mal, és tan senzill de dir com difícil d'aplicar. S'oblida contínuament, per la tendència a magnificar els beneficis de les nostres actuacions terapèutiques, per més perilloses que siguin. La seguretat és una premisa bàsica de tot acte mèdic, i en cada situació cal fer un balanç per palesar si els beneficis superen amb claredat els riscos. Però aquest esforç per la feina ben feta i honrada molts cops és difícil d'apreciar pel pacient. El malalt confia a resoldre plenament els seus mals, i s'engresca fàcilment en tractaments brillants, en promeses espectaculars, que comporten riscs elevats i desproporcionats.

El component humanístic de la medicina es manifesta sobretot en l'art d'escoltar, en la comunicació i l'empatia. L'atenció ha d'ésser personalitzada i el metge ha d'aconseguir una gran confiança en la relació amb el pacient, l'ha de considerar en la totalitat, no focalitzat únicament en el problema que planteja. El metge ha d'entendre les paraules i també ha de copsar el que el malalt no sap o no pot dir.

"*Fes als altres tal com voldries que et fessin a tu*" és una senzilla regla d'or que permet encarar la majoria de dilemes mèdics i humans. L'amor al proïsme és un dels principis ètics més clars i senzills. Figura en la base del cristianisme, del judaisme i de la humanitat civilitzada.

El *Dalai Lama*, líder religiós i premi Nobel, ensenya que el fonament de l'ètica no s'ha de buscar en cap religió, sinó en l'afecte entre els humans. Moltes religions basen el comportament humà en l'existència d'un Déu celestial implacablement justicier a l'altre món, però aquest mateix Déu omnipotent és absolutament expectant i permissiu en el món que vivim. Per això és raonable basar la consciència i l'ètica en uns valors més naturals que sobrenaturals, que tinguin més comprensió que perfecció, que representin i encarnin les idees d'ajuda a d'altri, que són essencials per la humanitat i la principal fita de la nostra professió. Per al metge *Pere Tarrés*, beatificat aquest 2004, l'exercici de la medicina ja era un servei a Déu.

Francesc Abel, en un discurs d'ingrés a l'Acadèmia d'excepcional qualitat, dedicat a la bioètica, ens comenta que la seva vida està consagrada a "*servir de pont entre les ciències medicobiològiques i les humanitats, convençut*

de la dimensió il·luminadora de la filosofia per a tothom –i de la teologia per a alguns-, per a la més plena comprensió de l'ésser humà i del sentit de la vida". Cal *"aplicar els coneixements amb ciència i seny... i veure sempre el pacient com a proïsme i més encara quan es troba en situació de vulnerabilitat a causa de la malaltia".* Els requisits imprescindibles per mantenir un diàleg o un debat "bioètic" i qualsevol controvèrsia són *"competència professional, tolerància, respecte envers l'altre, escoltar i ser receptiu, humilitat per qüestionar-se les pròpies conviccions".*

Pellegrino enalteix les virtuts de *"fidelitat, benevolença, honestedat, coratge, compassió, veracitat"* i conclou bellament que *"la medicina és la més científica de les humanitats i la més humana de les ciències".*

SALUT i BENESTAR. CURAR i GUARIR

La salut és la nostra màxima preferència tant a nivell individual com de la societat en conjunt. Quan ens saludem comencem preguntant per la salut, "Com estàs?" diem en els idiomes més coneguts. La salut és un element gairebé imprescindible per a fruir d'aquest món. No és fàcil definir-la, però a Perpinyà s'hi van apropar: "*Forma de viure autònoma, joiosa i solidària*".

Aquests mots ja ens palesen que la salut inclou conceptes més globals o bàsics, com el benestar-felicitat i la justícia social. Els febles, els pobres, els desafortunats, els oprimits, també són malalts, són persones que no participen d'aquest bé tan preuat com és la salut. La idea de salut va unida, més que paral·lela, a la d'un món més just i solidari.

La nostra sàvia dita, "*Qui té salut i llibertat és ric i no ho sap*", ens recorda els qui malauradament no disposen de res, i ens obliga a meditar sobre les preferències de les societats benestants. Hem de prioritzar els guariments dels Alzheimer i les endarterectomies profilàctiques de caròtide? O abans hem de considerar les misèries de les classes més desfavorides? Aquesta és una decisió que depèn de tots i especialment dels polítics. No val excusar-se amb la tasca feta per les ONG. Primer som metges, després alguns especialistes, però sobretot som persones! És impossible ser un bon especialista, sense ser bon metge i millor persona.

La salut està relacionada amb la medicina, però també amb el salari, l'educació, la vivenda, la pol·lució, la nutrició, i un llarg etc. Com va dir Schopenhauer, no s'han de confondre els límits del camp visual amb els límits del món. Nosaltres podem actuar sobre l'arbre, i els polítics han de considerar

el bosc; com més alt el càrrec, més gran el bosc a salvaguardar. El canvi de nom de la Conselleria, que passa a denominar-se de Salut, i abandonant el de Sanitat, també revela una visió més àmplia de les obligacions que afecten el nostre Govern.

Les inquietuds socials i el mapa polític ens afecten a tots, i en major o menor grau en som responsables. La implicació dels metges en temes que desborden el terreny habitual de la seva professió es palesa en multitud d'exemples: *Che Guevara* com a guerriller emblemàtic i *Jordi Pujol* com a polític carismàtic.

La llengua catalana distingeix bé entre *guarir*: "restituir la salut", i *curar*, *tenir cura*: "vetllar pel bé d'algú". Guarir és desitjable, però curar és indispensable, maldant tant com hom pot pel guariment dels malalts. Si el metge no pot guarir el seu pacient, deixarà de tenir-ne cura?, raona *Mauri*.

Quan Marti i Pol diu que, "*sempre hi haurà algú per recordar que el sol surt per a tothom, i cada dia*", és justament el que hem d'aconseguir cada cop que iniciem un contacte amb un pacient.

PREVENCIÓ i EDUCACIÓ. FORMACIÓ

La prevenció i el cribratge (*screening*) són actuacions cada cop més importants per obtenir la salut, però que precisen d'una avaluació serena i ponderada, puix que no totes són positives. Així s'ha demostrat amb el PSA com a possible despistatge del carcinoma prostàtic o del benefici de l'autopalpació de les mames per detectar una neo (Law).

Sox signa un editorial al *NEJM* que és una pàgina antològica. Un cribratge de carcinoma mamari revelava que les pacients sotmeses a 10 mamografies tenen un 50% d'opcions d'obtenir un fals positiu. Però la solució no és fàcil, perquè si es rebaixa el llindar d'exigència automàticament augmentaran els falsos negatius. Tampoc són menyspreables les cotes d'ansietat i els costos generats per aquesta política preventiva.

L'autor finalitza brillantment: "*Hem d'explicar als nostres pacients què els pot passar, escoltar-los i ajudar-los a decidir. Encara que ells ens obliguin a triar el camí, podrem fer-ho millor si abans els escoltem*".

L'eutanàsia activa és una opció massa progressista per a molts metges i individus. L'eutanàsia passiva o la sedació terminal ja no són discutides, però a les situacions límit cada país, cada cultura, els dóna solucions diferents, com passa amb el suïcidi assistit. Evidentment la prioritat absoluta és recuperar

el malalt; només quan estigui demostrada la irreversibilitat d'una situació catastròfica és lògic destriar entre mort digna o allargar les penes amb noves proves i tractaments. Certament el tema és complex, polèmic i precisa d'un debat aprofundit. Cal mantenir indefinidament una situació comatosa irreversible? Quin suport hem de donar quan el sofriment forma part d'una llarga agonia? Què hem de fer quan el pacient, en saber l'amarg camí que li resta, d'una manera lúcida ens demana la darrera ajuda? El debat no pot esperar gaire més. Les sedacions més o menys eutanàsiques s'apliquen amb certa lleugeresa per part d'alguns metges; no és excepcional que s'administrin dosis altes de sedants a pacients en situació crítica aguda, abans de conèixer amb detall els antecedents i la malaltia. Enguany, un film excepcional, "*Mar adentro*", ens recorda la lluita de *Ramón Sampedro*, reclamant aquest controvertit dret. Reeve i Sampedro, dos tetraplègics, resten units per llur tenacitat heroica; ambdós són dignes d'admiració i passar a la història.

Una de les campanyes més ambicioses que cal emprendre és l'educació sanitària. Encara que els destinataris habituals són els pacients i tota la societat, no ens hem d'oblidar dels metges i llurs administradors.

"Que no em fa una RM?", exigeix el pacient. Paral·lelament el metge prefereix sol·licitar proves abans d'obtenir la informació clínica bàsica, ja sigui per complaença, comoditat o manca de temps.

Molèsties inespecífiques o hipocondríaques generen un reguitzell de visites per múltiples especialistes, amb reiterades citacions mensuals o anyals. Evidentment de les visites se'n deriven nombroses proves diagnòstiques, una bona llista de fàrmacs i algunes intervencions. Amb massa freqüència, en fer una història t'adones que el pacient és més una víctima que un beneficiari del sistema sanitari. Un malalt recent sense cap més queixa que uns dolors de la cintura de probable origen extrapiramidal, havia sofert una colecistectomia, estava pendent de prostatectomia i seguia repetits controls per un hipotètic reuma.

La societat ha d'assumir la perillositat del tabac, però el Govern ha de ser conseqüent, evitant-ne la producció i venda i preocupant-se per la pol·lució ambiental. Tots hem d'aplicar l'axioma anglès: *Doing things right, doing the right things!* (fem correctament, les coses correctes).

La Societat Catalana de Neurologia ha de vetllar, d'acord amb el seu enunciat, per la neurologia i per la catalanitat del seus continguts. Per tant, li correspon que aglutini i coordini la diversitat de societats ara divorciades; que assessori l'administració respecte la necessitat de neuròlegs, de serveis i de tecnologia punta, per evitar carències o excessos segons l'hospital o l'àrea geogràfica; que cerqui lligams amb altres societats homòlogues de comunitats

de parla catalana. Malgrat la transferència de competències sanitàries, la nostra Societat està en una situació més delicada que les seleccions catalanes esportives. Les cireres de la neurologia de tot l'Estat, dissortadament es remenen a la societat espanyola, la SEN. Consolem-nos: els fundadors de la SEN van ser catalans, i la seu i les reunions anyals romanen a Barcelona, malgrat descarats intents de traslladar-ho tot a la Villa y Corte.

Els metges som els grans sacrificats de la formació continuada, una exigència de manteniment, que sembla no afectar a les altres professions. Havia sigut fins recentment un deure que cada metge solventava sota la seva responsabilitat, estudiant els caps de setmana, participant en sessions, cursos, seminaris i conferències. Només en revistes tenim una oferta desmesurada: 106 de neurologia clínica i 150 addicionals de neurociències, d'acord amb la classificació del SCI (Science Citation Index). No cal dir, que el nombre ingent de congressos i cursos tampoc té relació amb l'autèntic progrés científic. Si revistes i reunions fossin proporcionals als avenços, els prestatges de les biblioteques es buidarien i les empreses organitzadores de congressos entrarien en crisi. Però la formació continuada i la certificació de crèdits resulta una qüestió atractiva per a la universitat, societats científiques i col·legis professionals, i tothom està disposat a acreditar-nos.

METGE DE FAMÍLIA: LA CLAU DE VOLTA

Joaquim Tornos defineix que el contacte directe amb el malalt és poc brillant, però sens dubte la pràctica més autèntica de la professió de metge, i prossegueix: "*Creo que gran número de los defectos en la asistencia sanitaria, masificación de consultas de especialistas, excesiva utilización de los hospitales, abuso de las técnicas, automedicación, etc., se debe a la crisis de médicos de cabecera o família; su misión es atender íntegramente al enfermo*".

Rozman reitera que si no es recupera el paper de l'assistència primària, el sistema sanitari serà insostenible. S'ha perdut la relació personalitzada amb el pacient, i es fa massa èmfasi en les proves i poc en la història clínica i l'exploració. Proposa entre d'altres, dos objectius concrets:

a) Potenciar l'atenció primària, o sigui, l'equivalent actual del clàssic metge de capçalera.

b) Recuperar la troncalitat de la medicina interna.

La primera d'elles és una premisa que considero irrenunciable, que es predica de fa anys, però llastimosament no s'aplica.

La segona es justifica plenament quan la divisió en especialitats crea

compartiments estancs, en lloc de serveis ben interrelacionats.

Cal aconseguir que el capçalera sigui l'autèntic director d'orquestra i els especialistes uns virtuosos que actuen quan ho indica el director. Invertir la situació actual: que ell sigui l'estrella i els especialistes no tant. Cal refermar-los amb més competències i responsabilitats. Suprimir una pràctica que encara perdura, d'anar-hi només per a obtenir les receptes "vagi al seu metge, que ja li receptarà", diu l'especialista. Evitar que l'especialista es transformi en un pseudocapçalera, per manca de temps i motivació del generalista, "vagi al neuròleg, que li demanarà un TAC".

Cada cop les relacions capçalera-neuròleg, CAP i hospital, han de ser més fluïdes i completes per a fer front al gran nombre de pacients que poden ser controlats habitualment pel capçalera, i només precisen d'un esporàdic control pel neuròleg, evitant recitacions innecessàries. La connexió entre l'especialista (neuròleg, etc.) i el metge de família és la més fonamental de totes les interrelacions. Els equips multidisciplinaris són atractius, però llur cost i coordinació els fa poc pràctics. Un generalista amb una formació bàsica suficient, que li permeti superar la fòbia que provoquen algunes especialitats com la neurologia, és la via més racional per a solucionar les múltiples patologies i polifarmàcies que plantegen un elevat percentatge de pacients. Per això la rotació dels MIR de família hauria d'incloure la neurologia, força més útil que l'actual per especialitats menys fonamentals.

Els dèficits d'organització poden fer realitat la paròdia del metge que diu, "avui m'han vist 100 malalts". Per això s'ha creat la Plataforma pels 10 minuts de consulta en primària. En lloc de millorar les condicions laborals del metge tradicional, cada cop li queden menys capacitats, envoltat per la proliferació de múltiples i noves unitats d'atenció i tractament especialitzat. Hospitalització domiciliària, Cures Pal·liatives, Convalescència, del final de la vida, Pades, Ufiss, Etoda, Diagnòstic ràpid, Hospital de dia, Clínica del Dolor, Drogadicció, Trastorn de l'alimentació, de la Son, Trastorns Cognitius, Cirurgia menor ambulatòria, Curta estada, etc. plantegen una doble problemàtica: socavar el terreny del metge de família i fragmentar les especialitats. Algunes de les noves ofertes es justifiquen quan parlem de malalties amb teràpies sofisticades i d'assaig com la SIDA, però també és cert que la seva existència s'extingirà, a l'igual que la tisiologia, quan el progrés aconsegueixi dominar el procés.

Ja hem comentat que els objectius dirigits a garantir la salut són els específics de la nostra professió. Nogensmenys la preocupació sanitària va unida a la defensa de la justícia social i a d'altres compromisos que ens afecten com a persones, i encara més com a metges, sensibles a les "malalties" i situacions crítiques. Com a poble que som, i que encara "no hem fet el cim", una expressió de Pujol, tenim el deure tant individualment com col·lectivament, de revifar la llengua i la cultura nostrades. És lògic demanar per la nostra parla un tracte que no la discrimini com fins ara. Espanya i França, els Estats que van repartir-se l'antiga Catalunya pels tractats dels Pirineus 1659 i Utrecht 1713, s'esforcen a unir totes les seves regions o comunitats malgrat les marcades diferències culturals i lingüístiques i, a més, promocionen constantment les llengües castellana i francesa i tots els lligams possibles amb els països hispanoparlants o francòfons d'altres continents. Nosaltres, i com a mínim perquè no es tracta d'un luxe sinó d'una necessitat vital, hem de mantenir els mateixos afanys i inquietuds per a aconseguir que la llengua catalana es recuperi a Catalunya i que els nostres lligams culturals i històrics amb València, Balears, Rosselló i la Franja no sols no s'emmetzinin, sinó que es potenciïn. De la postguerra fins ara el posicionament del diferents governs espanyols i francesos ha sigut contrària a aquests principis bàsics. Si pretenen mantenir uns estats cohesionats, cal que iniciïn un suport sense discriminacions a totes les cultures de llurs territoris.

La rica i potent llengua castellana, que tant admirem, a Catalunya ja és més usada i coneguda que la nostra. Un detall orientatiu és que als exàmens de selectivitat del 2004 la nota mitjana del català fou un suspens 4'95, mentre el castellà obtenia un 6'17.

Precisament enguany es commemora el 4t centenari de la impressió del *Quixot* (1604), el llibre on el "príncep" de la literatura espanyola posa en boca de l'enginyós *hidalgo* les elogioses paraules abans esmentades dedicades a la Ciutat i encara les repica: "*Y aunque los sucesos que en Barcelona me han sucedido no son de mucho gusto, sino de mucha pesadumbre, los llevo sin ella, solo por haberla visto*". Un poc paradoxal i no tan conegut és el motiu de la visita a Barcelona per part de l'arxifamós "desfacedor de entuertos". El 1614 es publica a Tarragona el *Quixot* apòcrif d'Avellaneda, i el mànxol de Lepant dolorosament ofès, vol marcar distàncies amb el seu imitador que ubica l'acció a Saragossa, i per això envia l'autèntic *hidalgo* directament a la capital catalana. Recordem que en la seva divertida i insuperable crítica cavalleresca, el geni d'Alcalà salva de la crema *Tirant lo Blanch*, això sí, fent ús de la seva fina ironia.

El perill que ens planteja la llengua cervantina és precisament la seva gran difusió. Al ser coneguda per tots els habitants del Països Catalans, ens fa oblidar la parla catalana, que és desconeguda o menystinguda per una bona part d'autòctons i forasters.

Aquest clam l'expressen amb lluïdesa dos dels nostres prohoms. El poeta *Espriu* reflexiona "*Que sàpiga Sepharad que no podrem mai ser, si no som lliures*". El metge patriota *Oriol Casassas* raona "*al marge de contingències polítiques, el que és cert és que els Països Catalans tenen un mateix cel i un mateix mar i el batec de les persones netes de cor hi és fratern*".

L'ús del català escrit a l'Hospital Joan XXIII és baix, i no s'ha apreciat cap preocupació per part dels directius dels darrers 25 anys per millorar-ho. Un intent de fer traduir oficialment un informe del castellà al català va mostrar-se impossible, mentre el camí invers disposa de tota mena de facilitats.

Un estudi personal revisant la llengua dels informes d'alta hospitalària de l'any 2003, un total de 750 documents aleatoris per serveis, mostra que el català s'usa en un terç dels casos i el castellà els altres 2 terços; de 24 serveis, 9 no l'empren mai, 2 en fan un ús testimonial, 4 varien entre el 10-33% i 9 serveis superen el 50%, destacant el de toco-ginecologia que arriba al 95%. Precisament gràcies a aquest servei s'obté el 33% de presència de la llengua; si traiem de l'estudi els 2.240 informes de toco-gine, el percentatge dels altres 23 serveis resulta més alarmant, només el 22% en català.

Les xifres palesen a bastament la dificultat en normalitzar l'ús de la nostra llengua àdhuc en una institució controlada directament pel govern català, i confirmen una gran apatia de l'administració. En aquesta agràfia (i afàsia) lingüística selectiva hi intervenen factors genètics, ambientals, i sembla que contagiosos (desmotivació).

Els famosos "objectius" no podrien ser un al·licient per usar el català als informes? Com poden menystenir-se les opcions que ofereix la carrera professional? A millor nivell de català (i espanyol i anglès), millor carrera!

Sembla senzill i lògic, però per ara no és així.

El creixement de Catalunya els darrers anys és força inferior al d'Espanya. Alguns dels motius principals són el greu dèficit d'infraestructures i la deslocalització industrial, com les empreses farmacèutiques que s'han traslladat a Madrid. La història i l'experiència ens diuen que si volem mantenir la nostra personalitat hem de reclamar un Estat, a menys que el Govern espanyol apliqui l'estil de Suïssa, Bèlgica o Canadà, països que protegeixen d'una manera igualitària la seva diversitat cultural i lingüística.

3. MATERIAL i MÈTODE

MATERIAL

Les dades estadístiques referents a Catalunya l' 1-1-2002 indiquen una població de 6.506.000. La xifra de nounats durant el 2000 és de 63.800 al Principat, 41.000 al País Valencià i 10.000 a les Balears. L'esperança de vida dels catalans en néixer és de 80 anys (77 els homes i 83 les dones).

La població d'Espanya és de 41.840.000 (1-2% més de dones); el 2000 van nèixer 205.600 homes i 192.000 dones, un 7% més de barons. L'índex de natalitat és del 9'6 x 1.000, i el de mortalitat del 8'7 x 1.000. La població de 65 i més anys ens dóna un índex de vellesa del 17%. Catalunya amb 1.130.000 vells va al davant, 835.000 a Barcelona, seguida d'Andalusia amb 1.110.000 candidats a l'Inserso.

L'índex de llits hospitalaris a Espanya és de 400 per 100.000 habitants, el lloc 23 dels 25 països de la Unió Europea, que té una mitjana de 630 llits.

El nombre de defuncions a l'Estat durant l'any 2000 és de quasi 360.000 morts, quasi mil diaris, segons dades de l'amable i competent Instituto de Salud Carlos III de Madrid. La primera causa de mort, amb 125.000, un 34%, és originada per problemes de tipus circulatori. La segona causa són els tumors amb un 28%. Més concretament, la primera causa de mort a les dones és l'infart cerebral amb un 11'3%, i la primera causa als barons l'infart cardíac amb un 11'6%. Excepte el càncer de pulmó, que ocasiona el 8'4% de defuncions als homes, les altres causes mantenen percentatges força inferiors, com el càncer de mama responsable del 4'5% de morts femenines.

A Catalunya tots aquests percentatges són similars. El nombre de defuncions el 2000 és de 55.900 (29.220 barons i 26.680 dones). Aquí també la primera causa de mort són els infarts: cardíacs als homes (10'5%) i cerebrals a les dones (10%); als homes els infarts cerebrals és la tercera causa de mort (7'2%), darrere del càncer de pulmó (8'9%) (Boix).

Les revistes mèdiques, tant en el seu format tradicional sobre paper o el digital, continuen sent el mètode de difusió dels avenços científics.

Totes les publicacions per a aconseguir i mantenir un alt prestigi precisen d'un acreditat equip de revisors, àrbitres o experts que analitzen amb detall la bondat dels articles i la conveniència d'editar-los. La seva feina és feixuga i llur compensació purament científica. Un altre dels requisits és que els autors declarin si tenen algun "potencial financial conflict of interest", en raó de l'elevada freqüència de compromisos per part de clínics i investigadors amb les empreses farmacèutiques.

Massa articles acaben amb una conclusió un poc sorprenent: "Caldran estudis prospectius, amples, ben definits, amb bona metodologia, per a confirmar aquests resultats", mig destapant que l'acabat de publicar es basa en una estadística insuficient.

El Factor d'Impacte, FI, d'una revista, considera les vegades que els seus articles són citats per d'altres revistes i reflecteix el grau de repercussió o acceptació dels treballs publicats. Malgrat les evidents limitacions (premiar les revistes dedicades a revisions, etc.) i les possibles perversions (autocitacions), aquest indicador bibliomètric és el millor sistema per avaluar la qualitat de les publicacions científiques.

Destaquem que *Medicina Clínica*, editada per Rozman, amb un FI de 0'85 el 2002 és la que obté una millor puntuació, entre les revistes de medicina general de llengua no anglesa. *Revista de Neurología*, també editada a Barcelona, puntua un 0'29 situant-se com la primera de l'especialitat escrita en espanyol.

CERVELL

La nineta dels ulls dels neuròlegs és el cervell, -un material de primeríssima qualitat-, i rememorar l'investigador capdavanter de l'encèfal, **Ramon y Cajal**, resulta una temptació irresistible per als seus admiradors. Els seus treballs consagrats al sistema nerviós són probablement els millors de la humanitat per desxifrar el cervell.

En un discurs del 1894 recitat en francès a Londres!, el mestre diu: "*Les centres nerveux des mammifères, spécialment ceux de l'homme, représentent le véritable chef-d'oeuvre de la nature, la machine la plus subtilement compliquée que la vie puisse nous offrir*".

Va dedicar tota la vida a descabdellar l'estructura fins llavors gairebé misteriosa d'aquella inextricable massa gelatinosa, i va demostrar que no era una xarxa caòtica, sinó que les neurones són unitats cel·lulars independents, que el flux nerviós està polaritzat amb estímuls que arriben per les dendrites i surten pel cilindreix, i que cada neurona està relacionada amb d'altres gràcies a contactes o articulacions (més tard, Sherrington les anomena sinapsis).

Al mateix discurs Cajal afegeix, anticipant-se al concepte de neuroplasticitat ara de moda, que "*la gimnàstica cerebral no pot millorar l'organització del cervell augmentant el nombre de cèl·lules, car com és conegut no poden proliferar; però és versemblant que l'exercici mental suscita dins les regions cerebrals més sol·licitades un desenvolupament més gran del sistema*

de col·laterals nervioses, de manera que algunes associacions ja creades entre cèl·lules quedarien notablement reforçades, i àdhuc apareixerien connexions intercel·lulars totalment noves". Remata poèticament la seva hipòtesi i dissertació afegint que "*l'escorça cerebral és com un jardí poblat d'arbres innombrables, les cèl·lules piramidals, que gràcies a un cultiu intel·ligent, poden multiplicar les seves branques, enfonsar més lluny les arrels i produir flors i fruits cada cop més variats i exquisits*". Densitat d'idees originals posteriorment verificades, claredat d'exposició i bellesa del llenguatge! Impossible superar el geni de Petilla.

Cap funció cerebral física o psíquica s'oblida al catecisme català del **1648**. Alguns paràgrafs són memorables. Emfasitza l'horror de l'infern sense desaprofitar recursos: "*La primera pena, es foch, de tan gran ardor, y eficacia, que aquest nostre, que ara experimentàm, es com pintat en comparacio de aquell. Dimonis en figuras horribles, la sospita sola dellas ocasio de erissarsels lo cabell...Per al olfacto, que ferà una pudor insufrible...Las orellas seran atormentadas amb perpetuas veus, y blasfemias...Ni faltarà a la llengua, y gust son torment, la sed. A mes de aquestos mals, afligirà als miserables altres mil dolors, com los de pedra, gota, ciatica, ventrell i cap. Y no tindrà part de son cos, que no tinga son particular dolor. Los del anima seràn molts majors...la imaginacio...la memoria...enteniment...*". L'autor demostra ésser un bon coneixedor de la medicina, i no oblida cap dolor, ni record, ni funció cerebral física o psíquica per disuadir els agosarats pecadors.

El cervell i l'univers ens ofereixen una colla d'analogies sorprenents començant per la seva precisió, complexitat i simbolisme. El cervell és el producte estrella de l'univers, el que precisament li ha possibilitat la seva autocontemplació. Passejar la vista i l'esperit per un cel estelat i reconèixer els planetes i estels, els fidels companys de l'home d'ençà l'alba de la humanitat, és un espectacle que a més de gratificant ha servit per estimular el cervell dels primers homínids. L'observatori de l'Ebre celebra precisament aquest 2004 el centenari de la seva fundació. Comprendre l'univers és també entendre el cervell, és capbussejar-nos en la nostra naturalesa i en el més enllà. Ens espeny a esbrinar qui som i on som, tal i com feien els antics grecs liderats per Sòcrates, amb el clàssic aforisme: "*Coneix-te a tu mateix, i coneixeràs l'univers*".

De la mà de la neurona podem fer un viatge des de l'increïblement petit fins l'immensitat del firmament. D'aquest polsim d'estels que som nosaltres, una petita part s'ha sofisticat tant que genera l'estructura més increïblement complexa de l'univers conegut. La paradoxalment més terrenal sentència judeo-cristiana, "*Quia pulvis es, et in pulverem reverteris*" (Gènesi: c. III, v.19)

és una ratificació de l'encisadora frase científica que ens explica que nosaltres estem fets de "pols d'estels", una realitat que fins aquest 2004 ens recordava el científic lleidatà *Oró*. Una bella cançó, "*All we are is dust in the wind*", també incideix en la nostra essència còsmica.

La xifra de neurones que s'apleguen al cervell, -ningú no les ha comptat i les dades varien àmpliament-, es calcula en 15.000 M (milions). També són 15.000 M –encara més impossible de comptar- els anys que han passat d'ençà el Big-Bang, l'explosió, millor dit el part de l'univers, equivalent al "*Que hi hagi llum*" bíblic (Gènesi: "*Fiat lux. Et facta est lux*"). Considerant que el creixement del cervell precisa d'estímuls i temps, és de lògica cartesiana deduir que cada any ha rendit una neurona. En realitat han passat només 3.800 M d'anys d'ençà l'aparició de la vida a la Terra, amb els primers organismes unicel·lulars, els procariotes, i 1.800 M dels primers éssers multicel·lulars, els metazoes. Segons Oró Jr., l'aparició de la primera neurona tingué lloc fa tan sols 600 M d'anys, amb les meduses més primitives. Per tant la progressió neuronal, des de llavors fins a la consciència de l'Homo sapiens, és d'unes 25 neurones per any.

Tots aquests nombres són minúsculs comparats amb els realment astronòmics del cel. El nombre d'estels de l'univers precisa de massa xifres: 100.000 M de galàxies i per a cada galàxia 500.000 M d'estels. Un 1 seguit de 23 zeros, curiosament molt similar al nombre d'Avogrado, 10E23, el que concreta quantes molècules hi ha per gram.

L'immensament gran i petit també s'assemblen. Les proporcions internes del sistema solar i de l'àtom són similars; els volums i les distàncies tenen un clar paral·lelisme, amb més buidor a l'àtom que al sistema solar. Àtom i sistema solar, sol i nucli de l'àtom, planetes i electrons, es diferencien "tan sols" en el fet que un és vora un quatrilió de vegades més gran que l'altre, pràcticament el mateix nombre amb 23 zeros que acabem d'esmentar. Saltar d'un àtom a un estel, i d'un estel a l'univers resulta força semblant: de quatrilió en quatrilió! De la primitiva visió microscòpica hem passat a la telescòpica; de connexions neuronals a constel·lacions celestials.

Dels 100 bilions de cèl·lules que conformen un ésser de la nostra espècie, només una "petita" quantitat el fa persona. Tot s'inicia amb un zigot o cèl·lula fecundada. El procés de multiplicació neuronal intrauterí, durant l'embaràs, arriba a produir 250.000 cèl·lules per minut, de manera que en néixer ja disposem del nombre definitiu de neurones, 15.000 M, i 10 vegades més de cèl·lules glials, unes obreres dedicades a tasques secundàries.

La proliferació cel·lular, la diferenciació, la migració i creixement dels axons a l'embrió-fetus, del cervell fins als òrgans diana, amb precisió

mil·limètrica i a distàncies proporcionalment quilomètriques, manté encara el misteri de que guia el creixement de l'axó fins arribar a un destí precís, llunyà, i potser contralateral. El sorprenent encreuament de les vies neurològiques ja fou estudiat per Cajal, i va relacionar-ho amb l'evolució de les vies òptiques. Però de preguntes en tenim a manta. Com s'ho combinen les neurones per elaborar el llenguatge, el pensament, o resoldre complicats problemes?

Aquests 15.000 M de cèl·lules superespecialitzades per aconseguir el seu objectiu, cadascuna genera més de 1.000 sinapsis. Endemés moltes d'elles es disposen disciplinadament en capes a la superfície del cervell, formant el fantàstic còrtex cerebral de 4 mm de gruix. Per enriquir-se i evolucionar l'escorça precisa d'espai, i per això es replega formant les circumvolucions, evitant així que siguem uns capgrossos. Si es desplegués l'escorça, ocuparia la superfície d'un quadrat de més de mig metre (52 cm) de costat. Tot el conjunt encefàlic resta fortament protegit dins el crani, on a més hi ha un líquid que actua d'esmorteïdor i deixa el cervell en suspensió gràcies al principi d'Arquímedes.

L'*Australopithecus afarensis* trobat a Etiòpia i que simbolitza la nostra bíblica Eva, s'exhibeix a Addis Abeba ("Nova Flor"), sota el nom de Lucy - una cançó dels Beatles-. Ella, que va viure fa 3 milions d'anys, i el nostre veí d'Atapuerca, l'*Homo antecessor*, més jove, amb menys d'un milió d'anys, són dos dels nostres avantpassats que a l'ensems que progressaven, augmentaven el volum del crani i el nombre de neurones. El de la Lucy tenia 400 cc i el d'Atapuerca si fa no fa el doble, més a prop dels 1.350 cc de l'*Homo sapiens* actual.

Però tot creixement i evolució té una fi, perquè el sol i la terra tenen els dies comptats, encara que la xifra no ens ha de preocupar gaire, car ronda el bilió de jornades!

El cervell és un òrgan evolutiu per excel·lència i sens dubte el que més transformacions ha sofert. Qui o què és el responsable d'aquesta insatisfacció, el cervell per si mateix o la "conjunció" amb tot l'exterior, amb l'entorn? En realitat el cervell aïllat no fóra res. Tan important és l'encèfal com tot el que l'envolta; és el conjunt, d'una manera simètrica, el que genera aquesta increïble evolució. Per contra, algunes formes evolutives com l'estrella de mar, van proclamar la seva perfecció, el seu pacte amb l'ambient, fa 500 M d'anys i de llavors no han variat.

Ricard Guerrero ens recorda que l'evolució no és sempre darwiniana, una lluita per la supervivència del més apte, sinó ben al contrari, el resultat de la col·laboració, d'una simbiosi. El liquen, la unió entre una alga i un fong, és

l'exemple més clàssic.

Totes les meravelles del cervell i del cos humà estan resumides en el codi genètic en els 30 o 35.000 gens del genoma humà, la seqüència del qual fou publicada a *Nature* i a *Science* el 2001. El nostre ADN es separa aparentment poc d'animals força primitius, com el cuc (20%) o el ratolí (80%). Amb els primats un 98% és idèntic, un 98'8% amb el ximpanzè, del qual vam iniciar la separació fa uns 6 milions d'anys. Les diferències entre humans, o sigui racials, són a penes del 0'2%.

CONSCIÈNCIA, MENT i CERVELL

Hipòcrates, grec gairebé mitològic, el pare de la medicina, el dels *Aforismes* i el *Jurament*, geni de l'observació, ja ho tenia clar: "*Els nostres plaers, goigs, rialles, penes, plors, no vénen de cap més lloc que el cervell. Per ell raonem, veiem, escoltem, distingim el bo del dolent. Per la seva culpa, quan no està sa embogim i patim*".

Heròfil de Calcedònia (s. IV-III aC), un grec de l'escola d'Alexandria, gran anatòmic, descriu les meninges i els ventricles i identifica el cervell com l'emplaçament de l'intel·lecte. Precisament el seu nom bateja la premsa o tòrcul d'Heròfil, una cruïlla venosa cerebral, que tots els metges aprenem rendint honors al primer neurocientífic de la història.

Erasístrat, l'altre geni d'Alexandria i contemporani d'Heròfil, descriu les circumvolucions cerebrals, el cerebel, i separa els nervis motors dels sensitius. Els dos foren grans progressistes disseccionant cadàvers, una tècnica que per raons ètiques i religioses seria lamentablement proscrita durant segles.

Benjamin Rush, un dels signataris de la Declaració d'Independència americana, el 1812 escriu: "*He considerat les malalties mentals per un igual que els altres trastorns del cos humà, car la ment i el cos s'afecten per les mateixes causes i estan subjectes a les mateixes lleis*".

Pere Mata (1811-1877), un reusenc membre d'honor d'aquesta aula, polític liberal, escriptor i metge, impulsor-pioner de la medicina legal i psiquiàtrica, defensa una visió anatòmica de les malalties mentals, "*la llibertat moral resideix fonamentalment en l'organització cerebral*".

Brehm, a *La vida de los animales* del **1880** diu que "*el hombre es un ser híbrido, pequeño para un Dios, sublime sobre el animal*", i ho remata magistralment afegint que "*el espíritu es una actividad, un efecto, una producción, una fuerza, si se quiere, del cerebro*".

Von Economo (1876-1931), neuròleg austríac, el de l'encefalitis

letàrgica, emplaça les malalties neurològiques i psiquiàtriques al cervell. Afirma que molts processos no poden adjudicar-se a una sola especialitat i que, per tant, el tractament no s'ha de separar.

Cobb, professor de Harvard, sintetitza brillantment la unitat psicobiològica argumentant que "*the mind is the living brain in action*".

Tornos en un bell discurs d'ingrés a la RAMC també ho palesa: el món espiritual i el corporal són parts d'un tot, formen una unió indestructible, la medicina psicosomàtica, tan defensada per *Sarró*.

Toole, president de la Federació Mundial de Neurologia, WNF, el 2001 al Congrès de Londres disserta, "*els metges en general, i els neuròlegs en particular, usem els nostres sentits per escoltar els símptomes dels nostres pacients i per explorar els signes, hipotetitzem una causa, considerem els resultats dels tests escollits, comparem aquesta informació amb els nostres coneixements per decidir el diagnòstic i executar el maneig més adient. Aquest increïble i complex procés és un dels usos més complicats del cervell humà*", i remata el parlament dient que "*el cervell és el component del cos que genera humanitat*".

Ferraté, al seu excel·lent discurs acadèmic sintetitza matemàticament que "*en la nova civilització tecnològica que emergeix, l'eina-motor-computador són substituts de la mà-muscle-cervell i esdevenen paradigmes de l'acció, de la força i de la ment*", i qualifica la "*intel·ligència humana com emanació de la més sofisticada creació de la meravellosa vida*".

ESPERIT, ÀNIMA i LÒBUL FRONTAL

Gall, s. XVIII i XIX, iniciador de la frenologia, i *Cubí*, s. XIX, el nostrat defensor de la nova ciència, ja prioritzen les funcions del lòbul frontal.

Goldberg, opina que l'escorça prefrontal, un terç del total cerebral als humans, és "*l'òrgan de la civilització*", la part que ens fa realment humans, el lloc de comandament, el líder del cervell i de la persona.

Rubia, neurobiòleg, es pregunta si Déu va crear el cervell o el cervell va crear Déu. El cervell es la seu de tot l'espiritual, i afegeix: "*Més que real, el nostre món és cerebral*".

Damasio, al llibre "*L'error de Descartes*", ataca durament la persistència del pensament cartesià dualista, que separa la ment del cos o matèria. A partir de l'accidentat cerebral Phineas Gage, que una barrinada deixà viu però sense lòbuls prefrontals, raona l'absoluta unitat de cervell, cos i ment. Els pensaments i les emocions precisen d'una indemnitat cerebral i del cos per a ser elaborades,

experimentades i viscudes. Opina que la ment, el producte estrella del cervell, ha sigut raptat per la religió i la filosofia perquè la neurologia l'ha oblidat tant a la universitat com a les consultes.

"Això és el seu temperament", invoquen alguns, com si el caràcter fos extracerebral. Orgànic i psíquic, cervell i ment, no és més que reiterar la hipotètica separació entre malalties nervioses i mentals.

El plantejament de Damasio també va quedar exposat fa més de 150 anys (**1852**) en una col·lecció de X volums sobre *Los tres reinos de la naturaleza. Historia Natural. Buffon*, editat a Madrid per E. Chao.

Junt a agosarats i divertits arguments neurològics contra la teoria evolucionista, que el 1859 publicaria *Darwin* a *L'origen de les espècies*, com la idea que els humans "*en la posición horizontal la sangre refluiría con demasiada violencia a un órgano tan delicado como el cerebro, y causaría frecuentes apoplejías*", hi ha pensaments tan avançats i rupturistes com "*los progresos de la ciencia nos han librado del dualismo cartesiano, de la antítesis del cuerpo y del alma*", i "*hay un misterio en la vida, el hombre no es tan sólo un pensamiento y un cuerpo, existe en él la relación de este pensamiento con este cuerpo*".

Una traducció al castellà del **1874** del clàssic francès *Dieu dans la nature* de *Flammarion* té un capítol dedicat a "El alma" i "El cerebro" on els conceptes sobre pensament, ànima, intel·ligència i esperit són debatuts amb renovada energia cartesiana: "*Asegurar que el pensamiento es una producción química es un error monstruoso, todos sabemos que no es un ingrediente de botica. ¿Que el pensamiento venga de un lóbulo de mi cerebro? No, señores, basta de tonterías; yo sé, y vosotros lo sabéis también, que es el yo quien os habla, y no un nervio o una fibra*".

El lòbul prefrontal se'l considerava silent!, quan ben al contrari és el responsable de l'abstracció, iniciatives, planificacions i decissions futures, raonaments, judicis ètics, conducte social, perseverança, obtenció d'objectius, tot el que ara s'anomena "funcions executives". Quan diem d'algú que té "un cap ben amoblat", volem dir que el palissandre s'ha dedicat al seu lòbul prefrontal.

L'hemisferi dret té més extensió i protuberàncies que l'esquerre i lidera els processos novedosos, creatius, intuïtius, musicals, les emocions i afectes, les relacions espacials i fisonomies; els esquerrans són més innovadors.

L'hemisferi esquerre governa les tasques rutinàries, lògiques, matemàtiques, analítiques, estètiques; els dreters són més conservadors.

D'acord amb aquesta qualificació de tasques, resulta que els que tenen una dominància hemisfèrica dreta, són esquerrans de mà i també de política! No fem més que ratificar l'opinió comuna de la rebel·lia dels esquerrers.

La inspiració, el numen, l'espurna, el millor rendiment, quan cerquem la solució de problemes, mantes vegades i d'una manera paradoxal, no arriba quan estem davant de l'ordinador, sinó quan ens desvetllem durant la nit, igual que es condensa la rosada, o d'una manera sobtada i imprevista, quan passegem o ens dutxem. La moderna Palm o el paper i llapis de sempre permeten anotar, abans que s'esfumin, aquestes collites inesperades.

Recordem que al llarg de la història les ubicacions de l'ànima han variat. Els més antics van situar-la al fetge (en català, posar-se pedres al fetge, també expressa sentiments). Al s. IV aC, Aristòtil pensa en el cor. Pitàgoras, Plató i Galè, més encertats ja consideren que el cervell n'és la residència. Heròfil afina molt i determina que el quart ventricle (a tocar del bulb!) és la seu de l'ànima i la persona. Finalment, Descartes prefereix la pineal, una minúscula morada amb només 0'06 cc.

Tenim el convenciment, personal i probablement compartit, d'ubicar definitivament l'esperit, l'ànima, als lòbuls prefrontals, un casal de luxe on conviu amb inquilins menys dignes i rivals entre si, com la bondat i la maldat, l'egoisme i la generositat, i tants d'altres que en realitat són els que donen existència al nostre esperit, a la nostra racionalitat.

MÈTODE

El veterà acadèmic *Massons* ens resumeix la praxi mèdica en dos pensaments:

1. Que la relació metge-malalt es basi en un diàleg permanent, i
2. Tenir sempre present que el malalt és el nostre esperançat amic.

Caplan aconsella la metòdica a emprar per tot metge:

1. Escoltar amb respecte, empatia, atenció i sense pressa.
2. Aprendre sense límit sobre el malalt i la malaltia.
3. Informar, aconsellar i ensenyar.
4. Actuar com voldries per a tu o els teus estimats.

També clarifica les premisses que cal sospesar abans de recomanar un procediment: beneficis, riscos, despeses i desconfort (molèsties).

El sotspresident *Corbella* recorda que el malalt és un ésser esperançat, que

fàcilment pot ser embaucat i seduït; per tant dignitat, ètica, moral i deontologia són imprescindibles. Les decisions han de sustentar-se exclusivament en el benefici del pacient.

La regla de les tres A que precisen els galens saxons: Availability, Affability i Ability, a casa nostra i convertides en tres D: Disponibilitat, Deferència i Destresa, mantenen el mateix significat.

Hachinski, editor de *Stroke*, un pes pesat de la neurologia i amic sensible, ens recorda una fita oblidada durant anys. Insisteix que ni la pressa ni la quantitat són prioritàries. "*Make haste slowly*!, i centrem-nos en una qualitat irreemplaçable: la qualitat!".

INTERROGATORI

Laennec, s. XVIII i XIX, no té dubtes: "*Escolta!, escolta el pacient!, t'està dient el diagnòstic*". El savi bretó l'escolta, i a més l'ausculta inventant l'estetoscopi.

Una experiència personal molt recent i alliçonadora que ratifica la sentència suara esmentada. M'avisen d'urgències al matí; ha arribat un pacient bevedor amb la mà dreta pèndula. Mentre hi vaig penso en una lògica i típica paràlisi radial perifèrica d'origen tòxico-compressiu. Efectivament, ho ha notat al poc de llevar-se... però és tossut! Malgrat insistir-l'hi, nega haver-se despertat amb el dèficit i persevera a haver-lo apreciat quan es vestia, tot just després d'ajustar-se un camall, ja no pot arreglar-se l'altre costat! L'exploració acurada i la RM confirmen una trombosi cerebral molt focal, rolàndica: el testarut bevedor tenia raó i a més precisava el diagnòstic.

Sacks, escriptor-divulgador i neuròleg destacat, repeteix: "*Només hi ha una regla cardinal: sempre s'ha d'escoltar el pacient*".

Saber escoltar no és gens senzill! Un estudi del *JAMA* indica que 23 segons és el temps mig, que es tarda a interrompre el pacient i redirigir-lo en la seva explicació espontània.

L'interrogatori és l'eina més poderosa i significativa, car revela les molèsties i cuites del malalt, que cap altra tècnica exploratòria o complementària ens mostrarà.

Rozman recorda que "*no es tracta tant de* <u>què</u> *es diu, sinó de* <u>com</u> *es diu; aquesta qualitat de la relació metge-malalt exerceix una considerable influència sobre la quantitat i la importància de la informació que dóna el pacient*".

L'entrevista, més que un "interrogatori", ha d'ésser una conversa per construir-edificar la història entre dos (Haidet). Per a ésser efectiva precisa

d'empatia, simpatia, comprensió, delicadesa, amabilitat, d'unes qualitats que no figuren en cap dels programes de formació, però que són tan essencials com els coneixements, que per descomptat sí s'exigeixen per rebre la nostra titulació. Cal preguntar, i també vèncer resistències perquè alguns pacients creuen que els informes previs o la màquina ja ens ho han dit tot. Força sovint, en indagar sobre els fàrmacs, es destapen noves malalties o febleses que el pacient no recordava. Per exemple, en fer l'anamnesi per aparells nega patir cefalees, però en preguntar-li sobre medicaments recorda diversos calmants que acostuma a prendre pel mal de cap. Una migranyosa negava tota altra patologia, però al preguntar-li per la feina, recorda la seva invalidesa concedida per un inaparent reumatisme-artròsic.

El pacient sovint oblida o considera sense interès o impròpies de l'especialista bona part de les molèsties, que apareixen únicament si s'insisteix. Cal aconseguir una visió panoràmica, global, no limitada al símptoma-guia. Totes les molèsties, del cap als peus, tenen o poden tenir interès i ser la clau que permeti resoldre el jeroglífic, desxifrar l'enigma d'una malaltia. El pacient, i no pocs metges, es pensen que el cos humà està repartit en compartiments estancs, en lloc d'acceptar la seva unitat indivisible, on a més de la ment, caldria afegir-hi l'ambient que envolta la persona. Tot s'interrelaciona, de manera que aquella pacient aparentment sana té dolors, no per un reuma, sinó per una solitud que no accepta.

La conversa amb alguns malalts aporta expressions que són més explícites i amenes que la majoria de tecnicismes mèdics. Vegem-ne alguns exemples:

"Doctor, tinc les verticals descalificades", dos diagnòstics de moda.

"L'orella plena de semen", precisava una seriosa hipoacúsica.

Un sord es queixa amb raó: "Tinc falta d'audiència".

Té algun mal?: "Malhumorada", respon una malalta ansiosa.

Un epilèptic vol que se li practiqui "un falograma".

"Li ha d'arreglar el nervi de l'alegria", demana la muller d'un impotent.

Un ferit erudit explica que "la cama no acaba de reflexionar".

Un pagès pràctic conclou que "el món s'acaba en un pam, de la butxaca a la bragueta".

Una mare es qüestiona les molèsties de la filla: "Doctor, és malaltia o hi té part la picardia?".

Cada dia augmenta el percentatge d'històries clíniques amb una anamnesi de poques ratlles, com s'aprecia al meu hospital "universitari". Una formació basada en la tecnologia n'és en part responsable. Per contra, és

sorprenent verificar la fe excessiva de molts metges en informes escrits i signats, sense que es conegui la fiabilitat de l'autor. No sols s'accepta el contingut, sinó que es torna a reiterar el diagnòstic (hipertensió, broncopatia, etc.) malgrat haver-se verificat la negativitat de l'estudi.

EXPLORACIÓ

Rendim de nou homenatge a l'hel·lènic Heròfil que fa 2 mil·lennis i mig ja examinava prenent el pols amb l'ajuda d'un clepsidre o rellotge d'aigua, i basava el guariment en consells dietètics i exercicis gimnàstics.

Rozman assevera que "*la professió mèdica té molt d'ofici. De què li val a un metge el diagnòstic diferencial d'una reacció peritonítica si no és capaç d'una palpació abdominal acurada que pugui descobrir-la? Moltes de les troballes anormals no són posades de manifest amb les noves tècniques d'exploració instrumental. Només l'examen físic practicat pel metge és capaç de desvetllar-les*".

El fundus òptic és una finestra oberta directament al cervell, però gràcies a l'olfacte l'oftalmoscòpia permet descobrir enolismes inesperats. El dit-nas, la marxa en tàndem i el Romberg són una valuosíssima ajuda per descobrir components d'inseguretat, de neurosi o simulació que ens orientaran sobre el grau d'angoixa o histrionisme que contamina la clínica del pacient. Igual que una força incompleta, oscil·lant, una hipoestèsia, un Rinne i Weber contradictoris, àlgies imprevistes a la pressió de cervicals o lumbars, ens parlen del soma i encara més de la psique. La prudència és necessària perquè una resposta falsa o exagerada, també pot ser expressió d'un procés orgànic, d'un intent de cridar l'atenció sobre un mal real que ningú veu.

L'exploració estàndard es fixa massa en aspectes molt somàtics, com els parètics, i oblida camps immensos i importants de les funcions superiors: emocions, estimació, ètica, plaer, amistat, enamorament, tots ells d'ubicació cerebral desconeguda, i que ara amb la RM funcional poden ser esbrinats. Cal fer un esforç i millorar la tècnica exploratòria que es manté rígida d'ençà el temps de *Charcot*.

Provocar els reflexos patel·lars sol tenir una reacció favorable amb somriure inclòs, mentre l'examen de la sensibilitat amb l'agulla és dificultós i rebutjat. Tanmateix resulta inaudit comprovar que després de mil maniobres neurològiques, la més esperada és la clàssica presa de la TA.

Una de les proves exploratòries més útils i populars del sistema nerviós va ser descoberta per Joseph François Félix **Babinski** (1857-1932), un neuròleg clínic de l'escola de Charcot. Es mereix un breu homenatge. No va aconseguir el professorat universitari, però a canvi la història li ha fet justícia; el seu nom va unit a una senzilla maniobra: gratar la planta del peu i constatar el moviment del dit gros; tan simple com valuós. El signe de Babinski probablement és l'epònim més citat en medicina. Molts metges i neuròlegs, en sóc un d'ells, han evitat greus errors gràcies al reflex que ell va descriure i que el temps ha immortalitzat.

Els que s'inicien en la tècnica exploratòria no han d'oblidar cap maniobra, entre d'altres motius per així aprendre a avaluar-les i treure'n conclusions. El metge experimentat pot practicar una exploració més dirigida, d'acord amb les pistes obtingudes amb la història prèvia. És fonamental no actuar de rutina, puix es corre el risc de no aplicar el test que pot ser imprescindible. No verificar la rigidesa de clatell i perdre's una síndrome meníngia, seria un error imperdonable.

Explorar amb criteri és un art difícil que requereix experiència. No hem de magnificar (amb lupa o zel excessiu), ni menysprear (per desídia o miopia) les troballes. Una exploració, una prova pot ser "anormal" sense que aquesta paraula indiqui patologia, perquè no estem fets amb compàs i tiralínies. Si som massa rigorosos, sempre trobarem anomalies, asimetries i crearem "falsos" malalts. Moltes de les "imperfeccions" són troballes normals i no justifiquen les molèsties del pacient ni la petició de proves addicionals per part del metge.

PROVES COMPLEMENTÀRIES

L'analítica i la majoria de proves auxiliars són aproximacions simplistes, primitives, al concepte de normalitat, de salut i benestar. La complexitat bioquímica del cos, i especialment del cervell, és l'autèntica responsable de trobar-nos bé, i no disposem de tests suficientment fins.

Les proves són, com diu el seu nom, un complement, a vegades important i d'altres també decisiu, de la clínica. Però com a norma, repetir la història és més resolutiu que fer proves addicionals.

Un elevat percentatge de proves diagnòstiques són cursades més per un ritual que no pas per necessitat o utilitat. És molt important inculcar als MIR, i reiterar sempre, la importància de la clínica, evitant que el complementari sigui el protagonista del cas.

Cal fer una acurada selecció del test, cas contrari la seva negativitat o positivitat no tindrà rendiment. Millor dit, el resultat pot ser enganyós i proporcionar pistes falses no relacionades amb el procés o molèstia estudiada. Recordem que tot test té falsos positius i falsos negatius, o dit altrament una sensibilitat i especificitat concretes. Traduint una expressió anglesa: *l'absència d'evidència no és evidència de l'absència.* La negativitat del test ha de ser avaluada amb prudència. Un company amb dolor toràcic suggestiu d'infart, però amb tres ECG negatius, fou reenviat a casa cada vegada, fins que a la quarta les màquines van confirmar la sospita inicial d'infart de miocardi.

La VSG, velocitat de sedimentació, i el PCR, proteïna C reactiva, són tests de cribratge senzill, reactants de fase aguda, de gran valor orientatiu. Ara PCR, les mateixes sigles, també signifiquen Polymerase Chain Reaction, una prova capaç de donar resposta a les preguntes més sofisticades i específiques. La hibridització molecular, la nanomedicina, *microarrays*, proteïnòmica i genòmica obren noves portes al diagnòstic, especialment el genètic (Wilson, Kennedy).

Seleccionades amb mesura, a més del seu valor intrínsec, els tests senzills també poden servir per reforçar els nostres comentaris diagnòstics basats en la clínica. Dissortadament i precisament per culpa de la pràctica abusiva d'aquests exàmens, s'ha generat en els pacients una fe desmesurada en el poder resolutiu de la tecnologia. No és excepcional que després d'una acurada exploració neurològica i sistèmica, el pacient et solti frustrat, "Doctor, no em farà cap prova?".

Barraquer diu que els exàmens auxiliars són estris per a fer-ne un ús ponderat, no per complaure les exigències d'un hipocondríac, i ens recorda la frase de *Walshe* que temia que la nostra professió es convertís en un "caos de tecnologies". Un perill que va en augment i que fa trontollar la sostenibilitat del sistema sanitari.

Resulta impressionant la riquesa de troballes que es poden descriure en un informe, p.e. d'una RM de columna, i observar que es tracta de lleus anomalies de nul o baix significat i sense relació amb la clínica del pacient. Els <u>tests d'imatge</u> (Gammes, TAC, RM) no rarament desperten 2 tipus de problemes:

A.1. El metge responsable de la petició no ha fet l'estudi clínic pertinent que li permet avaluar correctament les troballes de la prova.

2. El metge no té la formació adient per analitzar el resultat de l'estudi. Per exemple, una RM cerebral el pneumòleg o una TAC toràcica el neuròleg. El que procedeix és consultar directament l'especialista

convenient, o actuar mancomunadament.

B. 1. El col·lega radiòleg informa basant-se més en la clínica referida que en la imatge que veu.

2. A l'escrit suggereix noves exploracions (RM, arteriografia, etc.), sense haver parlat previament amb el clínic.

Hachinski ens recorda que "no tot el que és important pot ser radiografiat (*imaged*), ni tot el que és *imaged* és important". No sense humor especifica les dues indicacions per a consultar el neuròleg:

1. Quan l'estudi d'imatge és positiu (i tant!).
2. Quan l'estudi és negatiu (més evident).

Hem de saber explicar al pacient que una radiografia descobreix de sobte "l'envelliment normal" d'ossos, del cervell o de la víscera corresponent. Canvis que sí sabem de la cara pel mirall quotidià i que acceptem de bon (o mal!) grat. Per poc que rumiem és lògic que l'interior del nostre cos s'hagi "desgastat" igual que l'exterior, la pell. També cal dir al pacient preocupat per la descoberta de quistos, nòduls, etc., que no són pas més greus que les taques, berrugues o llúpies que coneix de sempre, i que ni recorda.

Treat the patient, not the test! precisa un aforisme saxó. Es fan diagnòstics per petites desviacions analítiques que poc o gens tenen a veure amb les queixes inicials del pacient. No és excepcional veure pacients tractats amb antiepilèptics per ones anormals anodines a l'EEG, hipotiroidismes de laboratori sense clínica, o xifres de colesterol "al límit" controlades repetidament. Quanta tiroxina, hipolipemiants i diversitat de fàrmacs es recepten innecessàriament!.

Armstrong va més lluny en opinar que "*és millor atribuir incorrectament un petit percentatge de malalties orgàniques a causes funcionals que condemnar un gran nombre de malalts sans a les proves i a la por d'una malaltia inexistent*". La norma no està fixada i a la solució pràctica se'n deia "ull clínic", però ara l'experiència no compta i estan de moda els protocols i la medicina defensiva.

4. RESULTATS i DISCUSSIÓ

HOSPITAL JOAN XXIII i D'ALTRES HOSPITALS

L'Hospital Joan XXIII era l'únic nosocomi jerarquitzat del sud del Principat, però actualment hi ha múltiples hospitals que treballen a temps complet i per la seguretat social: Santa Tecla a Tarragona, Sant Joan a Reus, la Cinta a Tortosa, Pius a Valls, etc. Tots aquests centres disposen d'Unitats de Neurologia, però sense relació assistencial amb la Secció degana. En general, Joan XXIII continua sent un centre de referència multicomarcal, que presta una atenció de bona qualitat en la majoria d'Unitats.

Els canvis de l'organigrama "provincial" referents a la neurologia han sigut prominents. Inicialment el sud comptava amb 5 especialistes neuro-psiquiatres amb 2 h de dedicació a l'ambulatori, i un neuròleg hospitalari jerarquitzat, o sigui 13 hores/dia per la neurologia. La mitjana de llits ocupats era de 12, rarament amb pacients de la tercera edat.

Ara a la mateixa zona i amb una població similar, s'ha passat a uns 14 neuròlegs jerarquitzats, tres al Joan XXIII i la resta repartits pels altres hospitals; el total aproximat d'hores dedicades a la neurologia és 10 vegades superior i el nombre de llits totals i neurològics, està més que doblat.

Malgrat aquests canvis, la S. de Neurologia del Joan XXIII manté uns 12 pacients ingressats, però ara en un 75% són geriàtrics-socials. De fa anys només som "referència" directa neurològica d'una reduïda àrea comarcal, amb un contingent d'uns 125.000 assegurats.

Els darrers lustres l'envelliment i canvi d'hàbits de la societat, -tenir un padrí a casa ja no és obligatori-, han generat un gir copernicà de la patologia assistida, i fa preocupant la banalització dels trastorns i la socialització dels pacients atesos actualment. Dedicar 45 o 60 minuts a una primera visita, temps imprescindible fa anys, s'ha convertit en una malversació; per a un especialista format i experimentat, 20 minuts són vàlids per la majoria de visites inicials.

Ni traumatismes, ni tumors, ni meningitis; la pressió assistencial actual és la neurogeriatria en forma d'ictus i demències. Interessant o no, la realitat és que el leitmotiv de la feina actual és -de molt- la patologia vascular. Per això s'ha intentat "embastar" una Unitat d'Ictus.

La quasi totalitat dels ingressos són per l'àrea d'urgències. En realitat un elevat percentatge de visites són pseudourgències. Els atenen un equip de MAU (Metges Adjunts d'Urgència) mantes vegades desbordats pel nombre de pacients i la manca d'espai. Malgrat la presència física a urgències de MIR de

medicina interna, la seva sobrecàrrega de feina fa que els ictus, uns pacients rics amb anys i amb pluripatologia continuïn essent patrimoni quasi exclusiu de la neurologia. Si més no, són malalts que et fan mantenir al dia com a metge generalista (dietes, sondatges, glicèmies, laxants, analgèsics, hipotensors...) i com a neuròleg vascular (AAS, triflusal o clopidogrel!). La dificultat més feixuga és resoldre la ulterior derivació a un dels saturats centres sociosanitaris, o més rarament a rehabilitació del Joan XXIII o al domicili del pacient. Aquest tipus de patologia representa uns dos terços dels ingressos de la Secció.

La neurologia del Joan XXIII ja ha complert 33 anys d'existència, però encara és un infant que precisa de la tutela "internista". No té independència administrativa i penja del criteri del cap de medicina interna. Totes les peticions, gestions, tràmits i autoritzacions precisen de la signatura del cap esmentat, i potser del director i gerent. La del responsable de neurologia sol ser innecessària. El record Guinness de l'absurd es va aconseguir amb les guàrdies de neurologia: signades per l'internista, el director i el gerent, però si hi figurava la firma del cap de neurologia eren retornades per improcedents.

L'existència d'un Servei de Neurofisiologia (primer d'EEG, després d'EEG i EMG) ha representat un greu problema per al desenvolupament de la neurologia; i per a més "inri", aquesta branca de l'especialitat ocupa com a servei el lloc que li correspon al tronc, a la neurologia. Sortosament pels pacients aquesta paradoxa s'ha solventat en molts dels hospitals catalans, que ara ja funcionen d'una manera integrada.

La percepció personal era que l'àrea provincial era massa reduïda per justificar un Servei de Neurocirurgia, però els polítics no van tenir cap dubte. La novedosa neurocirurgia del Joan XXIII és una Secció, com la neurologia, però autònoma, sense cap pupil·latge per part del Servei de Cirurgia, i per tant amb unes condicions òptimes per expandir-se. De fet la plantilla actual de 3 neurocirurgians aconseguits en dos anys és la mateixa que la de neuròlegs en 33 anys d'història. Després de conviure a la mateixa planta un any, es va decidir per part dels responsables de direcció i de medicina una separació injustificable, cosa que ha provocat que la relació assistencial entre neuròlegs clínics i quirúrgics sigui de mínims.

Durant 30 anys hem controlat tumors i traumatismes cranials, hem publicat la bondat del tractament mèdic en hematomes intracerebrals i subdurals i hem mantingut actituds conservadores en molts tipus de neoplàsies, fins que d'ençà l'arribada dels neurocirurgians no veiem aquests pacients. Ràpidament i d'una manera dràstica s'ha elevat el percentatge d'intervencions. I hom es

pregunta si la xifra correcta era la neurològica, o l'actual neuroquirúrgica, o potser un entremig? Dissortadament la resposta adient mai s'analitzarà.

Les seccions quirúrgiques del Joan XXIII mai han patit el rigor del control del cap de cirurgia. Una envejable autonomia és gaudida per maxil·lo-facial, neurocirurgia, cirurgia infantil, etc. Com a conseqüència, llurs plantilles han augmentat feliçment. Cirurgia vascular és el millor exponent d'aquest creixement espectacular; d'un especialista, en 14 anys han passat a ser un servei amb 8 facultatius, MIR a banda. Per contra, cirurgia plàstica encara ha de néixer. Els resultats palesen la manca de planificació de l'administració central.

La psiquiatria a l'Hospital Joan XXIII manté una oferta atípica cada cop més accentuada, probablement per culpa de la força o la inèrcia originada pel nosocomi de Reus Pere Mata. L'hospital disposa d'un consultor per a pacients ingressats, però no per als pacients externs, que han de ser remesos a la institució esmentada, impossibilitant diàlegs i seguiments. Per contra, sí que es disposa de psiquiatres o psicòlegs per atendre múltiples unitats específiques segons demandes o modes, com els Trastorns de l'Alimentació, Clínica del Dolor, Infància, Atenció als Drogaddictes, etc. Aquesta clara mancança de coordinació impedeix potenciar una bona Unitat de Psiquiatria, un servei amb força i personalitat, que donés resposta als pacients de l'hospital i la seva àrea d'influència.

El personal auxiliar es mereix una menció afectuosa. Evidentment no em refereixo a les ATS o Diplomades, un admirat estament que participa de la relació metge-malalt i que al llarg d'aquests decennis ha aconseguit remontar una situació de relativa marginació. La manca de comprensió que habitualment he trobat als estaments directius hospitalaris ha sigut compensada per l'afabilitat d'una bona representació del personal de base. La paciència de les cambreres, la simpatia de zeladors, la disponibilitat d'administratives i l'eficàcia d'auxiliars són un segell de la casa. La consulta externa es fa agradable gràcies a una auxiliar altament eficient que copsa la psicologia dels pacients i les absurdes traves administratives. Estava omplint un feixuc formulari per tramitar la teràpia anti-Alzheimer, i per precisar un dels apartats li demano si recorda el nom del cuidador; sense pensar-s'ho respon: "Pepeta". Aquesta àgil resposta m'ajudà a obrir els ulls respecte al meu compliment estúpid i minuciós.

METGES i MEDICINA

El catecisme en català del **1648** vol palesar el temor de la mort: "*Que pena te dara la malaltia, las molestias de las medicinas, lo embaràs de Metges*".

Inversemblant, gairebé increïble, n'és el corol·lari corresponent: medicines i metges eren vistos com una amenaça!, un dels terrors del s. XVII. A la malaltia, cal afegir-li el sofriment provocat pel metge i els seus remeis! Probablement les purgues i sagnies s'acompanyaven d'altaneria, saviesa, d'un escàs contacte humà amb el pacient i en conseqüència la seva presència era més temuda que apreciada.

Feijoo, al *Teatro Crítico Universal* (1730) sentencia: "*La buena verba, la audacia, la faramalla, las modales artificiosas, la embustera sagacidad para mentir aciertos y despistar errores, son las partidas que acreditan en el mundo a los médicos; y con estas partidas he conocido médicos, no sólo ignorantísimos, pero incapaces, aplaudidos*".

Els metges hem deixat d'ésser facultatius, etimològicament aquell que té el poder de fer alguna cosa, per a ser orientatius del pacient. És essencial que el malalt conegui les diferents opcions terapèutiques i que nosaltres l'ajudem a decidir. Filosofant podríem dir que som socràtics i apliquem la maièutica. Per a aconseguir-ho pot servir d'ajuda un dels canvis substancials de la medicina, la progressiva feminització dels professionals. D'acord amb l'orla de la meva promoció, la de l'any 1965, un 8% eren dones, mentre que actualment el percentatge és del 70%.

Considero recomanable que els clínics participin en alguna sessió quirúrgica, car així viuran la marcada diferència que hi ha entre la medicina clínica i la quirúrgica. La meva experiència, amb excepcions notòries, és que el cirurgià té una visió massa centrada en la imatge, en l'ateroma, la neoformació. Per contra, el clínic ha de saber copsar les altres circumstàncies que envolten el defecte a reparar.

Pellegrino critica les associacions professionals, col·legis de metges i societats científiques, massa preocupades per la supervivència financera, el creixement i les estratègies d'inversió; un problema que malauradament també inclou el nostre entorn.

Les associacions de malalts serien menys justificables, si els organismes oficials donessin una explicació convincent de llurs equitatives inversions als diferents col·lectius de malalts.

Els acrònims converteixen en jeroglífics indesxifrables alguns informes i fan certa la crítica d'estar vivint en el "segle de les sigles".

Encara no tenia clar què és un ABS (frens o àrea bàsica de salut?), o un CAP (centre d'assistència primària, i un dels mots catalans amb més significats), quan ja han inventat els EAP (equips d'assistència primària).

El darrer acrònim que s'imposa és APP -A Petició del Pacient-; representa la negació de la medicina i caldria extirpar-lo amb urgència. APP s'adjunta al volant de consulta i el metge s'estalvia no sols d'estudiar el pacient, sinó fins i tot d'escriure; i el volant superarà tots els segells i hipotètics controls de qualitat administratius. La burocràcia és cega i la R doble la té ben guanyada. Un volant de consulta pot portar una bona col·lecció de signatures, segells, tràmits, vist-i-plaus, autoritzacions i cap informació clínica: "revisió", "tramitar invalidesa", "APP", etc.

En quant als protocols i guies, que tant admiren els nostres gestors, bé està revisar llistes prefixades per verificar possibles oblits, però el millor és desobeir-los, per demostrar que som metges, no robots o buròcrates, i que fem una assistència personalitzada, individualitzada, i que cap cas és idèntic a l'anterior. El protocol és convenient i necessari quan participem en un assaig clínic, però tenen poc fonament científic i molt de dogmàtic, inciten a la malversació, frenen el raonament clínic i la responsabilitat mèdica. Esperem que la protocolització de visites per telèfon o Internet no passi de ser un malson: "Si vol català, premi l'1. Si és d'una mútua, pitgi el 3. Si li fa mal el cap, premi el 5..."

La medicina basada en l'evidència, més aviat en l'"obediència", és un bon projecte, però encara ha de madurar.

La medicina defensiva, la que està pendent de denúncies i litigacions, cada cop està més omnipresent i és responsable de despeses milionàries, com bé analitza Anderson a l'article "*Billions for defense*". Fins un 8% de les decisions i estudis són tramitats conscientment per evitar problemes legals, però encara és més alt el percentatge de proves demanades automàticament per evitar denúncies.

La por no és totalment infundada. En una enquesta i informe del COMB del 2003 un terç dels metges refereix que ha experimentat violència al seu lloc de treball.

Les controvertides llistes d'espera han sigut discutides a la RAMC fa pocs mesos sota la batuta de Lòpez. És un problema crònic i complex, que a més de la sobresaturació, comporta molta política i alguns interessos (privada, ampliació de plantilles), i afecta tant a visites com a proves i intervencions. No es pot admetre la demora de mesos per practicar tests diagnòstics, i que a Catalunya 67.000 pacients esperin 6 mesos per a ser intervinguts.

DESIL·LUSIÓ

El prestigi de la professió fou manifest i gratificant fins als 70, quan l'opinió del metge de família era escoltada i potser reverenciada. Recordo amb goig el paper que com a metge de confiança va exercir el meu pare. No sols curava i guaria, sinó que també orientava les relacions familiars i els estudis dels fills. Què en resta d'aquests atractius? Ben poc, i recuperar-los sembla una quimera.

Gimeno, el 2000, escriu: "*Del espíritu que renovó la medicina en los 60 queda poco, hubo ganas de trabajar y nos sentimos remunerados en ilusiones y en especie, ahora ya nadie nos envidia y lo que mueve la humanidad son los pecados capitales. ¿Qué porvenir les espera a los neurólogos jóvenes? ¿Un control de calidad basado en números y en el gasto farmacéutico?*".

Al Joan XXIII, com en tota empresa, al costat de persones amb càrrecs d'alta responsabilitat que han mostrat una excel·lent qualificació professional i un tracte agradable i humà, com els enyorats Palacios, Simó, i Garcia-Prieto, es troben gerents, directors i caps de servei, que exerceixen l'autoritarisme. Imposen agendes de treball, horaris de tota mena inclosos els de cafeteria, desautoritzen permisos, veten congressos (mentre uns són congressistes perpetus, d'altres només sessions d'hospital), no saben què és el diàleg, provoquen la "deslocalització" (un eufemisme per suavitzar la realitat) d'algun col·lega, i el seu millor incentiu és anul·lar-lo a d'altres sense més consideracions.

Es plantegen els responsables pertinents, del nivell administratiu que pertoqui, les greus injustícies que se'n deriven i l'índex de patologia cardíaca i psíquica que pot relacionar-se amb l'estrés laboral de viure sota una persistent espasa de Dàmocles? S'aclareix o s'atén els perjudicats d'una manera correcta? Les recentment implantades Unitats de Riscos Laborals poden donar resposta a aquesta qüestió.

Un detall que expressa força bé el *feed-back* amb l'entitat gestora és el pin, sembla que de plata, amb el qual van obsequiar els professionals que celebràvem les noces d'argent laborals a la institució. Tampoc he conegut els resultats d'una enquesta de satisfacció feta a tots els treballadors de l'hospital, però la limitada difusió donada ja parla per si sola.

La insatisfacció és una epidèmia que hom palpa al nostre entorn i es quantifica en una enquesta feta pel Col·legi de Barcelona i en un estudi del *NEJM*. Es tracta d'una crisi professional provocada per l'elevada burocràcia, la pèrdua d'autonomia, de prestigi i de poder adquisitiu, per la discrepància entre les promeses i expectatives fetes als pacients i les possibilitats limitades

dels metges. Un 40% de metges no recomanarien la professió a llurs fills, ni probablement repetirien la mateixa professió! Un 72% estan descontents o han perdut part del seu entusiasme.

La fórmula-solució que ens ofereix Zuger en un esplèndid article és que un cert disgust és bo, inherent, necessari... i que per combatre-l cal compaginar la professió amb família i amics, exercici i activitats culturals-espirituals.

Aquest sentiment de frustració no és nou. Fa dos segles ja es publicava que la medicina era la "més menyspreada de totes les professions".

En breus i clares paraules del company *Miquel Bruguera*, "*els metges ara no passen pel millor moment, molts d'ells estan frustrats i descontents del sistema sanitari –que els paga poc i no els té gaire en compte-*".

Assetjament professional o "mobbing", exhauriment o "burn out", desconfort professional, temor a ésser enjudiciat, amenaça de violència i medicina defensiva, són noves patologies i situacions desgranades per Mauri. L'acceptació del "mobbing" ha sigut un significatiu progrés laboral, en reconèixer l'existència de situacions injustes fins ara ignorades. Quan els "superiors" no et reben, i a més canvien la teva feina i la del personal que et correspon, sense ni comentar-ho, ara ja té un nom adient.

Del mobbing se'n deriva l'ansietat i potser la depressió. Vull trencar aquí una llança en defensa d'aquests pacients. Només el qui ho ha patit sap el gran sofriment que afecta el deprimit. Cal calcular bé les capacitats de lluita, si hom té la resistència d'un Gandhi per haver nascut estoic o per haver desenvolupat immunitat a l'adversitat. Quan es batalla i es posa tota la carn a la graella pensant que es farà justícia, es corre el risc de comprovar que el combat és estèril i que hom resta derrotat i sol. L'insomni i la desil·lusió poden abocar a un profund desencís, on l'alegria no existeix i el cap s'espesseix. Al sofriment propi del fracàs laboral, cal afegir el de la depressió, i també l'estigma social de la malaltia. Reivindico la dignitat de patir una depressió, tant endògena com exògena. L'estat d'ànim està determinat genèticament i per condicionats externs sociolaborals. La genètica predisposa i l'ambient disposa! Són dues línies ondulants més o menys paral·leles, però quan l'ànim intern baixa i la pressió externa puja, i les línies es toquen, es poden fondre els ploms i provocar la foscor de la depressió. Cal esborrar-ne la imatge d'autoculpabilitat. Els trastorns psicobiològics precisen de química, en tots els sentits de la paraula.

DIAGNÒSTIC

Hem de preocupar-nos de tenir sempre presents els diagnòstics útils, amb

gran projecció terapèutica, com miastènia, meningioma o hiperparatiroidisme. Els "acadèmics" i menys tractables com la malaltia de Pick tenen un factor d'oblit o confusió més perdonable.

Davant d'un malalt neurològic cal considerar tres línies o components diagnòstics que incloguin:

1. Opcions neurològiques.
2. Origen sistèmic.
3. Causa o participació psíquica.

És perillós conformar-se d'antuvi amb la possibilitat "nerviosa", malgrat que les circumstàncies, i rarament el pacient, ho suggereixin.

"*Quan la malaltia debuta, el guariment és fàcil, però el diagnòstic difícil; quan passa el temps, el diagnòstic es fa fàcil, però la guarició molt difícil*", va escriure el florentí Maquiavel (s. XV-XVI).

La perseverança i escorcollar totes les opcions, igual que faria un detectiu, és el camí a seguir quan el diagnòstic s'amaga. Enllà els anys 30, el pare, treballant al seu poble, la Ràpita, es tornava "loco", com diuen allí, indagant la causa d'una feblesa i de dolors que afectaven tota una família, excepte un fill de pocs anys. Les indagacions quasi policíaques li van permetre trobar l'entrellat, quan va fixar-se que bevien el vi refrescat en un serpentí de plom! Un cop diagnosticat el saturnisme familiar, el remei li fou fàcil.

Personalment un dels casos més difícils fou el d'una embarassada tetraparètica que un prestigiós neuròleg, postbiòpsia muscular, havia diagnosticat de pseudomiastènia; era la dècada dels 70 amb mitjans limitats, però la insistència em va permetre localitzar un adenoma hiperparatiroïdal amagat dins la tiroide; postintervenció la pacient va recuperar-se *ad integrum*.

L'ull clínic, aquest concepte que combina l'art i la ciència, també inclou el saber cercar l'equilibri entre ser un metge "organicista" que sol·licita un excés de proves i intervencions, o pecar de massa fe en causes "funcionals o psíquiques" oblidant les estructurals.

En realitat, parlem erròniament d'orgànic o funcional, oblidant-nos que tot és orgànic! no a nivell estructural, sinó bioquímic (com igualment ho són la joia i la tristesa). Tumor i ansietat són orgànics, i tot sovint pateix més l'ansiós que el neoplàstic. També ho és l'hipocondríac i l'histèric, el conversiu o el Munchausen. Nogensmenys, els límits entre lesió i simulació no són fàcils de delimitar i la realitat pot combinar les dues opcions, perquè una patologia real mínima pot ser intencionadament magnificada.

Només hem de separar com a falsos el grup, de percentatge no menyspreable, dels simuladors, rentistes, ficticis i facticis, estimulats en general per temes econòmics, la baixa, invalidesa, pensions, indemnitzacions, etc.

És preocupant l'elevat nombre de baixes i d'invalideses, que suggereixen una manca de rigor per part del col·lega que les ha signat. A Tarragona, 54 funcionaris en fase de reivindicació presenten la baixa laboral simultàniament. Un estudi de les incapacitats laborals temporals, de les baixes, de l'any 2003 mostra que un 65%, 244.000 de 376.000, són irregulars i sospitoses de frau. El món dels pensionistes, alguns amb una mala salut envejable, també precisa d'una delicada revisió.

Una disgressió sobre els incidentalomes. Un diagnòstic actual, atractiu i útil. Indica una troballa "patològica", que poques vegades té repercussió significativa i que no es relaciona amb les queixes del pacient. És un diagnòstic molt clínic, ja que obliga a un bon coneixement de les molèsties del pacient per poder relegar a un paper secundari l'evident troballa d'imatge.

Van debutar fa anys en forma de neo suprarenal, però amb l'adveniment de la sofisticada imagineria actual (RM) s'ha convertit en un diagnòstic habitual. El gran nombre de troballes va enriquint el seu ventall: neos, quists, atròfies, aplàsies, malformacions, necrosis, hiper o hiposenyals, hèrnies, protrusions, microadenomes hipofítics, selles turques mig plenes o buides, etc. que no tenen significat o una relació causal amb la clínica. Malauradament, la manca d'un esperit crític fa que tot sovint se'ls doni un significat patològic i etiològic dels trastorns del pacient, i motiven, si més no, remeis inútils amb més controls i noves angoixes pel pacient.

La clàssica síndrome de Pickwick descrita literàriament per Dickens, s'ha reconvertit en una sofisticada síndrome de l'apnea durant el son; i el que és més delicat, per combatre-la s'han recuperat aquelles agressives tonsilectomies, que ja estaven oblidades. No sé si un bon dia els roncadors i obessos recuperaran la imatge de gent feliç, que fins fa poc era l'enveja de la resta de mortals. L'apnea del son, i encara més la fibromiàlgia i la síndrome de la fatiga crònica precisen d'estudis, crítiques imparcials i sobretot temps perquè la medicina les situï en el lloc que els pertoca.

Aquelles intervencions sobre columna, que abans precisaven d'una clínica ben definida i una mielografia demostrativa d'hèrnia, ara queden justificades per unes queixes sovint poc específiques, acompanyades d'una generosa exhibició de protrusions i hèrnies múltiples, demostrades fàcilment gràcies a una RM. Sortosament la riquesa d'hèrnies pot desconcertar el cirurgià i confirmar la supremacia de la clínica.

Un detall a considerar abans de recomanar una discectomia. Mai he vist pacients paralítics per seqüeles d'antigues hèrnies discals no intervingudes, però sí que n'he visitat amb severs ròssecs postcirurgia lumbar.

Tres diagnòstics clàssics mantenen el seu poder i bona acceptació, tant per part de nombrosos metges com de la majoria de pacients. Les "cervicals" sobretot, la mala circulació i la hipotensió són un bon jòquer per suplir ignoràncies. L'artrosi, decalcificació, anèmia, colesterol, etc. són alternatives ben col·locades en segona fila. L'inconvenient més delicat és que no rarament tapen un diagnòstic real i potser important. Les al·lèrgies s'han situat com a protagonistes a la primera pàgina de les nostres històries, i també dels nostres telediaris i informatius radiofònics, precisant a la població els tipus de pol·len que ens amenacen.

Una veritat que convé recordar: no hi ha malalties, sinó malalts. Els diagnòstics no matisen, són imprecisos, puix dins d'un mateix procés hi ha tota mena de variacions i graus d'intensitat. La vivència dels trastorns, orgànics i funcionals, per cada pacient és totalment diferent; la riquesa de tonalitats internes és encara més exuberant que les externes, i per cares iguals amb prou feines les dels bessons.

No deixa d'ésser sorprenent (o alarmant) la riquesa diagnòstica fàcilment obtenible quan hom està sa o amb mínimes dolències.

Una dona jove recentment visitada aportava els estudis practicats en tres mesos, amb informes que avalaven tota mena de troballes.

1. El cribratge de rutina mostrava:
   a) Atípies a la citologia, que eren subsanables amb teràpia estrogènica tòpica.
   b) Osteopènia amb risc de fractura, per densitometria.
2. En relació a una braquiàlgia inespecífica:
   a) Protrusió discal amb compromís foraminal.
   b) Una canal carpiana.
   c) Atrapament del cubital al colze.

Una bona llista de pseudodiagnòstics documentats amb proves instrumentals, que alguns col·legues consideren infalibles.

Els errors diagnòstics i terapèutics són continuats, i provocats per la inexperiència, les tècniques noves, la complexitat de la patologia, la interpretació incorrecta de tests com Rx o biòpsies, negligències, etc.

La lleugeresa i la rutina, també en són culpables. Tres familiars directes foren falsament diagnosticats de càncer de matriu, de Hansen i de lupus. La revisió diagnòstica i el temps van demostrar la benignitat de la patologia. Aplicar una màxima anglesa de gran valor clínic, "Watch and wait", hauria evitat moltes molèsties i els ensurts corresponents.

Per la societat són més reprensibles els errors d'omissió que els errors de comissió. Ho diuen els saxons, i ho he comprovat repetidament amb les

intervencions cerebrals que sovint he desaconsellat.

La detecció dels errors és fonamental, no per culpabilitzar el responsable, sinó per prevenir errors futurs (Volpp).

Com ja hem comentat, els dos diagnòstics que lideren la reconversió de la Secció de Neurologia en una quasi exclusiva Unitat de Neurogeriatria són els ictus i l'Alzheimer. Ferits i dements han vingut a substituir la diversitat de patologia neurològica que rebia l'hospital els dos primers decennis de la seva creació. Feridura, ictus, accident vascular cerebral o infart cerebral significa que es mor una part del cervell, del malalt, ja sigui l'aparent motilitat quan es tracta d'una hemiplègia, o la subtil musicalitat en el cas d'una amúsia. Amb l'infart cardíac, si es supera, el pacient continua sent ell mateix. Per contra, després d'un ictus una part de la persona ja no es recupera. A més del cor hi ha recanvis, mentre el cervell serà sempre irreemplaçable.

De les múltiples noxes cerebrals, els ictus destaquen clarament. Recordem que l'infart cerebral és la primera causa de mort a les dones amb un 11'3% i la segona dels homes amb un 7'7%.

Els trombolítics són la darrera novetat dins de l'armamentàrium dedicat als infarts cerebrals, i cal esperar prudentment que confirmin el seu potencial terapèutic, tal i com van demostrar-ho amb els infarts de miocardi.

Les Unitat d'Ictus també pretenen tenir el mateix èxit que les Unitats de Coronàries, però el temps també anirà precisant quin és el benefici real assistencial. El seu lideratge esta perseguit pels neuròlegs i intensivistes, tant per l'interès científic com pel político-econòmic. Caplan, per defensar el paper del neuròleg, diu que el cervell és el Rolls Royce del cos humà, i pregunta si algú portaria a reparar el seu RR a un mecànic que s'ocupés de tota mena de cotxes. Els intensivistes abarquen tots els òrgans, són polivalents i a més disposen de les UCI, o sigui d'espai, personal i màquines. De moment el compromís comú és ensenyar a la societat que el cervell és un òrgan tan o més important que el cor i que la seva afectació és una de les emergències més greus: "*El temps és cervell*".

La demència, i la variant més coneguda, l'Alzheimer, és junt amb els ictus, una de les amenaces més dramàtiques per esgarriar una jubilació.

Després d'abandonar el nom d'"arteriosclerosi" emprat durant anys per qualificar els pacients amb demència, i de considerar que l'Alzheimer era la responsable de la tragèdia, ara hem recuperat l'antic diagnòstic amb el nom més actualitzat de demència vascular o multiinfart.

Diuen que "la cultura és protectora" de la demència, o senzillament en tenir més cultura es responen millor els tests? Les proves són les mateixes

per a tothom, illetrats o universitaris, i fracassar en les respostes és un requisit indispensable al nostre país per a confirmar el diagnòstic i obtenir la medicació a través de la seguretat social. Això fa que el biaix sigui inevitable.

Considerant l'escàs o nul valor dels anticolinesteràsics i la confirmació de nous i avellanes per evitar infarts, per què les nostres institucions no promocionen un estudi sobre les panses sense oblidar-ne la cua?

Resulta llastimós comprovar com algunes famílies porten l'avi a la visita inicial en una situació de greu deteriorament mental. Si el problema fos la vista, el pacient ja hauria reclamat l'assistència, però en fallar-li el raciocini és incapaç d'exigir el seu dret a ser atès.

A les fases molt avançades de la malaltia s'han de respectar les darreres voluntats, i en el seu cas evitar allargar situacions inhumanes irreversibles, perquè, com diu Jackson, al final no hi ha persona, només un ens vivent.

TRACTAMENT

El papir Edwin Smith del s. XVII aC revela l'honestedat dels metges de l'antic Egipte, a l'hora de descriure malalties que no tenen tractament, com les ferides cerebrals que no palpiten (J.M. Sánchez).

Pons, en un dels seus competents escrits, recorda una carta del s. XIV entre Petrarca i Boccaccio, on el poeta afirma que entre seguir les prescripcions dels metges o fer el que ens diu l'instint i el seny, no hi ha cap dubte de quina opció fóra la millor per recuperar la salut.

El savi parisenc *Voltaire* no en deixa dubtes: "*L'art de la medicina consisteix en distreure el pacient mentre la naturalesa guareix la malaltia*".

Doust, al *BMJ*, diu el mateix: "*Per què els metges fan servir tractaments que no serveixen?*". Aquestes sentències mantenen plena validesa, perquè una gran quantitat de la farmacologia que usem és innecessària, i una part és perillosa.

D'estudiants a la facultat, la paròdia, el resum terapèutic era: aspirina (per la part alta i noble), bicarbonat (per l'entremig) i permanganat (per les zones baixes), i cadascuna ben resolutiva i exclusiva pel seu segment del cos. Afegir-hi el benzoat per al pit era tot un luxe. Ara la "ciència" potser s'ha complicat excessivament; el text de Noseworthy sobre terapeùtica neurològica inclou 345 autors i consta de 2.874 pàgines.

Alguns grans avenços terapèutics farmacològics són més una esperança que una realitat: anti-Alzheimer, anti-ELA, nous anticonvulsius, etc. Però aquest

és el camí del progrés i de noves recerques, de l'esmentat "trial and error". Per això el recent article a *Lancet*, AD 2000, desmitificant l'efecte dels caríssims anticolinesteràsics usats contra l'Alzheimer, no ha d'escandalitzar a ningú.

L'escriptor *Lluís Carandell* sap que la paraula del metge és el millor dels remeis. I amb el millor dels preus, podríem afegir. Si la fe és suficient per millorar un pacient, com no s'ha d'incrementar la resposta favorable amb unes paraules plenes d'afecte i comprensió?

Una classificació pràctica dels tractaments és la següent:

-1. Evidents. Amb bondat ben contrastada sense necessitat de feixugues estadístiques. Mestinon, descoagulació, timolèptics, antibiòtics, antiepilèptics, extirpació de certs tumors, hormones, etc.
-2. Discretament bons. Recomanats després de complexos estudis estadístics: antiagregants, endarterectomies, interferons, etc.
-3. Nuls, innocus, de suport: vitamines, vasodilatadors...
(l'efecte placebo i el baix preu poden avalar el seu ús intel·ligent)
-4. Contraindicats o massa perillosos. Algunes cirurgies de neos invasives, quimioteràpies... (només justificats en assajos).

El full d'ordres terapèutiques hospitalari i la recepta poden convertir-se en "desordres", quan hom no té compte d'evitar la tristament famosa "lletra de metge" i especificar ben clar el nom del fàrmac genèric, la dosi, la via, la freqüència, etc. Convé adesiara revisar el tractament prescrit, car l'experiència viscuda demostra que allò que semblava evident ha sigut interpretat de manera ben diferent. El perill de la confusió va provocar que un pacient prengués Actol (un betablocant) per Alfol (vitamínic). A vegades el lapsus confirma la resistència del cos humà en terapèutiques tan delicades com són els anticoagulants heparínics o cumarínics. D'altres les tergiversacions (de fàrmac, dosi, duració, etc.) et sorprenen pel bon resultat obtingut.

Una de les pàgines magistrals i divertides que Cervantes escriu al *Quixot* és quan el famós cavaller detalla a Sancho Panza, potser parodiant els remeis meravellosos del seu temps, el *bálsamo de* ***Fierabrás***, un beuratge de miraculoses propietats, "*que con solo una gota se ahorran tiempo y medicinas,... con el cual no hay que tener temor a la muerte ni hay que pensar morir de ferida alguna. Cuando vieres que en alguna batalla me han partido por medio del cuerpo (como muchas veces suele acontecer), bonitamente la parte del cuerpo que hubiere caído en el suelo, y con mucha sotileza, antes que la sangre se yele, la pondrás sobre la otra mitad que quedare en la silla, advirtiendo de encajallo igualmente y al justo. Luego me darás a beber solos dos tragos del bálsamo que he dicho, y verásme quedar más sano que una manzana*". Aquesta dualitat

terapèutica, fantasiosa i realista, continua de ple avui dia.

Una condició, sovint oblidada, de tot tractament és que tingui una garantia de bondat i d'eficàcia. Cas contrari, i massa sovint, la incompetència o gosadia del metge fa que el malalt vegi incrementat el seu sofriment, i al de la malaltia, cal afegir-li el del "remei". No hem de fer realitat el comentari del malalt que, després de sentir les múltiples prohicions del seu metge, li respon: "Doctor, no sé si viuré més anys, però sí que se'm farà molt llarg".

Després de molts anys de visitar i revisar pacients portadors d'una llarga llista de malalties, la majoria d'elles reals, però amb escassa repercussió clínica o poc sensibles a la teràpia, he optat per ser crític amb la politeràpia, i aconsellar com a tractament un estil de vida més sa. Evitar prescriure de nou, i si és possible, reduir els fàrmacs.

La teràpia de processos crònics precisa mentalitzar el pacient amb una estratègia a llarg termini, que comporti nous hàbits i conductes, que modifiquin l'estil de vida. Mesures higièniques, distraccions, sortides lúdiques, passeig, esport, ball, lectura, dieta, noves afeccions, i potser oracions, són consells naturals que eviten receptes i despeses. Com a gimnàstica mental preventiva, la mesura més pràctica, en pacients receptius, és aprendre català. Sorprèn el ben acceptades que són totes aquestes mesures per una gran majoria de pacients.

Les teràpies també estan subjectes a l'imperatiu de la moda. La majoria hem viscut el canvi sofert per l'oli d'oliva i el peix blau, que sense transmutar-se, han passat de perniciosos a recomanats. Els empegats es recuperen amb noves propietats, fent difícil la distinció entre realitat i fantasia. Els vasodilatadors han perdut gran part del seu poder, mentre vitamines i tònics es resisteixen amb dificultat. Les ulleres, ja sigui per prescripció o com a motiu d'estètica, obtenen un èxit que no aconsegueixen l'audífon ni cap altre tipus de pròtesi o ortesi.

Les traumatitzants i multitudinàries amigdalectomies i sinusectomies han desaparegut; les apendicectomies, discectomies, adenoidectomies i histerectomies han reculat; els drenatges timpànics es mantenen; la canal carpiana, rinoplàsties, cordals, endarterectomies, faquectomies i uvulectomies estan en alça. La cirurgia precoç de la cataracta (20.000 catalans en llista d'espera) només s'ha vist superada per l'immens camp que ofereix la cirurgia de la refracció.

La rehabilitació, la fisioteràpia i les mesures físiques desenvolupen una tasca important en pacients para i tetraplègics. La causa sol ser traumàtica, i el neuròleg, d'acord amb l'experiència que he viscut, no sol participar en la seva assistència. L'eficàcia de la fisioteràpia és menys evident amb els ictus, ja sigui pel tipus de patologia o per la metòdica aplicada. El temps de demora en iniciar

la teràpia per part dels fisioterapeutes i els criteris de selecció, aplicats pels rehabilitadors per traslladar a llurs llits els pacients de neurologia, retarden el possible benefici que pot obtenir el malalt; si finalment el pacient hemiplègic no és acceptat, caldrà esperar les avaluacions de la treballadora social o la UFISS per aconseguir un llit sociosanitari. Hom comprèn perquè alguns hospitals agilitzen el procés i funcionen directament amb fisioterapeutes.

També pot resultar més eficaç enviar un equip de fisioterapeutes al domicili del deficient físic, i recomanar-li la realització d'exercicis pràctics que desplaçar-lo diàriament en taxi o ambulància al centre de recuperació.

La rehabilitació de la memòria dels afectats de deteriorament cognitiu, feta en Hospitals de Dia, és un procediment que té més avantatges socials que científics; si més no, serveix per alleujar la greu sobrecàrrega familiar que comporten els dements.

FÀRMACS

Plini, al segle I, ja sospita que cataplasmes, col·liris i cerats són meres enganyifes per a fer diners.

Benjamí Franklin (s. XVIII) opina que el millor metge és el que coneix la inutilitat de la major part de les medicines.

L'acadèmic *Casacuberta* l'any 1840 iniciava el curs de la RAMB dissertant sobre "*De buenos prácticos es prescribir pocos remedios*".

El fisiòleg francès del s. XIX *Claude Bernard* puntualitza que els fàrmacs 11fins la mena d'excipient "inert" utilitzat en les tauletes pot afectar marcadament la potència d'un medicament.

Com diu l'entenimentada vox populi i repetia el meu avi apotecari, "els medicaments són per vendre, no per prendre".

Efectivament, la venda de productes farmacèutics a Espanya arriba a xifres astronòmiques. El passat 2003 va ser de 9.000 M d'€, uns 212 per habitant; o unes 35.000 de les enyorades pessetes, per aclarir-nos millor. El subgrup de major consum van ser els hipolipemiants, les estatines, amb un valor total de 600 M d'euros; arguments científics i una eficaç promoció dels preparats han aconseguit que pocs clients s'escapin de regular el seu colesterol.

A Catalunya la despesa en fàrmacs l'any 2003 fou de 1.470 M d'euros, amb un 12% d'increment respecte l'any anterior, una escalada imparable. El grup de fàrmacs més consumits, d'acord amb el valor, foren els antidepressius amb 125 M d'euros. El pressupost farmacològic significa un 25% del total sanitari (Ricart).

Un dels motius de la polifarmàcia és la complaença excessiva que té el metge, entre d'altres raons perquè prescriure medicaments ha sigut sovint una alternativa fàcil, molt més senzilla, que no pas fer l'interrogatori i una exploració acurada (Laporte).

El seny recomana fer un ús ponderat dels medicaments, mai un abús. Precisament una de les cefalees més complexes i rebels és la produïda per l'abús d'analgèsics, una de les moltes addiccions dels humans.

Més conegut i condemnat per l'administració és l'abús d'antibiòtics. Les resistències microbianes conseqüents i la destrucció de la flora intestinal fan exclamar a Pogo, "We have met the enemy, and he is us". Perquè la multitud de cèl·lules que no tenen el nostre ADN –la nostra microflora- tan essencial i necessària per mantenir-nos sans, i que tan castigada està pels antibiòtics, també som nosaltres.

Tot medicament comporta el seu risc de toxicitat, un inconvenient evident però necessari, car garanteix que la substància és activa i, per tant, amb possibilitats d'accions beneficioses. Si no provoca cap reacció adversa, vol dir que és massa inert, o com diu el poble "aigua beneita", i fa menys probable que actuï i guareixi. Per tant dels fàrmacs simptomàtics només hem de mantenir els que tenen efectes positius, confirmats pel pacient. Cal cercar el màxim benefici amb un mínim de drogues. Un vell remès per "tremolor intern" portava una bossa plena de medicaments amb diversos hipotensors, estatines, timolèptics, sedants, calcificants, protectors gàstrics, etc. Gràcies a la seva forta naturalesa el tremolor encara no era extern!

Les reaccions adverses a les drogues afecten un 16% dels pacients ingressats, i la meitat podien evitar-se (Volpp).

Els prospectes exhaustius sovint accentuen els dubtes i temors dels pacients. D'altres cops destapen rutines imperdonables, com un xarop per infants que recomana: "No conduzca automóviles ni maneje maquinaria pesada después de usar este medicamento".

Evitar que ens donin garsa per perdiu és una de les tasques de la Agencia Española del Medicamento. Recentment ha retirat uns 300 "productes miracle" amb publicitat enganyosa sobre aprimament, rejoveniment, caiguda del cabell, etc. Està clar que els criteris de l'Agència són generosos, perquè de preparats fantasma n'hi ha molts més al mercat.

Un estudi publicat a *Lancet* per un grup valencià conclou que dels fàrmacs anunciats en revistes mèdiques, en un 50% la frase d'impacte promocional no tenia el corresponent suport científic (Villanueva).

El grau d'adherència, o sigui de compliment, dels tractaments té una

mitjana dels dos terços, o sigui que una tercera part de pacients no fan cas de les indicacions del seu metge (Bonafont). És sorprenent i lamentable verificar les moltes vegades que els malalts i familiars acudeixen a primeres o segones visites ignorant els nombre i els noms dels molts o pocs fàrmacs que prenen; estan molt "preocupats" per llur salut, però ignoren els medicaments. Per facilitar el compliment, algunes institucions lliuren als pacients una fotocòpia en color on reprodueixen l'aspecte de l'envàs del fàrmac i especifiquen clarament com cal prendre'l.

El pacient espera una millora a partir de la nostra ajuda, i ho espera amb il·lusió. És recomanable evitar el nihilisme terapèutic i aprofitar l'oportunitat d'assajar amb prudència i coneixements el resultat d'algun fàrmac vell o nou. El pacient restarà esperançat i nosaltres esperant que actuï la serendipity, la troballa inesperada, com mantes vegades ha succeït. Una pacient tractada per crisi comicial aïllada, en recomanar-li la retirada de l'àcid valproic, s'hi oposa perquè no havia fet cap més episodi de la seva depressió crònica! Llàstima que la descoberta s'esvaí en comprovar que era un efecte terapèutic ben conegut i que jo ignorava.

Un axioma per ser cautes en les avaluacions terapèutiques: "la no-evidència d'efecte" no significa "evidència de no-efecte".

CIRURGIA

Cirurgia és una paraula que etimològicament prové de dos mots grecs: *cheir*, la mà, i *ergein*, el treball, o sigui tasca manual. Un mot que fa èmfasi en la manya que requereix i no fa referència a l'aspecte invasiu.

El quiròfan és el sancta sanctorum dels hospitals. Dit amb tot respecte, el quiròfan és un temple i la taula d'operacions, un altar. A més llueix una mística pròpia de lloc reservat-prohibit, que precisa de rituals com rentar les mans, d'una vestimenta peculiar, etc.

Les 5 hacs que el món anglès espera del cirurgià són: *hands, heart, head, honesty and humility.* Evidentment algunes hacs són força difícils d'abastar, mentre d'altres poden àdhuc ser motiu de culte, com es mostra al llibre *In their hands* del neurocirurgià americà Siddiqi.

Els progressos aconseguits per la cirurgia els darrers decennis són extraordinaris i la TV i la premsa els divulga contínuament. Un dels èxits més espectaculars han sigut els transplantaments.

La cirurgia és un procediment radical del qual s'espera la solució definitiva d'un problema sovint crònic i complex. Aquests arguments, i d'altres,

expliquen el gran prestigi popular que ha aconseguit la més cruenta de les teràpies.

El pacient espera que el cirurgià sigui intervencionista, perquè aquest és el seu mèrit i ofici. Una pacient amiga visitada durant 15 anys per una lesió suggestiva de glioma de baix grau amb crisis controlades va decidir operar-se davant la promesa d'extirpació i guarició. En realitat només se li va practicar una biòpsia. Al cap de dos anys l'evolució passà a ser la d'un glioblastoma, i la malalta acceptà sense dubtar-ho la reintervenció, malgrat un tímid intent personal per evitar-ho.

Un misteri que durant anys m'ha trencat el cap ha sigut entendre per què milloraven molèsties que poca o cap relació tenien amb la intervenció practicada. Per exemple, una cefalea atribuïda a una litiasi i tractada amb una colecistectomia pot desaparèixer durant un període de temps més o menys llarg. Algunes possibles respostes a aquests interrogants poden ser que la intervenció representa una confirmació definitiva d'un diagnòstic important, i també una clara justificació d'unes queixes persistents que no tothom comprenia i que algú podia haver pensat que eren nervioses. A més i tradicionalment després de l'acte quirúrgic, el cirurgià confirma l'èxit, les llargues hores invertides i les dificultats superades. Abdominàlgies cròniques i extirpació d'apèndixs a punt de reventar són històries molt repetides. L'operació es segueix d'un repòs total (laboral i domèstic) i d'un fort suport social posterior. Les visites, regals i flors són factors que remontaran el psiquisme de l'afectat i potenciaran l'excel·lència del resultat. Només els esperits més recalcitrants es resisteixen a la millora.

Les complicacions durant l'acte quirúrgic, i més si són posteriors, s'atribueixen fàcilment a causes alienes a la intervenció. En general les fallides són per culpa del mateix malalt (massa fluix, el cor no ha resistit, etc.). Posteriorment, al cap de mesos, el pacient acostuma a confirmar l'èxit (clínic i tècnic) de l'operació, malgrat que les molèsties originals poden persistir amb poques modificacions. Un resultat final dolent, àdhuc l'èxitus, s'accepta i justifica més fàcilment que els problemes derivats d'una actitud conservadora. M'ha quedat gravat, han passat 30 anys, el "Very, very good!" expresat pel marit anglès d'una pacient amb simple diplopia i que va quedar en coma profund després d'intervenir-la d'un aneurisma cerebral.

Caldria diferenciar bé els procediments quirúrgics preventius, com són les endarterectomies en pacients asimptomàtics, de les intervencions crítiques imprescindibles (moltes varietats d'aneurismes). Els criteris quirúrgics, ja ho hem dit, sovint estan basats més en una imatge alterada i menys en la clínica del

pacient. Hi ha operacions obligades i d'altres més discutibles, i l'assumpció de riscos per part del pacient dependrà d'una bona informació. Com diu Hachinski a propòsit de les endarterectomies carotídies: una intervenció quirúrgica no sols pot ser *underused*, sinó també *overused* i *misused*, depenent del lloc, l'època i moltes més circumstàncies.

El quiròfan, per ara, no disposa d'un fulletó similar al prospecte dels medicaments, amb una relació exhaustiva de complicacions, advertències i reaccions adverses. Per això tots els hospitals haurien de tenir un registre d'intervencions, amb una avaluació de la mortalitat i morbiditat de cada procediment invasiu, contrastada amb una auditoria interna o externa. Aquests resultats són els que s'haurien de lliurar al pacient abans de proposar-li la signatura del consentiment "informat" (De Leval). Aranaz, en un estudi recent, confirma que un 50% dels efectes adversos de l'assistència hospitalària són provocats per intervencions quirúrgiques, i un 20% pels medicaments.

MEDICINA COMPLEMENTÀRIA

La medicina paral·lela o teràpies alternatives són tan riques en possibilitats i especialitats com l'oficial. Tan sols l'acupuntura ja ofereix un ventall d'opcions, com l'auriculopuntura o la moxibustió, que fan complicada la selecció pels adeptes d'aquesta mil·lenària teràpia oriental. L'herboristeria i els remeis naturistes, la reflexologia i la hipnosi, una llista de mai acabar, mantenen bons rendiments i els executors poden adquirir un èxit envejable. La frontera entre ciència i fantasia o pseudociència no està definida. Algunes tècniques probablement tenen un peu a cada cantó, com el làser o el bio-feedback. L'osteopatia sembla que ja és una carrera universitària, amb tants anys d'aprenentatge com la medicina.

Com diferenciar la medicina que considerem científica d'aquella altra que també pretén ser-ho? L'únic camí ortodox per a validar la bondat d'aquestes teràpies tradicionals o novedoses és que els resultats obtinguts es publiquin en revistes de prestigi sotmeses a revisió per experts. Però la realitat és ben diferent, i el principal obstacle per solucionar aquesta disjuntiva som els mateixos metges, que volem ocupar la labor que abans realitzaven persones sense títol. Els nostres col·legis professionals, la universitat, les societats científiques i la majoria d'institucions han tirat la tovallola i àdhuc prefereixen col·laborar i promocionar aquestes tècniques heterodoxes, abans que l'enfrontament i el possible divorci.

Aquesta manca de discriminació de l'estament mèdic també afecta

el farmacèutic. L'aparador d'una apotecaria habitualment està guarnit d'una àmplia gamma de productes que garanteixen la desaparició del greix superflu i de la cel·lulitis, el pes ideal, la reaparició dels cabells, el cutis ters, energia antiestrès, augment de les defenses, etc.

Els mass-media, TV en especial, ens bombardegen amb una allau de remeis encisadors. En un seriós dominical les humils cireres gaudeixen de tota mena de poders; textualment són bones com antioxidants, anticancerígenes, antiartritis, anticel·lulitis, laxants, reductores del pes, de les varices i de la menopausa; el tabú secular de no abusar-ne, per fi ha caigut!

Fa anys els braçalets magnètics van ser lluïts per metges i primeres figures de la política. Recentment el "Bio-Bac" ha merescut l'atenció del Congrés dels Diputats. Un "científic" de Reus ha descobert el "Recuperat-ion", un remei contra la fibromiàlgia i la fatiga crònica.

Una explicació per entendre la popularitat dels curanderos i de tota la medicina "frontera" són els defectes i insuficiències de la medicina tradicional. González Faus ho analitza amb rigor en un recent article. Els galens clàssics oblidem la psicologia i menyspreem valuosos aspectes de la funcionalitat del pacient. En general provoquem molta més iatrogènia que la medicina complementària, encara que la paramedicina no n'està lliure (Studd). Precisament el ràpid triomf de l'homeopatia estava justificat, ja que va evitar sagnies i d'altres tècniques delicades. A més, la història de la humanitat està plena de mites. Recordem que a l'origen estàvem en mans de bruixots i que el sol-déu de llavors ara s'ha convertit en un reactor nuclear.

La crítica més evident que merita la medicina heterodoxa és que pot entretenir un diagnòstic greu i guarible. Recordo dos casos indignants. Una dona jove que vaig diagnosticar de meningioma frontal i va rebutjar la intervenció; després de 5 anys d'acupuntura va reingressar cega i en coma epilèptic. Un baró amb febreta es tractava pel mateix acupuntor, fins que va ingressar a neurologia hemiplègic a conseqüència d'una endocarditis bacteriana complicada.

GESTORS

La missió dels funcionaris, tècnics i polítics que administren la sanitat, o salut com ara s'anomena, hauria d'ésser facilitar el diàleg pacient-metge; però sovint el dificulten en decidir unilateralment el què i el com hem de fer els professionals.

Accelerar les altes hospitalàries és un freqüent motiu de pressió des de la direcció. La idea és bona, però la llàstima és que no s'interessa per resoldre

les causes que allarguen les estades. La més reiterada és la demora en practicar o rebre un complementari, i després la dificultat de trobar un llit de derivació adient.

També contrasta que a l'informe d'alta la llista de diagnòstics i de procediments sigui exhaustiu i excessiu (per a incrementar la gravetat i el cobrament) i que altrament el contingut de la carta sigui lliure, tant per l'extensió com per la qualitat; segons l'especialitat pot variar de 2 folis amb tota mena de detalls a unes ratlles sempre estereotipades: "*Paciente procedente de urgencias que ingresa para estudio de sus lesiones*".

No oblidem que els MIR fan gran part de les tasques assistencials i també administratives, com són les de secretaris o zeladors, tramitant proves, mostres, informes i cercant resultats. Un problema inveterat i de "difícil" solució, si hom s'adona que els MIR surten molt més barats que qualsevol altre estament de l'hospital.

Cal millorar la confortabilitat del pacient en múltiples aspectes. No sols eliminar les llistes d'espera, sinó també els temps d'espera en qüestions secundàries. Per exemple, la citació del dia de consulta i de les proves complementàries precisa superar una doble cua, i acumula més temps que el dedicat a la visita en si. Telefonar a molts hospitals i CAPs és una autèntica odissea pels agosarats que ho intenten. Entre músiques, cintes gravades, "en breus moments l'atendrem...", i pitjar botons, vas perdent temps, diners i paciència, amb resultats finals imprevisibles.

El programa informàtic per citacions al Joan XXIII és poc àgil i procliu a infectar-se. Les antigues agendes de paper, ara històriques, com a màxim agafaven pols. Tampoc es disposa d'una història informatitzada. Els carretons transportant gruixuts sobres amb quilos de velles carpetes i radiografies empegades és una estampa folklòrica i anacrònica pel tercer mil·lenni. La solució d'aquests entrebancs no s'hauria de demorar.

L'excés de gestors sanitaris, que inverteixen el temps reunint-se en despatxos i decidint objectius, allunyats del contacte necessari amb els professionals treballadors, és un problema en si mateix. El nombre de gestors amb càrrecs de direcció, gerència, coordinació, etc. ha augmentat d'una manera alarmant. Al Joan XXIII, d'haver-ne un parell la dècada dels 70 han passat a ser innombrables; a cada nou govern, una nova i més nombrosa directiva, sense que això agilitzi la llista d'espera per poder-hi parlar. Sempre "estan reunits" i aconseguir una entrevista és força complicat, perquè l'agenda està plena de compromisos d'alt nivell. Per una reunió urgent amb un càrrec directiu, l'espera ha sigut d'11 dies!; un retard superat per una reunió normal amb més

de 45 dies de demora. La relació entre treballador i administrador ha minvat alarmantment.

Els canvis polítics dins de l'Administració també comporten innovacions del lèxic de moda. Igual que fa decennis teníem democràcia orgànica, i "lealtades inquebrantables", ara hem d'habituar-nos a implementar, dimensionar, esponjar, a la sostenibilitat, eficiència, sinergisme i una bona llista d'anglicismes com "case-mix, management i benchmarking".

L'enriquiment de la burocràcia no és exclusiu dels hospitals i també afecta els ciutadans: municipi, consell comarcal, vegueria-regió, diputació, autonomia, estat, Europa, etc. Cada nou nivell administratiu no esborra els anteriors, quedant clar on van a parar gran part dels diners dels inacabables tributs que els polítics ens imposen. La darrera remodelació de la Diputació tarragonina, l'estiu del 2004, no sols s'ha oblidat de la seva autodissolució, sinó que ha passat de 4 a 8 el nombre de vicepresidents, tots ells amb sous que van entre 60 i 68.000 euros anyals (menys del doble d'un metge).

L'import salarial anyal d'un metge d'hospital és d'uns 36.000 € amb una jubilació del 50% a Espanya, i de 60.000 € amb una jubilació del 92% a Portugal. Les dades espanyoles són vergonyoses i més si considerem la diferència del nivell de vida entre els dos estats. Una de les causes del dèficit és que el pressupost per a sanitat en relació al Producte Interior Brut (PIB) el 2001, és de 6'7% a Espanya i de 9'2% a Portugal. Diguem sense embuts que Catalunya és la "comunitat" de l'Estat que pitjor paga els seus metges, mentre les Illes són capdavanteres (*Diario Médico* 15-9-04).

Les actuals jubilacions obligatòries als 65 anys serien benvingudes, si s'acompanyessin d'una pensió digna; ara són un motiu més de preocupació. Una esquerda més és la precarietat laboral de metges i infermeres; el percentatge de contractes temporals són dels més alts del mercat laboral.

La insuficiència dels salaris fa que l'assistència als congressos i bona part de la investigació depengui del mecenatge dels laboratoris, i no cal explicitar fins a quin punt això condiciona les nostres prescripcions i publicacions. En un editorial del *BMJ*, Abbasi denuncia 16 vies que enreden les relacions entre metges i indústria farmacèutica, una situació que compta amb l'acceptació o passivitat de la conselleria, els col·legis professionals i les societats científiques (Altisent).

L'"Efecte 2000", l'inversemblant pànic provocat pel canvi de dígits de l'ordinador, va generar mil mesures preventives, àdhuc un gabinet de crisi amb nou directius amb guàrdia de presència a l'hospital durant 8 dies.

Per contra, denunciar a 4 nivells de l'administració unes reaccions severes a la vacuna de la grip el 2003 no va provocar cap reacció ni resposta. Tampoc suscita cap comentari avisar l'organisme responsable, sobre la propaganda enganyosa-perillosa per la salut d'una coneguda marca d'aigua mineral molt rica en sal (sodi superior a 1g/l).

Reiterades ofertes verbals i escrites a diferents nivells administratius, inclòs el titular de la conselleria, per explicar l'experiència personal i ajudar a planificar les neurociències, amb proves i neurocirurgia, al Joan XXIII i al sud de Catalunya, mai han obtingut resposta. L'intent de diàleg s'ha quedat en el més pur dels soliloquis.

Els superiors exigeixen respostes escrites a totes les comandes i reclamacions, generant una asimetria cridanera, car ells gairebé mai responen ni de paraula a la diversitat de preguntes i peticions tant verbals com escrites; un "detall" per aclarir-ho: quasi tothom té el seu ordinador personal, però malgrat les reiterades instàncies que he fet a totes les direccions (informàtica, econòmica, etc.) la màquina no arriba; no cal comentar que passa si hom vol disposar d'una secretària. Això no impedeix que l'avaluació dels objectius o la carrera professional es faci amb rigor cartoixà.

Cal esperar que els darrers canvis de Govern de la Generalitat, la nova Conselleria de Salut i l'habitual renovació dels càrrecs directius hospitalaris, ajudin a recuperar el grau de diàleg i la satisfacció imprescindible que tot treballador i usuari precisa.

Despesa i llistes d'espera desbordades, però abans de resoldre-les, s'institucionalitza el dret a la segona opinio! Una opció que s'aplica sense gaire justificació, ni aportar els estudis previs, com he tingut oportunitat de comprovar. A més la majoria de sol·licituds de segones opinions són el resultat de reivindicacions o descontentaments, i el que procedeix no és reenviar el pacient, sinó aclarir les causes del fracàs de l'opinió inicial. Comentaris molt similars corresponen al dret del "canvi de metge". Nogensmenys hi ha casos excepcionals justificats, però és ben cert que la conseqüència és allargar l'espera de les primeres visites. Andalusia, una comunitat que ha revisat les segones opinions, ha verificat que el 98% de casos ambdós dictàmens són coincidents (*Gaceta Médica* 13-9-04).

Quan va debutar la Unitat d'Atenció a l'Usuari, un equip annex a la direcció, vaig creure il·lusòriament que ajudaria a resoldre les increïbles demores que havien de suportar molts pacients en les proves diagnòstiques sol·licitades. Al poc temps vaig comprovar com n'estava d'equivocat. Vaig començar a rebre reclamacions tramitades per l'esmentada unitat, verificant l'eufemisme del seu

nom. Les queixes per demora podien convertir-se en una reclamació en contra del peticionari. La més curiosa de les 17 reclamacions adjudicades el 2003 a la Secció és una "trencada d'ulleres", no per una exploració impetuosa, sinó per haver ensopegat amb una auxiliar de la planta.

Encara que el tema hauria d'analitzar-se en detall, em limitaré a recordar alguns escrits meus sobre el tema. He recomanat que canviïn els fulls de reclamació per una enquesta àmplia que indagui la satisfacció a tots els nivells: metges, ATS, secretàries, hosteleria, etc.; deixar clar que un percentatge adient de queixes és la millor manera d'indicar que hom no complau totes les exigències dels pacients; i sobretot el dret a rebre les queixes personals, en lloc de remetre-les únicament a la superioritat. En realitat, el nom que els correspon és el d'"Oficina de Reclamacions".

La llista de comissions hospitalàries, unes 18, és de mai acabar. Llur eficàcia o eficiència és nul·la, fins on he pogut comprovar personalment. He dirigit la d'Històries Clíniques i hi he participat durant una dotzena d'anys. Després de llargs esforços per dissenyar el format del full d'història, el director mèdic (i alhora cap de servei) va negar l'aplicació al seu equip amb l'excusa que les breus ratlles escrites al full d'urgències ja eren suficients.

Per contra, no hi ha cap comissió que controli les complicacions de les proves invasives, de les intervencions preventives, dels procediments diagnostico-terapèutics d'alt risc, de la cirurgia en general o, si més no, de les morts imprevistes (De Leval).

Disposem de comitès nacionals de control per a evitar la prescripció indeguda d'alguns fàrmacs més o menys onerosos, però sense cap risc pel pacient, mitjançant protocols de baixa fiabilitat i de llarga tramitació, que això sí, retarden mesos l'aplicació del medicament. D'altra banda no es supervisen teràpies i procediments que són costosos i a més comporten un risc important pel pacient. Es controlen els medicaments anti-Alzheimer, i per què no els marcapassos, stents, pròtesis de genoll o de cristal·lí?

El Primer Congrés de la Professió Mèdica de Catalunya, Sitges 2004, permetrà posicionar-nos i en bona lògica millorar la decepcionant situació actual.

INVESTIGACIÓ

L'ase de Buridan per no decidir-se, s'hi va quedar, perquè el major risc és no prendre'n cap! La investigació, el progrés, la creativitat es basen en el "trial and error" (assaig i error). El nostre repte és assumir el risc d'equivocar-

nos per trobar nous camins. PI i SUNYER ho poetitza: "*Les nostres recerques porten guspires de llum al misteri obscur i immens de la realitat*".

La indústria farmacèutica ha reculat fortament a Catalunya. Del 70% del total estatal fa una dècada, s'ha passat a un 44%. Encara pitjor, el volum de negoci de la venda total de medicaments ha baixat a un 35%, perquè les multinacionals més potents s'ubiquen o traslladen a Madrid. El motiu és obvi. La capacitat de potenciació d'un govern estatal, quan és tan centralista, sempre superarà la de l'autonòmic.

Així i tot, les companyies farmacèutiques catalanes aporten un 54% de la inversió en R+D de tot l'Estat, i destaquen laboratoris com Almirall, Ferrer, Esteve i Uriach, que inverteixen i investiguen en el Parc Científic de Barcelona (a la Diagonal), un centre de referència europeu en nanobiotecnologia. Uriach tot sol dedica uns 15 M d'euros anyals a la recerca de noves molècules.

Actualment el govern de *Maragall* està potenciant una bioregió catalana, amb la finaltitat d'impulsar la investigació, mitjançant la creació d'empreses de biotecnologia i biomedicina, i la inversió de capitals públics i privats (universitats, laboratoris, etc.).

L'Estat espanyol aquest 2004 dedica 4.400 M d'euros a I+D. La llàstima és que 1.370 M estan destinat a fins militars! Les ajudes sanitàries, amb 220 M, rebran sis vegades menys diners que les bèl·liques.

La recerca a partir de les **cèl·lules mare** -stem cells- és la que sembla oferir un potencial més clar i engrescador. La clonació cel·lular ja ha aconseguit resultats brillants, però les barreres són altes; els estudis plantegen un debat científic, ètic-religiós i jurídic-polític ben conegut, el clàssic enfrontament "creència versus ciència". La fusió nuclear atòmica pot produir energia industrial o bèl·lica, la fusió nuclear biològica pot tenir finalitats terapèutiques o reproductives. Ambdues tecnologies tenen un doble ús, un de desitjable i l'altre de rebutjable. La clonació de bebès per reproducció humana, ja prevista per Aldous Huxley l'any 1932 a la seva genial obra *Un món feliç*, semblava quimèrica i monstruosa, però el 1996 *Wilmut* ens va sorpendre amb el primer mamífer clonat, l'anyell Dolly, demostrant que la ficció ja era realitat.

La clonació es practica a partir de cèl·lules no especialitzades, no diferenciades, pluripotencials, i en tenim de dos tipus. Les adultes, com les hematopoètiques del moll de l'os, que no plantegen problemes morals, però sí limitacions tècniques, i les embrionàries, que són les millors per la seva gran plasticitat. El problema és que cal destruir un embrió humà no implantat, mig fabricat al laboratori, un blastocist de 150 cèl·lules, d'uns 4-7 dies. Tots

procedeixen de les clíniques de fertilització i seran destruïts quan la parella no el necessiti, però mantenen totes les possibilitat per a regenerar qualsevol teixit. *Christopher Reeve*, un heroi de ficció com Superman, però autèntic com tetraplègic, va dir abans d'enlairar-se per sempre, "*debatim sobre un embrió congelat que serà llençat a la brossa, però no dubten a enviar un noi de 18 anys a Bagdad per fer lluita armada*".

Encara és més excitant i prometedor aprofitar un altre mena de clonació, que consisteix a implantar el nucli d'una cèl·lula d'un malalt a un oòcit desnucleat per a obtenir cèl·lules mare embrionàries i teixits autòlegs sense problemes de rebuig, ni necessitat d'immunosupressors en ser transplantats al pacient donador. Aquesta teràpia per transplantació nuclear o clonació terapèutica feta a la mida és la més idònia per millorar les malalties neurodegeneratives (Parkinson, Alzheimer), hematològiques, pancreàtiques, etc. La clonació també és una via excel·lent per estudiar les malalties genètiques, però no hem d'oblidar que tot el procediment està immers amb grans dificultats i que no es poden esperar resultats fins un futur potser llunyà; per tant cal evitar donar falses esperances als pacients de les generacions actuals. En un recent editorial al *BMJ*, el pare de la Dolly ho diu textualment al subtítol: "*Current methods of cloning are repeatable but remain inefficient*".

Andalusia és la pionera de l'Estat, i va inaugurar el gener del 2004 el primer banc per investigar amb cèl·lules mare. Però Catalunya no ha perdut el tren i ha tancat els convenis per impulsar les cèl·lules mare embrionàries, que ja compten amb una dotació de 18 M d'euros entre la Generalitat i el Govern central. Un nova ciència o especialitat s'està desenvolupant al Centre d'Investigació en Medicina Regenerativa de Barcelona, CIMRB, ubicat al Parc de Recerca Biomèdica, PRBB, aixecat a la Barceloneta. La inauguració està prevista per aquest 2004 i es projecta com un centre líder a l'Estat i un dels punters a Europa.

València també ha debutat amb força i controvèrsia, anunciant a la premsa la creació de dues línies cel·lulars embrionàries abans de publicar-ho en alguna revista científica acreditada. Lògicament la sinèrgia i la rivalitat entre institucions veïnes servirà per potenciar aquesta revolucionària i esperançadora recerca (Blackburn, Craven, Eaton, Gearhart, Hochedlinger, Madridejos, Rosenthal, Wilmut).

Els assaigs o trials són una eina imprescindible per provar nous fàrmacs i avançar, però precisen de regulacions més estrictes. La part més delicada i secreta és la financera pactada entre el patrocinador i l'investigador. Bogousslavsky ho critica i descriu la "jungla" dels trials; un cas extrem era el

d'un centre que participava simultàniament en 6 assajos de protocols similars, esponsoritzats per diferents laboratoris.

Alguns trials semblen estar orientats a promocionar el producte que estudien. Les interferències entre autèntica recerca i interessos comercials són continues. L'enfrontament entre Merck (MSD) i la FIFC, la Fundació Institut Català de Farmacologia dirigida per *Joan R. Laporte*, en denunciar i publicar en el *Butlletí Groc* el frau científic referent a l'antireumàtic Vioxx, és una mostra clara i recent d'aquesta conflictivitat.

Smith, editor del *BMJ*, exposa cruament com algunes companyies farmacèutiques i científics dissenyen assajos o estudis amb plantejaments comercials i pseudocientífics; l'argúcia més aprofitada és l'assaig contra placebo, en lloc de comparar el nou producte amb el millor tractament conegut, i afegeix que les conclusions d'un assaig clínic són més positives com més acusada és l'associació entre els investigadors i els financers.

També critica les revistes mèdiques que són fàcilment temptades per la indústria; fins i tot alguns suplements dedicats a simpòsiums poden estar redactats per autors mercenaris; les modèliques *Guies de pràctica clínica*, en un 87% tenen autors relacionats amb companyies farmacèutiques (Monés).

Daroff , editor de *Neurology*, s'excusa "*nosaltres som un Journal of Clinical Investigation, el JCI, no el FBI*"; així i tot les revistes precisen d'un rigorós control per filtrar treballs espuris basats en la fabricació, falsificació o plagi de les dades.

La quantitat de publicacions biomèdiques, calculades per nombre d'articles per milió d'habitants i any (2000), situa com a líder mundial a Suècia amb 714 publicacions, seguida d'Israel, Finlàndia, Suïssa, Dinamarca, Holanda i EUA (451). Gran Bretanya, França (236), Alemanya i Itàlia (amb 199) tanquen la llista dels 20 països líders. Espanya, amb 124, va al darrere de Hong Kong.

Si considerem les xifres globals de la producció científica en recerca biomèdica i medicina, trobarem que encapçala la llista els EUA amb un 40% del total. El segon Estat és el Japó (9'4%) seguit del Regne Unit (6%), Alemanya (5'6%), França (4'5%), Canadà (3'8%), Itàlia (3'7%), Holanda (2'5%), Austràlia (2'3%), Suècia (2'1%), Espanya (1'9%) i Israel (1'3%) (Rahman).

A Espanya, les especialitats mèdiques que han originat un major nombre de publicacions són gastroenterologia, seguida d'oncologia, cardiologia, hematologia, infeccioses, respiratori i neurologia. O sigui que el cervell no és la *vedette*, no és narcisista, sinó que més aviat és epicuri.

La producció científica de l'Estat en biomedicina i ciències de la salut, està liderada per les Comunitats de Madrid (31%) i Catalunya (27%), seguida

d'Andalusia (12%) i País Valencià (9%). Les Illes Balears només aporten un 1%. Les universitats i els centres sanitaris hospitalaris centralitzen la majoria de les publicacions, encara que a Madrid els organismes públics d'investigació de l'Estat, com el CSIC, hi aporten el complement suficient per fer guanyadora a la Villa y Corte.

Tanmateix la universitat i els centres capdavanters en treballs biomèdics són al Cap i Casal: Universitat de Barcelona, Hospital Clínic i Autònoma de Barcelona es situen als llocs 1r, 4t i 5è. La Central i l'Autònoma de Madrid ocupen el 2n i 3r lloc del rànquing. La Vall d'Hebron i el Sant Pau són a les places 9 i 11 (Camí).

També hem d'ésser conscients de posar el nom de Catalunya a l'adreça de les publicacions i evitar el contrasentit d'un neuròleg català que traduïa la paraula-guia del seu article a 14 llengües (llatí inclòs), sense recordar-se de la seva! Certament, l'espanyol és molt útil per a projectar-se a Espanya i tot Hispanoamèrica, però si ens volem dirigir al món científic o a Europa, no és pas gaire millor que el català. En aquests casos cal conèixer l'anglès, que és acceptat arreu del món com a llengua de comunicació tècnica i social.

Davant de l'allau de treballs de nul valor és bo recomanar "l'ètica del silenci", quan realment hom no aporta res de nou a la comunitat científica (Bordons, Camí, Hernández). Però la realitat és ben diferent i l'afany d'engreixar el currículum o la síndrome POP ("publish or perish") afebleix les consciències i provoca una bona llista d'enganyifes en alguns col·legues adulteradors de la ciència. Algunes artimanyes "científiques" són aplicar la constant d'Skinner (per a elevar el nombre de casos amb una senzilla multiplicació), el factor de Finnegan (invenció de dades per arrodonir un resultat), la síndrome LPU ("least publishable unit") o fragmentació d'un treball per augmentar-ne el nombre, la simple duplicació i l'"autoria gratuïta" posant una llarga llista d'autors que poc o gens han intervingut en l'elaboraració de l'article. El frau de publicar el mateix article en 2 o més revistes és una temptació que em va sorprendre trobar en un dels editors de *Lancet*.

5. CONCLUSIONS

La primera és remarcar el meu agraïment a la RAMC per haver avaluat tant generosament la meva tasca. La meva satisfacció desborda amb escreix l'esforç que va significar la realització de la tesi doctoral. Un doctorat tardà que no va servir per aconsegurir uns objectius lògics: liderar un servei, i obtenir la plaça de professor titular de la URV.

És ben cert que "gira el món i torna al Born". En aquest període dels darrers 4 decennis la majoria d'objectius plantejats, tan personalment com a la societat, al país i a la medicina resten pendents de solució.

Els objectius humanitaris són els prioritaris, i també els més complexos i difícils. Desgranar les causes del comportament injust i egoista de la humanitat desborda les capacitats de l'autor.

Les greus carències de la nostra cultura catalana i de la nostra terra, tant si ens referim a l'àmbit actual del territori de Catalunya com a l'històric dels Països Catalans, tenen fins ara l'explicació més senzilla en tres factors. Primer, la manca d'una voluntat decidida i majoritària del poble català i del seu Govern a recuperar llurs drets. Segon, en una voluntat decidida del Govern d'Espanya i de la majoria d'espanyols a discriminar les cultures alienes a la castellano-espanyola. Tercer, que la promesa d'una Europa dels pobles o de les nacions ha acabat en una consolidació dels estats centralistes, entre ells l'espanyol i el francès.

En quant a organització sanitària, s'ha millorat en equipaments hospitalaris, nombre de llits, etc. El progrés científic i tecnològic de la medicina aquests 40 anys ha sigut aclaparador. Una de les novetats més importants possiblement sigui el diagnòstic per imatge: TC i RM. En el terreny quirúrgic probablement els transplantaments d'òrgans siguin l'epopeia més reeixida. Però aquesta opció resta impossible per al cervell, que s'haurà d'acontentar amb les regeneracions puntuals a partir de les cèl·lules mare.

Resta potenciar decididament i sense ajornaments la medicina bàsica, la del metge general, de família o capçalera, l'autèntic i únic protagonista. La condició d'especialistes no ens ha d'encegar i fer negar el que és evident: el tronc sustenta les branques, i no a l'inrevés.

Hem reculat greument en quant al prestigi que servava la classe mèdica i en l'imprescindible contacte metge-malalt; ara ens pertoca una nova filosofia: escoltar molt més el pacient per ajudar-lo a decidir.

S'ha complicat i encarit l'administració en general i la sanitària en

particular, en multiplicar en desmesura el nombre de gestors. Per contra, la dignitat del sou és un tema pendent i agreujat pel pas del temps.

Hem de transmetre als més joves no solament coneixements, sinó el que és més important, un estil de fer i un manera de ser a la vida. El rigor perfeccionista s'adiu malament amb la naturalesa humana i la realitat quotidiana. La correcció no precisa de la perfecció.

Han passat anys d'ençà que Catalunya controla la sanitat, però fins ara ha mancat una planificació feta per la Conselleria, un "protocol" –tants que en demanen!-, de com haurien d'organitzar-se els hospitals i les especialitats.

Seria bo que es planegés una coordinació interhospitalària per evitar repeticions d'especialitats o superespecialitats, clíniques o tècniques, i distribuir un mapa d'unitats de referència per patologies específiques, evitant llacunes i duplicitats. És l'única manera de donar rendiment al sofisticat aparellatge, p.e. el PET, que es precisa per determinats estudis clínics o de recerca.

La neurologia s'ha d'organitzar en serveis autònoms que integrin totes les eines diagnòstiques, totes les proves funcionals pròpies de l'especialitat. Així funciona actualment a l'Hospital Sant Pau, Hospital Clínic, Bellvitge i Can Ruti. Per contra encara resten pendents d'unificar la neurologia i les proves neurofisiològiques als hospitals de la Vall d'Hebron, Lleida, Girona i Tarragona.

La relació també ha de ser fluïda amb les altres subespecialitats que per motius potser justificats depenen d'altres serveis, com la neuroradiologia o la neuropatologia, sense oblidar una bona sinèrgia i comunió amb psiquiatria i neurocirurgia. Aquesta ambiciosa integració s'està aplicant al Clínic (Institut de Malalties del Sistema Nerviós) i a Can Ruti (Àrea de Neurociències).

Afortunadament ara al Cap i Casal hi ha un nombre suficient de Serveis de Neurologia, en tots els hospitals de referència.

Però a hores d'ara, encara no s'ha reconvertit ni convocat cap servei de neurologia fora de Barcelona. Desenvolupar un Servei de Neurologia al sud de Catalunya, que per història i nivell hospitalari hauria d'ubicar-se al Joan XXIII, sense oblidar-se de Lleida i Girona, que tampoc en disposen, són temes prioritaris, diferits durant masses anys.

Quines poden ésser les causes que expliquin la manca d'un Servei de Neurologia a l'Hospital Joan XXIII, després de 34 anys d'existència de l'especialitat? Per què han aconseguit aquesta fita, i amb un temps força inferior, moltes especialitats, mentre la neurologia ha fracassat?

Intentaré avaluar les causes que considero més evidents:

1. La manca d'autonomia de la secció, amb la corresponent supeditació jeràrquica d'un servei, concretament de medicina interna, dirigit per persones interessades en controlar i frenar l'especialitat. La independència aquí també és bàsica.
2. Concentració de l'autoritat i prerrogatives al rang de cap de servei, anul·lant les que corresponen al cap de secció.
3. Absència d'una planificació adient per part de la Conselleria corresponent (tots els serveis neurològics estan concentrats al Barcelonès).
4. La neurologia ha sigut una especialitat feble i coixa en haver-li arrencat una important part tecnològica (EEG, EMG), i més si...
5. La parcel·la amputada ocupa com a Servei el lloc que a cada hospital li correspondria a la neurologia clínica.
6. Incapacitat personal a saber gestionar les ambicions, justificades o desmesurades, dels membres del reduït equip neurològic, evitant que d'altres apliquin la certera dita que diu "Divideix i venceràs!".
7. Errors de gestió personals en no distribuir millor el temps entre l'assistència mèdica i els despatxos on es prenen decisions administratives.

Un consell pels que comencen la nostra professió. Per a ésser un bon metge o especialista cal formar-se sòlidament en medicina general, medicina interna, i conèixer bé l'anglès. A més de dominar l'especialitat, és aconsellable aprofundir en alguna àrea concreta de la medicina o de la gestió. Si a més hom vol promocionar-se, cal saber avaluar les situacions amb la perspectiva necessària per a treure'n el resultat administratiu corresponent. Altrament dit, a la ciència i a l'ètica també els va bé molta mà esquerra. Per a l'èxit compten mèrits i vàlua, però també saber moure's pels despatxos, tenir bones relacions, amistats, i qui sap si filiacions polítiques.

Excuseu-me si goso dir que Barcelona, la nostra capital, té dos deutes històrics:

Un de mèdico-científic amb Cajal, el neurohistòleg que rememora els anys viscuts a la ciutat com els més brillants de la seva vida. Les plaques, com la que lluïm a l'entrada de l'Acadèmia, són un preludi del monument que ell i Barcelona es mereixen.

L'altre, de cultural-literari amb Cervantes, el pare del Quixot, que dedica al Cap i Casal les frases més elogioses que mai s'han dirigit a una ciutat; l'obra de Marès erigida el 1930, pot ser el punt de partida d'un monument que enalteixi el Quixot i recordi les frases dedicades a la nostra capital. Espero que l'excel·lentíssim batlle i col·lega, *Joan CLOS*, recolli l'envit.

Acabo aquesta exposició amb els mateixos versos que Lluís Barraquer va recitar per tancar el seu parlament, i que ara reitero amb tota emoció, en honor de la nostra engrescadora descendència, dels nostres petits i néts, que un dia faran realitat els anhels que ara somiem:

"Déu nos do ser catalans,
gent de bella anomenada,
la millor cosa del món:
vella rel i fresca saba".

Josep Carner
Cançonetes del "Déu-nos-do"

BIBLIOGRAFIA

-ABBASI K, SMITH R. No more free lunches. *BMJ* **2003**; 326: 1155-6.

-ABEL F. El diàleg bioètic albirant el tercer mil·lenni. *Discurs d'ingrés a la RAMC.* Barcelona **1999**.

-AAN. Humanistic dimensions of professionalism in the practice of neurology. *Neurology* **2001;** 56: 1261-3.

-AD2000 Collaborative Group. Long term treatment in 565 patients with Alzheimer disease: randomised double-blind trial. *Lancet* **2004;** 363: 2105-15.

-ALCOVER A, MOLL F. *Diccionari Català-Valencià-Balear.* Ed Moll. Palma de Mallorca **1968**.

-ANDERSON RE. Billions for defense. The pervasive nature of defensive medicine. *Arch Intern Med* **1999**; 159: 2399-402.

-ANÒNIM. American Board of Medical Specialities. *http://www.abms.org/approved.asp*. Consultat març **2004**.

-ARANAZ JM i col. Efectos adversos en la asistencia hospitalaria. Una revisión crítica. *Med Clin* (Barc) **2004**; 123: 21-5.

-BACA E. Un proyecto de futuro. *Archivos Psiquiatría* **2004**; 67: 3-16.

-BAKER MG, KALE R, MENKEN M. The wall between neurology and psychiatry. *BMJ* **2002;** 324: 1468-9.

-BARR D, FENTON L, EDWARDS D. Politics and health. *Q J Med* **2004**; 97: 61-2.

-BELTRAN M. Suspenso en lengua catalana. *La Vanguardia* 6.07.**2004**.

-BERTRAN JM. Per què els metges col·legiats a Tarragona marxen a altres països? *Diari de Tarragona* 29.11.**2003**.

-BARRAQUER BORDAS L. Mig segle de neurologia clínica viscuda. *Discurs de recepció RAMB.* Barcelona **1988**.

-BLACKBURN E. Bioethics and the political distortion of biomedical science. *N Engl J Med* **2004;** 350: 1379-80.

-BOGOUSSLAVSKY J. The jungle of acute stroke trials, trialists and sponsors. *Cerebrovasc Dis* **1995;** 5(suppl 1): 1-2.

-BOIX R, CAÑELLAS J, ALMAZÁN E et al. Mortalidad cardiovascular en España. Año 2000. *Boletín Epidemiológico* **2003;** 11: 241-4.

-BONAFONT X, COSTA J. Adherència al tractament farmacològic. *Butlletí Informació Terapèutica* **2004**; 16: 9-14.

-BONFILL X. Ser o no ser dels TOP 20: és aquesta la qüestió per als hospitals?. *Annals de Medicina* **2004;** 87: 1.

-BORDONS M, FELIPE A, GÓMEZ I. Revistas científicas españolas con factor de impacto en el año 2000. *Rev Esp Doc Cient* **2002;** 25: 49-71.

-BREHM AE. *La vida de los animales.* VI tomos. 1ª ed. esp. Riudor editores.

Barcelona **1880**.
-BROGGI VALLÈS M. L'art i la ciència en la cirurgia. *Discurs inaugural RAMB*. Barcelona **1988**.
-BRUGUERA M. El primer Congrés de la Professió Mèdica de Catalunya. *Servei Informació Col·legial* (Bcn) **2004**; 110: 3.
-BUFFON. *Los tres reinos de la naturaleza. Historia natural*. Chao ed. Madrid **1852**.
-CAMÍ J, SUÑEN E, CARBÓ JM, COMA L. Producción científica española en biomedicina y ciencias de la salud (1994-2000). *Informe del Instituto de Salud Carlos III* **2002** [consultat 01.03.2004]. http://www.isciii.es/fis/mapa.
-CAPLAN L. Stroke is best managed by neurologist. *Stroke* **2003**; 34: 76-7.
-CARRERAS J. *Gran Enciclopèdia Catalana*. 1a Ed. Barcelona **1976**.
-CASASSAS O. *Diccionari enciclopèdic de medicina*. Enciclop Catalana. Barcelona **1990**.
-CERVANTES SAAVEDRA M. *El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha*. 12 ed. Aguilar. Madrid **1979**.
-CHAVARRÍA M. Medicina de alto riesgo. *La Vanguardia* 26.02.**2004**.
-CORACHAN M. *Diccionari de Medicina*. 1a Ed. Salvat. Barcelona **1936**.
-COROMINES J. *Diccionari etimològic i complementari de la llengua catalana*. Curial Ed Catalanes. Barcelona **1980**.
-CORBELLA J, SECULÍ J. *Nomina Academicorum 1770-1995*. RAMC PPU. Barcelona **1995**.
-CRAVEN J, FORCADA JM, MONÉS J. Contribució de Popper a l'ètica mèdica: com aprendre dels errors. *Annals de Medicina* **2003**; 86: 50-2.
-DAROFF RB, GRIGGS RC. Scientific misconduct and breach of publication ethics. *Neurology* **2004**; 62: 352-353.
-DAMASIO AR. *El error de Descartes*. Crítica Barcelona. **2001**.
-DE LEVAL MR. Facing up surgical deaths. Each death should be subjected to forensic and statistical analysis. *BMJ* **2004**; 328: 361-2.
-DOMINGO O. Más de un millón de pobres. *LaVanguardia* 20.02.**2004**.
-DOMINGUEZ S, PEON J, ORVAÑANOS D et al. *El médico práctico doméstico*. Ed World. Guelph Canadá **1892**.
-DOUST J, DEL MAR C. Why do doctors use treatments that do not work?. *BMJ* **2004**; 328: 474-5.
-EFE. Catalunya perdió impulso económico de 1995 al 2002. *La Vanguardia* 25.07.**2004**.
-EATON L. Man and Superman. *BMJ* **2003**; 326: 1287-90.
-EDITORIAL. WTO takes a first step. *Lancet* **2003**; 362: 753.
-EDITORIAL. Nanomedicine. *Lancet* **2003**; 362: 673.
-FABRA P. *Diccionari general de la llengua catalana*. Llibreria Catalònia.

Barcelona **1932**.
-FERRATÉ G. Màquines, organismes i sistemes. De la biorobòtica a la vida artificial. *Discurs de recepció RAMC*. Barcelona **1995.**
-FITER JOSEPH. *Enciclopedia moderna catalana*. 5 volums. Joseph Gallach. Barcelona **1913**.
-FLAMMARION C. *Dios en la naturaleza*. Libreria Bouret. Paris **1874**.
-FUNDACIÓN "LA CAIXA". 2004 *Anuario social de España*. Barcelona **2004**.
-GEARHART J. New human embryonic stem-cell lines. More is better. *N Engl J Med* **2004**; 350: 1275-6.
-GARCIA ALBEA E. El devenir de la neurología y de la asistencia neurológica en el marco público español. *Neurología* **2000**; 15(sup. 2): 35.
-GOETZ PW. *The New Encyclopaedia Britannica*. 15 Ed. Chicago **1990**.
-GOLDBERG. *El cerebro ejecutivo. Lóbulos frontales y mente civilizada*. Ed Crítica. Barcelona **2002**.
-GONZÁLEZ FAUS JI. Diálogo de medicinas. *La Vanguardia* 23.08.**2004**.
-GRAHAM R i col. Family practice in the United States. *JAMA* **2002**; 288: 1097-101.
-GUERRERO R. Lo que Darwin ignoraba. *La Vanguardia* 22.08. **2004**.
-HAIDET P, PATERNITI DA. "Building" a history rather than "taking" one: a perspective on information sharing during the medical interview. *Arch Intern Med*. **2003**;163: 1134-40.
-HERNÁNDEZ VAQUERO D. *El artículo científico en Biomedicina*. Ciba-Geigy. Barcelona **1993**.
-HERRANZ G. Líneas celulares valencianas y ética médica: un anuncio prematuro. *Diario Médico* 28.07.**2004**.
-HOCHEDLINGER K, JAENISCH R. Nuclear transplantation, embryonic stem cells, and the potential for cell therapy. *N Engl J Med* **2003**; 349: 275-86
-HOLLERII STEMPANI I. *Aphorismos hippocratis*. Sumptibus Leonardi Chouet. Genevae **1675**.
-JOU D. *Matèria i materialisme*. IEC. Barcelona **1997**.
-KALE R, MENKEN M. Who should look after people with Parkinson's disease? *BMJ* **2004**; 328: 62-3.
-KENNEDY PGE. Neurovirological methods and their applications. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* **2003**; 74: 1016-22.
-LAPORTE J. Passat, present i futur de la farmacologia. *Discurs de recepció RAMB*. Barcelona **1978**.
-LAW M. Screening without evidence of efficacy. *BMJ* **2004**; 328: 301-2.
-LLÁCER A, FERNÁNDEZ R. Mortalidad en España en 1999 y 2000. *Boletín Epidemiológico Semanal*. Instituto Carlos III **2003**; 11: 109-32.

-LEFEBVRE DE VILLEBRUNE JB. *Hippocratis aphorismi.* Clousier. Constantinopoli, Parisiis **1779**.
-LÒPEZ CASASNOVAS G. Ed. El Valor de la Salud. *Humanitas* **2003**; 1: 181-278.
-LÒPEZ POUSA S. Fem història. Entrevista al Dr R. Massot Punyet. *Butlletí Societat Catalana Neurologia* **2003;** 11-4.
-MADRIDEJOS A. Barcelona acollirà un institut punter en cèl·lules mare. *El Periódico* 26.03.**2004**.
-MARTÍ FOLGUERA J. Lo Camp de Tarragona. A: *Llibre de la renaixensa.* Imprempta La Renaixensa. Barcelona **1888**.
-MARTIN JB. The integration of neurology, psychiatry, and neuroscience in the 21st century. *Am J Psychiatry* **2002**; 159: 695-704.
-MASSOT GIMENO R. Meningitis tuberculosa y meningitis víricas. *Revista de Información Médico-Terapéutica* **1959**; 34: 387-95.
-MASSOT PALMÉS J. Cassos de meningisme infantil. *An Med* **1910**; 5: 274-8.
-MASSOT ADELL N, MASSOT ADELL B, MASSOT PUNYET R. Malaltia cancerosa, metàstasi i genoma. Llibre ponències. *XVI Congrés Metges Biòlegs Llengua Catalana* **2000**; 533-4.
-MASSOT PUNYET R. L'hipotàlem durant la hipertensió intracranial aguda deguda a processos expansius metaselars. *Tesi doctoral.* Servei Publicacions UAB. Bellaterra **1987**.
-MASSOT R. Semblança mèdica i humana del Dr. Massot i Gimeno A: Sànchez JM Ed. *Metges de Reus.* Tarragona URV **1998**; 107-18.
-MASSOT R. Informes médicos y lenguas autonómicas. *Med Clínica* (Bcn) **1989**; 93: 197.
-MASSOT R. El médico de cabecera, un jinete descabalgado. *SN* **1998;** 3: 194-5.
-MASSOT R. Fotografia. Santa Pau, Girona, Catalonia. *N Eng J Med* **2001**; 344: 1313.
-MASSOT R. La URV en català i la Complutense en espanyol. *Diari de Tarragona* 3.02.**1999**.
-MAURI E. Tenir cura dels qui tenen cura dels altres. *Servei Informació Col·legial* (Bcn) **2003**; Mg-Jl: 7-8.
-MILES SH. Abu Ghraib: its legacy for military medicine. *Lancet* **2004**; 364: 725-9.
-MONÉS J. Conflicte d'interessos en la recerca mèdica i en la medicina assistencial. *Annals Medicina* **2004**; 87: 50-2.
-MONJOS DE MONTSERRAT. *La Bíblia.* 4a ed. Casal i Vall. Andorra. **1986**.
-NIREMBERG IE. *Practica del Catecisme Roma, y Doctrina Christiana.* Casa de Elena Déu viuda. Barcelona **1648**.

-NOSEWORTHY JH. *Neurological therapeutics*. Duniz. London **2003**.
-OLESEN J, LEONARDI M. La carga de las enfermedades cerebrales en Europa. *European J Neurology* (Ed Esp) **2003**; 2: 255-62.
-ORÓ J. Evolution of the brain: from behavior to consciousness in 3.4 billion years. *Neurosurgery* **2004**; 54: 1287-97.
-PIULACHS P. El sentido del dolor. *Discurso de ingreso. RAM de España.* Madrid **1974**.
-PONS J. El referent: l'assaig clínic. *L'Informatiu AATRM* **2003**; 31: 1-2.
-RAHMAN M, FUKUI T. Biomedical publication-global profile and trend. *Public Health* **2003**; 117: 274-80.
-RAMÓN Y CAJAL S. The Croonian Lecture. La fine Structure des Centres Nerveux. *Proceedings of the Royal Society of London* **1894**; 55: 444-68.
-REDACCIÓ. Gràcies als nostres lectors. *Butlletí Groc* **2004**; 17: 1-4.
-REDACCIÓN. La plataforma 10 minutos llevará a los tribunales la situación de AP. *Diario Médico* 21.04.**2004**.
-REDACCIÓN. Grupos terapéuticos y Principios activos de mayor consumo. *Información Terapéutica SNS*. **2004**; 28: 50-3.
-REDACCIÓN. Catalunya pierde peso industrial. *La Vanguardia* 17.02.**2004.**
-RICART M. Sanitat se propone recetar menos. *La Vanguardia* 31.03. **2004**.
-RODRÍGUEZ JA, BOSCH JL. *Els metges de Barcelona a l'inici del nou mil·lenni*. COMB i UB **2004**.
-RODRÍGUEZ ARIAS B. Estampa o aspectos de la higiene y de la profilaxia en clínica neurológica. *Discurs de recepció RAMB*. Barcelona **1956**.
-ROGERS LF. Impact Factor: The Numbers Game. *Am J Roentgenol* **2002**; 178: 541-2.
-ROSENTHAL N. Prometheus's vulture and the stem-cell promise. *N Engl J Med* **2003**; 349: 267-74.
-ROZMAN C. Reflexions sobre l'ensenyament de la Medicina. *Discurs de recepció RAMB*. Barcelona **1990**.
-ROZMAN C. Salud y Economía. Perspectiva desde la práctica clínica. *Humanitas* **2003**; 1: 271-8.
-SALVADOR R. El Govern impulsa una "biorregión catalana con las patronales de farmacia y sanidad". *La Vanguardia* 17.09.**2004**.
-SÁNCHEZ RON JM. *El jardín de Newton*. Crítica. Barcelona **2001**.
-SANDEL MJ. Embryo ethics. The moral logic of stem-cell research. *N Engl J Med* **2004**; 351: 207-9.
-SANS SABRAFÉN J. Un segle i mig de Medicina a través de la malaltia de Hodgkin. *Discurs de recepció RAMB*. Barcelona **1989**.
-SANS SABRAFÈN J. Més sobre llengua, cultura i medicina (1 i 2). *Annals de Medicina* **2003**; 86: 125-7, 179-83.

-SCHON F, HART P, FERNANDEZ C. Is clinical neurology really so difficult? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* **2002**; 72: 557-9.
-SIDDIQI J. *In their hands*. Thieme. New York **2002**.
-SMITH R. Medical journals and pharmaceutical companies: uneasy bedfellows. *BMJ* **2003**; 326: 1202-5.
-STUDD RC, STEWART PJ. Intraabdominal abscess after acupuncture. *N Engl J Med* **2004**; 350: 1763.
-SOX HC. Benefit and harm associated with screening for breast cancer. *N Eng J Med* **1998**; 338: 1145-6.
-TORNOS J. La medicina que he viscut. Lliçó inaugural curs 2002. *Rev RAMC* **2002**; 17: 24-33.
-TORRES AMAT F. Ilustrada por GUSTAVO DORÉ. *La Sagrada Biblia*. 5 tomos. Montaner y Simon Ed. Barcelona **1883**.
-TORPY JM. Medical specialities. *JAMA* **2003**; 290: 1268.
-VAL BERNAL JF. Santiago Ramón y Cajal y su contribución a la patología. *Cantabria Académica* **2003**; 174: 1-45.
-VILARROYA O. ¿El cerebro está cerca de explicarse a sí mismo? *La Vanguardia* 27.07.**2003**.
-VILLANUEVA P, PEIRÓ S, LIBRERO J, PEREIRÓ I. Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals. *Lancet* **2003**; 361: 27-32.
-WALT G. WHO's World Health Report 2003. *BMJ* **2004**; 328: 6.
-WILLS A. Herophilus, Erasistratus, and the birth of neuroscience. *Lancet* **1999**; 354: 1719-20.
-WILMUT I. Human cells from cloned embryos in research and therapy. *BMJ* **2004**; 328: 415-6.
-WILSON JF. How cloning could change medicine. *Annals Int Med* **2003**; 139: 535-8.
-WILSON KE, RYAN MM, PRIME JE et al. Functional genomics and proteomics: application in neurosciences. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* **2004**; 75: 529-38.
-ZUGER A. Dissatisfaction with medical practice. *N Eng J Med* **2004**; 350; 69-75.

Discurs de benvinguda de l'Acadèmic numerari
CIRIL ROZMAN I BORSTNAR

Excel·lentíssim Senyor President,
Distingides Autoritats,
Molt Il·lustres Acadèmiques i Acadèmics,
Senyores i Senyors,

Agraeixo profundament a la Junta Directiva de la nostra Corporació que m'hagi encarregat, en nom de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, donar la benvinguda oficial al Dr. Romà Massot i Punyet. Tinc, entre d'altres, dos motius de particular satisfacció que em dóna l'acompliment d'aquesta tasca. En primer lloc, perquè la personalitat del nostre nou acadèmic ultrapassa les qualitats d'un excel·lent professional i les completa amb una enorme estimació pel seu país. I, d'altra banda, perquè és capaç, basant-se en una sòlida i àmplia formació cultural, d'estendre les seves reflexions molt més enllà de la seva especialitat i dirigir-les a nombroses inquietuds generals que compartim.

En Romà Massot va néixer a Reus l'any 1942 i viu a Tarragona. Pel que conec, puc afirmar que aquest binomi suposadament antagònic el duu amb notable elegància. La seva vocació va ser condicionada per l'existència al seu entorn familiar de molts metges i farmacèutics. El seu pare, a més de neuropsiquiatra, va ser un metge de capçalera exemplar. El nostre nou acadèmic es va llicenciar a la Universitat de Barcelona i va fer l'especialitat de neurologia durant 1 any a la corresponent Escola Professional a Sevilla i, després, com a MIR durant 4 anys a la Clínica Puerta de Hierro. En aquella època, aquesta prestigiosa institució estava dirigida pel professor José Mª Segovia de Arana, persona que contribuí de forma decisiva a la modernització de l'educació mèdica postgraduada a Espanya. Aquest fet es reflectia en una excel·lent formació que rebien els MIR en aquella institució. Al camp de la neurologia de la mateixa Clínica, el Dr. Alberto Gimeno Alava exercí un destacat mestratge. En Romà Massot completà la seva formació en neuroradiologia amb el professor Wackenheim a l'Hospital Universitari d'Strassbourg, França, i en patologia neuromuscular a la Universitat de Newcastle upon Tyne, amb el famós professor John Walton. Poc després, es va incorporar ja en el grup de neurologia de l'Hospital Joan XXIII de Tarragona, on es convertí en el seu líder. Durant els últims 30 anys ha desenvolupat en aquesta institució una àmplia tasca assistencial. El seu prestigi com a neuròleg va fer que fos reclamat com a consultor pels Hospitals de Santa Tecla i Creu Roja, ambdós de Tarragona, i per l'Hospital Sant Joan de Reus. La seva vessant docent l'ha exercida com a professor associat de la Universitat Rovira i Virgili i, sobretot, com a coordinador de la formació MIR en neurologia a l'Hospital Joan XXIII.

A banda, ha participat com a docent en nombroses taules rodones i conferències. Des del punt de vista científic, cal destacar que ha publicat o presentat al voltant de 150 treballs, la major part de l'àmbit de les observacions clíniques. Entre elles destaca l'estudi de l'hipotàlem durant la hipertensió intracranial deguda a processos expansius metaselars, que va ser l'objecte de la seva tesi doctoral. Ha estat l'investigador principal de l'assaig clínic "Neurontin vs Lamotrigina" i ha col·laborat en diverses recerques prospectives, tant a l'àmbit nacional com internacional. Entre aquestes destaquem la participació a "The European Carotid Surgery Trialists", publicat al *Lancet*. A banda d'assistir a nombrosos congressos internacionals i nacionals relacionats amb la seva especialitat, ha format part de la Junta Directiva de la Societat Espanyola de Neurologia i ha estat President de la Societat Catalana de Neurologia. Ha participat com a membre a nombrosos consells editorials de les revistes de neurologia i ha actuat com a revisor expert de la prestigiosa publicació internacional *Stroke*. Finalment, la seva afecció a la fotografia s'ha vist agradablement compensada quan la famosa revista *The New England Journal of Medicine* li va publicar una fotografia de Santa Pau, Girona. Curiosament, conec un cas semblant, doncs un altre distingit neuròleg espanyol, el professor Berciano de Cantàbria també ha publicat diverses fotografies a la mateixa revista.

Si totes aquestes dades del nostre nou acadèmic demostren amb escreix els seus mèrits professionals, hi podem afegir nombroses manifestacions de la seva enorme estimació pel seu país. No sóc el més indicat per repassar les activitats culturals catalanes dutes a terme pel nostre nou acadèmic, prou conegudes en el seu entorn. Però tinc la satisfacció de recordar al respecte una anècdota. Té a veure amb el llibre "Farreras-Rozman" de Medicina Interna, del qual aquest any celebrem el setanta cinquè aniversari. Després de superar moltes dificultats, l'any 1997 aconseguírem un important èxit que fou l'edició d'aquest text en català. El diari *Avui* saludava l'esdeveniment amb un titular "La Medicina interna ja parla català" i afegia: "L'aparició del tractat Farreras-Rozman marca una fita per a l'ús científic de la llengua". El llibre va ser presentat en tres actes públics, un al Palau de la Generalitat i presidit pel president Pujol, el segon a la seu de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears amb un discurs a càrrec del nostre president Dr. Jordi Sans, i el tercer a la seu del Col·legi de Metges de Tarragona el dia 18 de desembre de 1997. La persona que va prendre la iniciativa per a la celebració d'aquest acte i que es va encarregar del parlament de presentació va ser el nostre nou acadèmic Dr. Massot, aleshores representant del NORCAM (Normalització del Català a l'Àmbit Mèdic). El seu parlament el va cloure amb les següents paraules: "A Catalunya, on la identitat va tan lligada a la cultura i a l'idioma, on encara tenim tantes coses pendents de normalitzar-se, on la nostra bandera i el nostre himne estan supeditats a d'altres símbols

forans, el tractat significa una llarga passa en el camí del nostre redreçament nacional; aquest llibre és una autèntica senyera cultural".

Finalment, no podem oblidar que una part important dels èxits de Romà Massot és motivada per la seva esposa Sunsi, que li ha sabut donar el suport necessari perquè pogués dur a terme la seva brillant tasca professional i acadèmica amb tota la profunditat i dedicació requerides.

En el seu brillant discurs demostratiu d'una preocupació general molt més enllà de la seva pròpia especialitat, ens ha donat nombroses opinions sobre temes tan diversos com són, entre d'altres, l'essència de la malaltia, la praxi mèdica, les relacions entre la Medicina Interna i les especialitats, l'organització hospitalària, la política sanitària, la insatisfacció dels professionals de la medicina o fins i tot, sobre matèries més compromeses, tant filosòficament –com és la localització anatòmica de l'ànima– o èticament –com és l'ús de les cèl·lules mare embrionàries per a la medicina regenerativa–. És obvi que la durada prevista de la meva intervenció no em permet fer comentaris sobre tots aquests temes, raó per la qual em limitaré a dos capítols que em semblen particularment importants a l'època actual.

Les primeres consideracions tenen a veure amb l'essència de la nostra tasca, és a dir, la funció assistencial, sobretot en la seva vessant diagnòstica. La meva coincidència amb el Dr. Massot és absoluta quan subratlla la importància de l'interrogatori en la praxi mèdica. L'anamnesi constitueix el primer contacte entre el pacient i el metge, i de la qualitat d'aquesta relació dependrà en gran mesura l'eficàcia de l'actuació del professional. La realització d'una història clínica completa permet recollir no només els símptomes que refereix el malalt, sinó també adonar-se fins quin punt aquests són influïts per les seves característiques psicològiques i les circumstàncies socials. No crec que aquesta fase importantíssima de l'acte mèdic que constitueix l'encontre entre dos éssers humans mai pugui ser substituïda per l'ordinador.

Aplaudeixo també amb entusiasme la visió del nostre nou acadèmic respecte l'exploració del malalt, quan anteposa amb gran distància l'examen físic a les proves complementàries. El mateix títol del seu discurs, "Amb martell i diapasó", ens vol transmetre aquest concepte. El metge no ha de renunciar als seus tresors més preuats, que són d'una banda les capacitats humanes per tal d'establir amb el malalt una sintonia adient durant l'anamnesi, i d'altra, mitjançant l'ús intel·ligent dels seus sentits, vista-inspecció, tacte-palpació, oïda-auscultació i olfacte-olfació, recollir els signes físics que presenta el pacient. Les proves d'exploració complementària, com són les anàlisis o

mètodes d'imatge, han de mantenir la seva condició de complementarietat de la història clínica i de l'examen físic.

Després, es procedeix a l'elaboració del diagnòstic. Es tracta d'un procés intel·lectual que segueix les directrius de l'anomenat mètode clínic, el qual té una gran similitud amb el mètode científic. En ambdós, a partir d'un conjunt d'observacions i seguint una sèrie de passos lògics s'aconsegueix formular en el mètode científic una teoria i en el mètode clínic una opció diagnòstica que és després verificada per l'evolució, resposta al tractament o fins i tot per les comprovacions anatomo-patològiques finals. Desitjo cridar l'atenció sobre el fet que l'elaboració del diagnòstic és un procés intel·lectual de l'ésser humà i que la intel·ligència artificial difícilment podrà igualar mai.

Coincideixo amb el Dr. Massot quan assenyala que sovint la pràctica mèdica dista molt dels fonaments que acabo d'exposar. Per raons a vegades justificades, com és la falta de temps, a causa de la imperfecta organització sanitària, l'anamnesi és breu o inexistent, la qual cosa condueix d'entrada a una dolenta relació metge-pacient. L'exploració física s'omet, a canvi d'abusar de les exploracions complementàries en un intent d'arribar al diagnòstic pel mètode de la perdigonada. Donat que aquests intents solen fallar, es procedeix després a tractar els símptomes del pacient sense haver arribat al diagnòstic. Aquest tipus d'exercici clínic, en el qual el metge renuncia als seus dons humans més preuats, es converteix en rutinari, quasi reflex, com l'he anomenat en alguna ocasió, realitzat per via medul·lar. El resultat final és: a) una gran insatisfacció de la població atesa; b) una intensa desil·lusió dels mateixos professionals que solen ser conscients dels defectes de la seva manera de procedir; i c) un vertiginós creixement dels costos, per l'abús de les exploracions complementàries i de teràpies també de perdigonada que intenten suplir aquesta medicina adiagnòstica.

Un altre capítol del discurs que desitjo comentar és el que fa referència a l'encaix de la neurologia en un hospital universitari, donat que d'una banda el nostre nou acadèmic manifesta en aquest aspecte una profunda insatisfacció i que, d'altra, realitza algunes propostes sobre l'organització hospitalària. L'anàlisi d'aquesta problemàtica ens obliga no limitar-nos a la neurologia, sinó abordar la qüestió de forma més general. Cal preguntar-se quin model organitzatiu és el més idoni quan es tracta de la convivència de diferents especialitats. Estem davant d'una matèria molt debatuda i d'una història probablement inacabada. Ja l'any 1995, el professor Màrius Foz va analitzar en un magnífic discurs d'ingrés a la nostra Corporació les relacions entre la medicina interna i les especialitats mèdiques. El problema té a veure amb l'evolució històrica de la mateixa

medicina interna, que des de la situació d'un gran predomini ha arribat a la situació actual, en la qual alguns sectors qüestionen la seva mateixa vigència propugnant fins i tot la seva desaparició de l'organigrama dels grans hospitals. Durant una bona part del segle passat, era vigent l'anomenat model vertical, amb subordinació jeràrquica dels especialistes enfront dels internistes (inicialment els únics que eren catedràtics). El gran progrés científic de les especialitats mèdiques va conduir a una organització horitzontal, és a dir, a l'aposició dels diferents serveis que pertanyen al gran bloc de medicina. Malgrat que durant algun temps es varen fer esforços per tal de mantenir entre aquests serveis una relació funcional en analogia amb els departaments universitaris, la realitat actual en la gran majoria d'ells és que els vincles s'han perdut. Més encara, en alguns hospitals s'estan assajant models completament diferents, en forma d'instituts subdividits no segons la dedicació dominant dels seus professionals com podria ser la Divisió de Medicina, de Cirurgia, d'Especialitats, etc., sinó segons les malalties objecte de la seva dedicació, com, per exemple, Institut de Neurociències, de Malalties Cardiovasculars, de Patologia Digestiva, etc.

Considero que en l'organització hospitalària s'han d'abandonar les actituds dogmàtiques, ja que tots els models tenen els seus avantatges i inconvenients. Al meu entendre, en el moment de decantar-se per un o un altre tipus d'estructura d'un hospital universitari s'haurien de tenir en compte dos criteris fonamentals: 1r) quin model pot garantir una millor assistència per als pacients, i 2n) quin model pot facilitar millor l'acompliment de les funcions universitàries.

Pel que fa al primer punt, el pacient ha de rebre una assistència basada en l'aproximació integral, és a dir, no tan sols com un organisme portador d'alteracions en un o diversos aparells i sistemes, sinó com un ésser humà, dotat de sentiments i d'un psiquisme que li és propi, i amb unes característiques biogràfiques que el tenen immers en unes circumstàncies socials determinades. Aquesta assistència integral ha de considerar, doncs, totes les vessants bio-psico-socials. Coincideixo amb el nostre nou acadèmic quan en relació a aquest punt parla del dret de patir una depressió i mostra la seva preocupació per l'assetjament laboral. ¿Quina és la nostra realitat actual? En els hospitals universitaris, caracteritzats per un gran desenvolupament tecnològic, el malalt peregrina per diverses consultes d'especialistes sense que cap d'ells l'atengui de forma global. El cardiòleg li controla la hipertensió arterial i eventualment s'ocupa de prescriure-li un hipolipemiant, el digestòleg té cura del reflux gastroesofàgic i de la diverticulosi sigmoidea, el reumatòleg li tracta l'osteoporosi i així successivament. El més greu d'aquesta situació és que s'han contagiat de la mateixa els propis pacients. No és gens estrany que el malalt

plantegi a l'especialista únicament el trastorn que considera que és de la seva incumbència. D'aquesta forma es converteix en certa forma en el director de la seva pròpia assistència, ja que va fent una col·lecció dels "seus especialistes" que de forma més o menys satisfactòria li van resolent les malalties més variades. És obvi que així no s'acompleix idòniament la funció assistencial, la qual, a més a més, d'aquesta forma està molt lluny de ser eficient, pel que fa a la utilització racional dels recursos.

I què dir de les estructures idònies per tal d'acomplir correctament les funcions universitàries? Durant els últims temps he cridat l'atenció repetidament sobre els problemes que sorgeixen per la manca d'encaix entre les estructures dels hospitals i de les universitats, amb les conseqüents discordances jeràrquiques. Altres inconvenients deriven de la doble dependència (dels Ministeris de Sanitat i Educació, respectivament) que tenen molts dels seus professionals. Per tal de superar aquestes dificultats, he defensat la creació d'una universitat específica per a les Ciències de la Salut. Mentre aquest difícil objectiu no s'assoleixi, crec que l'organització hospitalària hauria de ser la més semblant possible a la universitària, raó per la qual em pronuncio a favor d'un model departamental de tipus horitzontal. Cada servei d'especialitat mèdica ha de fruir del reconeixement de la seva pròpia identitat i independència per tal de desenvolupar amb eficàcia la triple tasca universitària (assistència, docència i recerca). Però, d'altra banda, no és suficient amb una simple aposició latero-lateral dels diferents serveis dins del gran bloc de les especialitats mèdiques. Cal fer esforços d'imaginació i generositat per tal de trobar mecanismes que permetin la vida en comú dels serveis que integren els departaments de medicina. I això és perfectament factible, nomenant el cap de departament, càrrec que ha ser rotatori i electiu entre tots els professionals, siguin generalistes o especialistes, així com també establint comissions d'assistència, docència i investigació. En aquest àmbit es podria recuperar l'orgull de pertinença a un tronc comú, a la vegada que potenciar l'esperit de l'internisme, el qual no s'ha d'identificar amb la subordinació jeràrquica dels especialistes en front de l'internista, sinó en la capacitat d'oferir als pacients una assistència integral, és a dir, en les tres vessants, biològica, psíquica i social.

Ha arribat el moment de cloure aquest parlament tot i que la densitat del discurs presentat justificaria encara molts més comentaris. Som conscients dels grans mereixements del Dr. Massot per a entrar a formar part d'aquesta Corporació. De la seva presentació i dels meus comentaris hem pogut deduir que es tracta no només d'un destacat neuròleg, sinó d'un gran home que estima el seu país i que amb el seu ric bagatge cultural és capaç d'estimular les reflexions sobre nombroses matèries d'interès general. El seu concurs a

la nostra Acadèmia serà d'una vàlua innegable i, per tot això, Excel·lentíssim Senyor President, us prego que procediu a imposar al Dr. Romà Massot i Punyet la medalla d'aquesta docta Corporació.

He dit.

ÍNDEX

Amb martell i diapasó
Introducció 16
Hospital Joan XXIII 16
Neurologia 18
Economia 24
Justícia 25
Progrés 26
Objectius 29
Malaltia 29
Ética 29
Salut i benestar. Curar i guarir 31
Prevenció i Educació. Formació 32
Metge de família: la clau de volta 34
Catalunya i català 36
Material i Mètode 38
Material 38
Cervell 39
Consciència, ment i cervell 43
Esperit, ànima i lòbul frontal 44
Mètode 46
Interrogatori 47
Exploració 49
Proves complementàries 50
Resultats i discussió 53
H. Joan XXIII i d'altres hospitals 53
Metges i medicina 55
Desil·lusió 58
Diagnòstic 59
Tractament 64
Fàrmacs 67
Cirurgia 69
Med. Complementària 71
Gestors 72
Investigació 76
Conclusions 81
Bibliografia 85
Discurs de benvinguda 91
Índex