



ANALES DE MEDICINA Y CIRÚGIA

PUBLICADOS BAJO LA DIRECCION DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

AÑO XLVII - II EPOCA

ENERO-MARZO 1971

VOL. LI - NUM. 223

¡Nuevo!

HUBERDOR

INYECTABLES

CAPSULAS

**La terapéutica actual neurotónica,
analgésica y antiinflamatoria**

HUBERMICINA



POTENCIAL ANTIBIOTICO E INMUNITARIO

ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA

PUBLICADOS BAJO LA DIRECCION DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA
DE BARCELONA

Año XLVII - II Epoca

ENERO - MARZO 1971

Vol. LI - Núm. 223

DEPOSITO LEGAL B. 1842 - 1959
PUBLICACION TRIMESTRAL

Director:

Prof. Dr. A. Pedro Pons
Presidente de la Real Academia

Consejo de Redacción:

Dr. J. Alsina Bofill
Prof. M. Amat
Prof. R. Arandes
Dr. H. Arruga
Prof. A. Azoy
Prof. M. Badell Suriol
Prof. A. Balcells Gorina
Prof. M. Bastos Ansart
Dr. M. Broggi Vallés
Prof. F. Buscarons Ubeda
Dr. A. Caralps Massó
Dr. J. Carol
Dr. M. Carreras Roca
Dr. A. Carreras Verdaguer
Prof. V. Carulla
Prof. F. Casadesús
Prof. J. Casanovas
Dr. P. Cartañá
Prof. V. Cónill Serra
Dr. J. Cornudeila
Prof. M. Cruz Hernández
Prof. E. Cuenca
Dr. S. Dexeus
Dr. P. Domingo

Prof. F. de Dulanto
Prof. A. Fernández Cruz
Dr. A. Gallart Esquero
Dr. L. García Tornel
Prof. F. García Valdecasas
Prof. J. Gibert Queralto
Prof. S. Gil Vernet
Dr. A. Gómez
Prof. F. González Fusté
Prof. J. González Merlo
Dr. J. Gras Riera
Dr. J. Isamat
Prof. J. Jiménez Vargas
Prof. J. Laporte
Dr. A. Ley Gracia
Prof. P. Martínez García
Dr. F. Martorell
Dr. J. Mercadal Peyri
Prof. L. Miravittles
Dr. B. Oliver Suñé
Prof. C. Pera Blanco Morales
Dr. J. Pi Figueras
Prof. J. Piñol Aguadé
Prof. P. Piulachs

Dr. J. Puig Sureda
Prof. A. Puigvert
Prof. A. Pumarola Busquets
Prof. F.-E. Raurich
Dr. A. Rocha
Dr. B. Rodríguez Arias
Prof. C. Rozman
Prof. D. Ruano Gil
Dr. J. Salarich
Prof. M. Sales
Prof. J. A. Salvá Miquel
Dr. V. Salleras
Prof. R. Sarró
Dr. L. Sayé
Dr. J. Séculi
Dr. C. Soler Dopff
Prof. M. Soriano
Dr. A. Subirana
Prof. M. Taure
Dr. L. Trías de Bes
Prof. J. Trueta
Prof. M. Usandizaga
Prof. S. Vidal Sevilla
Prof. S. Villar Palasi

Secretario de Redacción:

Dr. M. González Ribas

REDACCION:

Carmen, 47 - BARCELONA-1

ADMINISTRACION:

Berlín, 42 — BARCELONA-15 — Tel. *321 72 00

PUBLICIDAD: E S M O N

Vía Layetana, 177 — BARCELONA-9 — Tel. 215 35 31

ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA se publican trimestralmente, bajo la dirección de la Real Academia de Medicina de Barcelona.

Reúne trabajos originales de los que fueron expianados en las Sesiones científicas de la Academia y otros de colaboración libre.

Todos los facultativos sanitarios pueden aportar trabajos originales, a condición de que sean inéditos, no resulten demasiado extensos y tengan —de estimarse preciso— un número limitado de cuadros sinópticos y de ilustraciones.

Solicita con empeño la Redacción que se presenten transcritos a máquina, claramente y con interlíneas. Los gráficos, dibujos, fotografías, etc., han de permitir siempre una fácil reproducción de los mismos.

Todas las referencias bibliográficas deben ajustarse a las normas más en uso.

Secretaría manifiesta que recurrirá al derecho, natural, de modificar la distribución de materias, sin alterarlas substancialmente, para una mejor edición de la publicación.

Un exceso de ilustraciones y de páginas podría ser objeto de un resarcimiento económico, que trataría directamente la Administración con el autor o autores de los trabajos.

Se prevé que haya, también, una Sección dedicada a Crítica de Libros.

Cabe establecer, siempre, un intercambio con las demás revistas nacionales y extranjeras que lo deseen.

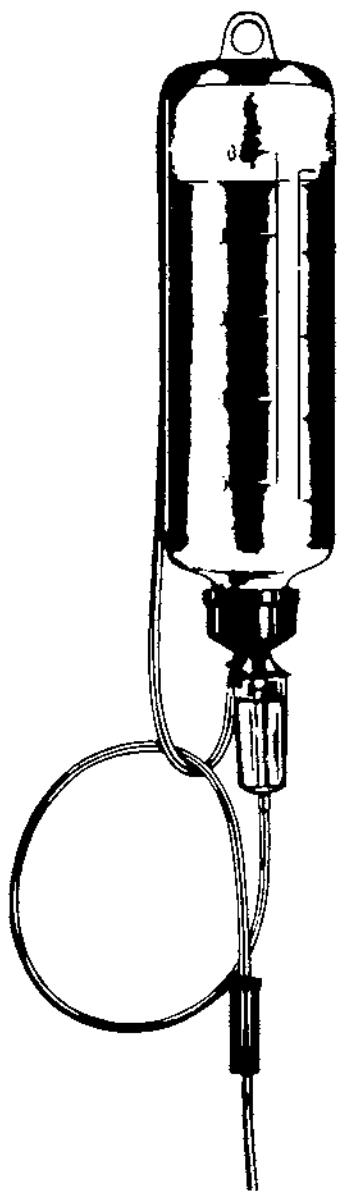
Ni la Real Academia de Medicina de Barcelona, ni la Secretaría de Redacción, convalidan las opiniones sustentadas por los autores de los trabajos.

La Administración obsequia a los autores de trabajos originales con un lote de 100 «separatas».

8

Se edita, independientemente, un **BOLETIN INFORMATIVO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA**, en el que figura la crónica detallada de las actividades de la Corporación.

Hemoce*



sustituto
del plasma
a base de
polipéptidos

siempre
dispuesto



Conocido internacionalmente
como Haemaccel



BERRINGWERKE AG
MARBURG-LAHN

B. Bering

Rimactán®

rifampicina

CIBA

Antibiótico de amplio espectro,
eficacísimo por vía oral que no
presenta resistencias cruzadas
con otros antibióticos.

En las infecciones
broncopulmonares,
hepatobiliares,
óticas,
cutáneas.

En la gonococia.
En la tuberculosis.

Comprimidos laqueados de 300 mg.
Frascos con 6 y 12

Suspensión al 2 % para niños.
Frasco con 60 c. c.

ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA

SUMARIO

NUMERO 223 - ENERO - MARZO 1971

Tratamiento fisiopatológico de los componentes inflamatorio, espástico y neurítico en diversos síndromes del aparato locomotor. — <i>Dr. Pedro Cía Gómez</i>	1
Recuerdos de médico viajero. — <i>A. Puigvert</i>	21
Memoria de secretaria — <i>Dr. B. Rodríguez Arias</i>	39
Brote epidémico de infecciones por virus parainfluenza tipo 3. — <i>María Beltrán Dubon</i>	53
Dos metges lletraferits de la "colla" del "Colon: L'historiador Josep Maria Roca i el "mestre en gai saber" Josep Estadella Arnó. — Vida i obra. — <i>Dr. Octavio Saltor Soler</i>	81

ALICON

COMPLEX

**un orexígeno
realmente eficaz**

COMPOSICION

Cada 5 cm³ (1 cucharadita) contiene:

Clorhidrato de ciproheptadina	1 mg
Cloruro de DL-carnitina	375 "
Monoclorhidrato de L-lisina	375 "
L Glutamina	20 "
Vitamina B ₆	20 "
Vitamina B ₁	10 "
Vitamina B ₁₂	100 mcg
Vehículo y correctivos	c. s.

PRESENTACION

Frasco con 125 cm³

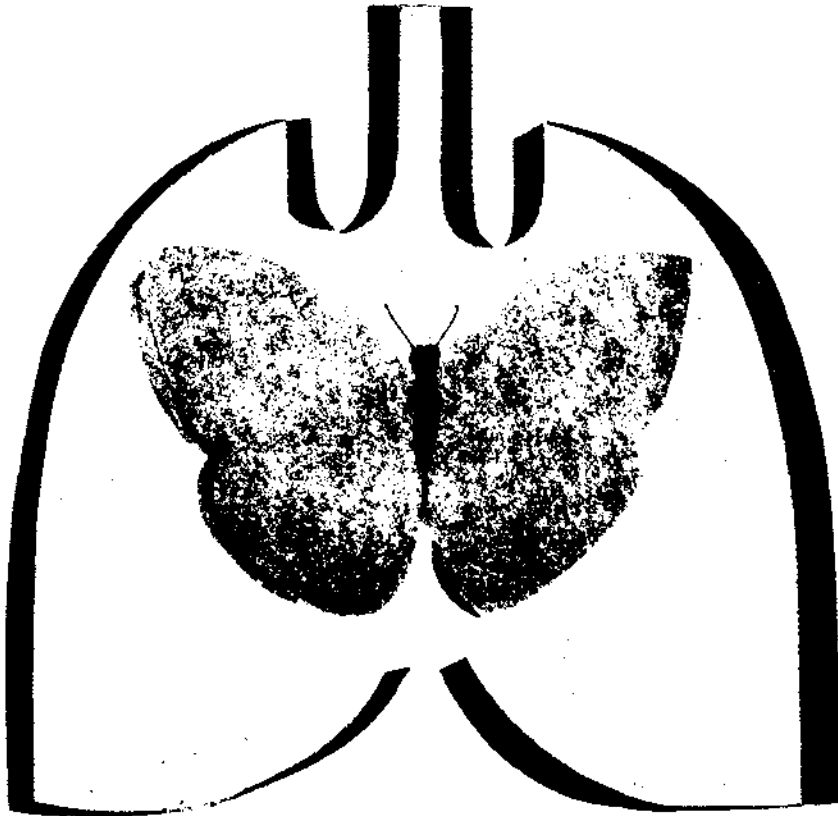
P. V. P. plus. 79'20 (i. i.)



PREM, S.A.

tumisán antibiótico

supositorios/jarabe 125 c.c.



PREM

antitusígeno expectorante balsámico

sup. Inf. 47,70

Sup. Ad. 65,-

Jar. 141,-

FACULTAD DE MEDICINA DE ZARAGOZA
 CÁTEDRA DE PATOLOGÍA MÉDICA A (Prof. F. Civeira Otermin)

**TRATAMIENTO FISIOPATOLOGICO DE LOS COMPONENTES
 INFLAMATORIO, ESPASTICO Y NEURITICO EN DIVERSOS
 SINDROMES DEL APARATO LOCOMOTOR**

Dr. PEDRO CIA GOMEZ
 Prof. A. de la Cátedra

INTRODUCCION

Las enfermedades del aparato locomotor las clasificamos, como otras partes de la patología, en alteraciones funcionales, inflamaciones, degeneraciones y aberraciones, y todas ellas referidas a los tres grandes apartados de la patología: ósea, articular y muscular.

Siguiendo la clasificación del Profesor F. Civeira podemos establecer los siguientes grupos:

Patología ósea:

A) ALTERACIONES FUNCIONALES. Teniendo en cuenta que la función del hueso es ante todo la de sostener el organismo y que ello depende fundamentalmente de la aposición de sales cálcicas, las osteopatías funcionales pueden ser, por exceso de aposición cálcica (osteopatías condensantes) o por disminución de las sales cálcicas del hueso (osteoporosis en el más amplio sentido).

1) Osteopatías condensantes:

a) Difusas: osteoesclerosis idiopática difusa del adulto y del niño, meloreostosis, osteopoiquilia, enfer-

medad de Paget. b) Circunscritas: pueden ser endostales y periostosis (enfermedad de Morgagni, hiperostosis vertebral senil, enfermedad de Soriano) y las secundarias a dermatías suprayacentes como la osteosis acromegaloide y la osteopatía hipertrofiante neúmica de Pierre Marie.

2) Afecciones osteoporóticas:

a) Difusas: pueden ser hipercalcémicas (osteitis fibroquística del hiperparatiroidismo), normocalcémicas (gota cálcica, osteoporosis senil, osteoporosis por inmovilización) e hipocalcémicas dependientes de defecto de vitamina D (raquitismo, osteomalacia) o de balance negativo del calcio. b) Circunscritas: (defectos de aportes sanguíneos a una zona ósea, necrosis, etc...).

B) INFLAMACIONES: Osteomielitis

C) DEGENERACIONES: Enfermedad de Nieman Pick, enfermedad de Gaucher, enfermedad de Schuller Christian, displasia fibrosa poliostólica.

D) **ABERRACIONES:** 1) Displasias: Enfermedad de Paget y enfermedad de Morquio. 2) Distrofias, con hiper o con hipocalcificación (ya citadas en patología funcional). 3) Distaxis: tumores benignos y malignos.

Patología articular. Comprende las alteraciones funcionales, inflamaciones, aberraciones y degeneraciones.

A) **ALTERACIONES FUNCIONALES:** Pueden ser hiperextensiones (casi siempre debidas al relajamiento de partes blandas), limitaciones (que si tienden a ser permanentes son anquilosis).

B) **INFLAMACIONES:** 1) Múltiples o reumatismos, que es la forma difusa de las afecciones inflamatorias articulares (afección sistematizada, más en dependencia de la forma de respuesta orgánica que de la etiología). Entre ellas tenemos, la artritis múltiple reumática, la artritis reumatoide, espondilitis anquilopoyética, hidrartrosis intermitente, reumatismo palindrómico, enfermedad de Reiters, artritis múltiples infecciosas, y las secundarias a otros procesos (a dermatopatías, a disproteinemias y a otros procesos, como son las secundarias a colitis, diarreas, leucemia, cáncer, enfermedad del suero y enfermedad de Scheönleim Henoch) y finalmente las idiopáticas. 2) Las monoartritis, en cambio, son afecciones de una articulación o de parte de ella; no es alteración de sistema y en ellas la enfermedad está más en dependencia de la etiología que de la forma de reacción del organismo. Entre ellas tenemos las infecciosas (estreptocócicas, estafilocócicas, tíficas, tuberculosas, etcétera); las traumáticas (entre

ellas pueden incluirse muchas periartrosis escapulohumerales en que sólo una parte de la articulación queda afectada por los traumas), las hemorrágicas (hemofilia) y las nerviosas (Tabes).

C) **ABERRACIONES:** Se incluyen en este grupo las luxaciones, neoplasias y deformidades, cuyo estudio compete más a la cirugía.

D) **DEGENERACIONES** o artrosis.

Patología muscular

A) **PATOLOGÍA FUNCIONAL:**

Si la función ósea fundamental en el aparato locomotor era la de sostén y la articular la de permitir los movimientos, «la utilidad esencial del músculo para la vida, es el hecho de acortarse rápida y reversiblemente, de manera que ejerza tracción» (Sherrington). El resultado de esta tracción que el músculo ejerce activamente sobre las palancas osteoarticulares es la realización precisa y coordinada de los movimientos y un estado de tensión permanente (tono muscular) esencialmente reflejo, cuya misión es el ajuste de posturas locales y de la actitud general.

Por tanto, las alteraciones funcionales del músculo se expresarán por alteración, en menos y en más, del movimiento; es decir, hipocinesias e hipercinesias y por variaciones del tono; o sea, hipotonías e hipertónías. Aún dentro del tono podríamos distinguir las alteraciones de las cualidades que lo integran (pasividad, extensibilidad y consistencia), diferenciación clínica establecida por André Thomas; pero sólo nos interesan en nuestro estudio, las variaciones globales del tono.

Sabemos que la actividad muscular se integra dentro de la unidad motora o neuromioma (motoneurona, con su axon y grupo de fibras musculares que inerva), en relación estricta con el sistema nervioso de la vida de relación y que para su eficaz funcionamiento necesita un adecuado ambiente metabólico, que permita una eficaz respuesta muscular al ordenamiento neurógeno. De ahí que las alteraciones funcionales de músculos puedan responder a: Causas neurógenas, sea por interrupción del arco reflejo en cualquiera de sus zonas (sensitiva o motriz) o de las órdenes que sobre la motoneurona inferior llegan desde niveles superiores; alteraciones metabólicas, endocrinas o tóxicas que interfiriendo el normal metabolismo muscular, impidan o dificulten la eficaz respuesta contráctil. Las primeras solemos estudiarlas en la neurología. De esta forma podemos establecer los siguientes grupos:

1. *Hipocinesias*: a) Neurógenas: parálisis de motoneurona inferior (poliomielitis, neuritis); Parálisis centrales (hemiplejías); hipocinesias extrapiramidales (primarias y secundarias, por la rigidez).
- b) Metabólicas: Hipokalemias
- c) Endocrinas: Parálisis periódica tirotóxica
- d) Tóxicas: Parálisis saturnina

2. *Hipercinesias*: a) Neurógenas: Convulsiones, temblores, corea, epilepsia., etc.
- b) Metabólicas: Acidosis, uremia
- c) Endocrinas: Hipoparatiroidismo
- d) Tóxicas: por manganeso (que imita el síndrome de Parkinson).

3. *Hipotonías*: a) Neurógenas (parálisis periféricas). Por interrupción del arco reflejo; en raíces sensitivas, en astas posteriores (Tabes), en motoneurona inferior (poliomielitis), en nervio periférico (neuritis), o en la sinapsis neuromuscular (miastenia).
- b) Endocrinas: Insuficiencia hipofisaria, enfermedad de Cushing, hiperinsulinismo.
- c) Tóxicas: Intoxicación por opiáceos.

4. *Hipertonías*: a) Neurógenas: (espasticidad de las parálisis centrales, rigidez extrapiramidal, hipertonías reflejas).
- b) Metabólicas: (coma hipoglucémico), tetania.
- c) Endocrinas: Enfermedad de Addison, Hipotiroidismo.
- d) Tóxicas: estriknina, intoxicaciones por óxido de carbono y manganeso.

B) *Inflamaciones*

1. De un músculo o grupo muscular

{
Fibromiositis (lumbago)
Miositis víricas
Miositis bacterianas
Miositis parasitarias

2. Sistematizadas Idiopáticas { Polimialgia reumática
 { Polimiositis, dermatomiositis
- C) *Degeneraciones*
- Hialina
 Lipoidea
 Glucogenosis
- Mioglobinuria { Espontánea familiar
 { Tóxica
 { Traumática (Crush syndrome)
- D) *Aberraciones*
- Distrofias { Hipotrofias { Neurógenas
 { No neurógenas (Hipopituitarismo.
 { Enfermedad de Addison)
 { Hipertrofias (Miotonía congénita de THOMSEN)
 { Hipotrofias e Hipertrofias
 { (enfermedad de Stinert)
- Displasias
- Tumores { Rabdo mioma
 { Rabdo miosarcoma
 { Mioblastoma

La evolución clínica la enfocamos en dos grandes apartados: el dolor y la alteración funcional que la enfermedad produce. Pero, si bien es clara la separación conceptual entre dolor e impotencia funcional, es frecuente la imbricación de ambos en la clínica y así, muchas veces, el dolor «bloquea» la función y a su vez, la realización funcional produce o aumenta el dolor. Esto es explicable en la clínica del aparato locomotor, así como en otras partes de la Patología, por la reunión de varios componentes fisiopatológicos (inflamación, espasticidad muscular, alteración neurotrófica), que son factores comunes, tanto para producir dolor como para la limitación funcional. La presencia de esta multiplicidad de componentes fisiopatológicos se da con frecuencia (artri-

tis de diversa índole, lumbago, polimialgia reumática, osteopatías, etc.) y justifica el manejo asociado de fármacos antiinflamatorios, antiespasmódicos y neurotróficos, que, además de interferir los procesos patológicos que generan el dolor, permiten iniciar una recuperación funcional, siempre que exista buena tolerancia a cada uno de dichos fármacos.

Este planteamiento nos lleva a ocuparnos de la valoración clínica de un nuevo preparado conocido como HUBERDOR,* en el que se asocian las propiedades farmacológicas antes indicadas.

MATERIAL Y METODOS

Estudiamos un grupo de 41 enfermos, tratados en régimen ambulatorio.

* Agradecemos a Laboratorios Hubber, S. A., las muestras de su preparado Huberdor en sus formas inyectable y cápsulas, que ha tenido a bien facilitarnos para la realización de este trabajo.

rio con el preparado, que hemos manejado en sus formas oral e inyectable.

Hemos controlado la evolución a

corto y largo plazo, valorando los resultados en cuanto a dolor e insuficiencia funcional, fundamentalmente.

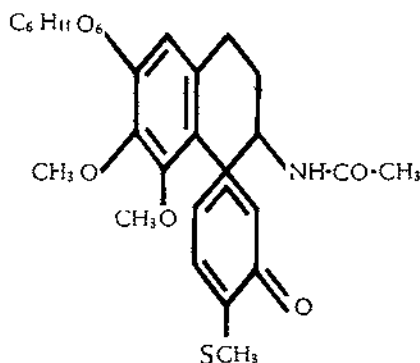
La fórmula del preparado es:

	Cápsulas	Inyectable
Tiocolchicósido	2 mg	3 mg
Fenil-dimetilpirazolón-metilamino metánsulfonato sódico	250 mg	300 mg
m-sulfobenzoato sódico de dexametasona	0,763 mg (0,5 mg base)	2,3 mg (1,5 mg base)
Acetato de hidroxocobalamina	1.500 mcg	5.000 mcg
Cocarboxilasa	75 mg	50 mg
Clorhidrato de piridoxina	100 mg	250 mg

Propiedades farmacológicas de los componentes de HUBERDOR.

Tiocolchicósido. — Es un glucósido azufrado derivado de la colchici-

na sintetizado por VELLUZ y MULLER, cuya fórmula es la siguiente:



Tiene una acción relajante, actuando a nivel central en el sistema nervioso y se parece en su efecto a la mefenesina. El tropismo por el sistema nervioso central fue descubierto por JEQUIER y PLOTKA, quienes comprobaron la desaparición de contracturas intensas en la rigidez de descerebración. En el registro encefalográfico, las modificaciones que el estímulo del ciático producen normalmente en el conejo, quedan abolidas por la inyección del fármaco. En el animal no anestesiado se

observa, que dosis de 2 a 5 mg por kilo de peso provocan la desaparición de la reacción de paro producida por una excitación auditiva, mientras que a dosis mayores produce reacciones epileptiformes.

Ha sido utilizado con éxito en el tratamiento del síndrome de LITTLE (BILLIOTET, DESSAUSSE y BOUCHACOURT, 1957).

Según experiencias de PLUVINAGE (1956) la acción decontracturante se ejerce sólo sobre la musculatura afectada y no sobre la sana, siendo en

este sentido bien diferente su acción a la del curare y de efecto más prolongado.

Además, el tiocolchicósido posee actividad antiinflamatoria y analgésica, propiedades que han sido estudiadas por CAPRA en el Instituto de Farmacología de la Universidad de Padova.

Finalmente, diremos que este derivado de la colchicina ha sido desprovisto de toxicidad, ya que la dosis de 5 mg por Kg. de peso al día durante 30 días, no produce modificaciones hemáticas.

Fenil-dimetilpirazonol-metilamino metánsulfonato sódico. — De acción semejante a la pirina y aminopirina es altamente soluble lo que le hace apto para la administración parenteral. Destaca su acción analgésica, antiinflamatoria y antipirética. GROLLMAN (1962) supone que este fármaco, al igual que los demás antipiréticos-analgésicos, actúa deprimiendo el tálamo óptico, uno de los centros de las sensaciones dolorosas. Además la administración de este fármaco determina por su acción a nivel del centro térmico hipotalámico un aumento de la termolisis que superando a la termogénesis provoca un descenso de la temperatura en los pacientes febriles, según demostraron entre otros SOLLMANN (1957) y GROLLMAN (1964). Finalmente, la acción antiinflamatoria ha sido demostrada experimentalmente por WILHELMI (1952), inhibiendo el edema producido por el aceite de crotón en la oreja del conejo y del ratón. En el mismo año UNGAR y Cols. observaron una disminución de la reacción inflamatoria a nivel articular; la acción antiinflamatoria no parece estar en relación con un efecto cortisónico a través de la hipófisis, pues se mani-

fiesta también en animales hipofisectomizados.

Meta-sulfobenzoato sódico de dexametasona. — La dexametasona se sintetiza a expensas del cortisol mediante la adición de la función 16-metilo a la estructura 9-fluorada. Tomando como unidad la acción de éste, posee una acción mineralocorticoide de 0 y una acción glucocorticoide de 30 (SIDNEY ROBERTS y BROWN y PEARSON, 1964), siendo comparativamente el glucocorticoide más activo. La acción farmacológica de los glucocorticoides más importantes es la antiinflamatoria, que es muy enérgica y superior a todos los antiflogísticos empleados (GARCÍA VALDECASAS). Esta acción antiinflamatoria comprende numerosos factores quizá dependientes de su acción general y de su acción sobre el metabolismo intracelular e inhiben, además, las sustancias a expensas de las cuales progresan los fenómenos inflamatorios.

Los efectos antiinflamatorios de los corticoides son muy notables en los procesos reumáticos (HENCH y Colaboradores).

Acetato de hidroxocobalamina. — Un gran número de compuestos del tipo de la Vitamina B₁₂ se pueden formar sustituyendo el grupo CN de éste, por otros grupos, recibiendo el nombre genérico de cobalaminas y especificándose gracias a un prefijo del nombre de cada componente (Cianocobalamina, Hidroxo-cobalamina, Cloro-cobalamina, Nitrito-cobalamina). Existen asimismo las vitaminas B_{12a} y B_{12b} que corresponden a la Hidroxo-cobalamina la cual se diferencia de la Ciano-cobalamina por poseer un grupo OH en vez del CN.

Desde el punto de vista de su ac-

ción farmacológica, la Hidroxo-cobalamina posee gran actividad anti-anémica. Interviene además en el metabolismo de los ácidos nucleicos. Tiene asimismo acción lipotrópica débil. Es importante su participación en las reacciones metabólicas, por lo que contribuye a la normal reproducción e integridad de células epiteliales y fibras mielínicas del sistema nervioso central y periférico. A dosis elevadas ha sido utilizada en las neuritis y neuralgias en general.

Cocarboxilasa. — La vitamina B₁ tiamina o aneurina ejerce su acción en el organismo en forma de pirofosfato de tiamina, difosfotiamina o cocarboxilasa, que es un coenzima. Es clásicamente conocido el efecto favorable de la cocarboxilasa sobre neuritis de diversa etiología.

Clorhidrato de piridoxina. — Químicamente es un derivado de la piridina y puede también encontrarse en las fuentes naturales bajo la forma de piridoxal o de piridoxamina.

El clorhidrato de piridoxina tiene un papel vital en el metabolismo, en el que actúa como coenzima en gran número de transformaciones metabólicas de los aminoácidos, incluyendo la descarboxilación, transaminación y racemización. También actúa en algunos de los pasos enzimáticos del metabolismo del triptófano, de los aminoácidos que poseen radicales sulfuro y de los hidroxiaminoácidos. El hecho de ser el fosfato de piridoxal, un constituyente esencial de la fosforilasa del glucógeno, confiere a la vitamina B₆ un importante papel en el metabolismo de los carbohidratos (KREBS y FISCHER, 1964). Asimismo, ya desde los estudios de BEATON y Cols. (1954) se conocen las relaciones entre la vita-

mina B₆ y el metabolismo de las grasas.

La sintomatología carencial se observa en el hombre y en los mamíferos, siendo el síndrome distinto según las especies, pero siempre se hallan afectados la piel, el sistema nervioso central y la eritropoyesis.

Vistas las propiedades farmacológicas de los componentes, nos parece que el empleo asociado puede estar indicado en aquellos procesos del aparato locomotor donde existan factores inflamatorios, contractura muscular y alteraciones neurotróficas, y donde el dolor suponga un aspecto importante de la enfermedad, bien como perturbador del bienestar subjetivo de la persona, bien como bloqueo de la recuperación funcional del miembro afecto.

Siguiendo nuestra clasificación de las enfermedades del aparato locomotor, las indicaciones de la asociación medicamentosa que estudiamos abarcarían:

Patología articular: inflamaciones (artritis únicas y múltiples), ya sea como medicamento único o asociado al tratamiento etiológico. Degeneraciones en las fases de brote inflamatorio o de descompensación de artrosis. Patología funcional: en las limitaciones de la motilidad articular (por inflamaciones, anquilosis, etcétera).

Patología ósea: En las osteopatías condensantes puede ser útil su empleo por la acción osteoporótica del corticoide, unida a la acción analgésico-antiinflamatoria del preparado. Dentro de las osteopatías osteoporóticas (que ocupan el otro grupo de la patología funcional en nuestra clasificación), está indicado en aquellas como: la calcinosis universal y gota cálcica, donde es importante reducir toda reacción inflamatoria sobre las que pueda depositarse el

calcio y donde la reducción del espasmo muscular permita el suave masaje de las zonas afectas, sin llegar a acciones violentas que serían improcedentes.

Patología muscular: En las inflamaciones (en especial las sistematizadas como la polimialgia reumática y las que forman parte de la colagenosis) y en las reacciones de espasmo muscular, consecutivas a procesos inflamatorios.

Si bien estas son sus posibilidades de empleo, lo específico del preparado son como decimos, aquellos síndromes donde a la base inflamatoria se sumen, la reacción espasmódica muscular y el componente de neuritis o neuralgia en general y como resultado, el dolor juega importante papel como síntoma y como factor patogénico que dificulta la función.

CASUÍSTICA

Para conocer los resultados clínicos de esta especialidad, hemos estudiado 41 pacientes en tratamiento ambulatorio, afectos de diversos procesos del aparato locomotor y que según la fisiopatología de sus síndromes y a la vista de la acción farmacológica del preparado, serían tributarios de dicha terapéutica.

En los casos revisados, hemos ido recogiendo la evolución del dolor y de la recuperación funcional durante el tratamiento con el producto en-

sayado y los datos complementarios (por ejemplo, alteraciones serológicas) cuando tuvieron algún interés, dentro de la entidad nosológica que tratamos. De cada uno de los casos hacemos un resumen, de forma que presentamos solamente los datos de anamnesis, exploración y pruebas complementarias que sean más significativas, fijándonos sobre todo en la evolución del dolor y alteración funcional bajo el tipo de tratamiento que ahora nos ocupa.

Caso núm. 1. C. G. G. Edad 64 años. Hembra.

Anamnesis. Enferma en tratamiento de artrosis de ambas rodillas, que había mejorado, persistiendo dolor de muy poca intensidad en rodilla izquierda.

Exploración. Rodilla derecha, morfología y funcionalismo normal (los movimientos son amplios y no dolorosos, apreciándose chasquido articular). Rodilla izquierda, aumento ligero de volumen (+); calor local (+), la flexión es amplia.

Pruebas complementarias: V. S. G. 1.ª hora 48 mm.; H: 4.500.000 mm³; Hb: 78 %; V. G.: 0,95; L: 8.200; s.: 60 %; l: 39 %.

Tratamiento. Además del régimen hipocalórico ya indicado en anteriores visitas, se indica Huberdor, una inyección en días alternos.

Evolución. Al cabo de un mes ha desaparecido el dolor. A la exploración se aprecia la rodilla izquierda de tamaño normal, ha cedido la temperatura local y los movimientos son indoloros, persistiendo ligera limitación y chasquido articular; se han normalizado también los datos de laboratorio.

EQUILIBRADA ASOCIACION
NEUROTÓNICA, ANALGESICA
Y ANTIINFLAMATORIA

HUBERDOR

Inyectables

Cápsulas

EFICACIA TERAPEUTICA

RAPIDEZ DE ACCION

FACILIDAD DE ADMINISTRACION

Presentación y fórmulas al dorso...

HUBERDOR

INYECTABLES

CAPSULAS

**La terapéutica actual neurotonica,
analgésica y antiinflamatoria**

PRESENTACION Y FORMULAS:

HUBERDOR, INYECTABLES

Caja con 3 frascos, conteniendo cada uno, en producto liofilizado:

Acetato de hidroxocobalamina	5.000 mcg
Cocarboxilasa	50 mg
Clorhidrato de piridoxina	250 mg
Tiocolchicósido	3 mg
Clorhidrato de lidocaina	40 mg
Excipientes	c.s.

Adjuntas 3 ampollas de disolvente, conteniendo cada una:

m-sulfobenzoato sódico de dexametasona	2,3 mg
(equivalente a 1,5 mg de base)	

Fenil-dimetilpirazolón-metilamino metánsulfonato sódico	300 mg
Excipiente c.s.p.	5 c.c.

HUBERDOR, CAPSULAS

Caja con 12 cápsulas, conteniendo cada cápsula:

Acetato de hidroxocobalamina	1.500 mcg
Cocarboxilasa	75 mg
Clorhidrato de piridoxina	100 mg
Tiocolchicósido	2 mg
m-sulfobenzoato sódico de dexametasona	0,763 mg
(equivalente a 0,50 mg de base)	

Fenil-dimetilpirazolón-metilamino metánsulfonato sódico	250 mg
Excipientes	c.s.

ADMINISTRACION Y DOSIS:

HUBERDOR, INYECTABLES

Por vía intramuscular profunda.

Adultos: Un inyectable diario (5 c.c.).

Niños: A partir de un año, la tercera parte de un inyectable (1,7 c.c.).

Segunda infancia: medio inyectable diario (2,5 c.c.).

Siempre según criterio facultativo.

HUBERDOR, CÁPSULAS

Por vía oral y salvo criterio médico, para adultos y adolescentes, 3-4 cápsulas al día, para descender paulatinamente a dosis menores de acuerdo con la regresión de la sintomatología.

LABORATORIOS HUBBER, S. A.

Fábrica y Laboratorios de Productos Biológicos y Farmacéuticos
Berlín, 38-48 - Teléf. *321 72 00 - BARCELONA-15 (España)

Caso núm. 2. E. L. P. Edad 55 años. Varón.

Anamnesis. Aqueja dolor en región lumbar, irradiado a fosa iliaca izquierda y cadera, referidos como tirantes y, en su irradiación, como escozor que se fue intensificando y aumentaba al flexionar el tronco.

Datos peristáticos. Profesión: obrero metalúrgico.

Exploración. Dolor (++) a la presión en zona paravertebral lumbar de la III a V. La compresión cefálica despierta también dolor.

Pruebas complementarias. La radiografía revela enormes osteofitos en vértebras III, IV y V. La V. S. G. es de 12 a la 1.ª hora.

Tratamiento. Se instaura tratamiento antiartrosico, indicando Huberdor, una inyección diaria los diez primeros días.

Evolución. Cede el cuadro sintomático en los diez primeros días, persistiendo, como es lógico, los signos radiológicos.

Caso núm. 3. I. L. R. Edad 52 años. Varón.

Anamnesis. Enfermo con dolor intenso en región lumbar desde hace unos dos años. Ha sido diagnosticado de espondiloartrosis y ha realizado diversos tratamientos.

Exploración. Dolor sobre columna lumbar (+++), a la compresión cefálica y a los movimientos de flexión y torsión del tronco. Maniobras de Lassègue y Bragard positivas (+++) en ambas piernas.

Pruebas complementarias. La radiografía confirma el diagnóstico de espondiloartrosis. En la intervención quirúrgica exploradora no se puede establecer clara etiología compresiva, por lo que la intervención no fue terapéutica.

Tratamiento. Huberdor Inyectable, uno diario durante 15 días, para seguir después en días alternos.

Evolución. A los 15 días los dolores han disminuido, siendo posible, a la exploración, mayor amplitud de movimientos. Persiste la mejoría en el momento de redactar la casuística, siendo interesante señalar la falta de respuesta a otros tratamientos analgésicos.

Caso núm. 4. F. T. A. Edad 55 años Varón.

Anamnesis. Desde hace dos días dolor en región glútea y parte posterior de muslo derecho que obliga a cojear.

Exploración. Dolor (++) a la presión en región glútea, pliegue subglúteo y reflejos tendinosos normales. Signo de Lassègue positivo (+).

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. A los diez días mejoría subjetiva. No hay puntos dolorosos a la presión; persiste ligera positividad del signo de Lassègue.

Datos complementarios. Sin interés.

Caso núm. 5. F. P. C. Edad 49 años. Varón.

Anamnesis. Desde hace unos 15 días dolor en cara posterior de muslo izquierdo que aumenta al flexionar el tronco hacia delante y con el esfuerzo de la defecación.

Exploración. Dolor a la presión sobre hueso popliteo izquierdo; en dicho lado signo de Lassègue y maniobra de Bragard positivos.

Pruebas complementarias. La radiología revela artrosis lumbar y un pinzamiento entre L₅ y S₁.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria. A los seis días ha desaparecido el cuadro.

Caso núm. 6. P. P. R. Edad 58 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace tres meses dolor en hombro derecho que se intensifica con los movimientos del brazo.

Exploración. La abducción del brazo derecho provoca dolor (++) .

Pruebas complementarias. Sin interés.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria.

Evolución. Clara disminución del dolor a los tres días de tratamiento, siendo casi normal la función articular.

Caso núm. 7. M. S. R. Edad 53 años. Hembra.

Anamnesis. Dolor en cuello (zona lateral derecha), irradiado por hombro y por brazo hasta la mano, desde hace unos 15 días.

Exploración. Maniobra del angular, dolorosa en lado derecho. No hay dolor a la presión y golpeteo sobre apófisis espinosas de vértebras cervicales y dorsales, ni la compresión cefálica provoca dolor. La motilidad articular del hombro es amplia y no dolorosa.

Pruebas complementarias. La radiología no revela datos de interés patológico en relación con su síndrome radicular.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria durante seis días, para continuar después en días alternos.

Evolución. A los 15 días ha cedido la sintomatología.

Caso núm. 8. C. E. A. Edad 45 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace un año presenta dolor que aparece sin ritmo fijo en cadera y parte posterior de pierna derecha, se intensifica a los movimientos, en especial a la flexión del tronco.

Exploración. Signo de Lassègue y maniobra de Bragard positivos (+++) a los 30°.

Pruebas complementarias. En la visión radiológica pinzamiento intenso entre L₅ y S₁ por probable hernia discal.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria y se propone intervención quirúrgica.

Evolución. A los seis días han cedido los dolores casi por completo.

Caso núm. 9. L. R. L. Edad 32 años. Hembra.

Anamnesis. Aqueja desde hace unos días, dolor referido como punzadas en rodillas y tobillos. Había tenido, dos meses antes, amigdalitis.

Exploración. Dolor (++) en rodillas al forzar flexión. No se aprecian signos inflamatorios.

Pruebas complementarias. La radiología no revela anormalidad, así como tampoco el análisis serológico.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. A los diez días ha desaparecido el cuadro, habiendo sido vigilada y no presentando molestia alguna hasta la actualidad.

Caso núm. 10. A. L. C. Edad 35 años. Varón.

Anamnesis. Dolor desde hace algunos días en zona dorsal del lado derecho, que empezó paulatinamente.

Exploración. Dolor (++) a la presión en zona paravertebral derecha; dolor (++) al movimiento de extensión, en brazo.

Pruebas complementarias. Sin interés.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. Cede el cuadro a los 10 días.

Caso núm. 11. P. T. D. Edad 62 años. Varón.

Anamnesis. Desde hace algunos meses, dolor en ambas rodillas que aumenta al andar. Se encuentra en tratamiento por síndrome de claudicación intermitente.

Exploración. Dolor (++) en ambas rodillas al forzar la flexión y chasquido articular.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. No aprecia mejoría.

Caso núm. 12. G. P. A. Edad 50 años. Varón.

Anamnesis. Desde hace algunos días nota dolor en región lumbocostal derecha, que aparece con los movimientos y con la tos y no se irradia.

Exploración. Dolor (+) a la presión en dicha zona.

Pruebas complementarias. La radiología no revela anomalías.

Tratamiento. Huberdor, dos cápsulas diarias.

Evolución. A los cinco días ha desaparecido el cuadro.

Caso núm. 13. M. B. S. Edad 62 años. Varón.

Anamnesis. Dolor lumbosacro desde hace dos días, que aumenta con los movimientos y con la tos y que no se irradia. Tuvo unos episodios dolorosos similares hace 19 años y 5 años atrás fue diagnosticado de ciática.

Exploración. No duele a la presión sobre trayecto ciático. Signo de Lassègue negativo.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria.

Evolución. A los seis días se encuentra subjetivamente bien y la exploración no revela anomalía.

Caso núm. 14. M. B. B. Edad 53 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace años, dolor en región lumbosacra que se intensifica con el ejercicio. Tiene como antecedente el haber sido tratada de espondiloartritis brucelósica, hace 20 años.

Exploración. No duele a la presión en región lumbar. Hay dolor (++) a los movimientos de flexión y rotación de columna, movimientos que están limitados.

Pruebas complementarias. Sin anomalías.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria durante 10 días, para seguir después en días alternos.

Evolución. En la primera quincena apenas hay variación; al cabo de un mes ha cedido el dolor y los movimientos del tronco tienen mayor amplitud.

Caso núm. 15. J. L. A. Edad 65 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace meses, dolor en región lumbosacra irradiado a regiones glúteas y dolor en ambas rodillas al empezar a andar, cediendo al seguir la marcha. Como antecedente refiere el haber sido tratada hace años de artrosis cervical.

Exploración. Dolor (\pm) a la presión en región lumbar y dolor a los movimientos de flexión y rotación.

Pruebas complementarias. La radiología presenta signos de artrosis. En el análisis de sangre se descubre proteína C (++) y V. S. G. 40 mm. a la primera hora.

Tratamiento. Huberdor, dos cápsulas al día.

Evolución. Al cabo de un mes de tratamiento, el dolor lumbar ha desaparecido casi por completo. La exploración permite amplia movilización, sin dolor, al flexionar y torsionar la columna; la V. S. G. es de 11 a la 1.ª hora.

Caso núm. 16. J. C. P. Edad 22 años. Varón.

Anamnesis. Antecedentes sin interés. Dolor en región lumbar y cadera derecha desde hace unos dos meses, que aumenta al andar largas distancias y cede en reposo.

Exploración. Dolor a la movilización en articulación coxofemoral derecha.

Datos complementarios. La radiología no revela anormalidades, así como tampoco la serología reumática.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria durante seis días.

Evolución. Cedió la sintomatología.

Caso núm. 17. N. C. P. Edad 55 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace cinco años le aparece, en relación con el cansancio físico, dolor en hombro y rodilla derecha, sin haber apreciado signos inflamatorios.

Exploración. Se aprecia calor local en rodilla derecha y dolor (++) al forzar la flexión.

Pruebas complementarias. Las anormalidades en el análisis de sangre son: V. S. G., 16 a la 1.ª hora; proteína C reactiva (++)

Tratamiento. Se inicia con tres cápsulas de Huberdor al día, pero nota acidez referida a epigastrio por lo que deja la medicación.

Caso núm. 18. P. G. A. Edad 23 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace 15 ó 20 días, dolor intenso y continuo en rodilla izquierda, que aumenta con el reposo en cama y le obliga a levantarse y andar unos pasos. No ha apreciado hinchazón ni enrojecimiento.

Exploración. No hay alteraciones en la morfología ni en la función articular de la rodilla; hay dolor a la presión sobre zona de cabeza de peroné.

Pruebas complementarias. Radiografía de rodillas sin anormalidad. En zona subperióstica de tercio superior de peroné se aprecia una condensación ósea de contorno irregular de 2 a 3 cms. de largo por 1 de ancho. V. S. G. 14 mm. a la primera hora.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. Ha mejorado, sin llegar a ceder la sintomatología subjetiva.

Exploración. Dolor a presión a nivel de cabeza de peroné. V. S. G. 10 m. m. a la primera hora.

Caso núm. 19. F. C. G. Edad 26 años. Varón.

Anamnesis. Dolor en región glútea y cara posterior de muslo y pierna derecha desde hace unos diez meses, referido como «punzadas» que se intensifican con algún esfuerzo o al incorporarse; se irradia a región dorsal y dedo gordo del pie; habiendo realizado diversos tratamientos. Signo de Lassègue positivo. La flexión anterior del tronco, estando de pie, produce dolor irradiado por cara posterior de extremidad derecha. El resto de la motilidad articular es normal.

Pruebas complementarias. La radiología revela un claro estrechamiento del agujero de conjunción entre L-V y S-I.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria, además de normas de vida adecuadas.

Evolución. Ha desaparecido claramente el dolor al cabo de diez días de tratamiento.

Caso núm. 20. P. P. R. Edad 65 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace años presenta temblor en pierna izquierda y dolor referido como calambre, desencadenado con los golpes de tos.

Exploración. Dolor (++) a la presión sobre apófisis espinosa de L-IV; no duele a la compresión cefálica. Signo de Lassègue positivo en lado izquierdo, aumentando el dolor la maniobra de Bragard.

Pruebas complementarias. La radiología revela espondilolistesis de L-IV sobre L-V.

Tratamiento. Se propone intervención quirúrgica que la enferma no acepta. Se trata con Huberdor, una inyección diaria.

Evolución. A los tres días ha cedido el dolor, siendo a la exploración menos dolorosa la maniobra de Lassègue.

Caso núm. 21. C. R. A. Edad 50 años. Hembra.

Anamnesis. Dolor en hombro y brazo derecho y cefalea desde hace algunos meses.

Exploración. La exploración de columna cervical y dorsal no revela anormalidades; el desplazamiento del brazo derecho hacia atrás provoca dolor (++) en hombro derecho.

Pruebas complementarias. La radiología revela estrechamiento a nivel de atlas y axis.

Tratamiento. Se sugiere intervención quirúrgica; entre tanto, se indica Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. Con el tratamiento médico no mejora.

Caso núm. 22. J. Z. M. Edad 25 años. Varón.

Anamnesis. Desde hace algunos días, dolor precordial señalado a punta de dedo.

Exploración. Dolor a la presión (++) sobre cartílagos costales, segundo, tercero y cuarto del lado izquierdo.

Tratamiento. Huberdor, tres capsulas diarias.

Evolución. Ha cedido el cuadro al cabo de una semana.

Caso núm. 23. M. C. F. Edad 48 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace dos días dolor lumbar bastante intenso, que se irradia a región glútea izquierda. Tiene como antecedentes, episodios de lumbociática.

Exploración. Dolor (++) a la presión en zona lumbar paravertebral izquierda; signo de Lassègue negativo.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria.

Evolución. A los seis días se encuentra subjetivamente bien, y a la exploración no hay anomalías.

Caso núm. 24. A. L. F. Edad 52 años. Hembra.

Anamnesis. Dolor desde hace varios días en región dorsal que aumenta con el ejercicio físico.

Exploración. Dolor a la presión sobre apófisis espinosa de D-III a D-VI. Los movimientos de flexión no resultan dolorosos, ni la compresión cefálica.

Pruebas complementarias. La radiología no revela alteraciones de columna.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. A los diez días se encuentra subjetivamente mejor.

Caso núm. 25. A. T. M. Edad 50 años. Hembra.

Anamnesis. Hace una semana, dolor en hombro derecho que se intensifica con los movimientos de dicha articulación.

Exploración. Dolor (++) a la abducción y al llevar el brazo hacia atrás.

Pruebas complementarias. Sin interés.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. Al cabo de ocho días ha cedido el cuadro.

Caso núm. 26. E. G. V. Edad 42 años. Varón.

Anamnesis. Hace dos días se desencadenó dolor lumbar intenso, de comienzo brusco, al levantar un peso; este dolor se exacerba con los movimientos.

Exploración. Dolor lumbar a la presión en zona paravertebral derecha, dolor y limitación (++) a la flexión del tronco hacia adelante.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria.

Evolución. Desapareció el dolor al cabo de seis días.

Caso núm. 27. R. M. G. Edad 59 años. Hembra.

Anamnesis. Aqueja desde hace algunas semanas dolor en ambas piernas.

Exploración. No hay puntos dolorosos a la presión; no hay signos de inflamación en articulaciones. Maniobras de Lassègue y Bragard positivas en el lado derecho.

Pruebas complementarias. (Radiológicas y de laboratorio), sin interés.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria durante seis días; a seguir en días alternos.

Evolución. Clara mejoría en los primeros días del tratamiento.

Caso núm. 28. A. A. F. Edad 52 años. Hembra.

Anamnesis. Desde hace dos días presenta dolor en rodilla izquierda que aumenta con la marcha.

Exploración. Se aprecia rodilla izquierda más caliente que la derecha, no dolorosa a la presión; hay chasquido articular a la flexión.

Pruebas complementarias. No se aprecia en radiología lesión ósea ni alteraciones de menisco; la V. S. G. es de 14 m. m. a la 1.ª hora.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria durante seis días.

Evolución. Mejoría desde el principio del tratamiento.

Caso núm. 29. M. F. E. Edad 63 años. Hembra.

Anamnesis. Estando en tratamiento con anterioridad por hiperostosis vertebral aqueja dolor intenso y continuo desde hace un mes en región dorsal, lumbar, sacra y extremidades inferiores.

Exploración. A la inspección se aprecia enderezamiento de columna y aplanamiento de cifosis dorsal y su movilidad es limitada y dolorosa (+++).

Pruebas complementarias. La radiología revela una pronunciadísima hiperostosis vertebral.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria.

Evolución. No aprecia mejoría; se ingresa la enferma unos 15 días después.

Caso núm. 30. J. L. C. Edad 56 años. Hembra.

Anamnesis. Aqueja desde hace cinco días, dolor intenso en región lumbar derecha, que se intensifica con los movimientos. Entre sus antecedentes refiere ciática en el lado izquierdo, hace 25 años.

Exploración. Dolor (++) a la presión en región lumbar derecha; Signo de Lassègue negativo.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria.

Evolución. Al cabo de seis días ha cedido totalmente el cuadro.

Caso núm. 31. A. P. M. Edad 60 años. Varón.

Anamnesis. Presenta dolor en hombro derecho desde hace tres días, que aumenta con la abducción del brazo.

Exploración. Dolor (++) a la abducción del brazo derecho, que no puede ser elevado más arriba de la horizontal, y dolor al movimiento hacia atrás.

Tratamiento. Huberdor, dos cápsulas diarias.

Evolución. Al cabo de seis días ha cedido completamente el cuadro.

Caso núm. 32. A. G. L. Edad 20 años. Varón.

Anamnesis. Dolor en región lumbar bastante intenso, de comienzo brusco desde hace una semana y no irradiado; aumenta con los movimientos de flexión del tronco hacia adelante.

Exploración. Dolor (+++) a nivel de cuarta vértebra lumbar, desencadenado al intentar la flexión anterior del tronco; el resto de la exploración no revela anormalidad.

Pruebas complementarias. No revelan anormalidades.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. Ha desaparecido el dolor y los signos exploratorios en la revisión realizada al cabo de ocho días.

Caso núm. 33. J. G. R. Edad 48 años. Varón.

Anamnesis. A partir de la fractura de dos vértebras cervicales presenta frecuentes episodios de dolor en cuello al realizar la flexión y torsión, estando limitados estos movimientos.

Exploración. Dolor (++) a nivel de la parte superior de escápula y paravertebral cervical a todos los movimientos del cuello. Maniobra del angular negativa; no duele a la presión sobre apófisis espinosas vertebrales, ni a la compresión cefálica.

Pruebas complementarias. Sin interés.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. A los seis días ha cedido la sintomatología y se ha normalizado la exploración.

Caso núm. 34. J. A. O. Edad 52 años. Hembra.

Anamnesis. Aqueja dolor, hinchazón y enrojecimiento en ambas rodillas, muñecas y hombros desde hace unos cuatro años, habiendo realizado diversos tratamientos.

Exploración. A la inspección, signos de inflamación en las articulaciones citadas (rubor, calor y aumento de volumen) y dolor al forzar los movimientos.

Pruebas complementarias. V. S. G. 80 m. m a la 1.ª hora. Proteína C positiva (+++). Waler Rose positivo. Título de Asto negativo.

Tratamiento. Huberdor, una inyección en días alternos.

Evolución. Después de la administración de 18 inyectables, han mejorado considerablemente el dolor y los signos de alteración funcional.

Caso núm. 35. J. T. R. Edad 59 años. Varón.

Anamnesis. Dolor en región lumbosacra bastante intenso e irradiado a parte posterior de muslos y piernas, que comenzó hace aproximadamente un año; se alivia con el reposo y va aumentando a lo largo del día.

Exploración. En columna vertebral, limitación y dolor (++) a la flexión, extensión y rotación en región lumbar. Signo de Lassègue positivo bilateral.

Pruebas complementarias. La radiología revela zonas de osteólisis alternando con otras de condensación en ambos huesos ilíacos; en columna lumbar las vértebras presentan condensación en la periferia y rarefacción ósea central en cuerpo vertebral, dando la típica imagen de la vértebra pagética, algunas de ellas están aplastadas y algunos agujeros de conjunción disminuidos.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria durante 15 días, continuando después en días alternos.

Evolución. Al cabo de un mes ha disminuido el dolor en las extremidades inferiores, persistiendo el dolor en región lumbar. Continúan los signos exploratorios y radiológicos.

Caso núm. 36. G. G. P. Edad 36 años. Varón.

Anamnesis. Aqueja desde hace tres días dolor en región lumbar derecha irradiado por cadera, que se intensifica con los movimientos. Tiene antecedentes de episodios dolorosos de ciática bilateral.

Exploración. No hay dolor a la presión en trayecto ciático; no aparece signo de Lassègue.

Pruebas complementarias. No revelan datos de interés patológico.

Tratamiento. Huberdor, dos cápsulas diarias.

Evolución. Ha cedido el cuadro al cabo de los seis días.

Caso núm. 37. V. B. M. Edad 35 años. Varón.

Anamnesis. Aqueja desde hace varias semanas dolor en ambas zonas paraes-ternales, señalado a punta de dedo e irradiado a hemitórax e hipocondrios; se intensifica sin relación fija de horario ni causalidad determinada.

Exploración. Dolor (++) a la presión sobre cartilagos costales.

Pruebas complementarias. Radiología de tórax, columna vertebral y aparato digestivo; registro E. C. G. y datos de laboratorio no revelan anomalías.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. Al cabo de 10 días, han disminuido los dolores sin llegar a desaparecer; no duele a la presión sobre cartilagos costales.

Caso núm. 38. A. J. F. Edad 68 años. Hembra.

Anamnesis. Aqueja desde hace años, temporadas de dolor en región lumbar y dorsal, con limitación de la movilidad.

Exploración. Lordosis lumbar acentuada; dolor y limitación (++) en región lumbar a los movimientos de flexión de columna vertebral.

Pruebas complementarias. La radiología confirma la lordosis apreciada en la exploración clínica y revela imagen dudosa de espondilolisis, que queda pendiente de nuevo estudio radiológico para más adelante.

Tratamiento. Huberdor, una inyección en días alternos.

Evolución. Al cabo de doce días, se encuentra subjetivamente bien; se continúa su estudio y tratamiento.

Caso núm. 39. M. S. S. Edad 33 años. Varón.

Antecedentes. En tratamiento desde hace 10 años por dolor lumbar, especialmente intenso de noche en cama y disminución de la amplitud de flexión del tronco. Ha llevado diversos tratamientos, habiendo sido diagnosticado de espondiloartritis anquilopoyética.

Anamnesis. Desde hace dos meses dolor en región inguinal izquierda, parte interna del muslo y rodilla que aparece con la marcha y cede en el reposo.

Exploraciones. Coxofemorales: limitación de la abducción en la izquierda; maniobra de Bragard (++) en ambos lados.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria.

Evolución. No aprecia mejoría, se indicó posteriormente intervención quirúrgica en cadera.

Caso núm. 40. S. Y. H. Edad 23 años. Varón.

Anamnesis. Presenta dolor desde hace cuatro días en región lumbar, de comienzo súbito no irradiado y que aumenta con los movimientos.

Exploración. Dolor y contractura (++) en región lumbar.

Pruebas complementarias. Sin interés.

Tratamiento. Huberdor, tres cápsulas diarias.

Evolución. Al cabo de cinco días, ha cedido la sintomatología.

Caso núm. 41. A. H. L. Edad 48 años. Hembra.

Anamnesis. Presenta desde hace un año un dolor referido como escozor en ambas rodillas, que aparece al andar.

Exploración. Obesidad (++) . Dolor (++) y chasquido articular al flexionar ambas rodillas.

Pruebas complementarias. V. S. G., 32 a la 1.ª hora; la radiología evidencia signos de artrosis de rodillas.

Tratamiento. Huberdor, una inyección diaria durante 6 días.

Evolución. Desaparece la sintomatología subjetiva; persisten solo el chasquido articular a la flexión y los signos radiológicos.

Casuística agrupada en entidades nosológicas y síndromes.

- Patología ósea.** Enfermedad de Paget. — 1 (caso núm. 35).
 Osteopatía condensante circunscrita. — 1 (caso núm. 18).
 Hiperostosis vertebral. — 1 (caso núm. 19).
- Patología articular.** Poliartritis crónica progresiva. — 1 (caso núm. 34).
 Espondiloartritis anquilopoyética (en brote agudo). — 1 (caso núm. 39).
 Artritis idiopática. — 1 (caso núm. 17).
 Periartritis escapulohumeral. — 3 (casos núms. 6, 25, 31).
 Condritis de cartílagos costales. — 2 (casos núms. 22, 37).
- Artritis.** A. de rodillas. — 4 (casos núms. 1, 11, 28, 41).
 A. lumbar. — 7 (casos núms. 2, 3, 5, 8, 15, 19, 20).
 A. cervical. — 1 (caso núm. 21).
 Artralgias de etiología no precisada. — 1 (caso núm. 9).
- Patología muscular.** Lumbago. — 9 (casos núms. 12, 13, 16, 23, 26, 32, 36, 38, 40).
 (de etiología no precisada).
 Dorsalgia de etiología no precisada. — 2 (casos núms. 10 y 24).
 Dolor cervical de etiología no precisada y espasmo muscular. — 1 (caso número 33).
- Síndromes radiculares.** Ciática. — 4 (casos núms. 4, 23, 27, 30).
 Síndrome radicular de extremidad superior. — 1 (caso núm. 7).

RESULTADOS

Hemos clasificado los resultados en muy buenos, satisfactorios y nulos.

De la revisión de la casuística se desprende que, de los 41 casos tratados, el resultado fue muy bueno en 35 casos, satisfactorio en 3 y nulo en tres; habiendo presentado intolerancia gástrica uno de ellos y sin haberse apreciado otros efectos secundarios (alteraciones de la glucemia, osteoporosis, etc.), que también se han comprobado.

En cuanto a los grupos sindrómicos, podemos decir que el resultado de la terapéutica ha sido:

Patología ósea: El resultado ha sido aceptable (teniendo en cuenta la limitada eficacia de los métodos de que hoy disponemos para estas enfermedades), en los casos tratados de enfermedad de Paget y de osteopatía condensante circunscrita y nulo en nuestro caso de hiperostosis vertebral.

Patología articular: En los procesos inflamatorios, los resultados han sido buenas en la P.C.P., periartritis escapulohumeral, condritis de cartílagos distales y artralgia de etiología no precisada. El efecto ha sido nulo en el caso de espondilitis anquilopoyética (en el que a continuación hubo de recurrirse a prótesis de articulación coxofemoral) y el efecto ha sido igualmente nulo en un caso de artritis idiopática. En las afecciones artrósicas, en brote de agudización con dolor y otros signos inflamatorios, la respuesta terapéutica ha sido en general muy buena, pues así hemos podido calificar el resultado en todos los casos menos en uno, siendo este grupo sindrómico el más numeroso de nuestra casuística.

Patología muscular: El resultado en miositis y lumbagos ha sido también bueno en todos ellos menos en uno, que se califica como aceptable. En general, se muestra también eficaz el preparado en este grupo patológico.

Patología radicular: En la que no hemos podido encontrar causalidad ósea o articular; el resultado se califica igualmente como bueno en los casos recogidos.

Es interesante, además de la referencia estadística, considerar algunos casos de especial dificultad, así el caso núm. 3, cuya artrosis de columna vertebral, intensamente dolorosa, le ha llevado por diversos centros hospitalarios y sólo después de la administración de la forma inyectable ha encontrado franca mejoría (aun sin llegar a desaparecer el dolor totalmente).

También interesa tener en cuenta, la eficaz respuesta en procesos como los síndromes radicales producidos por artrosis, ciáticas, lumbagos, fases de descompensación de las artrosis, etc.; es decir, procesos en los que se mezclan varios componentes patogénicos del dolor y de la insuficiencia funcional y que es donde tiene su indicación, obteniendo excelentes resultados, la asociación farmacológica ensayada.

Ya el empleo de la asociación de corticoides con fenildimetilpirazon-metilaminometánsulfato sódico se había mostrado eficaz en la clínica reumatológica, pues el segundo potencia la acción del corticoide, según demostró Pérez Gil en el V Congreso Español de Reumatología (1966).

Recientemente, con la adición del tiocolchicósido, se contribuye a resolver el factor del espasmo muscular, tan importante en cuanto al dolor y a la impotencia funcional. Sobre el empleo de esta especialidad, en cuya fórmula figura el tiocolchicósido, tenemos ya algunas intere-

santes referencias que desde el punto de vista clínico, recogen excelentes resultados (Pelegrín Navarro, A., 1970; Puig de Morales, E. 1970).

Con nuestro estudio, hemos querido aportar más datos, tanto en el empleo racional de este fármaco, como en la exposición de los resultados obtenidos en la clínica. Nos ha parecido interesante, para hacer objetivo el estudio, sentar indicaciones variadas en atención a las bases referidas anteriormente, incluyendo casos ya rebeldes a otras terapéuticas y tratando entidades nosológicas en las que, sabemos, aún no existen tratamientos eficaces que proporcionen un franco éxito terapéutico. Finalmente, hemos realizado las revisiones en equipo, para suprimir, en lo posible, los factores de apreciación personal.

Todo ello nos lleva a las siguientes

CONCLUSIONES:

1.^a La asociación medicamentosa experimentada es eficaz en el tratamiento de aquellos síndromes donde se aúnan componentes inflamatorios, de espasticidad muscular y de afectación neurológica y donde el dolor suponga un trastorno importante, tanto en el vivir de la persona enferma, como en la recuperación funcional de algunas de las partes del aparato locomotor.

2.^a Ha demostrado su utilidad en síndromes que se mostraban rebeldes a otras terapéuticas antiálgicas, antiinflamatorias.

3.^a Dentro de las indicaciones referidas, tiene interés por su efecto antiespasmódico y antiinflamatorio, como coadyuvante de las medidas de fisioterapia.

BIBLIOGRAFIA

- BEATON, J. R., GOODWIN, M. E.: *Canad. J. Biochem. Physiol.* 32:684.
- CAPRA, C.: Actividad analgesica del tiocolchicosido. *Fitoterapia*. 38: núm. 3, 66, 1967.
 — — Actividad antiinflamatoria del tiocolchicosido. *Fitoterapia*, 38: núm. 1, 66, 1967.
- CIVEIRA OTERMIN, F.: «Apuntes de Patología Médica», 1970.
- DE SEZE Y RICKWAERT: «Maladies des os et des articulations». Flammarion, Paris, 1965.
- FARRERAS VALENTI, P.: «Medicina Interna». Ed. Marín, 1967.
- GARCÍA VALDECASAS, F.: «Farmacología experimental y terapéutica general». Barcelona, 1959.
- GROLLMAN, A.: *Pharmacology and Therapeutics*. 5.ª Ed. Lea Febiger. Philadelphia, 1962.
- HARDY, J. D.; WOLFF, H. G. AND GOODELL, H.: *Pain sensations*. The Williams Wilkins Baltimore, 1952.
- HENCH, P. S.; KENDALL, E. C.; SLOCUMB, C. H. AND POLLEY, H. F.: Effects of cortisone acetate and pituitary ACTH on rheumatoid arthritis, rheumatic fever and certain other conditions. A study in clinical physiology. *Arch. Int. Med.* 85: 545, 1950.
- JEQUIER, R.; BRANCENI, D. Y PETERJALVI: Activité antimittotique et toxicité de quelques dérivés de la colchicine et de la tiocolchicine. *Arch. Int. Pharmacodyn.* 103, 243, núm. 23, 1955.
- JEQUIER R. Y PLOTKA, C.: Le Thiocolchicoside étude pharmacologique. *Arch. Int. Pharmacodyn.* 109, 389, núm. 304, 1957.
- KREBS, E. G. Y FISCHER, E.: *Vitamins and hormones* 22, 399, 1964.
- PELEGRIN NAVARRO, A.: «Tratamiento sintomático de los síndromes dolorosos neuromusculares del aparato locomotor con un nuevo preparado farmacológico antálgico-neurótrópico. *Anales de Medicina y Cirugía*. Año XLVI, núm. 220, 1970.
- PÉREZ GIL, L.: «Asociación 6-metil prednisolona en el tratamiento de los reumatismos» (comunicación presentada al V Congreso Español de Reumatología, 1964.)
- PLUVINAGE, R.: L'emploi en neurologie d'un nouveau decontractant: le tiocolchicoside.
- PUIG DE MORALES, E.: «Experimentación clínica con un nuevo preparado antiálgico, antiinflamatorio y antineurítico». *Anales de Medicina y Cirugía*. Año XLVI, núm. 221, 1970.
- SYDNEY ROBERTS AND BROWN Y PEARSON: *Corticoesteroides en la práctica médica*. Ed. Toray, Barcelona, 1964.
- SOLLMAN, T. A.: *Manual of Pharmacology*. 8.ª ed. W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1957.
- TARDIEU, G. y Cols.: Essais de mesures electromyographiques et dynamométriques des raideurs d'origine cérébrale. Application à l'étude du thiocolchicoside. Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 1959. Séance du 13 Mars. pag. 336-340.
 — — Essai d'appréciation clinique des méthodes thérapeutiques opposées aux diverses raideurs d'origine cérébrale. Application à l'étude du thiocolchicoside.
- WILHELMI, G.: Über die entzündungshemmende Wirkung von Cortison, ACTH, Pirazolen und anderen Antiphlogistica. *Medizinische*, 1591, 1952.
- UNGAR, G.; DAMGAARD, E. AND HUMMEL, F. P.: Action of salicylates and related drugs on inflammation. *Ann. J. Physiol.* 171: 545, 1952.

RECUERDOS DE MEDICO VIAJERO (*)

A. PUIGVERT

(Academio Numerario)

Al serme anunciada en el año 1943 la elección de Miembro Extranjero de la Sociedad Argentina de Urología, el mismo comunicado advertía la preceptiva presentación de un trabajo inédito para su lectura y discusión en una de las reuniones científicas de la Sociedad. Esta norma reglamentaria, que se me invitaba a cumplimentar, planteó viajar a Buenos Aires para atender tal requisito a fin de recibir tan apreciable distinción.

Poco pude pensar la trascendencia viajera de aquella invitación cuando decidí acudir a Buenos Aires para cumplimentar lo señalado por los cánones de aquella Sociedad.

Después de un intenso intercambio epistolar, que decidió la fecha de mi viaje a la Argentina, mis colegas bonaerenses organizaron además un ciclo de conferencias en cátedras universitarias y sociedades médicas, a más de demostraciones operatorias en distintos hospitales del país. Así fue planeado este mi primer "gran viaje", pues hasta aquel entonces mis periplos se habían limitado a París, Berna, Lisboa, etc., donde acudí para ver y aprender de los grandes maestros de la urología europea, Legueu, Marion,

Heitz-Boyer, Wildbolz, R. dos Santos, etcétera.

En aquél, como luego en sucesivos viajes, había sido prefijado por mis huéspedes un riguroso programa de actividades médicas, pero ello no ha impedido observaciones viajeras, algunas de cuyas anécdotas, médicas y humanas, voy a recordar en la sesión literaria de hoy.

Mi primer viaje a América, en plena Guerra Mundial, constituyó de por sí una pequeña aventura. Dos eran y son, los caminos para viajar a Buenos Aires desde Europa: por el mar y por el aire. El primero entrañaba en aquel entonces un prolongado viaje durante 40 a 50 días de ida y otros tantos de vuelta, debido a la lentitud de navegación que los beligerantes imponían, más las innúmeras interrupciones que se producían, dados los riesgos del viaje marítimo en las circunstancias bélicas de aquel tiempo. La ruta aérea era más breve, si bien totalizaba, entre vuelos y paradas, unos 8-10 días. En aquel entonces, los aviones no volaban con la velocidad de los actuales, a lo que se añadía, y era lo más engorroso, la incertidumbre horaria del viaje, complicada por para-

(*) Discurso leído, por corresponderle el turno, en la Sesión Inaugural del Curso: 31-1-71.

das prolongadas, irregulares e inesperadas y si bien el tiempo en vuelo era relativamente corto, unas 50 horas, las incidencias prolongaban el inseguro viaje.

El día y hora de partida del hidroavión que cubría el recorrido de Europa hasta América eran totalmente ignorados y supeditados a las actividades beligerantes, situación que persistía durante todo el viaje. Por si esto fuera poco, en cualquiera de las paradas del viaje, Dakar, Monrovia, Natal, etc., las plazas de los viajeros del avión podían ser requisadas por agentes beligerantes y los pasajeros excluidos quedaban abandonados en el lugar de la requisa en espera de ser recogidos por un próximo avión y alcanzar su anhelado destino. Para eludir este grave inconveniente el pasajero debía obtener, si le era posible, una licencia de "prioridad" con la cual era el último en perder su plaza del avión.

En Lisboa, punto de partida del viaje transatlántico, la espera era obligada durante unos días, dada la incertidumbre de la hora de salida del "Clipper" de la Pan. Ame., desconocida incluso para la propia Compañía. Los viajeros en constante lista de espera eran convocados por la Compañía en su oficina para seleccionar los que serían embarcados horas antes de la salida del hidroavión, lo que imposibilitaba abandonar la ciudad para cualquier desplazamiento prolongado con fines turísticos. Con el aviso para la partida, comenzaba la peregrinación y en ella las emociones, que no eran pocas.

Tras las revisiones y requisitos policiales, engorrosos siempre, extremadamente minuciosos en aquel entonces, pues todos los pasajeros parecíamos supuestos espías, fuimos embutidos en la panza del hidroavión "Clipper" que reposaba en aguas del río Tajo, de donde al atardecer despegó la máquina con destino a Africa. Después de una noche en vuelo amanecimos en Dakar; allí se produjo mi primer encuentro con el mundo negro. Fuimos recibidos por los agentes de la compañía transportadora en los barracones de un aeropuerto provisional con un magnífico desayuno abundante en pan blanco, sorprendente lo último cuanto en aquel entonces en España sufríamos las restricciones que la guerra mundial imponía en toda Europa. Nos fue dado asistir como actores a un excelente festival gastronómico atendido respetuosamente por senegaleses y que la pulcritud y limpieza del lugar eran en aquel entonces destacables.

Finalizado el desayuno partimos de Dakar, reemprendiendo el viaje volando durante el día y al atardecer llegamos a Monrovia para pernoctar en esta ciudad. En la mañana siguiente, antes de partir, al pasear curioso por el jardín del hotel donde dormimos pasajeros y tripulantes, presencié un triste espectáculo: mientras altos y fornidos negros en cuclillas arreglaban el césped y las flores, otro negro vigilante cuidaba de aquéllos con un grueso látigo de cuero en la mano. ¡Qué penosa impresión me causó esta escena en Liberia, país tan generosamente creado por Norteamérica para libera-

ción de los negros! Poco después embarcamos en el hidroavión para iniciar el "salto" al continente americano.

Después de 12 horas de monótono vuelo transatlántico, el hidroavión amerizó en Natal, al norte de Brasil. En esta ciudad, sin alicientes, tropical y monótona, la estancia se prolongó dos días en espera de seguir viaje en un avión terrestre a Río de Janeiro camino a Buenos Aires. En aquel entonces, Natal era una pequeña ciudad con un gran aeropuerto militar; una parte de los viajeros fuimos alojados en el "Gran Hotel de Natal" y el resto en el Hospital de la localidad.

En Río de Janeiro, nueva parada de dos días y tres noches en espera del último vuelo en un DC 3 a la meta final. Durante mi estancia en Río establecí mis primeros contactos médicos brasileños, gracias a lo cual no se repitió el aburrimento de Natal.

A mi llegada al aeropuerto "Santos Dumond", fui sorprendido al ser recibido por varios colegas cariocas. Efectivamente, un grupo de urólogos de Río, conocedores de mi viaje por la prensa local que diariamente publicaba la lista de los viajeros en tránsito de Natal a Río, acudió al aeropuerto, donde me esperaron cual "rara avis" viajera. En aquel entonces, el aeropuerto "Santos Dumond", el más moderno del hemisferio sudamericano emplazado en la bahía de Río, tenía su única pista de aterrizaje corta y en gran parte rodeada por el mar, por cuyo motivo el aterrizar de los aviones era difícil. De todas formas, el espectáculo aéreo del atardecer sobre-

volando aquella bahía, bien valía el riesgo.

Durante mi corta estancia en Río de Janeiro, atendido por mis nuevos compañeros, visité centros médicos y hospitales. Dos de éstos llamaron mi atención: el Hospital de la Santa Casa de Misericordia y el de los Servidores del Estado. Dos grandes contrastes, el primero similar, aunque de construcción posterior al antiguo Hospital de la Santa Cruz de Barcelona, por lo cual eludo la descripción; sólo son a destacar los hermosos azulejos de estilo portugués que decoraban los pasillos y enfermerías y la magnífica capilla barroca, instalada en el último piso del edificio, que era mostrada orgullosamente a los visitantes. En su época la misión principal de esta capilla era cobijar en su última noche a los infelices, por lo común esclavos, condenados a pena capital. ¡Qué contraste de suntuosidad para tan triste epílogo!

El Hospital de los Servidores del Estado, en trance de finalizar su construcción, llamó mi atención por la esplendidez y lujo de detalles que ya albergaba y que años después, ya terminado, comprobé.

Años más tarde, en la inauguración de la Residencia Sanitaria "Francisco Franco" en nuestra ciudad —Centro de la Seguridad Social que destaca por el excelente equipo de médicos barceloneses que lo atiende—, recordé aquel hospital, que salvando las distancias de tiempo y medios, ambos centros sanitarios tienen similar estructura.

Antes de abandonar Río prometí a mi regreso de Buenos Aires compartir las actividades de mis colegas brasileños.

Mi primera estancia en la Argentina fue prolongada; dicté conferencias en Academias, Centros Médicos y en las Facultades de Medicina de Buenos Aires y Rosario. Desarrollé en diferentes hospitales sesiones operatorias precedidas de las correspondientes reuniones clínicas para la discusión y selección de los casos propuestos para ser operados; en total practiqué 22 operaciones quirúrgicas, una de éstas en el Servicio del Prof. E. Finochietto, en el Hospital Rawson, por invitación expresa de este Profesor, lo cual constituyó una rara excepción en él.

De algunos hospitales bonaerenses recuerdo con admiración sus instalaciones; el Hospital Municipal Durand, que cobija el "Instituto de Urología" que dirigía el Profesor Figueroa Alcorta, era en aquel tiempo, modélico en sus instalaciones; en el Hospital Fernández, cuyo Servicio de Urología estaba dirigido por el Dr. Vilar, antiguo alumno de la Facultad de Barcelona, me sorprendió al saludarme en nuestra lengua vernácula, en una época en que su uso estaba restringido en nuestro ambiente. En el Hospital Rawson, el Servicio de Urología estaba dirigido por el Profesor E. Castañón, Catedrático de la materia y modelo de caballerosidad; es a destacar el archivo de este Centro que conservaba correctamente catalogadas las Historias Clínicas de los pacientes asistidos desde su inauguración a finales del pa-

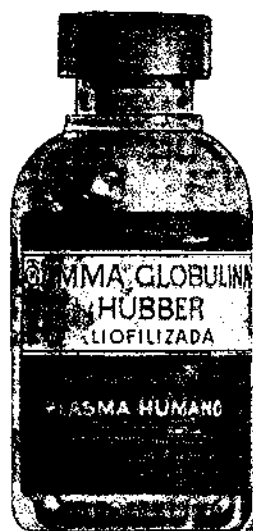
sado siglo. Visité también el Hospital Español, que atiende la colectividad española en la Argentina, y en el cual sigue al frente de la Urología mi buen amigo el Profesor A. García, en aquel entonces Presidente de la Sociedad de Urología, mi anfitrión. En todos estos Hospitales desarrollé conferencias y sesiones operatorias, la mayoría de las cuales eran seguidas de opíparas comidas criollas.

La minuciosa visita al archivo clínico del Hospital Rawson reafirmó mi propósito de incorporar al Hospital de la Santa Cruz y San Pablo el Instituto de Urología con la colección de historias clínicas iniciada en el año 1928. Años después este proyecto ha sido realidad, con lo cual el archivo médico actual del Instituto sobrepasa las 100.000 historias clínicas perfectamente ordenadas, lo que constituye un excepcional material de investigación clínica y docente al servicio de los médicos que se especializan en el Centro y desarrollan sus tesis.

En aquel viaje visité al Profesor Sayé y señora; en la comida con que me agasajaron, cargada de recuerdos emocionales barceloneses, nos acompañó un viejo amigo de mi difunto padre, el Dr. Tomás Pumarola; fue para mí un almuerzo inolvidado.

Al regreso de Buenos Aires, me detuve 5 días en Río de Janeiro, para cumplir los compromisos adquiridos en esta ciudad. Recién llegado, el primer día, al regresar por la noche al hotel, me esperaba un soldado brasileño, negro retinto, que me conminó a acompañarle sin mayor explicación.

AMPLIO ESPECTRO INMUNITARIO



GAMMA GLOBULINA HUBBER

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE LAS
INFECCIONES VIRICAS Y BACTERIANAS

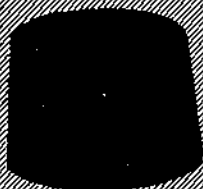
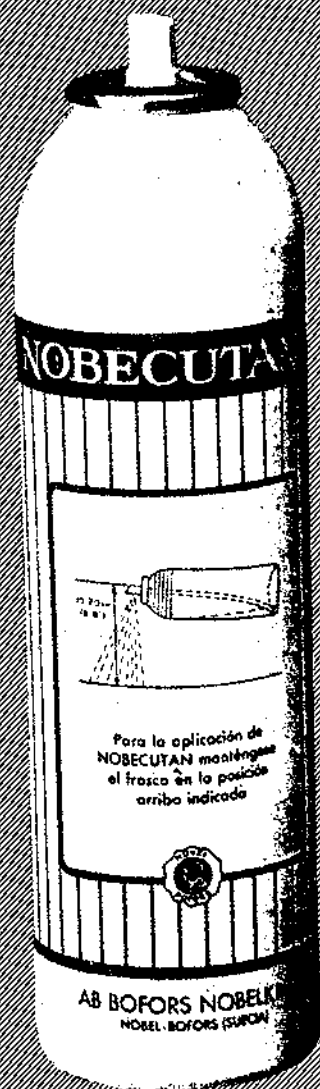
Laboratorios Hubber, S. A.

Berlín, 38-42

Barcelona-15

NOBECUTAN

APOSITO PLASTICO ESTERIL
ANTISEPTICO, EN FORMA DE AEROSOL.



LAB. INIBSA - Loreto, 8 BARCELONA-15

Me condujo a una oficina militar donde fui interrogado acerca del significado de un telegrama que aquella tarde había cursado a Buenos Aires, cuyo contenido y brevedad, hizo sospechar a la censura militar brasileña que podía ser cifrado. Aquí me tienen angustiado dando explicaciones entre español y portugués en un centro de Contraespionaje. ¡Por fin, después de dos horas de difíciles explicaciones, esclarecido el significado del cable, recuperé mi libertad; pero la inquietud me acompañó en mi regreso solitario por la magnífica avenida de Río Branco al hotel Paz, donde estaba hospedado, y aquella primera noche carioca no la dormí en paz!

En aquel viaje visité la pujante ciudad de Sao Paulo; en ésta pude admirar el recién construido "Hospital de Clínicas", anexo a la Universidad. Consta de 14 plantas, cada una cobija 2 ó 3 servicios clínicos con gran lujo de detalles; recuerdo que el Servicio de Urología disponía, entre otros muchos elementos en cada departamento asistencial y en las salas de exploración, de neveras destinadas a la conservación de sondas y catéteres uretrales a temperatura constante para que no sufriera deterioro el caucho.

En aquel Hospital estaba ya en ensayo una Sala de Operaciones piloto, totalmente esterilizable, instalada bajo la dirección del Profesor Vasconcelos. En ella desarrollé una sesión operatoria protegida por los rayos germicidas, a más de otras sesiones y conferencias en la Cátedra de Urología de la Universidad de Sao Paulo.

El contraste entre Río y Sao Paulo era y es muy destacado; en Río la belleza natural del lugar es deslumbrante y el ambiente plácido y sin prisas; mientras que Sao Paulo era en aquel entonces, un hervidero de actividades y razas.

Años más tarde viajé de nuevo a Sao Paulo, en esta ocasión para recibir en sesión solemne la investidura de Doctor "Honoris Causa" de aquella Universidad, singular distinción que unos meses antes había sido igualmente conferida al Cardenal Spellman de New York; feliz coincidencia que descubrí en el libro de registro de la Universidad al estampar mi firma debajo de la del Cardenal, lo cual me llenó de natural satisfacción.

En esta segunda visita a aquella ciudad quedé sorprendido por el extraordinario crecimiento de la misma. Sirve de exponente de ello que en aquel entonces eran instalados en Sao Paulo unos 1.500 teléfonos por día, es decir algo más de un teléfono por minuto. Así se producía la expansión de aquella ciudad, actualmente la más pujante del Continente Sudamericano y que no ha interrumpido su desarrollo.

En mi breve estancia en Río tuve el honor de ser recibido por el Presidente Getulio Vargas, en su despacho oficial en el romántico "Palacio do Cattete", antigua Residencia Real; la visita fue cordial, era hombre parco en hablar y preciso e insistente en preguntar.

Regresé a Europa siguiendo la misma ruta aérea. En la travesía surgieron nuevas angustias, pues durante la no-

che del salto atlántico fuimos informados que el vuelo se prolongaría debido a que uno de los motores del hidroavión se había inutilizado y la velocidad del crucero sería disminuida. El camino era muy largo y con ello la inquietud aumentada, pero al fin llegamos a Monrovia, donde nuevamente pernoctamos.

Al día siguiente finalizó este periplo en Lisboa, amerizando en el Tajo después de 4 horas de sobrevolar el río en espera de que mejorase la visibilidad necesaria para el amerizaje.

Después de aquel primer viaje y por motivos semejantes he cruzado el "Gran Charco" 56 veces, lo que representa 28 viajes a las Américas, amén de otros por iguales razones al próximo y lejano Oriente, Norte de Africa y países del este europeo. Cada viaje con menos incidencias y mayor brevedad, hasta la monótona rapidez de los vuelos actuales.

En uno de mis primeros viajes visité la fantástica ciudad de New York, urbe inmensa, cuyo caminar por entre sus rascacielos es agobiante. Transcurrió la casi totalidad de mi estancia en el "New York Hospital", invitado por el Profesor Lowsley, Director de la Fundación Brandy, que sostenía el Servicio de Urología de dicho nosocomio. En él presencié las cotidianas sesiones operatorias realizadas por Lowsley y sus colaboradores; una de ellas fue desarrollada por Millin, el impulsor de la cirugía prostática transcapsular retropubiana, que accidentalmente se encontraba en New York. Conocí a uno de los colaboradores

de Lowsley, el Dr. Vergés, barcelonés de nacimiento, hijo de un ginecólogo que durante años había practicado esta especialidad en nuestra ciudad. Gracias a Vergés pude visitar y analizar con detalle el funcionar de aquel inmenso y maravilloso Centro Médico neoyorquino. Años después, en otra visita, era el Profesor Marshall quien dirigía aquel Servicio de Urología con singular eficacia y sabiduría.

En otra ocasión, años más tarde, visité la ciudad de Los Angeles en la margen opuesta de aquella gran nación. En aquella interminable y extensa ciudad pude conocer el magnífico Instituto de Oftalmología que forma parte del Hospital de la Universidad de California. Aparte de la suntuosidad del Centro y de la riqueza de medios de que dispone, me llenó de orgullo la presencia decorativa en el hall de un único cuadro obra de un pintor catalán, Dalí.

En estos viajes ¡cuánto aprendí que no sabía!

En un viaje a la República de Panamá me esperaba una singular aventura. Había sido invitado por el Hospital "Santo Tomás" a dictar un ciclo de conferencias y realizar sesiones operatorias. En aquella época, en que no existía en aquel país un centro de enseñanza médica universitaria, el Hospital cumplía además de su función asistencial una misión docente para perfeccionamiento de Post-Graduados. El Hospital estaba maravillosamente situado frente al Océano Pacífico; con la contemplación de aquella exuberante vegetación tropical y la paz azul

del Pacífico al fondo, la recuperación de los enfermos se aceleraba. El calor era agobiante y con él la sed, que requería abundante ingestión de zumos de ricas frutas tropicales.

El primer día de mi estancia, dicté la conferencia inaugural y operé tres prostáticos dispuestos de antemano. Al atardecer fui acompañado a saludar al Presidente de aquella República, Enrique Jiménez, quien me recibió amablemente acompañado de su esposa. Durante la visita, el Presidente hizo me diversas preguntas médicas y mostró especial interés acerca de la enfermedad prostática, a lo cual no presté mayor atención. Al día siguiente fui llamado por el propio Presidente a su domicilio, quien me planteó su problema médico y mostró los exámenes a que había sido sometido. Tras el examen del paciente, expuse mi interpretación diagnóstica y cuál era, a mi criterio, el tratamiento apropiado a su dolencia. Al siguiente día fui invitado a discutir mi tesis diagnóstica con el Jefe de Urología del Hospital "Gorgas", emplazado en la Zona del Canal, quien anteriormente había examinado al paciente. Después de larga discusión —dada la diferente interpretación del problema—, al fin prevaleció mi diagnóstico y la consiguiente propuesta terapéutica que de este diagnóstico derivaba.

Aceptado por el paciente el tratamiento quirúrgico, expuso su deseo de ser operado en el Hospital "Gorgas". Por tratarse este nosocomio de una dependencia militar norteamericana fue necesario el permiso del Gobierno

de aquella nación, para que un cirujano extranjero operara en un Hospital de tal rango. Accedido el requerimiento presidencial operé al Presidente con la colaboración del urólogo de aquella Base Militar.

En realidad, la invitación que había recibido con fines docentes, fue una pequeña "trampa".

La exigencia del Presidente en ser operado en aquel Hospital extraterritorial a su nación era por razón política. Según parece y de acuerdo con la Constitución de aquel país, en caso de enfermedad, el Presidente debía delegar el poder en el Vicepresidente, y dado que éste pertenecía al partido político contrario, el Presidente no quería entregar ni temporalmente el mando de la nación, obligación que eludía si simulaba un viaje al extranjero. Con todo ello, yo estaba entre "espada y pared" de los dos partidos y acaso, mejor dicho, entre el Atlántico y el Pacífico, pues cualquier contingencia adversa que hubiérase producido podía provocar un conflicto político, sin otra salida para mí que los Océanos.

Al despedirme y requerir el Presidente mis honorarios, le contesté que era un paciente más entre los operados en su país. Ante su insistencia le pedí como recuerdo una pluma Parker, que en aquella época (1947) eran tan escasas y apreciadas en España. Sonriente me preguntó si andaba igual de "carro" que de estilográfica y a mi regreso por New York fui recibido en aquel aeropuerto por el Cónsul General del Panamá, quien al día siguiente

me acompañó a la "General Motors" a escoger un coche que poco después recibía en Barcelona.

En aquella ocasión el Presidente me propuso para una distinción honorífica que no pude aceptar por la falta de representante diplomático español. Años más tarde, en otro viaje a aquella República, fue el propio ex-Presidente Jiménez quien me impuso la condecoración, y tuve la singular suerte de ser acompañado por el Profesor Santiago Pi-Suñer, Catedrático de la recién instaurada Universidad de Panamá y de quien había sido alumno en Barcelona. S. Pi-Suñer sólo esperaba la jubilación para regresar a su añorada Barcelona.

En 1950 viajé de nuevo a Buenos Aires, en compañía de mi buen amigo el Dr. Soler-Roig, invitados al Congreso del Colegio Internacional de Cirujanos, que congregó en aquella ciudad cerca de 2.500 cirujanos de todo el orbe. Al Congreso asistieron invitados de honor los Profesores Bastos, García Orcoyen y Trueta, entre otros.

Recién llegado, en el hotel fui advertido telefónicamente que por decisión del comité de cirujanos argentinos y para la Sesión Inaugural de la mañana siguiente, había sido designado para contestar a las saluciones de bienvenida, en nombre de los médicos extranjeros que acudíamos a aquel evento. Intenté zafarme del "encarguito", pero fue inútil, mi nombre estaba programado.

A la mañana siguiente, con gran retraso horario, se inauguró el Congreso bajo la Presidencia de Eva Perón,

Ministros del Gobierno, Autoridades Académicas, etc. Se abrió la Sesión con las saluciones de los Delegados y Representantes nacionales argentinos; cada orador sacaba del bolsillo el texto de su discurso que era leído con todo énfasis, mientras yo escuchaba sin escrito que leer y en búsqueda de qué decir. A mi turno tuve que "sacarme de la manga", en vez del bolsillo, un improvisado parlamento que, por suerte, me valió un cariñoso saludo de la señora Perón, que al saber ser de Barcelona, dedicó grandes elogios a nuestra ciudad.

Finalizado aquel magno Congreso, que se desarrolló perfectamente, antes de regresar a España, por indicación del Presidente de aquella nación, acudí a despedirme a la Casa Rosada. Me sorprendió la sencillez con que Perón me recibió en su despacho oficial. Allí, entre sorbo y sorbo de café, durante la conversación que se prolongó cerca de una hora, le pregunté, entre otras cosas, los motivos de su programa político, y de sus explicaciones recuerdo este comentario casi textualmente: "Vea Doctor, la situación general de los pueblos sudamericanos les predispone a aceptar cualquier ideología por extraña y extremada que sea; por ello creo necesario orientar a nuestros pueblos hacia un socialismo nacional y apropiado a cada país, fraguado por nosotros mismos, antes que se produzca la penetración de ideologías extrañas en nuestros pueblos." Esa fue la contestación de Perón en julio de 1950.

Años después tuve la oportunidad de viajar al extremo Oriente. En Ma-

nila visité la Universidad Pontificia de Santo Tomás, fundada por los Dominicanos en el siglo XVII. En ella dicté varias conferencias. La mayoría de las instalaciones estaban modernizadas; las salas de disección tan cuidadas que bien podían ser calificadas de lujosas. Dado el clima tropical, todos los laboratorios estaban refrigerados; en las mesas de acero inoxidable y con irrigación continuada, el material de estudio era abundante. El número de estudiantes en aquella Universidad ya era elevado, si mal no recuerdo, unos 25.000 alumnos entre todas las Facultades. Además de esta Universidad, la primera y más importante de Manila, funcionaban en la ciudad siete Universidades más, entre privadas y estatales, todas con igualdad de privilegios y deberes.

En aquel viaje visité Hong Kong, ya en aquel entonces hervidero de todo y con contrastes inexplicables. Recuerdo un comentario referente a la ingente masa humana que cobijaban los "juncos" amarrados en aquel puerto acerca del desinterés de los padres por los hijos de sexo femenino.

Los chinos, por lo común, son exigentes en la comida, por lo cual los restaurantes en Hong Kong eran muy refinados. El menú constaba de muchos platos, hasta 20 diferentes para cada comida. Tres eran obligados, la sopa de aleta de tiburón, el pollo a pequeños trozos, frito, acompañado de arroz blanco para ser comido con los típicos palillos, que los chinos hacen con una rapidez asombrosa sin perder un grano, y para el final un pescado

de sabor dulzón que enmascaraban con las múltiples salsas que ofrecían al comensal. Finalizada la comida, era ofrecida una toalla humedecida, caliente y perfumada, con la cual el comensal debía frotarse la cara y manos.

A los pocos meses, en un nuevo viaje al Caribe, pude conocer la primera Universidad fundada por los Dominicanos españoles en América. Me refiero a la Real y Pontificia Universidad de Santo Tomás de Aquino, en la ciudad de Santo Domingo, cuya construcción se inició en el año 1511 y finalizó en 1517. Fue primer Regente de la más antigua Universidad del continente, Fray Alonso de Burgos, merced a cuyas predicaciones obtuvo para la Isla Dominicana y por vez primera en América la libertad de los indios de aquella isla, según consta en Cédulas Reales de los años 1520, 1532 y 1542. ¡Esto para que se hable de la Colonización española con letras negras!

En el vestíbulo de la actual Universidad se encuentra como elemento decorativo, una gran pizarra cuidadosamente protegida con cristal, en la cual figura un esquema de la próstata dibujado años antes por el Profesor Marion, de París, en el curso de una conferencia que sobre este tema había desarrollado en el Centro. Este respetuoso recuerdo al Maestro despertó mi admiración a los dirigentes de aquella Centenaria Universidad, que así honran a los maestros.

De nuevo había caído en la trampa de una invitación para un ciclo de actividades científicas en la Universidad y la realidad era otra.

En aquella ocasión conocí un personaje, hoy histórico, el Generalísimo Trujillo, el cual no puedo comentar como gobernante, pues nunca fui por él gobernado, pero en la intimidad conocí el hombre en otro aspecto. El Generalísimo Trujillo era lo que en argot bonaerense se llama un "rico tipo", sencillo sin petulancia, llano en el trato, carente de protocolo, meticoloso y cuidado en su atuendo, generoso con los amigos y peligroso para los enemigos. Era un gran madrugador, pues a las 6 de la mañana estaba en su despacho de trabajo y allí pasaba todo el día para regresar a su domicilio a las 5-6 de la tarde. Los sábados y domingos abandonaba su actividad política y partía al campo, su gran entretenimiento.

Podría contar muchas anécdotas de aquel viaje. El primer día en la entonces "Ciudad Trujillo" —ya que como es habitual con los dictadores, su patronímico estaba presente en todo, incluso en el nominativo de la ciudad—, en mi paseo para conocer el ambiente callejero dejé en el asiento del coche que me acompañaba la cámara fotográfica al cuidado del conductor, mientras visitaba los comercios. A la salida de una tienda vi con sorpresa que el conductor había abandonado el coche y estaba departiendo con amigos en la acera opuesta. Acudí rápido para recoger la cámara, si todavía estaba allí, y al comprobar que así era y llamar la atención del conductor por su abandono, éste quedó sorprendido por mis temores que consideró infundados, pues el hurto era poco menos

que desconocido en aquella nación. ¡Pena que este respeto ciudadano para lo ajeno tienda a desaparecer al influjo de las circunstancias políticas!

Una anécdota muestra la sencillez del Generalísimo Trujillo; un día, al despedirme de la visita matutina y comentar mi propósito de acudir a una zapatería, me ofreció escogiera zapatos de su abundantísima guardarropía de reserva. Al no ser éstos apropiados a mi medida mandó pedir a una zapatería que enviara cuanto antes distintos modelos apropiados a mi medida.

A mi visita vespertina esperaban así como una docena de cajas de zapatos en el cuarto del propio paciente. Después del examen médico habitual, indicó escogiese los zapatos apropiados y me retuvo al lado de su cama para la prueba del par escogido. Insistió escogiese otros pares más y tímidamente rehusé su ofrecimiento, entre otra razón, por temor de perjudicar al tendero con mis excesivas adquisiciones. La sorpresa fue que al retirar el empleado las cajas restantes le fue abonado en el acto el par escogido. ¡De pensarlo así, hubiera atendido la insistencia del General!

Durante mi estancia dicté las conferencias programadas en la Universidad y varias lecciones clínicas en los hospitales; en éstos operé varios pacientes, algunos recomendados por el propio General.

Las estructuras y organización docente y hospitalaria en los países iberoamericanos son copia de la hispano-francesa, de factura napoleónica. Los mismos cursos, iguales disciplinas, aca-

so con nominativo diferente, planificaciones con mayor actividad práctica para el alumno, problemas estudiantiles semejantes.

En cuanto a las compensaciones económicas a Profesores y Jefes Clínicos que colaboran en la Docencia Universitaria, por lo común eran mejores que en nuestro país.

Nada de lo conocido y desarrollado en nuestro ambiente Universitario podría mejorar los métodos seguidos en la mayoría de las Universidades sudamericanas ni viceversa, a excepción del mayor empeño en la enseñanza práctica-hospitalaria favorecido por el menor número de alumnos que en muchas de aquellas Universidades acudían hace unos años. Actualmente, el alumnado está muy politizado en toda Sudamérica, lo cual motiva constantes problemas que justifican la emigración estudiantil a Universidades de otros países, en especial a las españolas.

Para otras estructuras docentes es necesario comentar las observadas en países de organización política distinta.

En Norteamérica, la enseñanza de la medicina sigue otras normas dentro de la organización libre y democrática que caracteriza a las múltiples Universidades y Colegios de Medicina, estatales y privados, que en aquel inmenso país cumplen una amplia función docente. Los estudios médicos básicos en la mayoría de centros universitarios son de 4-5 años a continuación de los estudios generales; la práctica hospitalaria es obligatoria, rotatoria y prolongada durante el último año y luego continúa otro año selectivo has-

ta la graduación. Los estudios de especialización médica suelen ser de larga duración hasta 5 años, según la especialidad elegida y siempre en régimen de internado o residencia hospitalaria, con lo cual la especialización del graduado es intensiva. Los estudios médicos en aquel país son muy completos.

El acceso a la docencia universitaria suele ser por contrato directo y temporal de la Universidad con los Profesores. Si la labor del Profesor no es conveniente, no se renueva el contrato, y si al Profesor se le ofrecen mejores condiciones en otra Universidad, finalizado el curso cambia su lugar de docencia y trabajo hospitalario. La distinción entre el docente y el investigador es destacada y la misión de cada uno dentro de la Universidad puede ser distinta, si bien el docente puede dedicar un tiempo a la investigación relacionada con su disciplina.

La enseñanza no está limitada en un solo hospital, todos colaboran según una programación establecida para perfeccionamiento médico.

La práctica médica es libre en aquel país; los individuos cubren el riesgo de enfermedad a través de grandes organizaciones o compañías aseguradoras que abonan los dispendios médicos justificados del asegurado en cualquier parte o país en que el asegurado enferme.

Gran curiosidad sentía en conocer la enseñanza y práctica médica en países de estructura política distinta como Cuba, Checoslovaquia, Yugoslavia, Israel, la U.R.S.S., etc.

En Cuba, los estudios de Medicina son de 6 años de duración. A partir del tercer curso, los estudiantes de cada disciplina son distribuidos en grupos de 20 a 25 alumnos en los hospitales donde estudian y practican bajo la dirección personal del Profesor Clínico encargado de la materia en el hospital. Durante el 6.º curso el estudiante sigue un internado rotatorio en hospitales clínicos. Finalizados los estudios, los médicos obligatoriamente desarrollan 2 años de práctica asistencial en pequeños hospitales rurales o independientemente en los pueblos. Después de este período de práctica rural se considera completada la formación del médico y éste puede elegir, a tenor de las necesidades de la nación, entre continuar la medicina asistencial rural o urbana o iniciar los estudios de especialización si así lo desea. Con este último propósito, el médico previamente seleccionado se integra al hospital apropiado y después de 2 a 4 años de estudios, según la especialidad, pasa a trabajar en hospitales locales solo o en equipo, según la importancia del nosocomio. A partir de este primer trabajo puede progresivamente ocupar sucesivas vacantes en hospitales más importantes. Durante los estudios médicos para la graduación, como los de especialización, el estudiante, aparte de la gratuidad de la enseñanza y asistencia, recibe una pensión económica que cubre sus necesidades, y el graduado percibe inmediatamente un sueldo apropiado que luego progresará.

En Cuba la asistencia médica es fun-

ción estatal, pero los médicos pueden asistir privadamente al paciente que lo desee; no obstante, los propios médicos abandonan esta fórmula liberal y limitan su actividad a la hospitalaria, con la cual cubren sus necesidades ampliamente y les permite atender mejor a los enfermos en los hospitales que disponen de mejores medios para la asistencia del paciente. Finalizada su labor asistencial y de estudio en el propio hospital el médico dispone de total libertad para su vida familiar.

La carrera para el profesorado comienza con la especialización; el médico en esta etapa asume la función de instructor para los estudiantes del hospital; luego es profesor-asistente, durante cuyo período puede desarrollar la tesis doctoral; más tarde pasa a profesor auxiliar y ya doctorado puede alcanzar el rango de Profesor. Los profesores auxiliares colaboran con total independencia en la enseñanza que coordina el Profesor de la asignatura aparte de su propia función docente.

Finalizado el curso, que suele ser de 4 a 8 meses de duración, según la importancia que se concede a la asignatura, los alumnos son examinados por escrito anónimo, y después de revisar todos los profesores colectivamente los escritos presentados, tras la calificación se identifica el alumno a quien corresponde cada examen. De esta manera ninguna circunstancia personal puede influir en la valoración del examen. A su vez, por los resultados de cada grupo de alumnos se revela la eficiencia docente del profesor, justipreciada según el coeficiente

de notas positivas o negativas alcanzadas por sus alumnos.

En Yugoslavia la primera sorpresa fue el tráfico automovilístico en la ciudad de Belgrado, similar en número y calidad de coches a cualquier ciudad española; las aceras de los paseos estaban repletas de coches aparcados. El hotel a nivel europeo en todos los detalles.

Allí todo está nacionalizado, o en otras palabras, es propiedad del Estado, incluso las tiendas de antigüedades. Según pude colegir, las antiguas industrias, negocios y comercios están constituidos en agrupaciones semejantes a un trust o cooperativa dirigido por antiguos propietarios y obreros.

El Hospital Universitario de Belgrado es de comienzos de siglo, semejante a cualquier edificio de la época, con pabellones poco cuidados, cumple doble función asistencial y docente. La práctica médica es totalmente estatal, no existen enfermos privados, pues todo ciudadano es asistido gratuitamente en los centros médicos del Estado. Los médicos disponen actualmente de coche-automóvil propio, algunos de importación.

Los estudios de Medicina son de 5 años de duración, siendo mayor el número de estudiantes femeninos. Este fenómeno se repite en la mayoría de los países socialistas.

Para el internado, los estudiantes son repartidos en clínicas de los hospitales, donde trabajan durante sus estudios.

Las especializaciones quirúrgicas requieren hasta 4 años de estudios. En-

tre las especialidades figura la "Medicina Social", que tras 3 años de estudios capacitan al médico para dedicarse a la organización de los Servicios Médicos del país. Se trata de una especialización al servicio de la medicina socializada, para la promoción de salud y la prevención de las enfermedades en íntima relación con la medicina asistencial.

En contraste de lo visto en Belgrado, en Moscú sorprende el escaso tráfico automovilístico; además destacado por la enorme anchura de las avenidas de aquella ciudad, pues en su mayoría caben fácilmente 6 u 8 vías para automóviles. El gran tráfico ciudadano es subterráneo; en el metro, conocido por su suntuosidad, lo más sorprendente es la limpieza que se observa tanto en las estaciones como en los propios coches. Después de transbordar en tres grandes estaciones extremas sólo pude ver una colilla de cigarrillo en el suelo. La respetuosidad de los viajeros es a tal extremo que se expresa en esta anécdota: una tarde, de regreso de una visita a un hospital, viajábamos, los cuatro españoles (Martínez Bordiú, Obrador y Zurita), con el guía también español, de pie en el pasillo del coche, con ambas manos ocupadas con libros que me imposibilitaban sostenerme con las asas del techo del coche; en esta situación, una buena mujer sentada frente a mí, se levantó y me ofreció su asiento para que no me cayese, y no pude rehusar su gentileza.

En Rusia, el ingreso en la Facultad de Medicina requiere un examen de

Física, Química y un idioma extranjero a elección; también el alumno es sometido a examen de lengua rusa; según parece, estos exámenes son rigurosos. Los estudios de medicina duran unos 6 años, iniciando el internado hospitalario a partir del 2.º curso. La capacitación médica y quirúrgica básica requiere 4 años de estudio, y a continuación el alumno puede elegir la especialidad según propia vocación.

El médico graduado puede —según las calificaciones alcanzadas durante sus estudios, el informe de los Profesores y la decisión del Consejo de la Facultad en que se graduó—, elegir entre la especialización o la práctica en la ciudad o pueblo en que exista lugar donde desarrollar su profesión durante 2-3 años. El sueldo es dependiente de su actividad profesional; inicialmente el médico rural percibe 100 rublos al mes, pero poco tiempo después puede alcanzar los 150 rublos y aumentar progresivamente en el curso de los años de actividad profesional.

En la docencia, el médico-profesor percibe 500 rublos mensuales, cantidad que puede aumentar con 300 rublos más al ser nombrado Académico. Estas cifras suelen ser mejoradas con primas o premios por los trabajos que realiza el Profesor y con ello sobrepasar los 1.000 rublos mensuales, algo así como 80.000 pesetas.

Son a destacar los centros de investigación y asistencia médica que tuve la oportunidad de visitar en Moscú.

El Instituto de Investigación y Clí-

nica Oncológica, dependiente de la Academia de Ciencias de Moscú, está ubicado en un viejo edificio del siglo pasado, al igual que todos los hospitales de aquella ciudad. El vestíbulo de este Instituto está decorado con magníficas pinturas, depositadas por el Museo del Estado soviético, algunas de las cuales están valoradas en 800.000 rublos, es decir cerca del millón de dólares.

En el Instituto, trabajan unos 300 médicos e investigadores sin actividad asistencial, que desarrollan su labor en 37 laboratorios que ocupan un pabellón de 6 pisos, totalmente independientes de los asistenciales, de construcción más moderna que el resto del Instituto y cobija 80.000 animales para experimentación. Una consulta especial atiende a los animales domésticos enfermos que les son enviados; si la enfermedad del animal tiene interés para la investigación los dueños ceden espontáneamente el animal para tal fin antes que sacrificarle estérilmente, como se acostumbra en otros ambientes. Así pude ver con natural sorpresa un perro lobo al que le fue descubierto un cáncer en la próstata, sometido a observación y tratamiento experimental y otro perro con un sarcoma del húmero. Ambos estaban rigurosamente atendidos. La espontánea donación de estos animales a los centros de investigación, lo cual parece ser habitual en aquel país, revela un espíritu de colaboración ciudadana por el cual los individuos aportan a la comunidad cuanto consideran puede ser útil, incluso desprendiéndose de aquellos animales

domésticos en quienes se deposita un especial cariño.

Cada investigador desarrolla libremente el plan por él establecido. El Profesor Chovat, que estudiaba las sustancias cancerígenas del tabaco, a la vez investigaba la corrección de la contaminación atmosférica por los derivados de los hidrocarburos. Este problema, candente en todo el mundo, estaba estudiado a través de la actividad de ciertos micro-organismos que metabolizan las benzopironas derivadas de la combustión de los hidrocarburos y que este profesor ha identificado en el suelo, con lo cual pretende en parte corregir la contaminación atmosférica. A pesar de que en Moscú son escasos los automóviles, con respecto a la densidad de población, están estudiando la corrección de la contaminación atmosférica ante la inmediata invasión automovilística que, según ellos se avecina, dadas las fábricas italianas y francesas recién instaladas, que han programado la producción de 900.000 automóviles utilitarios por año.

En este Instituto, el número de camas asistenciales es de 400, que en grupos de 10 son atendidas por un cirujano o médico con su equipo. Los enfermos, escrupulosamente cuidados y agrupados según su patología, constituyen la última parte de los ciclos de investigación cancerosa programados cada 2-3 años acerca de una lesión preferente que es estudiada a partir de la experimentación en todos sus aspectos, hasta finalizar en la clínica humana. Estos Institutos reciben en-

fermos de los centros de distribución y de otros hospitales, con arreglo a programas preestablecidos. El personal del Instituto en función asistencial, investigación, burocracia, etc., es de 1.400 personas.

En estos Institutos colaboran en la investigación, veterinarios, farmacéuticos, físicos, biólogos, etc., los cuales aportan sus conocimientos específicos que requieren los médicos; además, ingenieros especializados en biología, que cuidan de los complicados equipos de radiología, medicina nuclear, circulación y diálisis extracorpórea, etc., atienden las sugerencias de los médicos e investigadores para la creación de nuevos equipos de trabajo o la modificación de los existentes. Esta asistencia por ingenieros especializados había tenido ocasión de verla años antes en el "Karoliniska Institut" de Estocolmo, donde en el subsuelo de algunos pabellones se encuentra un gran taller de mecánica para la colaboración técnica instrumental a la especialidad médica que en él se desarrolla.

Me llamó la atención un canal de la televisión que diariamente programa una hora para Perfeccionamiento Médico. Este programa emite conferencias de alto nivel médico y otras de divulgación, con lo cual se pretende informar al médico en los hospitales o en su propio domicilio de las novedades de la Ciencia Médica. Téngase en cuenta que la televisión de aquel inmenso país no emite anuncios comerciales, toda está en función del Estado al servicio de la comunidad.

El Director del Centro mostró el proyecto del nuevo Instituto, cuyo presupuesto de 75.000.000 de rublos procede de la colecta de un día de trabajo que anualmente cede el pueblo ruso al Estado, para ciertos programas de desarrollo específico, instituciones, etc. Ello significó que el año anterior habían sido obtenidos 150.000.000 de rublos a distribuir en partes iguales para un centro de agricultura, que ya estaba en construcción en Siberia y para el nuevo Instituto de Cancerología en Moscú. Es a destacar que con el fin de que esta aportación colectiva no altere el presupuesto doméstico de cada familia y dado que sólo trabajan de lunes a viernes de cada semana, un día sábado por año lo trabajan, cuyo sueldo pasa a incrementar la renta nacional y el Estado destina para el desarrollo de proyectos prefijados semejantes a los citados.

Existen en Moscú, dependientes del Ministerio de Salud Pública, dos Institutos de Clínica y Cirugía Experimental; estos Institutos cumplen una triple misión, docente, asistencial y de investigación.

El 1.º Instituto ocupa un edificio de la primera mitad del pasado siglo con 320 camas, distribuidas para las diferentes especialidades quirúrgicas, atendidas por 200 médicos, a más del personal técnico y subalterno. En cada planta disponen de las correspondientes salas para operaciones, donde si bien el material es abundante y de calidad, los locales son anticuados. Está programada la construcción de un nue-

vo Centro en otra parte de la ciudad cuyos planos nos mostraron.

Es a destacar la sencillez, casi modestia, en el ajuar general en estos hospitales, en contraste con la riqueza de medios de trabajo y asistencia de que disponen los médicos. Pude comprobar la plétora de pacientes, en todos los hospitales; en los cuartos para tres camas solían contarse cuatro y todas ocupadas.

Fue curioso comprobar el estímulo vocacional y superativo que impera en la gran mayoría de los médicos. Por lo general, están deseosos de mejorar sus conocimientos, que no son ni mucho menos limitados a su ambiente, pues la información bibliográfica de que disponen es abundantísima y al día. La labor de equipo es auténtica, el trabajo se desarrolla sin prisa para cumplir la cotidiana labor, pues finalizada ésta, el médico no tiene otros cargos ni obligaciones en que ocuparse, sólo el estudio, si así lo desea, para su perfeccionamiento y elevar su nivel hospitalario o docente y dedicarse a la vida familiar.

La unidad de cuidados intensivos en el Instituto de Cirugía dispone de 20 camas perfectamente equipadas; los enfermos ocupan amplias habitaciones con 4-6 camas continuamente asistidos por dos enfermeras por cada enfermo. En el departamento de rehabilitación la atención es igual; en éste mostraron, entre otros elementos, un casco para hipotermia cerebral artificial que fue admirado y deseado por mis compañeros de viaje, Doctores Martínez-Bordiu y Obrador.

En el 2.º Instituto de Cirugía Experimental se encuentra el Servicio de Urología que dirige el Profesor y Académico Yuriy Antonovich Pyttel. En una de las entradas del Instituto está la estatua de Nikolai Ivanovich Pirigoff, conocido mundialmente por su método de amputación transmetatarsiana del pie.

El Profesor Pyttel me mostró una interesante iconografía de arteriografías y cavografías renales simultáneas, para el estudio de las dificultades en la salida de la sangre del riñón, a cuyo retardo se atribuye la acción hipertensógena.

Al día siguiente, antes de mi primera conferencia, asistí a una demostración de desintegración endoscópica de un cálculo vesical mediante el aparato "Urat", observando a través del cistoscopio el estallido y pulverización del cálculo bajo la acción eléctrica del aparato.

Presenté mi conferencia acerca de los tumores del riñón, ilustrada con transparencias en caracteres cirílicos rusos y al siguiente día otra conferencia con un film de la trasposición perineal de los cuerpos cavernosos para la corrección de la incontinencia de orina. Después de cada conferencia tuvo lugar un animado coloquio con los asistentes, muy preguntones, cuyo diálogo era traducido del ruso al español.

Me fueron mostrados los cuadros que utilizan para la enseñanza universitaria, en que figura la clasificación de las malformaciones médulo-caliciales y megacaliosis, seguida en el

Instituto de Urología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.

Tuve oportunidad de visitar en el centro de Moscú un cementerio adosado a la tapia del Monasterio de las Nuevas Vírgenes. Esta pequeña necrópolis está destinada a personalidades que fueron ilustres en la U.R.S.S.: Académicos, hombres de ciencia, médicos, militares, etc. Los mausoleos, a cual mejor cuidado, con flores abundantes. Allí está un mausoleo del Profesor Judine, con una gran placa de mármol con su efigie. El fue quien realizó la primera transfusión de sangre cadavérica a un enfermo y años después operó en el Hospital Clínico de nuestra ciudad en la Sala del Doctor Trías. Después fue víctima de la postergación staliniana y al fin rehabilitado.

El Monasterio de Zagorsk, a 60 km. de Moscú, está rodeado de altas murallas semejantes al Kremlin. La construcción comenzó en el siglo XIV; en él se encuentran la Catedral de la Trinidad, la de la Asunción y la iglesia del Espíritu Santo, entre otros muchos edificios religiosos construidos entre los siglos XV y XVI. También se encuentran el palacio del Patriarca y el Refectorio para los popes. Todos los edificios, muy cuidados y reconstruidos, muestran sus cúpulas acebolladas, magníficas muestras de la arquitectura rusa.

En este Monasterio la actividad monacal es completa; asistí a una ceremonia religiosa que concelebraba un metropolitano con varios popes; la ceremonia se desarrolló con la suntuo-

sidad que caracteriza a la Iglesia Ortodoxa, con el templo abarrotado de fieles y curiosos que los días festivos acuden a estos monumentos históricos cuidadosamente atendidos por el Estado para solaz y paseo dominical de los moscovitas.

Finalmente voy a referirme a Israel. Lo primero que llama la atención en el aeropuerto de Tel-Aviv es el gentío que espera a los viajeros y que no altera el orden con que se desenvuelven los trámites. También es llamativa la sencillez en el atuendo de la generalidad de cuantos allí esperaban. Al pasear por la ciudad pude comprobar la ausencia de lo superfluo en el vestir de la población. La coquetería femenina es mínima. Daba la impresión de una ciudad en pie de guerra, pero sin verse casi militares. Todos, hombres y mujeres, están espiritual y ciertamente militarizados. Las mismas frases de exaltación nacionalista guerrera que había escuchado en Cuba pude oír en Israel, países en constante defensiva.

Este espíritu guerrero que se percibe en todos los ambientes no interrumpe las actividades; los médicos desarrollan su labor en hospitales de la época del protectorado británico en Palestina. En Israel la práctica de la medicina es función estatal; en los hospitales se atiende por igual a árabes y mahometanos, judíos y católicos. Existe una gran plétora de enfermos, fenómeno que observé en Rusia y en mis últimos viajes en los países de América. Esta plétora hospitalaria creo que obedece al mayor interés individual por la salud propia, a lo

que se suma la gratuidad asistencial y hospitalaria, que comporta la actual medicina socializada por el Estado.

Los medios de que disponen los hospitales israelitas son los justos, sin abundancia y los médicos trabajan con singular fervor siempre en espera del período de militarización que rotatoriamente les corresponde en un frente de guerra "teórico", no exento de grandes riesgos.

En Tel-Aviv están construyendo una imponente ciudad Universitaria con edificios independientes para las distintas Facultades. La Biblioteca de esta Universidad, ya terminada, dispone de un área total de 10.000 m.²; cobija medio millón de libros aparte de revistas y un inmenso fichero bibliográfico. La asistencia de estudiantes y de estudiosos es extraordinaria, al punto que dentro de cortos años prevén su ampliación.

Los maravillosos y fértiles campos de cultivo, desarrollados en antiguos y estériles arenales, son verdaderos jardines meticulosamente cuidados.

Las carreteras perfectas, el tráfico automovilístico rápido, pero correcto y respetuoso.

Gran contraste se aprecia en Jerusalén entre el barrio judío y el antiguo barrio árabe; comentar estos dos mundos que allí se toleran y al parecer conviven con perfecta libertad, sería demasiado extenso. El acceso a la gran plaza en que se encuentra el mundialmente conocido Muro de las Lamentaciones está prohibido para los autos e igualmente prohibida la obtención de fotos por los turistas.

MEMORIA DE SECRETARIA (*)

Dr. B. RODRIGUEZ ARIAS

(Académico Numerario y Secretario general perpetuo)

Excelentísimo Señor,
Muy ilustres Señores Académicos,
Señoras y Señores.

Hemos conmemorado digna y reverencial, bien que sobriamente desde luego, 200 años de vida de esta tradicional y querida Academia. Nuestros predecesores merecían la celebración de una efemérides gloriosa y los que nos mantenemos discurriendo, por la voluntad de Dios, asimismo.

Lealtad a un pasado de arraigo y confianza en un futuro honesto y brillante, serían los dos gestos —creo yo— que invariablemente movieran a unos y otros. Porque si recordando las Coplas del español Jorge Manrique nos decidiéramos a opinar “Cualquier tiempo pasado fue mejor”, evocaríamos a renglón seguido con el filósofo y escritor francés Barón de Montesquieu “¡Cuántas cosas que ayer fueron artículo de fe, son fábulas hoy día!”

En un juego anónimo de citas, argüiría también que “Se puede ser leal

diciendo siempre la verdad, pero no toda la verdad” y llegando por igual a los Pensamientos del Cónsul romano Tácito, observaría sutilmente “La posteridad da a cada cual el honor que le corresponde”.

¿Qué ha logrado brindarnos, pues, el 201 año de vida, el 1970 de la era, a nuestro feliz y útil Organismo cultural?

Dividamos en sucesivos y un tanto abocetados capítulos esta nueva Memoria de trámite obligado.

- 1) Movimiento del personal Académico.
- 2) Sesiones literarias o científicas celebradas.
- 3) Dictámenes elaborados por las Comisiones, permanentes o no.
- 4) Principales “acuerdos” tomados en las sesiones de gobierno.
- 5) Concurso de Premios.
- 6) Honores y distinciones alcanzados por los Miembros.
- 7) Publicaciones y recursos económicos.

(*) Sesión inaugural del Curso 1971 de la Real Academia de Medicina de Barcelona.

8) Los nuevos Estatutos de las Reales Academias de Medicina de Distrito.

9) El futuro más inmediato.

Movimiento del personal académico

Una serie dolorosa, muy dolorosa, de bajas ha quedado compensada empero por la aportación de savia nueva al frondosísimo árbol de la Casa.

Dos Académicos Numerarios de especial solera, dos Académicos Honorarios de mucho renombre y cuatro insignes Académicos Correspondientes Nacionales, han fallecido. Mas desconocemos lo que respecta a Académicos Correspondientes Extranjeros, otra vez.

Formalizaron, en cambio, su ingreso un Académico de Honor y cuatro Académicos Numerarios. Tuvieron una elección favorable un Académico de Honor (el ya ingresado) y cinco Académicos Numerarios. Y un Académico Correspondiente Nacional mereció el Título en virtud de habérsele otorgado Premio.

Los doctores Víctor Cónill Montobio, Benito Oliver Rodés, Antonio Trías Pujol y Cayetano López López integran una de las tristes listas. Y los doctores Emilio Gil Vernet, José Monguío Fonts, Joaquín Sellas Garriga y Salvador Riera Planagumá, la otra.

Entre los últimamente recibidos o proclamados figuran los doctores José Trueta Raspall, José Séculi Brillas, Pedro Martínez García, José Mercadal

Peyrí y José Alsina Bofill, por un lado, y los doctores Miguel Sales Vázquez, Pablo Cartañá Castellá, Manuel Carreras Roca, Adolfo Ley Gracia, Antonio Caralps Massó y José María Capdevila Mirabet, en segundo término.

Don Víctor por antonomasia, el emérito maestro Cónill, Presidente Honorario de "su" festejada Academia, trabajó cual pocos a lo largo de cinco décadas. Recibido el 6-XI-27 en protocolaria sesión y glosada su ejecutoria por Nubiola Espinós, murió previendo su fin el 3-I-70. Si en las aulas esperaban una voz docta y sus justas opiniones clínicas, de gran mentor, sus alumnos, aquí los consocios y discípulos esperaban también pareceres cariñosos y válidos. Contribuyó —el señorío le impelía a volcarse en la empresa— a instalarnos en el palacio que siempre nos cautiva, dada la majestad de sus líneas y la historia que nos ofrece y contribuyó, ya enfermo, por no faltarle el necesario soplo juvenil, a ennoblecernos con más obras, inaugurando personalmente los actos que tienen lugar en el remozado salón Turró. Un testamento íntimo, de la perspectiva que acariciaba, me fue confiado a lo filial de una visita, días antes de la muerte. El futuro de la Academia, en plena disnea, brotaba de sus labios. ¡Ojalá quepa ponerlo en marcha sin tilde!

La patriarcal ejemplaridad, finalizada, de un Miembro Numerario, no ha resultado por desgracia única en 1970. Tremenda amargura nos causó el óbito del "socio antiquior", venerable por muchísimas razones, Oliver Rodés. De

**el estómago
bajo la doble protección
de silicatos
de aluminio y bismuto**

ALUFILM

*en un Gel de poliósidos
no fermentescibles
que prolongan su
acción neutralizante
y protectora de la mucosa*

*Caja con 20 bolsitas - dosis de suspensión
gratamente saborizada.*

Dosis Medias: 2 - 3 bolsitas al día.

Cajas con 20 bolsitas - P. V. P. 192,20 Pts.



CONESTRON "INTRAVENOSO"

(Registrado en U.S.A con el nombre de PREMARIN)

El hemostático fisiológico

que controla con eficacia y rapidez la hemorragia espontánea capilar y reduce al mínimo las pérdidas hemáticas durante y después de cualquier tipo de intervención quirúrgica.

Se ha inyectado más de **3.000.000** de veces sin haberse observado ni un solo caso de toxicidad ni de formación de trombos.

CONESTRON INTRAVENOSO

- Reduce al mínimo la hemorragia durante la intervención.
- Mantiene despejado el campo operatorio.
- Atenúa la frecuencia de hemorragia postoperatoria.
- Puede también administrarse por vía intramuscular.



INIBSA

Loreto, 8 - BARCELONA

Por licencia de:

AYERST LABORATORIES

NEW YORK, N. Y.



"62 años de vida Académica" trató en el salón Gimbernat, en el hemicycle regio de esta mansión, con un fervor y una didáctica de perfecto vate. Último de sus hechos culturales. Ingresó, tutelado por Carulla Margenat, el 25-XI-08, desapareciendo del mundo de los vivos el 24-IX-70. No nos acostumbremos a que falte "inter nos", a que no dirija movimientos y aconseje resoluciones, a buscar sin encontrarla la efigie del asceta y del más legítimo humilde cristiano entre los más humildes de la grey y a no saludarle con devoción de aprendiz en las lides del gobierno corporativo. Químico de envergadura, buen sanitario en uno de los importantes dominios de la llamada salud ambiental y rindiendo perenne homenaje a un sitio que obtuvo joven, ha muerto a los 90 años de una existencia ultra-activa.

El menor de los Trías Pujol, simpático, generoso y muy amante de la enseñanza óptima, intervino magistralmente en el Congreso de Historia de la Medicina catalana, viajando desde Bogotá (Colombia) especialmente invitado por todos. Se apoyó, como tantos otros, en la mesa de disección de Gimbernat e hizo una referencia cumplida, doctrinal, de la primitiva Universidad Autónoma de Barcelona. Llegó a emocionarse bastante al explicar pensamientos muy suyos. Quizás intuía ya el final repentino de su vida, muy próximo, departiendo con los suyos. Nos honró así, dentro de estas paredes, con la postrera de un sinnúmero de lecciones de vidente de la gerencia más oportuna y colegiada en el "alma

mater". Señaló el desarrollo cimero en la enseñanza médica. Fue profeta en su tierra. Explíqueno si no algunos de los que dan oídos a mis palabras. Caía fulminado el 29-VI-70.

El tan sobresaliente veterinario Cayetano López terminó sus días, muy anciano e inválido, en Madrid, lejos de nosotros desde 1931, el 22-XI-70. Ocupó un sillón hace más de 40 años, el 10-VII-27, para dimitir el cargo por traslado forzoso a un Ministerio el 2-X-31. Con Antonio Trías, en tiempos Académico Electo, a datar del 3-IV-36, pasaron a ser luego modestos Académicos Correspondientes. Pero una normal y benévola interpretación de los Estatutos dictados en 1945 los realzó a la clase de Académicos Honorarios el 26-XI-63, simultáneamente. El maestro Ramón Turró hizo de López un excelente bacteriólogo, un auténtico científico, un superior hombre de los que bullían y se aplicaban en torno del genial biólogo. La Dirección de Ganadería, Organismo ministerial neonato, lo restituía a la senda del funcionario técnico y político. Jamás se olvidó de Barcelona y de esta "su" Casa, de los que lucubran gravemente, aun traspuestos los 80 años. Otro burgalés de los que, ambivalentemente, querían y eran muy queridos, ubicados en la Ciudad Condal y a la espalda del Ebro.

El profesor Emilio Gil Vernet, ginecólogo de talla, respetado en la Facultad y en la clientela hospitalaria y áurea, ganaba una votación —por sus méritos y circunstancias— el 8-V-46 y expiraba el 13-I-70.

José Monguió, distinguido endocrinólogo clínico, muy inquieto y afable, formó parte de la lista de incorporados —previa votación estatutaria— el 11-II-43 y sin llegar a la jubilación de sus actividades, joven todavía, entregó su alma a Dios el 10-II-70.

Joaquín Sellas, vieja estampa de los oculistas peritos en cuestiones médico-laborales, imparcial y con hombría de bien, alcanzaba galardón en el lógico jubileo del 3-XII-32 y finó, muy pro-
fecto ya, el 14-II-70.

Y subsiguientemente, transcurridos varios meses, el 26-IX-70, agonizaba Salvador Riera, veterinario cultísimo y de marcada proyección sanitaria. Le eligieron el 21-V-47 muy neutralmente. En marzo, con motivo de nuestro Bicentenario, bosquejó admirablemente la égida de la influyente medicina extrahumana en nuestra Academia.

Descanse en paz el nutrido grupo de ilustres colegas y amigos y memoramos con unción su eficiente y pun-donorosa vida.

De los Académicos cuya solemne ceremonia de ingreso tuvo lugar durante el año que vengo comentando y de los únicamente proclamados o nombrados, aspiro a sintetizar bien su valor y a justificar, quizá, la elección. Cuatro fueron objeto de las más pertinentes alusiones en otras Memorias.

José Séculi, doctor en Veterinaria, científico y profesional de aire moderno, ostenta la medalla número 38 desde 8-II-70. Leyó el obligado Discurso de Entrada sobre "La rabia. Un problema latente", que contestó el que os dirige la palabra como Secretario.

Investigador de altos vuelos, sanitario público y autor de libros, es hoy uno de los más destacados en el ubérrimo sector de la Ciencia Veterinaria catalana.

El profesor Martínez García, catedrático jubilado de Pediatría, ex-Jefe del Servicio de Medicina de la Infancia en el prestigioso Hospital de San Pablo e Inspector facultativo del Ministerio de Educación y Ciencia, ilustrado, clínico sagaz, maestro siempre y dado a la praxis usual, tomaba asiento en la poltrona número 35 el 10-V-70. Se refirió en su preceptivo trabajo a "Pediatría y Pedagogía", que contestó igualmente el que os habla como Secretario. Una dolencia crónica le limita sus esfuerzos de todo orden. Deploramos, así, la frustración que supone en familia y en la Corporación.

Mercadal Peyrí, óptimo dermatólogo del equipo que formara nuestro gran ex-Presidente y llorado maestro Jaime Peyrí, clínico de los más buscados y ducho en cuestiones de higiene pública de las afecciones cutáneas y venéreas, simbolizará, con el pediatra Martínez García, el mínimo de las especialidades profesionales, la Pediatría y la Dermatología, marcado en la Sección II por los Estatutos recién aprobados. Ocupa el sitial número 32 desde el 21-VI-70 y trató en el Discurso que prescribe lo legislado de antaño de "La leishmaniosis cutánea en nuestros ámbitos", contestado muy al caso por el Vicepresidente profesor Pedro Domingo y Sanjuán; microbiólogo de nervio y de destino.

Alsina Bofill, arquetipo de los boní-

simos internistas de consulta y de visita, nefrólogo perspicaz, goza de fama —muy deseable— en la región. Serio, humano, leal y dedicado al ejercicio agotador de nuestra profesión, lo admiran, lo quieren y lo miman sus clientes y los deudos y amigos de éstos. Modelo redivivo del más legítimo médico de familia, lo necesita y lo necesitará la Corporación. Para verificar su ingreso ofrendó un Discurso que analizaba "El procés d'enveliment", contestado también finamente por el Vicepresidente doctor Domingo.

A punto de terminar la ventajosa añada de recuerdos, el 20-XII-70, el profesor José Trueta, elegido por unanimidad meses antes, el 14-VII-70, nos enaltecía con un ingreso de lo más ritual, vista su calidad de genuino Académico de Honor. Sabio, como pocos, de universal renombre, traumatólogo y cirujano ortopeda de lo más egregio, ha desempeñado una cátedra en Oxford, en la más legendaria de las Escuelas de Medicina de Inglaterra. Si el método que ideó en Barcelona para curar heridas de guerra, le llevó al pabellón internacional de las novedades, su magisterio en la puritana villa universitaria de Gran Bretaña y el descubrimiento de la doble circulación renal, le acreditaron por doquier, cual un Gimbernat o un Hunter más. Sucede en la vacante número 2 del Escalafón, nacional, de Académicos de Honor a Francisco Durán Reynals, ambos, "cerebros" de los exportados a países occidentales de vanguardia, que la nación tiende a "recuperar" para sí, para su grandeza y su ascenso en

la órbita de la cultura. Significa, pues, una virtud y un elemental factor de decoro, entre nosotros, que el jubilado maestro de la orgullosa y severa "Britannia", haya pasado de Académico Corresponsal a Académico de Honor. Su Discurso, tan normativo como el de un Académico Numerario más, versó sobre "La contribució de la Cirurgia al progrés de la Ciència Médica", que glosó encantadoramente el doctor Joaquín Salarich Torrents.

Sales Vázquez obtuvo el 10-III-70 los sufragios mayoritarios que le autorizan a suceder, en la dinastía académica, al profesor Manuel Saforcada. Catedrático de Medicina legal en la Facultad de siempre y médico-forense en la Audiencia de la urbe, viene enseñando de forma operosa a generaciones de colegas y asesorando maleablemente a los Jueces en sus espinosas diligencias civiles y penales. Ingente tarea, así, la de un probado experto en materias que la sociedad contemporánea acrece y embrolla. Validez la de un maestro que no se sustrae de lo difícil del ejercicio moderno de la profesión, con la figura de la responsabilidad jurídica y moral de los galeños en el candelero. Neuropsiquiatra clínico, además, representa y lo logra el tipo de forense a secas que piden las Academias de Medicina y consta en el mínimo fijado por los Estatutos. Recibirá en su día la medalla número 4, transferida ahora a la Sección VI, de Medicina legal, Psiquiatría e Historia de la Medicina.

Pablo Cartañá es un auténtico higienista, muy versado en epidemiología

de la zona que geográficamente nos incumbe, en la naciente identificación de virus y en la sanidad más peculiar de la Administración local. Junto con los tres que le siguen en la relación de Académicos Electos, fue proclamado el 17-XI-70. Se le entregará, oportunamente, la medalla número 43, que ha usufructuado tan sólo Salvat Espasa. Y queda adscrito, por derecho propio, a la Sección IV, de Higiene y Medicina social. De las recoletas estancias de sus laboratorios de trabajo y de la oficina de una Jefatura técnica, la de Sanidad municipal en Barcelona, que sus 70 años le han forzado a abandonar, vendrá a esta morada, como acude ya a la de la Real Academia de Farmacia, de la que es Miembro Numerario, encarnando para él y para los de su edad el mejor refugio cultural de un futuro verosímelmente activo y fructífero.

Carreras Roca, el tan polifacético ginecólogo clínico, editor de revistas médico-históricas, biógrafo esquemático de interesante legión de facultativos sabidos y amigos y cronista, con Sebastián Montserrat Figueras, de esta nuestra Academia, colgará de su pecho la medalla número 14, que si hubiera vivido más tiempo su predecesor Julio García y Sánchez-Lucas, recibiría por corresponder antes a Xavier Vilanova, todos de la Sección de Historia de la Medicina. Ha sido y será, a mi juicio, ya que sus promesas se cumplen, el historiógrafo verdaderamente anecdótico de este viejo hogar íntimo y familiar o desenvuelto y mesurado al extremo.

Ley Gracia, neurocirujano de la fase tal vez más pedagógica o de ardua conquista de su especialidad, prestigio-so de veras en el mundillo internacional de los quirurgos que divisaron en Harvey Cushing un adelantado de la técnica y de la fisiopatología que observan, se incorpora a nuestro elenco todavía joven, aunque maduro de experiencias y de deseos. Es el primer neurocirujano positivo que ocupará un sillón, el número 15, heredado de Francisco Salamero, de la Sección III, de Cirugía. Discípulo entrañable de Juan Puig Sureda y de Antonio Trías Pujol, mantendrá la lozana costumbre de agruparse o de yuxtaponerse, aquí, indiferenciadamente, pasados alumnos y catedráticos.

Caralps Massó, el más superado de la cirugía de tórax, de esa grandiosa cirugía mutilante, funcional y reparadora o estética, como tantas otras, es un hombre de habilidad manual inconcusa, un experimentador de laboratorio en patología y vivisecciones y un práctico de consulta, de visita y hasta sanitario o dentro del quirófano. En Cataluña, en el resto de España, traspuertas las fronteras, se comenta de él y se le loa. Accede —de igual modo— a nuestro Organismo, para personificar una especialidad quirúrgica más, de solera hoy día, en la lista que vamos elaborando. Continuará la dinastía de don Víctor y recibirá más adelante la medalla número 9. Se le integra, por ende, en la Sección III, de Cirugía.

Un Académico Correspondiente ha elevado el índice, superabundante, de

los mismos, al habersele otorgado un disputado Premio el 25-I-70. Nos referimos al Jefe del Servicio de Cirugía vascular del Hospital General de Asturias. Desde el Instituto Neurológico, cuando yo lo dirigía, fue llevado —previa selección estimativa— al Centro asistencial de Oviedo. Y allí triunfa plenamente venciendo los horrores de una laringe que sufrió un mútilo.

Que disfruten, unos y otros, de la salud más apetecible y que rindan beneficio a la Academia que les lleva a su seno, tan codiciado.

Sesiones literarias o científicas celebradas

El número de ese conjunto de sesiones públicas es 27. Del heterogéneo lote, 18 fueron dedicadas a comunicaciones, conferencias extraordinarias o coloquios, a lo largo del año en que reinó emoción y tesis.

Una noticia exacta de las disertaciones y de sus autores puede leerse en nuestro "Boletín Informativo".

Hemos logrado tratar o discutir de casuística (quizás inédita o insólita), de métodos analíticos y de pesquisas bioquímicas conexas, de cuestiones de exploración instrumental o nosológicas, de hallazgos bacteriológicos en la orina, de aportaciones etiopatogénicas o fisiopatológicas de síntomas molestos o graves o de historia médica de suma trascendencia para nosotros, de problemas epidemiológicos o de la avasalladora medicina social, de opi-

niones doctrinales en las especialidades —antiguas o noveles— que se practican regularmente, de aspectos forenses, de la marcha de la Academia e influencia de los Socios más ilustres en el campo, tripartito, de la Medicina, de la Farmacia y de la Veterinaria, etc.

Lo puramente conceptual, la historia y en especial aquella de lindes domésticos y una epidemiología de grandes dimensiones o escala, ha significado el mayor de los acicates en el uso de la tribuna.

Al lado de canos Académicos Numerarios y Correspondientes, se ha escuchado la docta palabra de invitados bisoños o formados, nacionales o extranjeros y de ramas sanitarias u otras, invitados nuestros en el desarrollo de un programa, jamás fiado ni a la improvisación, ni a la táctica, de una miscelánea absurda.

Del sinnúmero de invitados —mezcladamente barceloneses y foráneos— algunos reiteraron sus disertaciones, como las de ciertos Académicos.

Cinco países europeos y dos americanos han enviado representantes —profesores o investigadores de neto ámbito universal— a las sesiones.

Todo lo anunciado se dio y por razones de enfermedad ocasional, tres autores dejaron de asistir a la sesión, bien que los textos de las comunicaciones se leyeron e incluso se meditaran.

De los 9 actos protocolarios o solemnes queremos epilogar unas reflexiones y unas pequeñeces de trámite o de enjundia.

La muy ortodoxa, bien que arcaica, sesión inaugural del Curso tuvo lugar el domingo 25 de enero y, por rotación establecida oficialmente, el bene mérito y preclaro Conde de Arruga leyó unos "Comentarios referentes al glaucoma", en breves, magníficas y didácticas frases.

Cinco solemnes Ingresos de Académicos Numerarios y de Honor —de los que nos hicimos eco al biografiar sucintamente a los beneficiarios— se celebraron los domingos 8-II, 10-V, 21-VI, 8-XI y 20-XII.

Una sesión necrológica, de carácter extraordinario, fue organizada el martes 30 de junio, "In Memoriam" pues de los profesores Manuel Saforcada, Manuel Salvat, Julio G. Sánchez-Lucas, Francisco Salamero y Víctor Cónill.

Dos grandes y atractivas sesiones más, para conmemorar el Bicentenario de la Fundación por el Rey Carlos III, de la "Academia Medicinae Barcinonensis", discurrieron en los suntuosos hemisiclos de nuestro palacio y el de las Casas Consistoriales los días 28 y 29 de abril.

En una cortés postdata de dos sesiones científicas ordinarias —y a guisa de alocución— se evocaron las fechas del 4 de mayo de 1770 y del 2 de julio de 1770, tiernamente históricas.

La "Societat catalana de Biologia" se reunió en el salón Turró de la Academia para testimoniarnos —con motivo del Bicentenario— su devoción corporativa.

Todo lo que reglamentariamente se

anunció tuvo efecto. La ausencia —por dolencia esporádica— de tres comunicantes, no supuso dejaran de ser leídos y marginados los escritos que facilitaron.

26 comunicaciones, 3 conferencias extraordinarias y 3 coloquios agruparon las sesiones de trabajo y 7 discursos de remembranza y de paráfrasis elogiosa se leyeron en las dos conmemorativas. Otros 19 discursos fueron rituales.

59 facultativos se levantaron a hablar en nuestras tribunas, voluntaria o preceptiva y formalmente.

El calificado año del Bicentenario, uno más de la imponente serie, dispondrá un hito por su eficiencia científico-aplicada o en el feudo de las obligaciones misionales y por la lisonja de unos hijos.

Dictámenes elaborados por las comisiones, permanentes o no

A cinco ha quedado reducido el número de dictámenes suscritos a instancia de autoridades y corporaciones. Tres Magistraturas de Trabajo, un Juzgado de 1.^a Instancia y un Colegio de Médicos, todos de Barcelona, solicitaron nuestro parecer o asesoramiento.

El gobierno civil, asimismo, solicitó un parecer acerca de una Sociedad.

Disminuye a ojos vistas la complejidad de los litigios. En dos presuntos accidentes de trabajo, lo que importaba era la repercusión de una enfermedad casual y en el tercero, el señalamiento del barcno.

La pregunta del Juzgado sobre factible negligencia asistencial de un médico, que verosímilmente obedeció a un trámite legal, carecía de base.

Y el Colegio de Médicos reclamaba un informe acerca del mínimo de personal médico que debe integrar un equipo de Cirugía general.

En un caso de patogenia oscura, la Comisión Técnica Calificadora del Ministerio de Trabajo, sin examen directo del paciente, buscaba el recurso de una opinión doctrinal, que apuntamos "sub conditione".

El ruego de un ciudadano a propósito de un invento, motivó que declaráramos la no convalidación académica de un sentir libremente expresado.

Y nada más. Sin embargo, tememos aún que en un futuro próximo la responsabilidad jurídica del médico, cuando ejerza, nos aflija y nos oprima.

Principales "acuerdos" tomados en las sesiones de gobierno

Se convocaron, en el transcurso del año, 6 sesiones ordinarias y 4 juntas o sesiones extraordinarias. Por 3 veces no se dio el riguroso "quorum" en las elecciones de Académicos. Bien que en la última de las sesiones extraordinarias, por aplicar lo que disponen los recientes Estatutos, cupo votar —uno tras otro— 4 Miembros Numerarios.

La formulación de un proyecto de Reglamento Interior, acoplado a los Estatutos mencionados, que no solventamos todavía, exigió lógicamente la prórroga de oficios y cargos.

Una mejor instalación de la Biblioteca y sus anexos y el servicio del todo regular y cómodo de la misma y, equivalentemente, del Seminario de Historia de la Medicina, nos han inducido a un estudio a fondo de nuestras diversas posibilidades, que suponen tiempo y dinero.

El Primer Congreso internacional de Historia de la Medicina catalana fue ubicado en los cautivantes salones y estancias conexas de la Academia.

Nos hemos dirigido al Ministerio de la Gobernación en solicitud del otorgamiento de dos Grandes Cruces de la Orden Civil de Sanidad.

Los requerimientos cursados por Omnium Cultural, Real Academia de Buenas Letras, Academia del Faro de San Cristóbal y "Académie Royale de Médecine de Belgique", se atendieron bien con unas propuestas favorables.

Fue encargado de la Presidencia de la Sección III, de Cirugía y especialidades quirúrgicas, el doctor Manuel Taure Gómez.

Finalmente, un laudo que los Colegios de Médicos del Distrito han trasladado a sus inscritos en ejercicio, va en pos de que se logren obviar determinados accidentes de la circulación automóvil producidos, quizá, por el uso natural de medicamentos recetados, sin la conveniente advertencia.

Concurso de Premios

El Concurso de 1969 se resolvió dando el Premio "Anales de Medicina y Cirugía" al doctor José María

Capdevila Mirabet, de Oviedo, por su Memoria "Trasplante venoarterial homólogo". La otra de las dos únicas Memorias presentadas al mismo Premio, de tantos como se anunciaron, se declaró "laudable". El doctor Augusto Corominas Vilardell, de Barcelona, que la firmaba, no quiso mantenerse en el anonimato después de la observación pública hecha de intercalarla en la revista de la Academia. Se titula "Aportación al estudio genético de la distrofia muscular progresiva tipo III (Enfermedad de Duchenne)".

Con cargo al "Fondo Ramón Turró de Ayuda a la Investigación Médico-biológica" se aceptaron dos peticiones de "ayuda": la del doctor J. Gilbert-Rahola, para trabajar en el Departamento de Farmacología del profesor F. García-Valdecasas y una prórroga de la que ha disfrutado el doctor A. Corominas Vilardell, del Laboratorio de Bioquímica del prof. M. Soriano.

La escasez de numerario nos ha constreñido a suprimir de los Concursos, por ahora, el "Fondo Turró".

Honores y distinciones alcanzados por los Miembros

Es un índice o recuerdo esperanzador y satisfactorio de los honores y distinciones conferidos a tantísimos Académicos.

Desde un Premio Nobel a bastantes homenajes de tipo entrañable o popular, hemos sabido inventariar más y

más figuras y aspectos de nombramientos y galardones universitarios, de cargos asistenciales de dirección, de presidencias de notables y queridos Organismos del saber (aquí y fuera de aquí), de ingreso en las grandes Academias, de concesión por el Gobierno o entidades de lauros e insignias, oficiales y de mérito o título societarios, de obtención de Premios en concursos o voluntaria y gremialmente adjudicados, de homenajes póstumos o muy señalados, de extraordinarios viajes de índole cultural o pedagógica, de conferencias y de discursos por ruego singular o preceptivos, de emplazamiento de óleos en galerías de patricios, de visitas de cortesía a las más altas jerarquías del Estado, entre lo pequeño que silencio.

Los tres más cardinales fueron —a mi juicio— el Premio Nobel del investigador sueco von Euler, Académico Correspondiente Extranjero; el ingreso como Miembro Numerario en la "I. Leopoldina", la antiqüísima y célebre Academia germana, del profesor José Casanovas, Académico Numerario; y la presidencia del "Institut d'Estudis catalans", nítida y afortunada Corporación, desempeñada por el profesor Pedro Domingo, Vicepresidente.

Me alegro sobremanera —como portavoz modesto e iterativo de la Junta de Gobierno— de los honores, de las deferencias o del respeto que se patentizan en torno de los nuestros, ya que la valúa y el favor o merced concedidos, acaso muy insistentemente al pasar los años, toca a bastantes.

Con frecuencia repito que el encum-

bramiento de algunos dignifica, subsidiariamente, a los otros Miembros, a los que se tratan y lucubran con ellos.

Lo que mejora de veras a una colectividad entendida y activa.

Publicaciones y recursos económicos

El Miembro Protector don Félix Gallardo Carrera ha asegurado de nuevo la edición —muy buena— de "Anales de Medicina y Cirugía" y del "Boletín Informativo de la Real Academia de Medicina de Barcelona". Y Anales dio a luz, suplementariamente, un número extraordinario, que incluye los discursos alusivos a la conmemoración del Bicentenario.

Por su parte, la Academia publicó los conocidísimos y útiles folletos de las Sesiones inaugurales de Curso (años 1969 y 70) y el más especial de las Sesiones conmemorativas citadas.

La impresión de los Discursos de Ingreso, a cargo de sus autores, sigue obedeciendo el hábito —tal vez perfeccionándolo— establecido de lustros.

Y la prensa de la ciudad —más singularmente el "Diario de Barcelona"— anota o resume nuestros actos.

Nada de lo que se expone y se debate queda, pues, inédito u olvidado.

Las subvenciones regulares —presupuestadas o no— del Estado y de la Administración local, así como del Colegio de Médicos de Barcelona, no faltaron. Pero se percibieron o declararon, excepcionalmente y para 1970,

otras, iniciándolas en privado el Miembro Protector.

El Ministerio de Educación y Ciencia, la Diputación provincial de Barcelona y el Ayuntamiento de la Ciudad Condal atendieron nuestras demandas de ayuda económica. La Alcaldía nos obsequió con una copa de vino, en sus salones, el día 29 de abril y con una comida, en el Palacete Albéniz de Montjuich, el día 15 de diciembre, en ocasión de estudiar la "toxoplasmosis", asistidos del profesor Cecilio Romaña, argentino residente en Barcelona.

Las Firmas Abelló, Antibióticos, Gayoso-Wellcome, Geigy, Hubber y Leti-Uquifa han cooperado en metálico o prestando servicios de interés administrativo a la vida embotellada y penosa de la Academia.

Un donativo inesperado del Colegio de Farmacéuticos de Baleares mitigó el desaliento que nos quebranta.

Los problemas económicos son generales, mas el sostenimiento de un divino palacio histórico-médico y de una empresa cariñosamente legada y en trance de garantizar un utilizable futuro, es oneroso y agobiante.

Nuestro bondadoso reconocimiento a todos.

Los nuevos Estatutos de las Reales Academias de Medicina de Distrito

Las modificaciones de los vigentes Estatutos, en un sentido táctico y ce-

remoníaco de la ley, aunque de consuno poco emancipado y legítimo, fomentan las eternas misiones de la docta Corporación, sin la necesaria holgura de los recursos dinerarios. Es más, quizá se tienda a deshora a un isocronismo de normas de gobierno y de fuerza geográfica.

Las clases y número global de Académicos, el mínimo de componentes que se fija a las Secciones "reajustadas", las Secciones y las Comisiones que se instituyen, un tanto variadas, el porcentaje dedicado a las ciencias afines a la Medicina y el sistema de votación, han quedado transformados.

Más Académicos de Honor y menos Académicos Correspondientes Nacionales que antes y creación técnica de los Académicos Supernumerarios. Requisito del título de Doctor, en fin, para poder ser elegido Académico Numerario.

El voto por escrito y mediante carta de los Académicos enfermos o ausentes, que justifiquen el derecho, constituye un intento —a medias— de obviar los "quorum" rígidos. Sin embargo, barruntamos 2 y 3 votaciones sucesivas —desde luego— muy a menudo.

Un guión de Reglamento Interior, acoplado a los Estatutos y formulado por nosotros, pretende salirse de la uniformidad tendenciosa, muelle e incómoda y defender la crónica y la labor genuina de esta zona catalana, con un "habitat", una tradición y una senda de provincias inquietas, dinámicas y de metas fenomenales y complejas.

Nuestro sistema de pre-votación,

gradual, establece un clima, muy lucrativo para la Academia y los múltiples candidatos óptimos a unas heterogéneas y más bien raras plazas.

El censo de población que registramos, el auge de la misma y deseos inherentes a su eficacia nacional, hacen que la geografía médica y la historia de la medicina regionales, dupliquen o tripliquen las vertientes de su estudio y la trayectoria de las resultancias o de los frutos obtenidos.

No quisiéramos prebendas legales, mas sí libertad de movimientos, ocupaciones autóctonas y finanzas en consonancia.

Esperamos, así, que el proyecto de Reglamento imaginado se apruebe sin tacha.

El futuro más inmediato

Conseguir del Ministerio de Educación y Ciencia que se nos equipare "de facto" a la Real Academia Nacional de Medicina, por el Bicentenario cumplido y juzgar un precedente similar aquí.

Recabar de la Administración pública que las subvenciones ordinarias o anuales figuren específicamente en los distintos presupuestos.

Organizar un capítulo de donativos o de aportaciones únicos y de entregas mensuales, libres todos, con destino al "Fondo Ramón Turró" o al "Servicio de la Biblioteca".

Los Seminarios de Investigaciones científicas, de Geografía médica y de

Historia de la Medicina podrían y deberían llevar a cabo una tarea ingente y ortodoxa para la Academia, sin la execrable insolidaridad de las Corporaciones.

Por no obstar lo legítimo de los demás, acreditaríamos el natural respeto, que exige la veteranía cultural y unas obligaciones ponderadas y axiomáticas.

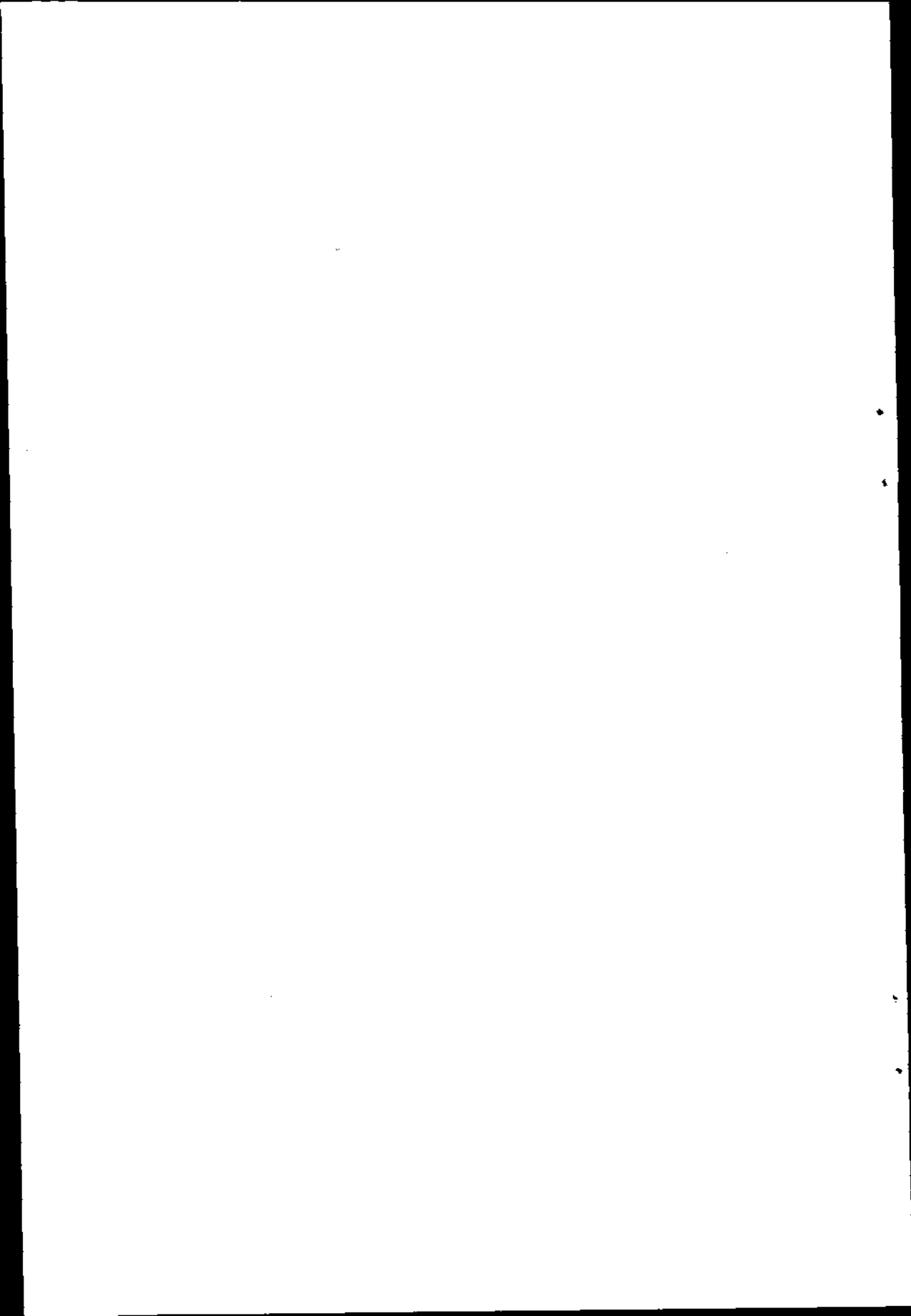
La utilización fácil de nuestro colosal tesoro de libros y de documentos médicos antiguos —previa clasificación y un emplazamiento "ad hoc"—

no tolera scamos negligentes por inercia.

Lo que hagamos implicará trato parejo del Estado, del vecindario barcelonés y de nuestros colegas.

Si gozamos de un magno legado y de una estirpe de patricios, la ociosidad hiera a cualquiera. Y los Académicos —proyectos o no— sueñan en la generosidad de los místicos.

¡Que Dios proteja la integridad somática y psíquica que meriten los descendientes de unos héroes de la cultura!



BROTE EPIDEMICO DE INFECCIONES POR VIRUS PARAINFLUENZA TIPO 3 (*)

MARIA BELTRAN DUBON
(Barcelona)

INTRODUCCION

Una de las principales causas de mortalidad y morbilidad, especialmente en determinados grupos de edad, la consituyen los procesos respiratorios agudos, los cuales, si bien son generalmente benignos en los adultos y jóvenes, son potencialmente graves en los niños y en los ancianos, edades en que se registran elevadas tasas de mortalidad a consecuencia de dichas afecciones.

En la edad infantil las estadísticas europeas muestran que las infecciones respiratorias agudas significan la 2.^a causa de mortalidad en los menores de un año, superadas tan sólo por la prematuridad y, en algunos casos, por las malformaciones congénitas. En España, más concretamente en Barcelona, las estadísticas de mortalidad infantil correspondiente al año 1966 aportaron exactamente los mismos datos.

En edades avanzadas, las afecciones respiratorias agudas actúan como desencadenante de la mayoría de procesos que se registran como causas de muerte en las estadísticas, como la insuficiencia cardíaca, el cor pulmonale, y la bronquitis crónica. Así en 1965 se registraron en Inglaterra 14.000 defunciones por infecciones respiratorias agudas y sus complicaciones, el 75 % de las cuales se produjeron en individuos de más de 60 años. Por lo que a nuestro país respecta, en 1966 el 63 % de todas las defunciones ocasionadas por afecciones respiratorias agudas registradas en Barcelona, afectó igualmente el grupo de más de 60 años de edad.

La morbilidad de estas infecciones es asimismo muy elevada, ya que cada individuo puede sufrir de 2 a 5 afecciones anuales, benignas en su mayoría, pero cuya reiteración puede dar lugar a la aparición de procesos crónicos bronquiales, pulmonares o cir-

(*) Memoria galardonada con el "Premio Salvá y Campillo" de la Real Academia de Medicina de Barcelona. Lema "Perfundet omnia iuxta". Concurso del año 1970.

culatorios, así como a complicaciones bacterianas.

Las infecciones respiratorias agudas se caracterizan por una evolución rápida, una duración corta, y en cuanto a la etiología, por estar producidas por microorganismos muy diversos. Las investigaciones desarrolladas en los últimos 20 años han permitido demostrar que, a diferencia de lo que ocurre en las infecciones respiratorias crónicas, en las infecciones agudas las bacterias juegan un papel muy poco importante, considerándose que sólo del 2 al 5 % de las infecciones están originadas por bacterias patógenas. Esto es particularmente cierto en los niños, pero en los adultos, aunque el porcentaje de infecciones de etiología bacteriana es mayor, también la mayoría de casos reconocen una etiología no bacteriana.

Las bacterias son responsables de las amigdalitis agudas y de algunas neumonías, especialmente en los adultos, pero en otros cuadros clínicos su papel es secundario, actuando como gérmenes de sobreinfección merced a las alteraciones de la mucosa respiratoria ocasionadas por las infecciones víricas o, en ocasiones, al estado anérgico provocado por algunas de ellas, en especial la gripe. De ellas las que con mayor frecuencia ocasionan estos cuadros son estreptococo, estafilococo, hemofilus influenza, neumococo, Klebsiella, etc.

Admitido que la mayoría de procesos respiratorios agudos están producidos por microorganismos no bacterianos, es necesario señalar que los

virus responsables de los mismos, y denominados por ello virus respiratorios, son muy variados y pertenecen a diversos géneros. Son virus genuinamente respiratorios los mixovirus, los adenovirus y los rinovirus, pero también manifiestan esta acción patógena virus de multiplicación preferente en el tubo digestivo como son algunos serotipos de virus Coxsackie y virus ECHO (enterovirus respiratorios) y los reovirus. Además pueden producir también infecciones respiratorias agudas microorganismos del género Chlamidia o Bedsonia (Bedsonia ornithosis, responsable de la ornitosis de las aves psitácidas, y que en el hombre puede ocasionar neumonías graves), Rickettsia (*R. burnetti*, agente de la fiebre Q, de manifestaciones predominantemente respiratorias) y Mycoplasma, como el llamado agente de Eaton (*M. pneumoniae*) considerado hasta 1962 como un virus, responsable del cuadro de la neumonía atípica primaria.

En la actualidad, en gran número de países se efectúan investigaciones en los Centros de Virología para determinar la frecuencia con que estos virus intervienen en la producción de las infecciones respiratorias agudas, como punto de partida para poder intentar una acción preventiva eficaz, principalmente mediante la vacunación, que conduzca a una disminución en la frecuencia de las mismas y, como consecuencia, a la reducción de las tasas de mortalidad en la primera infancia y en edades avanzadas.

Para ello es fundamental tener un conocimiento preciso de los virus que

difunden en cada zona determinada y su frecuencia y distribución relativas según la edad de los afectados y la situación meteorológica.

Dado que en nuestro país son muy escasos los estudios de este tipo realizados, hemos creído de extraordinario interés estudiar la etiología de las infecciones respiratorias agudas en la población infantil de Barcelona.

Durante los meses de diciembre de 1968 y enero de 1969, tuvimos ocasión de estudiar un brote epidémico de procesos respiratorios agudos en una comunidad infantil cerrada de nuestra ciudad. Mediante inoculación de cultivos celulares pudimos aislar tres cepas de Mixovirus parainfluenza tipo 3, hecho que creemos no ha sido publicado aún en nuestro país.

El estudio virológico, aislamiento y serología del mencionado brote es el objeto de la presente comunicación.

MÉTODOS GENERALES DE DIAGNOSTICO

El diagnóstico de las infecciones víricas puede realizarse directamente, mediante el aislamiento del virus causal a partir de productos patológicos del enfermo, o indirectamente, a través de la demostración de la presencia de anticuerpos en el suero de los mismos.

Aislamiento de virus

En las virosis respiratorias el aislamiento tiene el máximo valor, y en

la mayoría de casos el hallazgo de un virus respiratorio es absolutamente diagnóstico porque no existen infecciones subclínicas ni portadores de mixovirus.

Se obtiene mediante la inoculación de los productos patológicos sobre cultivos celulares (en el caso del virus gripal también sobre huevo embrionado), la introducción de los cuales y su progresivo mejoramiento y simplificación han permitido el amplio desarrollo que la Virología alcanza en estos momentos.

Los cultivos de células animales pueden ser de dos tipos ya delimitados por Enders:

— Cultivos de tejidos o tisulares. En éstos se consigue multiplicación celular en fragmentos de tejidos finamente desmenuzados suspendidos en medios adecuados (método de Maitland), o en finos cortes de tejidos que se fijan a las paredes de tubos o frascos en contacto asimismo con medios idóneos (métodos de Harrison, Carrel, Gey, etc.).

— Cultivos celulares. Para conseguirlos se procede a disociar, mediante tratamiento con tripsina, tejidos humanos o animales obtenidos directamente o también tejidos ya desarrollados *in vitro*. Las células así separadas pueden desarrollarse, bien en suspensión, bien fijándose en la pared de frascos o tubos. La más utilizada es esta última modalidad, especialmente a base de la consecución de una capa monocelular, que es el procedimiento que nosotros utilizamos ordinariamente. Dentro de los cultivos celulares en

capa monocelular podemos distinguir los tres tipos siguientes:

1. Células primarias. — Se trata de células obtenidas mediante disociación con tripsina de diversos órganos animales, y que son capaces de desarrollarse bien *in vitro* durante un cierto tiempo, pero degeneran, si se intenta mantenerlas mediante tripsinaciones sucesivas, en el 2.º o 3.º pase. Algunas de estas células presentan una gran sensibilidad para determinados virus, de ahí la gran importancia que en virología se les ha dado. Las más comúnmente utilizadas y de mejores resultados son las de riñón de mono, utilizándose asimismo las amnióticas humanas, las células tiroideas y las células renales de embrión humano.

2. Células en línea continua. — Son células normales o tumorales adaptadas al cultivo *in vitro* y que pueden propagarse y mantenerse indefinidamente en el laboratorio. Para considerarlas como línea continua deben superar los treinta pases sucesivos realizados mediante tripsinación. Sin embargo, tras estos pases las células sufren alteraciones en su dotación cromosómica (las humanas, normalmente diploides se hacen heteroploides a partir del 5.º ó 6.º pase), a las que se acompañan alteraciones morfológicas, por lo que todas las células en cultivo artificial se parecen extraordinariamente cualquiera que sea su origen.

Las células en línea continua más utilizadas son las HeLa, KB, HEp-2, Detroit 6, Maben, etc., todas procedentes de tejidos neoplásicos, y las

Amnios-57, F.L., T1, RK 13, CIRC, etcétera, procedentes de tejidos normales.

3. Células fibroblásticas humanas de cariotipo diploide. — Cuando interesa comprobar la intervención de un rinovirus en el caso estudiado se utilizan células fibroblásticas, generalmente embrionarias, que adaptadas al cultivo celular mantienen su dotación cromosómica diploide durante un máximo de 50 pases. Las más utilizadas son las denominadas WI-38, de pulmón embrionario humano.

El desarrollo de virus en cualquiera de los cultivos celulares se manifiesta en términos generales por la manifestación de alguno de los fenómenos siguientes:

— Modificaciones en el metabolismo celular, que algunos virus estimulan y otros inhiben. En el primer caso el pH del medio desciende rápidamente, en tanto que en el segundo el medio no sólo no sufre la acidificación normal, sino que más bien tiende a alcalinizarse.

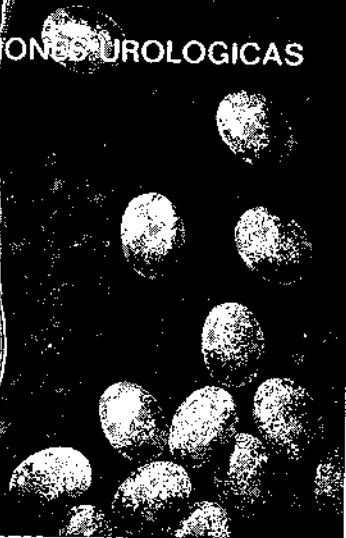
— Alteraciones en la estructura y morfología celulares y destrucción del tejido celular. Estos efectos citopáticos son, en ocasiones, característicos de cada virus y permiten la emisión de un diagnóstico.

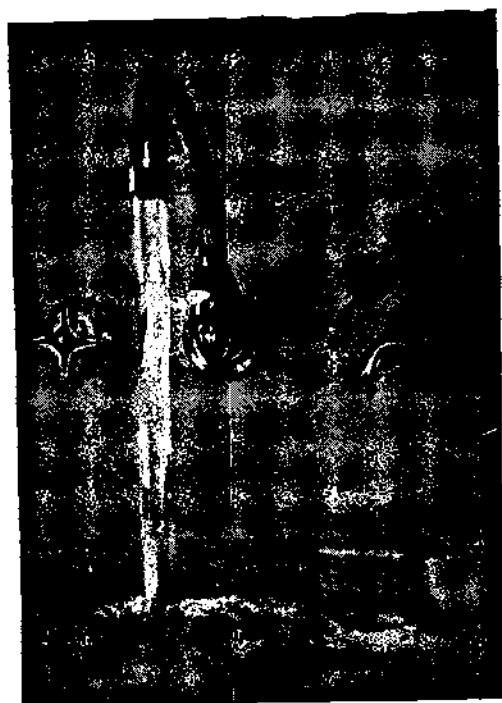
— En el medio de cultivo se pueden detectar algunos componentes del virus, como aglutininas, antígenos fijadores del complemento, etc., que, aparte poner de manifiesto el crecimiento del mismo, permiten su identificación.

— Las células infectadas por de-



TERAPEUTICA ESPECIFICA DE LAS INFECCIONES UROLOGICAS





**“La llave
reguladora
de la
diuresis”**

Seguril

FUROSEMIDA

Conocido internacionalmente como LASIX

El diurético de nueva clase



HOECHST IBERICA, S. A. - Barcelona

ORAL
PARENTERAL

terminados virus presentan la capacidad de adsorber, es decir, fijar a su superficie los hematíes de diversas especies animales.

— Se puede también demostrar la presencia de un virus comprobando su interferencia en el crecimiento de otro virus ya conocido.

Serología

Indirectamente, las infecciones víricas pueden diagnosticarse mediante la práctica de reacciones serológicas aun en ausencia de aislamiento de virus, siendo las más empleadas a este objeto, la reacción de fijación del complemento (RFC) en primer lugar, y las reacciones de inhibición de la hemaglutinación (RIH) y de seroneutralización.

Sin embargo dicho diagnóstico sólo puede emitirse si las muestras que se poseen o los resultados con ellas obtenidos responden a uno de los casos siguientes:

1.º Si se cuenta con dos sueros del enfermo, uno precoz, obtenido antes del 5.º día de la enfermedad, y otro tardío, obtenido entre el 10.º y el 20.º día de enfermedad. Un aumento de cuatro veces el título de anticuerpos entre la primera y la segunda muestra permite un diagnóstico de certeza.

2.º Si se dispone únicamente de dos sueros tardíos, una disminución de 4 veces en el título de anticuerpos es diagnóstica en determinadas condiciones, ya que puede traducir la evolución de una infección reciente.

3.º Caso de disponer de una sola muestra de suero, obtenida tardíamente, es decir, entre el 10.º y el 20.º día de la infección, si aparece un título de anticuerpos elevado se considera significativo, pero no siempre permite emitir un diagnóstico de certeza, salvo en determinadas reacciones o en ambientes epidémicos concretos, y para virus determinados.

En estos casos es especialmente útil la reacción de fijación del complemento, puesto que dada la rapidez con que desaparecen del suero de los enfermos los anticuerpos fijadores del complemento, los títulos de 1/64 son muy significativos y los títulos de 1/256 permiten ya establecer prácticamente el diagnóstico.²⁶ Aquí debe tenerse en cuenta asimismo el antígeno de que se trata, ya que no para todos tienen idéntica significación los títulos elevados, así podemos aducir el caso de la gripe, en que la aparición de títulos altos en la reacción de fijación del complemento es mucho más significativa que en las adenovirosis.

Cuando se estudian brotes epidémicos, especialmente, como en nuestro caso, en comunidades cerradas, refuerza la sospecha diagnóstica la aparición de títulos elevados en varios sueros tardíos únicos.

Reacción de fijación del complemento. — Es la más utilizada y la más ventajosa, a pesar de requerir una extremada vigilancia de todos los elementos que en ella intervienen, de todos los cuales deben establecerse controles. Asimismo los antígenos a utilizar deben ser muy sensibles y ca-

rentes de poder anticomplementario. En todos los casos deben utilizarse sueros de referencia positivos y negativos.

Las ventajas de la reacción de fijación del complemento pueden resumirse del modo siguiente:

— Es una reacción sencilla y económica.

— Los antígenos se conservan perfectamente durante largo tiempo y pueden ser preparados en el propio laboratorio, o en cualquier caso se consiguen con facilidad ya preparados por laboratorios especializados.

— De cara al diagnóstico, y dada la circunstancia a que anteriormente hemos hecho referencia, de la pronta desaparición de los anticuerpos fijadores del complemento, permite presumir una infección reciente el hallazgo en un solo suero de títulos de 1/64, salvo cuando estos títulos son frente a adenovirus o al grupo ornitosis-psitacosis-linfogranuloma.

— Permite realizar un diagnóstico de grupo mediante los antígenos solubles en los casos de infección por virus con distintos tipos antigénicos, evitando así la multiplicación de reacciones que significaría el tener que ensayar un antígeno para cada tipo.

Reacción de inhibición de la hemaglutinación. — Se trata de una reacción muy simple en apariencia, pero de interpretación muy delicada, ya que son grandes las posibilidades de error, por lo que deben controlarse escrupulosamente todas las circunstancias que puedan modificar los resultados, como pueden ser: presencia de inhibidores

inespecíficos, calidad de los hematíes, pH, temperatura, etc.

Esta reacción, como es lógico, solamente puede utilizarse para el estudio y diagnóstico de los virus con capacidad hemaglutinante.

Por lo demás, completa perfectamente a la reacción de fijación del complemento, puesto que permite identificaciones de tipo de virus por ser específica de cepa. Aquí debe advertirse la necesidad de emplear precisamente la cepa causal en la reacción, ya que en caso contrario los resultados obtenidos pueden ser falsos.

Reacción de seroneutralización. — Se trata de una reacción tipo-específica de gran utilidad para completar el diagnóstico y permitir la identificación del virus causal en las virosis producidas por virus con distintos tipos antigénicos y por ello empleada especialmente en el estudio de las adenovirosis; pero muy poco utilizable con fines exclusivamente diagnósticos de las virosis respiratorias, ya que los anticuerpos neutralizantes persisten durante largo tiempo en el suero de las personas infectadas, dificultando así la atribución de su presencia a un proceso actual o reciente. La complejidad de la reacción limita también consiguientemente su utilización.

LOS VIRUS RESPIRATORIOS

Al conjunto de virus capaces de producir afecciones inflamatorias de las vías respiratorias, aun cuando mi-

crobiológicamente no están relacionados, se ha dado en denominarles virus respiratorios.

El conocimiento de dichos virus es relativamente reciente, a pesar de que las infecciones respiratorias hayan sido desde antiguo objeto de estudio y a su esclarecimiento hayan tendido multitud de esfuerzos investigadores; y aun en el momento presente, pese a los indudables progresos registrados en este campo, permanece ignorada la etiología de un porcentaje elevado de procesos respiratorios agudos. En aproximadamente un 30 % de casos no se consigue el aislamiento o la demostración de anticuerpos frente a virus conocidos, lo que permite suponer que aún quedan abiertas amplias posibilidades, y que es posible el descubrimiento de nuevos virus que hasta este momento han escapado a todos los ensayos de aislamiento.

La historia del hallazgo de los virus respiratorios en principio no es sino la de los repetidos intentos de descubrir la etiología de la gripe, cuyas primeras investigaciones se remontan a la pandemia de 1889, durante la cual se aislaron distintos gérmenes en las vías respiratorias de los enfermos, que, sin embargo, poco aportaron al esclarecimiento del problema, ya que los estudios carecían de rigor bacteriológico. Fue en 1893 cuando Pfeiffer aisló un germen pequeño, gram negativo, en los esputos de los enfermos de gripe (*H. influenzae*), el cual fue aceptado como causante de dicho proceso, si bien durante la pandemia de 1918 se demostró que dicho germen

no cumplía con la mayoría de los postulados de Koch, descartándose a partir de aquí su papel etiológico en los procesos gripales. Algo semejante ocurrió con el *B. neuromonites* descubierto por OLITSKY y GATES.¹⁶ Por fin SELTER,²⁴ NICOLLE, LEBAILLY y YAMANOUCI, consiguieron por separado provocar la aparición de procesos gripales mediante la inoculación a voluntarios de un filtrado de esputos de enfermos exento de bacterias, experiencia que por efectuarse en ambiente epidémico no descartaba la posibilidad de la existencia de un contagio natural, pero que inició la etapa virológica y definitiva del estudio de la gripe.

En esta misma época KOLN¹² inició los estudios sobre la gripe porcina, observando cómo al lado de la epidemia humana, se desarrollaba en los cerdos una septicemia benigna que a veces se complicaba con neumonías graves. Más tarde SHOPE aisló en las complicaciones pulmonares de la gripe porcina un bacilo (*H. influenzae suis*) y observó cómo la inoculación de filtrados de las secreciones nasales producía la forma septicémica pura de la gripe, en tanto que la inoculación de dicho filtrado más el bacilo, producía la forma grave y complicada. De dicha experiencia pudo inferirse que la enfermedad específica producida por el virus era en realidad únicamente la sepsis benigna.

El conocimiento de los agentes realmente causantes de la infección gripal se inició en 1933, en que SMITH, ANDREWS y LAIDLAW²⁵ consiguieron reproducir la enfermedad en el hurón

mediante la instilación nasal de filtrados exentos de bacterias, trabajo que constituyó la base de todos los estudios posteriores. Estos autores demostraron asimismo que los hurones que habían contraído la enfermedad eran inmunes a la reinfección y que el suero de convaleciente era capaz de neutralizar el virus. El aislamiento del virus fue confirmado por FRANCIS en 1934, demostrándose además que realmente se producían anticuerpos específicos durante la enfermedad.

En el curso de una epidemia en 1940, FRANCIS y MAGILL, trabajando separadamente, aislaron una nueva cepa y demostraron que el suero de las personas que habían pasado esta epidemia no protegía contra los virus aislados anteriormente. Surgió entonces la necesidad de un acuerdo taxonómico, conviniéndose en calificar con el nombre de tipo B el virus aislado en 1940 por FRANCIS y MAGILL⁶ y con el de tipo A el virus aislado en 1933.

En 1949 TAYLOR²⁹ aisló un nuevo virus, distinto antigénicamente y que se denominó tipo C.

Más tarde se aisló en el Japón en un proceso neumónico en un recién nacido, un nuevo virus, también antigénicamente distinto de los anteriores, al que se dio el nombre de virus Sendai o tipo D. Sin embargo, estudios posteriores demostraron que difería en algunas propiedades de los virus gripales, al igual que los virus aislados por CHANOCK¹ en 1956, motivo por el cual se les designó con el nombre de virus parainfluenza. De éstos se han aislado hasta el presente cuatro serotipos.

Durante la Segunda Guerra Mundial los trabajos de la Comisión para el Estudio de las Enfermedades Respiratorias Agudas, permitieron avanzar en este campo y así en 1949 EATON, MEIKLEJOHN y VAN HERICH⁵ aislaron un microorganismo filtrable de los casos de neumonía atípica asociado a la presencia de aglutininas "a frígore" al que se denominó virus de EATON. En 1953 ROWE y HUEBNER,²³ descubrieron la existencia de virus latentes en las amígdalas y vegetaciones adenoides de los niños, virus que fueron aislados más tarde por HILLEMANN (1954) en brotes de infecciones respiratorias agudas asociadas a conjuntivitis registrados entre los reclutas de la marina americana, y que por ello fueron designados con el nombre de virus APC. Posteriormente ENDERS propuso para estos virus la denominación de adenovirus bajo la que les conocemos actualmente.

En 1956 MORRIS, BLOUNT y SAVAGE aislaron en una epidemia de coriza observada en los chimpancés de laboratorio y en un laborante, el llamado virus CCA, el cual, aislado por CHANOCK en una epidemia de laringotraqueobronquitis, recibió la denominación de virus respiratorio sincitial.^{3 y 2}

En 1958 diversos autores, y entre ellos PHILIPSON,²⁰ ROSEN²² y MOGABGAB,¹⁵ aislaron de cuadros respiratorios agudos diversos enterovirus, especialmente virus ECHO y virus Coxsackie, así como reovirus.

Por último, en 1962, investigadores ingleses y americanos independiente-

mente, aislaron de casos de resfriado común un grupo heterogéneo de virus que parece que intervienen con frecuencia en la aparición de estos cuadros en el adulto, y que se han agrupado bajo la denominación de Rinovirus.

Los virus respiratorios constituyen un grupo muy heterogéneo, incluyéndose desde el punto de vista taxonómico en los grupos siguientes:

- 1.º Mixovirus: V. gripales, v. parainfluenza y v. respiratorio sincitial.
- 2.º Adenovirus.
- 3.º Picornavirus: Enterovirus respiratorios y rinovirus.
- 4.º Reovirus.

CHANOCK *et al.* en 1962³ demostraron que el microorganismo filtrable aislado por EATON y colaboradores de casos de neumonía atípica primaria y denominado provisionalmente virus de Eaton, es en realidad un microorganismo del grupo PPLO (*Mycoplasma pneumoniae*), el cual, por producir afecciones respiratorias, suele incluirse en los estudios sobre el grupo de virus respiratorios.

Asimismo, por sus técnicas de estudio similares, se estudian entre los virus respiratorios dos agentes que no siendo virus precisan de células vivas para su multiplicación, uno perteneciente al género *Clamidia* o *Bedsonia*, *Bedsonia ornithosis*, causante de la ornitosis de las aves psitácidas, capaz de afectar al hombre, al que causa una neumonía severa, y una *Rickettsia*, *Rickettsia burnetti*, agente de la fiebre Q, que puede considerarse como

una afección predominantemente respiratoria.

LOS VIRUS PARAINFLUENZA

Los mixovirus parainfluenza son ribovirus, es decir están constituidos por un nucleóide formado por ácido ribonucleico y proteína; presentan simetría helicoidal, poseen las propiedades generales de los mixovirus, y se diferencian de los virus gripales por su mayor tamaño (150-250 m μ) y por su estructura, ya que el diámetro del espiral de RNA es de 15 a 18 m μ , doble que el del virus gripal, con una parte central hueca de 5 m μ de diámetro. Como el virus gripal, poseen una envoltura lipoproteica provista de espículas que representan la hemaglutinina, por tanto son capaces de aglutinar los hematíes, pero, a diferencia de dicho virus gripal, presentan capacidad hemolítica.

Son sensibles al éter y se destruyen con rapidez a pH 3, sin embargo conservan durante años su capacidad infectante congelados a -60°C.

Se conocen en estos momentos cuatro serotipos de virus parainfluenza humanos, así como algunas cepas afines aisladas en animales.

Aun cuando el primer virus parainfluenza fue aislado en el Japón por KUROYA a partir de ratones inoculados con tejido pulmonar procedente de niños fallecidos por neumonía, el primer virus humano reconocido, excluida toda posibilidad de origen animal, fue el llamado CA (croup associated), ais-

lado por CHANOCK¹ en 1955 de niños afectados de croup (laringotraqueobronquitis aguda), y que pudo identificarse gracias a su acción citopática sincitial sobre células de riñón de mono y amnióticas humanas.

Posteriormente se aislaron en niños afectados de infecciones respiratorias agudas tres nuevos virus que presentaban una serie de propiedades comunes con el anterior. La acción citopática de éstos es mínima, especialmente en los ensayos de aislamiento, por lo que la presencia del virus debe hacerse patente mediante el fenómeno de la hemadsorción de VOGEL y SHELOKOV,³¹ ya que pertenecen al grupo de los llamados virus hemadsorbentes.

Los cuatro serotipos de virus parainfluenza son:

1.º Virus parainfluenza 1. — Se incluyen el v. Sendai y el v. hemadsorción 2. El virus Sendai, aislado por KUROYA en el Japón en un caso de neumonitis del recién nacido, fue considerado por este autor como responsable de dichos cuadros en el Japón, China y Rusia, si bien estudios realizados posteriormente en este último país por GERNGROSS y ZHDANOV (1957)⁸ dieron como resultado el aislamiento de dicho virus en procesos gripales. FUKUMI⁷ en 1959 demostró la difusión de este virus entre los ratones de laboratorio. El virus hemadsorción 2 fue aislado por CHANOCK y col. de niños afectados de laringotraqueítis obstructiva o croup y puesto de manifiesto mediante la técnica de la hemadsorción. Los ensayos de inoculación a voluntarios han dado como re-

sultado la aparición de cuadros con síntomas respiratorios diversos y casi constante rinoresaca.

2.º Virus parainfluenza 2. — Fue aislado por CHANOCK¹ en 1955 en Cincinnati y por BEALE en Toronto, a partir de niños afectados de laringotraqueítis obstructiva (v. CA). También en 1955 SHELOKOV y VOGEL³¹ aislaron virus semejantes de niños afectados de procesos gripales.

3.º Virus parainfluenza 3. — Recibe también la denominación de virus hemadsorción 1. Fue aislado por CHANOCK de niños afectados de procesos respiratorios. En 1959 SUTTON²⁸ en Inglaterra lo aisló asimismo en pequeños brotes epidémicos infantiles.

4.º Virus parainfluenza 4. — Fue aislado por JOHNSON¹¹ en 1960 empleando la técnica de la hemadsorción. La cepa tipo es la M-25. No se conoce con certeza su acción patógena para el hombre, aunque parece que se asocia con cuadros clínicos leves que afectan a niños de corta edad. Se conocen dos subtipos: A (M-25) y B (CH-19503).

Por lo que a las características biológicas generales de estos virus respecta, vamos a detenernos brevemente en la consideración por separado de algunas de ellas.

Hemaglutinación. — Los virus parainfluenza presentan la propiedad de aglutinar los glóbulos rojos de cabaño a 37°C (o mejor, primero a 4º y después a 27°C) obteniéndose títulos elevados con los 4 tipos. Cuando se emplean glóbulos rojos de pollo a + 4°C se obtienen títulos más eleva-

dos con los tipos 1 y 2. La hemaglutinación es de tipo enzimático por acción de la neuraminidasa.

Hemolisis. — Se ha demostrado la presencia de una hemolisina en los tipos 1, 2 y 3, la cual se halla asociada a la partícula del virus y cuya actividad se efectúa a través del mismo receptor celular del hematíe que interviene en la hemaglutinación.

Hemadsorción. — Los cultivos celulares infectados con virus parainfluenza de los cuatro tipos presentan la propiedad de adsorber determinados tipos de hematíes cuando éstos se añaden a dichos cultivos. Este fenómeno de hemadsorción se atribuye a la presencia en la superficie de las células infectadas de hemaglutininas específicas que reaccionan con los receptores del hematíe.

Inclusiones. — Los virus parainfluenza inducen la formación de inclusiones citoplasmáticas de tipo eosinófilo en las células infectadas.

Acción citopática. — Los virus parainfluenza producen en general muy ligeras alteraciones celulares, a veces inaparentes, en los primeros pases; solamente el tipo 2, cuando se inocula sobre riñón de mono, produce unas alteraciones de tipo sincitial evidentes ya en los primeros pases. Desde luego las células más sensibles y por ello adecuadas para el aislamiento, son las de riñón de mono, sobre las que se desarrollan bien los cuatro serotipos. Pueden también utilizarse, aunque su sensibilidad es menor, los fibroblastos humanos diploides.⁹ Las células en línea continua son asimismo uti-

lizables para el aislamiento de los tipos 2 y 3.¹³

En las cepas adaptadas al cultivo celular los tipos 2 y 3 inducen la formación de células alargadas y estrelladas y de sincitios, en tanto que los tipos 1 y 4 producen únicamente un ligero redondeamiento y degeneración de las células. Los virus parainfluenza no presentan interferencia entre ellos.

Crecimiento en embrión de pollo. — En general crecen mal en embrión de pollo y únicamente el tipo 3 se ha aislado por este medio. Sin embargo las cepas de los 4 tipos, una vez aisladas sobre cultivos celulares, se adaptan con facilidad al crecimiento en saco amniótico de embrión de pollo de 8 ó 10 días con relativa facilidad.

Inoculación experimental. — La inoculación al cobayo o al hamster por instilación intranasal no provoca manifestación clínica alguna.

En diversas especies animales se han aislado virus semejantes a los humanos, dato a tener en cuenta para evitar la interpretación errónea de los resultados de la inoculación experimental. Así un virus semejante al tipo 1 infecta a los roedores y a los cerdos pudiendo producir brotes epidémicos; los virus SV₃ y SV₁₁ que producen infecciones latentes en los monos son semejantes al tipo 2, y el virus SF₁ que produce infecciones respiratorias en el ganado bovino (Shipping-fever) es idéntico al tipo 3.

Estructura antigénica. — Los virus parainfluenza presentan dos tipos de antígenos: los antígenos específicos

superficiales, ligados a la membrana de envoltura, que se pueden demostrar por reacciones de neutralización, inhibición de la hemaglutinación o de la hemadsorción; y antígenos específicos solubles, obtenidos por tratamiento con éter, que se demuestran por reacciones de fijación del complemento. No ha sido obtenido todavía ningún antígeno grupo específico.

Los tipos 1, 2 y 3 son antigénicamente homogéneos, pues sólo se ha identificado un único serotipo para cada uno, y además son antigénicamente estables, pues no se han demostrado variaciones en su estructura antigénica como en los virus gripales.

Sin embargo, presentan estos virus algunas relaciones antigénicas entre ellos y con virus de otros grupos que dificultan su identificación. Dicha identificación se efectúa mediante reacciones de fijación del complemento y de inhibición de la hemaglutinación frente a sueros inmunes de cobayo. Con la RFC se obtienen títulos homólogos de 1/80 a 1/2560, los títulos heterólogos en general son inferiores a 1/10.

La respuesta serológica del hombre frente a la infección por estos tipos es menos específica que en los animales a consecuencia en general de las infecciones previas por alguno de los tipos o por otros paramixovirus relacionados antigénicamente, de ahí que a excepción de en los niños recién nacidos y en los menores de un año, que seguramente sufren primoinfecciones, en los demás casos, como el niño ha tenido ya una experiencia

previa, frente a una nueva infección se producen respuestas heterólogas, sobre todo por lo que al tipo 3 se refiere. Las primoinfecciones por este tipo se producen por lo general con antelación a las por los tipos 1 y 2. El gran número de diagnósticos serológicos de infección por el tipo 3 en los niños de edad avanzada son seguramente explicables como debidos a respuestas heterólogas. Los adultos desarrollan generalmente respuestas heterólogas frente a otros paramixovirus como el virus de la parotiditis, aparte de los restantes tipos de parainfluenza.

DESCRIPCION DE LA COLECTIVIDAD INFANTIL

Hemos realizado este estudio en el Instituto de Puericultura de la Maternidad Provincial de Barcelona, centro en que se albergan alrededor de 1.000 niños, nacidos en su mayoría en la propia Institución e ingresados el resto (un escaso 5 %) en general antes de cumplido un mes de edad. Estos niños permanecen en el centro hasta los 5 ó 6 años, a excepción de los que son reclamados por sus padres o son adoptados.

Según sus edades los niños están distribuidos en diversas salas y pabellones del siguiente modo:

Pabellón de Lactantes. En él se hallan los salones 1 al 4 que albergan niños de edades comprendidas entre una semana y un año de edad, y los salones 5 al 9 ocupados por niños de

uno a dos años. En cada uno de los salones suelen vivir de 30 a 35 niños.

Pabellones Destetes I y II. En cada uno se alojan 50 niños de dos a tres años y medio de edad.

Pabellón Cambó. Se alojan en el mismo 150 niños cuyas edades oscilan entre los dos y tres años y medio.

Pabellón Ave María. Alberga en pisos distintos a todos los niños y niñas desde los tres años y medio hasta los seis.

Aparte existe un pabellón de enfermería en el que se alojan los pequeños enfermos en boxes individuales y aislados.

La estancia de los niños en cada sala varía desde algunos meses en los salones 1, 2, 3 y 4, hasta más de un año en los restantes, ya que a partir del año de edad no se les cambia con tanta frecuencia.

Las posibilidades de contacto son grandes entre los niños albergados en la misma sala, pero raras entre los niños de salas distintas, ya que tanto las comidas como los juegos los realizan por separado.

El personal en continuo contacto con los niños está constituido por religiosas, enfermeras internas y algunas madres, que en calidad de domésticas prestan sus servicios en el Instituto. Como personal externo, cuyo contacto con los niños es menor, figuran los médicos y algunas trabajadoras sociales.

Las visitas son poco numerosas y los niños en general no salen de la Institución, aunque pueden pasar las vacaciones con sus familias.

Por lo que a la atención médica respecta, tras una amplia exploración sufrida previamente al ingreso en el Pabellón de Lactantes, y hasta los siete meses, todos los niños son examinados una vez por semana. Entre los siete y los doce meses son controlados cada 15 días y a partir de esta edad son sometidos a un solo examen completo anual.

Durante la lactancia se registra la temperatura corporal de los niños dos veces al día, se examinan las heces y se anotan todas las observaciones en la historia clínica de cada niño.

En caso de enfermedad, si ésta es leve, los niños son tratados en la misma sala, pero si reviste alguna importancia son trasladados a la enfermería.

DESCRIPCION DEL BROTE EPIDEMICO

A mediados del mes de diciembre de 1968 se produjeron en la Sala 4 del Instituto de Puericultura de Barcelona diversos casos de bronquitis febril que se extendieron en forma epidémica en los días sucesivos a la mayoría de los niños de la Sala y de dos salas próximas, Salas 1 y 3, situadas en el mismo edificio. En el transcurso de un mes enfermaron un 82,3 % de los niños de las tres salas, con porcentajes de morbilidad semejantes en cada una de ellas, que albergaban niños de edades similares (1 semana a 1 año de edad).

Clínicamente los procesos afectaron al tracto respiratorio inferior, diagnos-

ticándose bronquitis en la mayoría de los enfermos. El cuadro evolucionó en varios casos hacia la neumonía, que fue generalmente poco grave, excepto en una niña mongólica de la Sala 1 que falleció a los 6 días de la enfermedad.

Este brote epidémico evolucionó paralelamente a otro que, afectando salas distintas, fue producido por el virus Respiratorio Sincitial.¹⁷

MATERIAL Y METODOS

Material Clínico

Se escogió una muestra del 40 % aproximadamente de los 42 niños que resultaron afectados, entre los que se incluyeron la mayoría de los que, presentando un cuadro más severo, requirieron hospitalización. En conjunto se estudiaron 17 enfermos; 14 de ellos mediante intento de aislamiento del virus causal y la obtención de dos sueros para la práctica de reacciones serológicas, y dos únicamente por intento de aislamiento. La defunción de uno de los niños de la muestra impidió completar la serología de un caso (tabla núm. 1).

Ensayos de aislamiento

Frotis faríngeo. — Es el método de elección en estos procesos. Lo practicamos con escobillón estéril verificando un rascado enérgico de la región faringo amigdalár. Dicho escobillón lo introdujimos inmediatamente en un tubo con 5 ml de medio de transporte

a base de solución de Hanks con 30 % de líquido amniótico bovino y antibióticos, y lo más rápidamente posible lo trasladamos al laboratorio, donde el medio se reparte a pequeños volúmenes para conservarlo congelado a -50°C hasta el momento de la inoculación, caso de no hacerse ésta directamente.

Inoculación de los cultivos celulares. — Inoculamos con cada muestra un mínimo de 6 tubos o un frasco de 60 ml con células desarrolladas en capa monocelular, a razón de 0,2 ml por tubo o 0,8 ml por frasco.

Todas las muestras, directamente o previa congelación, fueron sembradas sobre células primarias de riñón de mono y además en líneas celulares continuas.

Células primarias. — Utilizamos células de riñón de mono (*Macacus Rhesus*, *Macacus Cynomolgus* o *Cercopithecus Aetiops*), que recibimos periódicamente en suspensión. Dichas células, tras agitación magnética y recuento, las repartimos o mejor resuspendemos, a razón de un millón por ml en medio de crecimiento y sembramos a razón de 200.000 células por tubo y un millón por frasco de 60 ml.

Sea cual sea la especie originaria, utilizamos para el desarrollo medio de hidrolizado de lactalbúmina ¹⁴ al 0,5 % en solución de Hanks con 2 % de suero de ternera y antibióticos, y para la supervivencia medio 199 (medio de Morgan y Parker) sin suero, adicionado de un 0,2 % de suero antiSV₁ al 1/500.

Incubamos las células inicialmente

TABLA N.º 1

BROTE EPIDEMICO DE PROCESOS RESPIRATORIOS AGUDOS POR VIRUS PARAINFLUENZA TIPO 3 EN TRES SALAS DE PUERICULTURA EN DICIEMBRE DE 1968 Y ENERO DE 1969

SALA	Sexo	Edades	NIÑOS CON P.R.A.			CASOS ESTUDIADOS MEDIANTE:							
			Número	Número	%	Aislamiento virus			Serología (R.F.C.)				
						num.	% de los enfermos	Diagnóstico (virus aislado)	%	num.	% de los enfermos		
4	V y H	1 sem. a 1 a.	17	13	76,44	4	30,7	2	50	4	30,7	3	75
1	V y H	1 sem. a 1 a.	16	14	87,5	6	42,8	0	0	5	35	4	80
3	V y H	1 sem. a 1 a.	18	15	83,3	7	46,6	1	14,2	5	33,3	3	60
			51	42	82,3	17	40,4	3	23,5	14	33,3	10	71,4

P.R.A. = Procesos respiratorios agudos.

en la estufa a 37°C, cuando el tapiz celular cubre aproximadamente el 75 % de la superficie de crecimiento, procedemos a sustituir el medio por medio de supervivencia, y a trasladarlas a la estufa a 33°C, momento a partir del cual puede ya efectuarse la inoculación de los productos patológicos.

El medio de supervivencia debe ser renovado cada cuatro días.

Cada dos días observamos los tubos para detectar la aparición de una posible acción citopática, y, además los días 7.º y 14.º tras la inoculación, practicamos una reacción de hemadsorción¹⁸ en un tubo de cada serie y una hemaglutinación con el medio.

La reacción de hemadsorción se realiza, tras cambiar el medio de los tubos si está acidificado, añadiendo a cada uno 0,2 ml de una suspensión de hematíes de cobayo al 1/250 y dejando en contacto durante 30 minutos a +4°C. La lectura la efectuamos en microscopio normal, no invertido, observando si los hematíes aparecen o no adheridos a las células del cultivo. Los tubos utilizados los desechamos y proseguimos la incubación de los restantes.

Tanto los tubos como los frascos, terminan su incubación a los 14 días, en cuyo momento recogemos el medio y las células desprendidas mediante rascado y lo repartimos en pequeños volúmenes para su conservación congelado con vistas a pases posteriores.

Con una pequeña cantidad de líquido procedemos a realizar una reacción de hemaglutinación cuantitativa

para detectar la presencia de hemaglutininas.

Realizamos dicha reacción en placas de Perspex, utilizando hematíes de cobayo suspendidos al 1/100 en suero fisiológico y manteniendo en contacto por espacio de una hora a temperatura ambiente.

Si las reacciones de hemadsorción y hemaglutinación son negativas, procedemos a un segundo pase. Si, por el contrario, son claramente positivas, se puede ya realizar una reacción de inhibición de la hemaglutinación frente a los sueros anti-mixovirus para identificar el virus, pero en general, prácticamente siempre, verificamos un segundo pase para aumentar el título del antígeno hemaglutinante.

Los pases los realizamos bien directamente en el momento de la recogida, o bien, en caso contrario, tras haber conservado los líquidos congelados a -50°C.

Antes de considerar un aislamiento como negativo realizamos sistemáticamente tres pases sucesivos.

Líneas continuas. — Mantenemos en el laboratorio, y hemos utilizado para este trabajo, tres líneas celulares continuas: HEp-2, KB y Amnios-57.

Para el crecimiento de las KB empleamos un medio de hidrolizado de lactalbúmina en solución de Hanks al 0,5 % con 10 % de suero de ternera inactivado y antibióticos, medio que para la supervivencia modificamos reduciendo al 2 % la cantidad de suero. Las HEp-2 precisan idéntico medio, pero adicionado de un 1,2 % de una solución de glucosa al 9 %. Las Am-57

las desarrollamos en medio 199 con 10 % de suero y antibióticos y las mantenemos en el mismo, pero reducida la concentración de suero al 2 %. Cuando se sospecha la posibilidad de que el virus objeto de estudio sea un respiratorio sincitial, el suero del medio de supervivencia debe sustituirse por un 30 % de líquido amniótico bovino, modificación por tanto no necesaria en nuestro caso.

Mantenemos estas líneas celulares por tripsinaciones sucesivas realizadas según la técnica de DULBECCO y VOGT con tripsina preparada según las indicaciones de WALLIS y colaboradores.³¹

Como la reiteración de los pases provoca alteraciones genéticas en las células, con consiguiente repercusión sobre la sensibilidad a la acción de los virus, reducimos aquellos al mínimo conservando las células congeladas a -60°C , ya que en estas condiciones mantienen su viabilidad durante un año.

Con cada muestra inoculamos un mínimo de tres tubos, a los cuales renovamos el medio de supervivencia cada cuatro días.

Cada dos días procedemos a la observación microscópica de los tubos para comprobar la aparición de un posible efecto citopático.

Transcurridos 14 días de la inoculación, procedemos a la recogida de las células y a la inoculación directa de nuevos tubos, es decir a la práctica de un segundo pase. Sistemáticamente realizamos siempre tres pases sucesivos, directos o, en caso necesario, con los productos conservados

congelados a -50°C , antes de dar un aislamiento como negativo.

Con los líquidos recogidos procedemos a realizar una reacción de hemaglutinación frente a hemáties de cobayo según la técnica habitual, al final de cada pase.

Si bien las líneas continuas no se consideran como de elección para el aislamiento de los virus parainfluenza, dan buenos resultados cuando se trata de los tipos 2 y 3, los cuales pueden producir ya en los primeros pases un efecto citopático evidente con formación de sincitios e inclusiones citoplásmicas.

Identificación de los virus aislados

Los virus aislados se identificaron por inhibición de la hemaglutinación (R.I.H.), previo tratamiento de los sueros de referencia (anti-Para 1, 2, 3 y SV5) con RDE (Receptor Destroying Enzyme), y por inhibición de la hemadsorción (R.I.Hd.).¹⁸

Reacción de inhibición de la hemaglutinación

a) *Sueros de referencia.* — Los sueros que utilizamos son anti Para 1, 2 y 3 Atlanta y anti SV5, los cuales deben sufrir dos tratamientos previos antes de su ensayo:

1. Destrucción de inhibidores inespecíficos.

Se realiza mediante "Receptor Destroying Enzyme" obtenido de filtrados de vibrión colérico.

2. Inactivación del complemento y destrucción del R.D.E.

Se colocan los tubos al baño María durante 1 hora a 56°C.

b) *Antígeno*. — Utilizamos como antígeno las cepas aisladas sobre células de riñón de mono.

c) *Técnica de la reacción*. — Verificamos la reacción en placas de material plástico Perspex según el método standard preconizado por la O.M.S.²⁶

Titulación del antígeno-hemaglutinina. — A pesar de conservarse previamente titulado, el antígeno hemaglutinante debe ser de nuevo titulado inmediatamente antes de cada reacción.

La titulación, como la reacción, la realizamos en placas Perspex del modo habitual.

La R.I.H. puede realizarse cuando la hemaglutinina contiene 4 U.H.A. (título 1/4), si bien preferimos utilizar una hemaglutinina más potente (≥ 64).

Reacción de inhibición de la hemadsorción

La reacción de inhibición de la hemadsorción para la identificación de un virus aislado puede ponerse en práctica a partir de una hemadsorción positiva en el 50 % de las células del cultivo.

Para la reacción se precisan un mínimo de 10 tubos más un testigo de las células.

Se practica hemadsorción de un tubo a los 4 y sobre otro a los 7 días de inoculación, cuando la lectura es ++ (50 % de las células con hemadsorción positiva), se realiza la R.I.Hd.

Utilizamos los sueros anti Parainfluenza 1, 2 y 3 de Atlanta y anti SV5.

Vertemos el medio de todos los tubos, los lavamos 2 veces con solución salina fisiológica y añadimos 0,6 ml del habitual medio de supervivencia.

Añadimos a continuación 0,2 ml de suero por tubo, utilizando 2 tubos por cada dilución de éste, y los dejamos inclinados durante 30 minutos a temperatura ambiente.

Tras el contacto añadimos 0,2 ml de hematíes de cobayo al 1/250 a todos los tubos, incluyendo un testigo de las células.

Tras incubación de media hora a +4°C procedemos a la lectura de la reacción.

Métodos serológicos

Para el diagnóstico serológico hemos utilizado la reacción de fijación del complemento, cuya técnica, así como la de preparación de antígenos, describimos muy brevemente a continuación.

Preparación de antígenos solubles de virus parainfluenza

Realizamos la preparación de estos antígenos, sobre células de riñón de mono, si bien el del tipo 3 puede prepararse sobre células en línea continua KB o HEp-2.

Cuando la destrucción celular es completa, lo que suele ocurrir a los

6 u 8 días de la inoculación, recogemos el medio y las células, lo congelamos y descongelamos sucesivamente y lo sometemos a una centrifugación ligera. El sobrenadante constituye el antígeno llamado "clásico", generalmente satisfactorio para el tipo 3, ya que suele contener 2 U. A. en la dilución 1/2 al 1/4. Las técnicas de concentración pueden ser utilizadas si se desean mejorar los rendimientos de los antígenos de los tipos 1 y 2.

Se prepara siempre un antígeno normal con las mismas células empleadas en la preparación de los antígenos y obtenidas con el mismo método que dichos antígenos víricos.

Conservamos todos los antígenos congelados a -50°C .

Reacción de fijación del complemento

Para este estudio hemos empleado el micrométodo en tubos con fijación en frío descrito por SOHIER y colaboradores en 1956.²⁷

Sueros problema. — Hemos conservado los sueros de los enfermos repartidos en pequeños volúmenes y congelados a -20°C hasta el momento de la prueba. Previamente a su utilización los mantenemos durante media hora en el baño María a 56°C con el fin de inactivar el complemento.

Antígenos. — Todos los antígenos que utilizamos en nuestras experiencias son antígenos solubles, tipo-específicos, preparados según la técnica anteriormente expuesta. Ensayamos también en todos los casos los sueros problema frente a los antígenos norma-

les con el fin de detectar la presencia de anticuerpos inespecíficos.

Todos los antígenos los titulamos, tras su preparación, por el método de Boerner-Lukens en presencia de tres sueros de referencia cuyo título ha sido previamente determinado frente a un antígeno también de referencia; de dichos sueros, el primero debe ser negativo, el título del segundo debe ser medio, y alto el del tercero.

La dosis de antígeno a utilizar en la reacción de fijación del complemento se considera debe ser el doble de la cantidad mínima que permite a los sueros encontrar su título exacto (2U). Se utiliza un exceso de antígeno con el fin de evitar los fenómenos de zona.

Sueros de referencia. — Utilizamos como sueros de referencia positivos, sueros humanos procedentes de individuos cuya infección ha sido demostrada por el aislamiento de virus y/o por demostración de un aumento significativo del título de anticuerpos. Disponemos, asimismo, de sueros de referencia positivos proporcionados por los Centros Internacionales de Referencia (Communicable Disease Center de Atlanta, principalmente).

Los sueros negativos utilizados como control de la reacción, son sueros humanos, repetidamente controlados, desprovistos de anticuerpos frente a los virus respiratorios.

Complemento. — Utilizamos suero de cobayos machos conservado a -50°C .

Suero hemolítico. — Hemos utilizado el concentrado preparado por el Instituto Pasteur.

TABLA N.º 2
CASOS DE INFECCION POR VIRUS PARAINFLUENZA TIPO 3

SALA	Aislamiento					Serología			
	Fecha comienzo enfermedad	Nombre	Edad años-meses	Cuadro clínico	Días en relación con el comienzo	Resultados	Días de obtención de los sueros en relación con el comienzo		
							R.S.	R.F.C. antígenos	
						1	2	3	
	15.12.68	Julio	1-2	Neumonía	+3	—	0	0	0
					+20		0	0	64
	27.12.68	Salvador	1-2	Bronquitis	+1	+ virus para 3	0	0	0
					+13		0	0	64
SALA 4	27.12.68	Carmen	0-1	Neumonía Otítis	+1	+ virus para 3	0	0	0
					+13		0	0	8
	25.1.69	José J.	1-0	Neumonía	+5	—	16	0	256
					+6		16	0	256
	21.12.68	Javier	1-9	Neumonía	+6	C	0	0	8
					+19		0	0	128
	6.1.69	María Carmen	0-3	Neumonía (mongólica) Fallecida (9.1.69)	+4	—	0	0	0

**En el síndrome
ARTROPATIA -
IMPOTENCIA - FUNCIONAL
de la
ENFERMEDAD REUMATICA**

INDOMETACINA LIADE

antiinflamatorio
analgésico
antigotoso
anticolagenosis

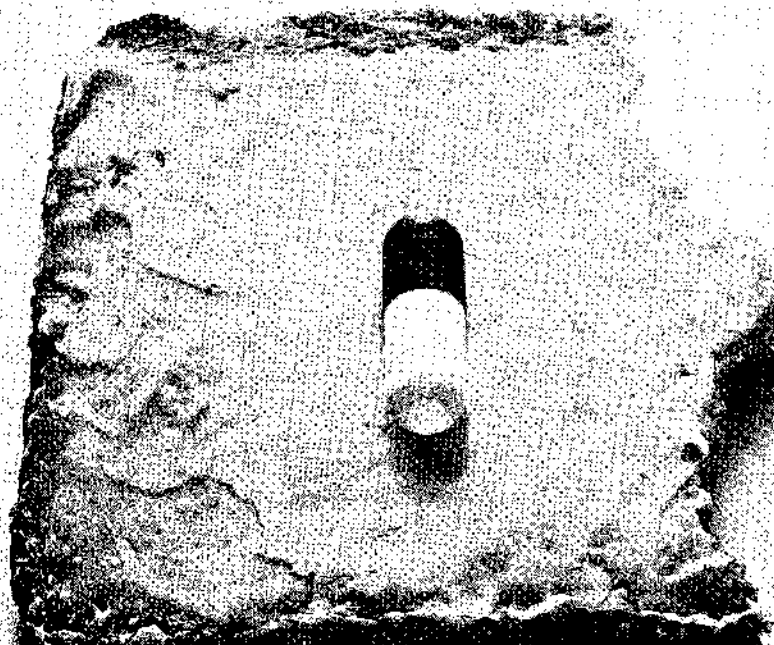
INDOMETACINA LIADE

Cápsulas con
25 mg. de Indometacina
Frasco de 50 cápsulas
P.V.P. 146,10

Supositorios con
100 mg. de Indometacina
Cajas con 10 supositorios
P.V.P. 88,90



Alca Butazolidina®



El antirreumático
preferido
por el estómago
de sus pacientes

Envase con 50 cápsulas
P. V. P.: 111,60 ptas.

Geigy Sociedad Anónima
Apartado 1628
Barcelona

Geigy

6.1.69	María Teresa	0-4	Bronquitis	+4	—	+4 +16	0 0	0 0	0 0	0 32
8.1.69	Antonio	0-5	Bronquitis	+2	—	+2 +14	0 0	0 0	0 0	0 16
8.1.69	José A.	0-1	Rinofarín- gitis febril	+2	—	+5 +26	0 0	0 0	0 0	0 0
9.1.69	Jorge	0-3	Bronquitis	+1	—	+4 +25	0 0	0 0	0 0	0 64
7.1.69	Magda	0-11	Bronquitis	+3	+	+6	0	0	0	0
7.1.69	Angel	0-10	Bronquitis	+4	—	+22	0	16	0	256
7.1.69	María Angeles	0-4	Bronquitis	+3	—	+6 +27	0 0	0 0	0 0	0 128
8.1.69	Antonio	0-7	Bronquitis	+2	—	+5 +35	0 0	0 0	0 0	0 8
8.1.69	Enrique	0-7	Bronquitis	+2	—	+5 +39	0 8	0 0	0 0	0 8
10.1.69	Mónica	0-2	Rinofarín- gitis	+1	—					
15.1.69	M.ª Luz	0-7	Bronquitis	+5	—	+5 +19	8 8	0 0	0 0	0 32

C = Cultivo contaminado.

Hemáticas de carnero. — Los lavamos y diluimos al 2 % en solución tampón-veronal tipo Mayer-Croft.

Antes de comenzar la reacción titulamos siempre el complemento frente a cada antígeno a ensayar y frente a un testigo de tampón veronal.

La unidad 100 % de complemento viene dada por la dilución que provoca hemólisis total a la media hora.

El suero hemolítico se titula una sola vez a la recepción de cada lote, y se conserva inalterado a +4°C durante meses. Por otra parte se realiza un control indirecto en la titulación del complemento.

En la reacción de fijación del complemento incluimos siempre un suero positivo, de título conocido y un suero negativo, realizando simultáneamente los controles generales y los controles de los sueros.

Reacción. — Diluimos inicialmente los sueros problema al 1/8, inactivamos el complemento y realizamos a continuación tantas diluciones sucesivas cuantas correspondan al título presumible del suero ensayado.

Cada antígeno lo ensayamos frente a todas las diluciones del suero problema, del cual establecemos un control en la dilución 1/8. Incluimos en la reacción un suero positivo a tantas diluciones como su título requiera más dos, un suero negativo, ambos con su correspondiente control y 4 pares de tubos testigos generales de la reacción.

Seguidamente añadimos el complemento diluido según el resultado obtenido en la titulación previa.

Tras agitar enérgicamente, coloca-

mos los tubos en la nevera a +4°C durante 14-16 horas. Transcurrido el período de contacto, los introducimos durante 2 minutos en baño María a 37°C y procedemos seguidamente a añadir la mezcla hemolítica a todos los tubos. Los agitamos enérgicamente y los introducimos en el baño María a 37°C. Transcurridos 30 minutos procedemos a la lectura de la reacción.

La reacción se considera positiva cuando la hemólisis es nula o alcanza un máximo de 20 %. El suero positivo debe presentar su título y el negativo debe ser negativo. Los testigos de suero deben ser asimismo negativos, otro resultado significa que dichos sueros presentan poder anticomplementario.

RESULTADOS

Los resultados globales obtenidos en el estudio del brote epidémico se reflejan en las tablas 1 y 2.

Aislamiento del virus. — De los 17 ensayos de aislamiento, 14 fueron negativos y en 3 se puso de manifiesto el crecimiento de virus hemaglutinantes.

Los tres aislamientos positivos fueron inoculados sobre cultivos celulares previa congelación a -50°C. En dos de ellos, tanto el primer pase como los sucesivos se efectuaron sobre células de riñón de mono. El tercero fue inoculado sobre células de riñón de mono tras haber observado la aparición de acción citopática sincitial en un 2.º pase sobre células en línea

TABLA N.º 3

AISLAMIENTO DE VIRUS PARAINFLUENZA TIPO 3

Nombre	Edad años-meses	Cuadro clínico	Días en relación con el comienzo de la enfermedad	Primer Pase			Segundo Pase			Tercer Pase			Identificación
				Células	A.C.P.	H. Hd.	Células	A.C.P.	H. Hd.	Células	A.C.P.	H. Hd.	
Salvador	1-2	Bronquitis	+1	RMR	10º d	0	0	RMC	8º d	+	+	+	R.I.H.
Carmen	0-1	Neumonía	+1	KB	0	0	0	Am-57	5º d	+	+	+	R.I.Hd.
Magda	0-11	Bronquitis	+3	RMR	6º d	+	+	RMC	4º d	+	+	+	R.I.H.

A.C.P. = Acción citopática.

H. = Hemaglutinación.

Hd. = Hemadsorción.

R.I.H. = Reacción de inhibición de la hemaglutinación.

R.I.Hd. = Reacción de inhibición de la hemadsorción.

RMR = Riñón de mono Rhesus.

RMC = Riñón de Mono Cynomolgus.

continua (Am-57); el primer pase había sido realizado sobre KB (tabla núm. 3).

La A.C.P. fue muy evidente en todos los casos, ya en el primer pase en los dos aislamientos sobre células de riñón de mono, y en el 2.º pase en el virus aislado sobre células en línea continua.

El fenómeno de la hemaglutinación con hematíes de cobayo se puso de manifiesto en el 2.º pase sobre células primarias a títulos suficientes para permitir la identificación por la R.I.H., que practicamos con sueros antiespecíficos de virus parainfluenza tipos 1, 2, 3 y virus SV5. El virus aislado por inoculación de células en líneas continuas no demostró capacidad hemaglutinante durante su crecimiento, en dichas células, pero mostró en su primer pase sobre riñón de mono, un fenómeno de hemadsorción suficientemente intenso para permitir la identifica-

ción mediante la R.I.Hd. La hemaglutinina se demostró también en este pase aunque a bajo título.

Los tres virus aislados se identificaron como virus parainfluenza tipo 3.

Serología. — La R.F.C.' (tabla número 4) permitió el diagnóstico de infección por virus parainfluenza en 10 de los 14 casos estudiados (71,4 %). La respuesta en anticuerpos se produjo sólo frente al antígeno de virus parainfluenza tipo 3, excepto en un caso (precisamente con virus aislado) que demostró una respuesta simultánea, aunque mucho menor, frente al tipo 1.

El diagnóstico serológico se obtuvo por la demostración de un aumento significativo del título de anticuerpos en 9 casos (64,2 %) y por la existencia de títulos significativos en un caso (7,2 %). De los 4 casos en que la R.F.C.' no permitió el diagnóstico, 3 tenían anticuerpos, si bien a títulos bajos.

TABLA N.º 4
DIAGNOSTICO SEROLOGICO

Núm. de casos estudiados (2 o más sueros)	Reacción de fijación del complemento Virus parainfluenza tipo 3			
	Aumento significativo	Títulos significativos	Títulos no significativos	Títulos negativos
	9 (64,2 %)	1 (7,2 %)	3 (21,4 %)	1 (7,2 %)
14	10 (71,4 %)		4 (28,6 %)	

DISCUSION

Las infecciones por virus parainfluenza son extraordinariamente fre-

cuentes en la infancia. HILLEMANN y TYRRELL,^{10, 30} recogiendo la información obtenida por numerosos autores, han precisado muchos aspectos de la

epidemiología y clínica de estas infecciones. El tipo 3, responsable en particular de broconeumonías y bronquitis, parece ser el tipo más patógeno, más difundido y el que afecta más precozmente a los niños.

En la colectividad infantil que estudiamos, el virus parainfluenza 3 se difundió en invierno (diciembre 1968-enero 1969) afectando en forma epidémica a niños menores de 1 año en general. La morbilidad entre los niños alcanzó a un 71,4 %.

En el cuadro clínico existió generalmente participación del tracto respiratorio inferior (bronquitis) y, aunque la evolución fue generalmente benigna, se estudiaron 5 casos que presentaron un síndrome bronconeumónico. Ocurrió un fallecimiento entre ellos, pero al no haberse completado el estudio serológico de dicho caso, y siendo portador de una grave malformación congénita, es aventurado atribuir la muerte a la infección por virus parainfluenza tipo 3, que debe sospecharse por las características epidemiológicas. En todo caso, es conocido que las malformaciones congénitas ensombrecen el pronóstico de las infecciones por mixovirus.

En nuestro estudio los tres virus aislados lo fueron tras la congelación del producto patológico a -50°C . Por ello, si bien es evidente que el virus parainfluenza 3 es muy frágil y es preferible la inoculación directa de los cultivos celulares, la congelación inmediata de los productos patológicos a -50°C , a diferencia de lo que ocurre con el virus R.S., se revela como

un sistema que permite el éxito del aislamiento.

Los virus parainfluenza requieren para su aislamiento el empleo de células primarias de riñón de mono, en particular los tipos 1 y 2. El tipo 3 ha sido aislado en algunas ocasiones sobre células en línea continua, a las que se adapta con facilidad tras su aislamiento.¹⁹ En nuestro trabajo aislamos dos cepas de virus parainfluenza tipo 3 sobre riñón de mono y otra sobre células KB, si bien en este caso los fenómenos de hemaglutinación y hemadsorción no se manifestaron hasta su siembra sobre riñón de mono. Si no se dispone en los momentos oportunos de células renales de mono nos parece muy recomendable la inoculación de líneas continuas, y su observación cuidadosa para detectar la aparición de acción citopática y proceder a un pase sobre riñón de mono en caso necesario.

Dos de los virus aislados se identificaron por R.I.H. Ello fue posible porque seguimos la técnica de inoculación de frascos de cultivo celular que permite la obtención de mayores cantidades de hemaglutinina. El virus restante fue identificado por R.I.Hd. como se realiza habitualmente tras el crecimiento en tubos.

En ausencia de aislamiento, el diagnóstico serológico por R.F.C.' y aun por R.I.H., presenta el inconveniente de las frecuentes reacciones heterólogas entre los tres tipos.^{4, 19} Incluso en presencia de un aumento significativo frente a los otros dos, es aventurado sentar el diagnóstico de tipo, y debe

interpretarse únicamente como infección por virus parainfluenza. Se ha demostrado, en efecto, que las infecciones por el tipo 1 frecuentemente presentan una respuesta heteróloga para el tipo 3, lo que se explica por la mayor frecuencia de la primoinfección por el tipo 3.

En los casos estudiados por nosotros, dejando el aislamiento del virus que soluciona el problema del tipo causal, la respuesta de anticuerpos FC' se presentó únicamente para el tipo 3, excepto en un caso, con virus aislado, que presentó una respuesta heteróloga a bajo título para el tipo 1.

La R.F.C.' fue diagnóstico de infección por virus parainfluenza en el 71,4 % de los casos estudiados.

RESUMEN

Se estudia un brote epidémico de

infecciones respiratorias agudas ocurrido en enero 1969, que afectó el 82,3 % de los niños albergados en tres salas de una institución de Barcelona, cuyas edades estaban comprendidas entre un mes y un año.

En una muestra de los enfermos se intentó el aislamiento del virus por siembra de frotis faríngeo sobre células primarias de riñón de mono, y se obtuvieron dos sueros para la práctica de reacciones serológicas.

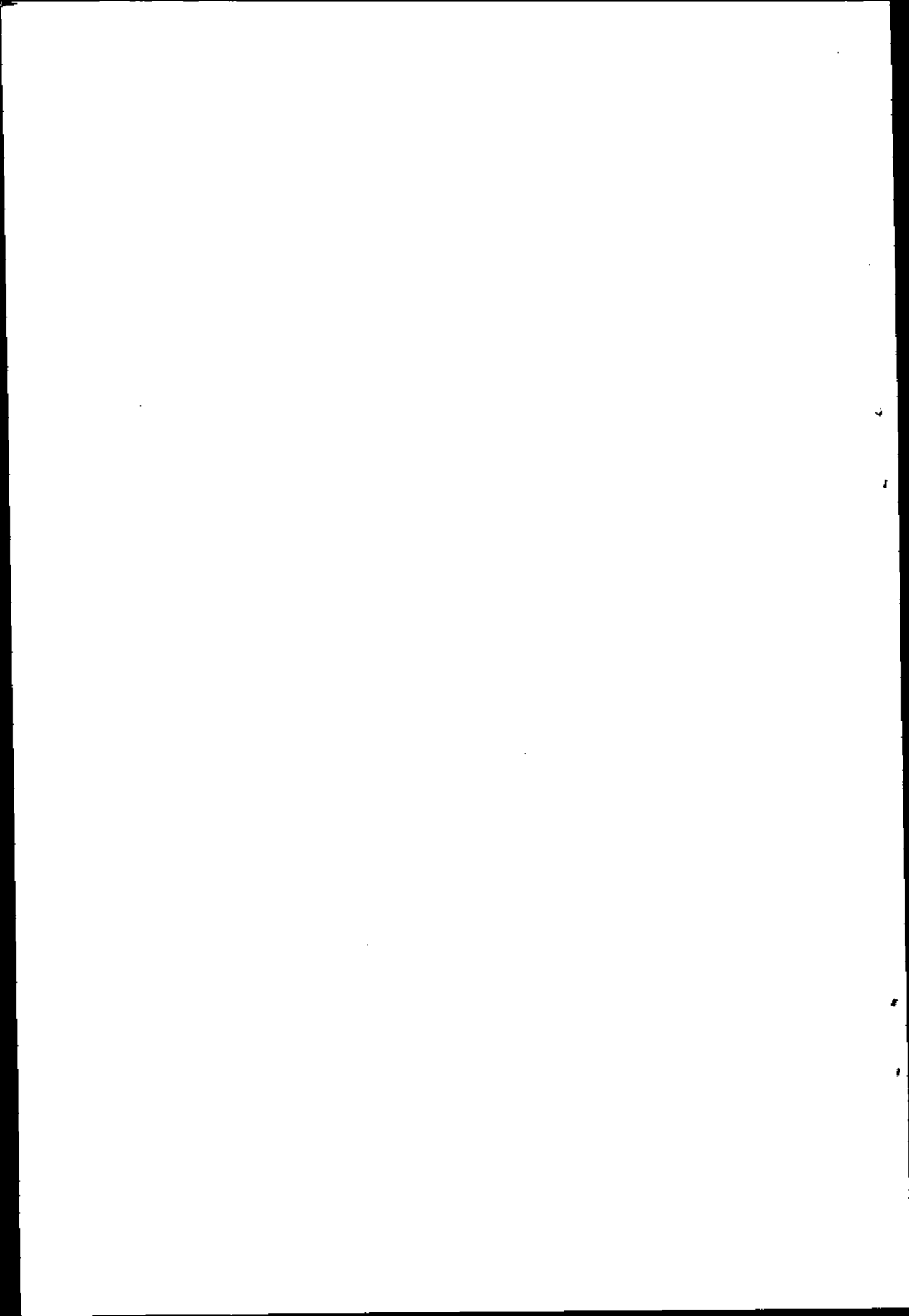
Se aislaron tres cepas de virus parainfluenza tipo 3 y se diagnosticaron, mediante la reacción de fijación del complemento, un 71,4 % de los casos estudiados.

Se describen las características epidemiológicas del brote y los cuadros clínicos presentados. Se comentan los resultados del aislamiento de virus y reacciones serológicas.

BIBLIOGRAFIA

1. CHANOCK, R. M., *J. Exp. Med.*, 104, 555-74. 1955.
2. CHANOCK, R. M. y FINBERG, L., *Amer. J. Hyg.*, 66, 291-300. 1957.
3. CHANOCK, R. M., ROZMAN, B. y MYERS, R., *Amer. J. Hyg.*, 66, 281-290. 1957.
4. CHANOCK, R. M., WOYG, D. M., HUEBNER, R. J. y BELL, J. A., *Am. J. Publ. Health.*, 50, 1958. 1960.
5. EATON, M. D., MEIKLEJOHN, G. y VAN HERICK, W., *J. Exp. Med.*, 79, 649-68. 1944.
6. FRANCIS, T., *Science*, 92, 405-8. 1940.
7. FUKUMI, H., NISHIKAWA, F., SUGIYAMA, T., YAMAGUCHI, Y., NAUBA, J., MATSUURA, T. y OIKAWA, R., *Jap. J. M. Sc. and Biol.*, 12, 307. 1959.
8. GERNGROS, O. G., ZHDANOV, V. M., *Problems of Virology*, 2, 71. 1957.
9. HAYFLICK, L., MOORHEAD, P. S., *Exp. Cell. Res.*, 25, 585-621. 1961.
10. HILLEMANN, M. R., HAMPARIAN, V. V., KETLER, A., REILLY, C. M., McLELLAND, L., CORNFELD, D. y STOKES, J., *J.A.M.A.*, 180, 445. 1952.

11. JOHNSON, K. M., CHANOCK, R. M., COOK, K. y HUEBNER, R. J., *Amer. J. Hyg.*, 71, 81-92. 1960.
12. KOLN, A., *J. Exp. Med.*, 53, 384-92. 1930.
13. LEPINE, P., *Techniques de Laboratoire en Virologie Humaine*. Masson. París. 1964.
14. MELNICK, J. L. y RIORDAN, J. I., *Proc. Soc. Exper. Biol. Med.*, 81, 208. 1952.
15. MOGABGAB, W. J., PHILIPS, I. A. y PIERCE, W. E., *Bact. Proc.*, 67, 57. 1957.
16. OLITSKY, C., GATES, W. A., *J. of Bact.*, 8, 212-28. 1926.
17. PARROTH, R. H., *Bull. N. Y. Acad. Med.*, 39, 629. 1963.
18. PARROTH, R. H., VARGOSKO, A. J., KIM, H. W., BELL, J. A., CHANOCK, R. M., *Amer. J. Publ. Health.*, 52, 907. 1962.
19. PEYRON, L., *Diagnostic des infections à myxovirus parainfluenza 1, 2, 3 et virus respiratoire syncytial par isolement et par reaction de fixation du complement*. Thèse pour le Doctorat de l'Université de Lyon. 1968.
20. PHILIPSON, L. y WESSLEN, T., *Arch. ges. Virus-forsch.*, 8, 76-94. 1958.
21. ROSEN, L., HOVIS, J. F., MASTROFA, F. M., BELL, J. A. y HUEBNER, R. J., *Amer. J. Hyg.*, 71, 266-74. 1960.
22. ROSEN, L., JOHNSON, J. H., HUEBNER, R. J. y BELL, J. A., *Amer. J. Hyg.*, 67, 300-10. 1958.
23. ROWE, W. P., HUEBNER, R. J., GILMORE, L. K., PARROTH, R. H. y WARD, T. G., *Proc. Soc. Exp. Biol. N. Y.*, 84, 570-3. 1953.
24. SELTER, C. y col., *J. Exp. Med.*, 62, 63-72. 1928.
25. SMITH, W., ANDREWS, C. H. y LAIDLAW, P. P., *Lancet*, 2, 66-8. 1933.
26. SOHIER, R.: *Diagnostic des Maladies à Virus*. Flammarion. París. 1964.
27. SOHIER, R., PEILLARD, M. N., GINESTE, J. y FREYDIER, J., *Ann. Biol. Clin.*, 14, 281. 1956.
28. SUTTON, N. R. P., CHARKE, S. K. R. y TYRRELL, D. A. J., *Lancet*, 1, 359. 1959.
29. TAYLOR, R. M., *Amer. J. Publ. Health.*, 39, 171-8. 1949.
30. TYRRELL, D. A. J., *Common colds and related diseases*. Arnold. 1965.
31. VOGEL, J., SHELEKOV, A., *Science*, 126. 1957.
32. WALLIS y col., *Texas Rep. Biol. and Med.*, 19, 194. 1961.



DOS METGES LLETRAFERITS DE LA «COLLA» DEL «COLON»:
L'historiador Josep M.^a Roca i el «mestre en gai saber» Josep Estadella Arnó. — Vida i obra» (*)

Dr. OCTAVIO SALTOR SOLER

(De la Real Academia de Buenas Letras. Barcelona)

Agraeixo a la Reial Acadèmia de Medicina l'honor que m'ofereix en aquesta ocasió tan propícia de presentar-los al Doctor Octavi Saltor, home admirable que durant tota la seva vida s'ha dedicat amb absoluta donació al prestigi de las lletres hispanes.

El Doctor Saltor nasqué a Barcelona el març del 1902.

Seguí els estudis de les carreres de Dret i de Filosofia i Lletres a la Universitat de Barcelona.

Dins la gran personalitat del Doctor Saltor hem de considerar diverses facetes: Una com a historiador, una altra com a jurista i una altra com a literat.

Des del punt de vista de la Literatura hem de destacar el seu Professorat de Literatura Catalana de la Mancomunitat; les seves conferències, articles, ressenyes i assaigs sobre Maragall, en tots els seus aspectes.

Ha publicat diverses monografies sobre les idees literàries de la Renaixença, l'ancestralisme cristià en la poesia, el franciscanisme de Verdaguer, etc.

Ha professat en el Curs de Filologia Catalana de l'Ateneu Barcelonès sobre "Modalitats lingüístiques i literàries de Barcelona".

Ha format part d'innombrables jurats de poesia i de novella; àdhuc ha estat Secretari del Jurat dels Jocs Florals de Barcelona i arxiver del seu C. D.

Dins la seva actuació literària ha estat redactor i crític de "El Correo Catalán", "La Revista", "La Veu de Catalunya" i actualment col·labora en "Destino"; també en "Ya" de Madrid, "Levante" de València, "Diario de Mallorca" i "Amitié Franco-Espanyola de París".

Com a jurista, cal fer observar que és Acadèmic de número i Secretari de

(*) Texto taquigráfico de la disertación hecha en la Sesión del día 27-X-70. — Presentación del Académico Numerario Dr. Joaquín Salarich.

l'Acadèmia de Jurisprudència i Legislació de Barcelona.

Es membre Numerari de la Societat Ibero Americana de Josefologia. Acadèmic de número del "Faro de San Cristóbal".

Més d'un centenar de llibres han estat prologats per ell i diversos opuscles sobre diverses matèries han estat publicats així com diversos treballs de tema jurídic sobre el "Dret públic en la vida i l'obra de don Antoni Maura". També sobre la propietat comercial, evolució social de l'advocacia, etc., i d'altres.

Es membre Numerari de la Reial Acadèmia de Bones Lletres de Barcelona.

Pels seus treballs i discursos, tant literaris, jurídics e històrics i pels mèrits contrets li han estat concedits diversos honors: Oficial d'Honor del Mèrit Na-

cional Francès; Cavaller de l'Ordre de la "Courtoisie" francesa; Soci i Mestre en Gai Saber de l'Acadèmia Provençal del Felibrige; Oficial de l'Ordre des Arts et Lettres de França; Medalla d'Argent al Mèrit Cultural de la Excma. Diputació Provincial de Barcelona.

A més de tot això, el Doctor Saltor té parentiu amb la Medicina, un entroncament com a nebot carnal del Doctor Gil Saltor Lavall, Catedràtic emèrit de la Facultat de Medicina de Barcelona i de l'Excma. Doctor Francesc Soler Garde, ambdós Numeraris d'aquesta Reial Acadèmia de Medicina.

Aquest ha estat precisament el motiu pel qual un descendent tan preclar de tan eminents metges, ocupés, avui, la tribuna d'aquesta Reial Acadèmia.

J. Salarich Torrents

* * *

Excellentíssims, il·lustríssims senyors, honorables representacions corporatives, vídua, fills i familiars del Dr. Josep Estadella Arnó, familiars del Dr. Josep M.^a Roca, senyors acadèmics, distingit auditori:¹

No és una cortesia formulària sinó un autèntic sentiment de gratitud el que m'imposa en primer lloc el regraciar l'altíssima, inmerescuda i fins avui insospitada honor d'aquesta tribuna, a la presidència de la qual, figura l'honorable Dr. Agustí Pedro i Pons, amic meu meritíssim, devot com sóc i

com som tots els seus conciutadans de la seva elevada ciutadania, que irradia en la seva virtut una unció de magisteri eficient damunt de malalts, de companys, d'alumnes.

I aquestes paraules tan amables, també, del meu antic amic Dr. Joaquim Salarich Torrents, en qui traspuja aquella dinastia mèdico-literària que ha donat lloc al seu cognom i que duu a aquesta Acadèmia el prestigi de l'Esbart de Vich, de la Font del Desmai i l'autenticitat d'una renaixença literària aparentment i geogràficament localista, però, en realitat, insuffladora de

1. Text taquígràfic directe de la disertació oral de l'acadèmic (R. A. de B. Ll., A. de J. i L. i A. del F. de St. C.) Octavi Saltor Soler, en la sessió científica pública del 27 d'octubre del 1970.

tot un moviment renaixentista que animà, fecundà i féu possible tot l'esclat d'aquella —com diria Verdaguer— “niuada de calàndries, poetes de ma terra”.²

Es per això que quan en una conversa directa amb el Dr. Salarich calgué fixar un tema per abocar-me a la vostra deferent curiositat amable i a la vostra cortesia generosa, em semblà que podria extreure d'entre el nombre considerable de metges lletraferits —un dels quals, inoblidable per a tots i ja honorat, alhora, pel Col·legi de Metges de Barcelona i per la Ciutat Comtal on ell tant temps visqué, Josep Roig i Raventós, ja va ésser també honorat per mi, públicament, en la monografia que vaig dedicar-li en la “Miscel·lània Barcelonensia”—³ extreure, dic, d'aquesta vasta antologia, dues figures il·lustres, alhora per llur excel·lència en les lletres i en la ciència mèdica: Les de Josep Maria Roca i de Josep Estadella Arnó, perquè ambdues reunien una raó de vinculació, circumstancial, però tanmateix cordialíssimament afectiva: la de què un i altre integraren —que jo recordi, allí únics en l'exercici de llur professió mèdica— aquella famosa, diriem en castellà “peña”, en català, uns quants dels amics que són aquí escoltant-me, presidits pel nostre eminent novel·lista que espiritualment està amb nosaltres, l'actual degà de les

lletres catalanes contemporànies, Joan Oller i Rabassa, nosaltres en diem “rall”, i que en aquella avinentesa i en aquelles anyades inoblidables, els seus instauradors i conreadors en digueren “colla”. La “colla del Colón”.

La “colla del Colón”, a la qual jo assistia d'una manera tímida com esqueia a la meva juvenesa inexperta i com escauria avui encara a la meva insuficiència doctrinal i erudita, acudia al capvespre a l'hotel Colón en torn d'una figura venerable, el record de la qual he tingut avinentesa de públicament enaltir en el meu discurs d'ingrés d'aquest any 1970 en la “Real Academia de Buenas Letras de Barcelona”,⁴ comentant la seva figura i l'epistolari, fins aleshores inèdit, entre ell i el nostre Joan Maragall. Parlo, com alguns de vosaltres haureu ja identificat, de la figura patrícia, preclara, benemèrita, senyera, de Francesc Matheu.

Francesc Matheu fou l'animador d'un nombre considerable d'institucions, vàries de les quals presidí amb el seu prestigi i la seva senyoria, amb la seva distinció i, sobre tot, amb la seva eficàcia. I presidí fins a la seva interrupció en 1936 —ell moria el desembre del 1938— el consell directiu dels Jocs Florals de Barcelona, dels quals jo tinc encara —no revocat— l'honor d'ésser-ne arxiver, succeint-hi

2. El disertant, a més, en la seva introducció regraciadora, esmentà també els membres numeraris de la R. A. de Medicina, familiars seus (patern i matern, respectivament), Drs. Gil Salter Lavall i Francesc Soler i Garde (a. c. s.).

3. V. «Miscel·lània Barcinonensia», «revista de investigació y alta cultura» editada per la «Delegación de Servicios de Cultura del Excmo. Ayuntamiento de Barcelona», año VII, núm. XVIII, 1968, pp. 105-122. A l'apèndix va transcrit, entre altres articles necrològics (Rafael Tasis, Juan Ramon Masoliver i José Cruset), el que el propi allí articulista i ací conferenciant dedicà al Dr. Roig i Raventós al n.º 1517 (3 d'octubre del 1966) al setmanari «Destino».

4. V. també el text complet d'aquest discurs, reproduït a «Miscel·lània Barcinonensia» (any IX, núm. XXVI, 1970, pp. 7-46).



Acte inaugural del monument a Francesc Matheu el 10 de desembre del 1968. El Tinent d'Alcalde de Barcelona, Sr. Asmarats i Ruiz de Larramendi, en ús de la paraula.

al patrici, no menys venerable ni menys barbut que D. Francesc Matheu, Don Angel Guimerà.

A aquesta "peña" del Colon, a aquesta "colla", com ells en deien, hi acudien un nombre considerable de figures preclares, totes elles lligades per raons d'amistat, per coincidències literàries, per una comunió en els mateixos ideals, i a la vegada per una força aglutinant d'amistat que exclouia en llurs divergències ideològiques tota diferència que pogués, en aquest cas, distanciar aquella aproximació de sentiment i d'unitat en el servei d'una tradició i en la il·lusió d'un futur.

Els amics de la "peña" del Colon feien cada any una excursió, una visita

a algun dels elements que l'integraven o en coneixement d'algun paratge, algun dels assistents a la qual conegués més que uns altres i els en fés la presentació i l'itinerari. El resultat d'aquestes excursions, la concreció escrita d'aquestes rutes literàries, era un volum del qual bibliogràficament prenia cura —menys l'any que ell en fou homenatjat— Francesc Matheu, i que són un veritable model d'edicions privades. El nombre no passa mai de la cinquantena i llur troballa és avui físicament impossible si no és acudint a la biblioteca o a les biblioteques d'aquells que, supervivents o no, han pogut conservar aquestes edicions.

Perquè vegeu la categoria d'aquests



Josep M. Roca

PELAYO 58 PRAL

BARCELONA

A V. Antoni Bergós.

Lleida

Molt estimat amic: He rebut
 l'original del "Estudi general de Lleida
 pera publicar-lo en "Catalana" m'he
 vistat que una quartella s'era
 esgarriada. Pera redactar un
 text de bell nou me s'indispensable
 la copia dels acords presos referents
 a l'estudi y la Montanya existents a
 lo Arxiu Municipal lleidatà Requite
 n.º 398 folis 25 recte y 25 verulto, 30 y
 32 verulto y 38 y 64, los quals podria
 copiar-me lo Arxiu Municipal.

Ademés ~~me caldrà~~ un elipè de

Agraïm un prece

Si veus a pregar per mi
 que Déu t'ho pagui, germà,
 mes en una tomba sols hi ha
 sepulles del cos roï.
 La nova ànima fugí
 per la Mort alliberada,
 i va emprendre una volada
 que no finirà mai més,
 si vols adreçar-li un res
 clava els ulls a l'estelada.

J. Estadella Arnó

dos metges lletraferits que freqüentaven la "colla" —Josep Maria Roca, habitualment, perquè vivia a Barcelona; Josep Estadella Arnó, eventualment, perquè solia residir a Lleida— i la categoria antològica dels membres que l'integraven, us llegiré només els noms que apareixen en el volum dedicat, en 1931, a Francesc Matheu: Ferran Agulló, Josep Alemany Borràs, Alexandre Bulart i Rialp, Joaquim Cabot i Rovira, "Victor Català", Jaume Collell, Alexandre Font, Enric de Fuentes, Mossèn Ramon Garriga, Joan Maria Guasch, Joaquim Guitert, Francesc Maria Masferrer, Mossèn Anton Navarro, Joan Oller i Rabassa (fill i successor de Narcís Oller), Rafael Puget, Joan Ruiz Porta, Joan Santamaria, Eduard Toda, Lluís Via, J. Via, Manuel Vilà, Amadeu Vives. En l'any 1925, que Josep Maria Roca també participà en aquests volums i per consegüent es fa solidari d'aquestes evocacions antològiques dels homenatjats —en 1925 ho fou Mossèn Garriga, i hi eren també, vivents encara, Magí Morera i Galícia, lleidatà com l'Estadella, i el propi Francesc Matheu—; l'any 1926, que el volum i l'excursió foren dedicades a Eduard Toda que els mostrà la seva senyorívola mansió d'Escornalbou, hi figura, també, Josep Maria Roca. En

1927, dedicat a Manuel Vilà hi són també tots els que aleshores n'eren supervivents: Folguera i Duran, Vicenç Maria de Moragues, Concepció Patxot, Ferran Valls i Taberner, Josep Rodergas Caumell, Pere Vayreda i Olivés, etc., etc.⁵

Es per dir que en aquesta "colla" del Colon hi havia els representants de tot un sector de les lletres catalanes que havien combregat en la consciència unitària del renaixement literari de Catalunya, malgrat que divergissin —d'una manera fonamental, alguns— en el que podríem dir-ne assimilació ortogràfica de la renovació lingüística, filològica, lexicogràfica i sintàctica iniciada i instaurada per Pompeu Fabra a través de la secció filològica de l'Institut d'Estudis Catalans, l'actual president del qual, el Dr. Pere Domingo, té l'honor, ell —i teniu vosaltres el de compartir-lo—, d'exercir-ne la presidència.

A través d'aquesta renovació ortogràfica sorgí la no oblidada lluita literària entre el que la "Victor Català", en el seu memorable discurs presidencial dels Jocs Florals de Barcelona de 1917 en deia —no diríem la guerra, sinó el debat—, entre velis i joves. I bé, en aquesta colla dels amics de Francesc Matheu compartien la taula de cada dia amb figures tan destacades

5. Les col·laboracions del Dr. J. M. Roca, en els vols. de «La Colla», són les segs.:

1925: «Mn. Garriga», pp. 40-46.

1926: vol. dedicat a Eduard Toda i a Escornalbou: «Manna espiritual», p. 72-83.

1927 (juny): vol. dedicat a Manuel Vilà i a la Vila (Vella) de Tossa: «ça Vila Veya», pp. 48-54. Poesia («tores de ça vila veva —qui com pergamins rutilats— serveu amb unció devota — sagrats records del pairal...», etc.).

1927 (novembre), dedicat al Bisbe d'Elna-Perpinyà, Mons. Juli Carsalade i a Sant Martí del Canigó: «Lo plany de la campana».

dintre de la lluita ortogràfica a favor de la *y grega*,⁶ altres que sentien, per contra, lleidatanament parlant, la renovació literària estilística i narrativa com Joan Santamaría.

Es per dir que el nom, el ressò i la presència de Lleida en tots els ordres de la vida colectiva del nostre país, han estat sempre amatents en totes les etapes de la nostra Renaixença, perquè fins i tot Josep Maria Roca, per raons professionals i científiques, té algunes de les seves monografies dedicades a verificar, a transcriure i a recrear records, circumstàncies, etc., produïdes dintre l'ària concreta de la vida i de la ciutat de Lleida.

Josep Maria Roca Heras (nat i mort a Barcelona: 1863-1930) fou un home d'una categoria científica i intel·lectual eminent. Ell va ésser mantenidor dels Jocs Florals de Barcelona l'any 1902, que és l'any precisament que va morir Mossèn Cinto, i en fou president l'any 1923. El seu discurs, memorable per tots conceptes, és la vindicació de la fidelitat a la llengua i alhora una recriminació per totes les tares i les deturpacions amb què aquesta llengua socialment envilida per la blasfèmia o per la turpilòquia motivava en ell una d'aquelles reaccions, no diré airades però sí virils, que caracteritzaren tota la seva psicologia i

àdhuc la seva figura física. Jo mai no podré oblidar, com tots els de vosaltres que vàreu conèixer-lo, aquella seva noblesa de gest, aquells bigotis esponerosos i aquella presència magistral que revelava, al menys en potència, la categoria d'un veritable home públic.

Josep Maria Roca va ésser, doncs, en aquell moment de 1923 —un any crític—, el president dels Jocs Florals en els quals va guanyar la Flor Natural Josep Maria de Segarra competint amb l'inoblidable i sempre enyorat Mercior Font; i va tenir de secretari no menys que Jordi Rubió, antecessor immediat del Dr. Domingo en la presidència de l'Institut d'Estudis Catalans. Fill del meu mestre, i d'ell, Antoni Rubió i Lluch, i nét de Joaquim Rubió i Ors, "Lo Gaité del Llobregat", patriarca inicial i fecund d'aquella renaixença literària que havia desvetllat amb el seu clam de la "Oda a la Patria" en Bonaventura Carles Aribau.

En aquest contrast de situacions, es produïren, doncs, un president i un secretari literàriament antipòdics, perquè mentre Josep Maria Roca, que havia estat junt amb Matheu i amb altres com Miguel i Planes, fundador de la "Acadèmia de la Llengua Catalana", enfrontada amb l'Institut, sostenint, com diria Roig i Llop, damunt de llurs espalltes, la feixuga creu de la *y gre-*

6. Heus ací el text complert de l'evolució —del «retrat»— de Francesc Matheu, que deixem esmentat sota aquest signe:

FRANCESC MATHEU

Un nas semític surant damunt d'una barba generosa. Rauxes d'adolescent, sota l'endolada presència de la vellesa. Tenacitat de bronze. Per això sap dur, ben sol, gloriósament vençut, la seva feixuga creu de la *Y grega*.

Tomàs Roig i Llop

«Siluctes Epigramàtiques», I Volum. Llibreria Verdaguier-A. Domenech, S. en C. Barcelona, 1933.

ga, Jordi Rubió esdevenia, per raó de la seva aleshores juvenesa, de la seva formació històrico-crítica-literària, i naturalment de la seva belligerància renovadora, una autèntica contradicció explícita en funció de Josep Maria Roca. Només el seny ancestral i vigent de Francesc Matheu, podia reeixir ajuntant en la mateixa cerimònia dues personalitats tan diverses i tan aparentment i realment oposades.

I bé; fou en aquells Jocs Florals de 1923 que Josep Estadella Arnó aconseguí un accésit amb la seva composició "Gelosia" i un altre accésit amb la seva composició "Poemàtica". Ben acompanyat per Tomàs Garcés (primer accésit a la Flor Natural amb les seves "Tres Cançons"); per Manuel Folch i Torres, ja "mestre en gai saber" (primer accésit a l'Englantina); per Mossèn Jaume Collell que, supervivent de les seves glòries passades, guanyà la viola amb les seves "Visions de Catedrals"; per Mossèn Andreu Caimari, de Mallorca ("Temps de Sembrar"); per Josep Massó Ventós ("Uzzigadú, el Rei Leprós"); per la "Balada Bíblica" de Mossèn Camil Geis, que així feia la seva aparició en els Jocs Florals que després l'havien de sancionar meritòriament amb dues violes (una d'elles en 1933, any del centenari de la Renaixença). Un altre mallorquí, i sacerdot, Mossèn Salvador Golmés, amb "La Dida" guanyà la "Copa", a la millor prosa literària, mentre Eduard Girbal i Jaume, amb "Lilium inter spinas" obtenia un premi extraordinari. El parlament de gràcies, en fi, ritual en la institució,

era pronunciat, en aquell moment històric i en aquell any, per un hispanista tan il·lustre com l'Alfred Giannini.

L'explicació de com una postura lexicogràfica, literària i erudita, com la de Josep Maria Roca podia acompanyar-se i fins agermanar-se dintre d'un volum i dintre d'una mateixa sessió, amb la de Jordi Rubió, la dona el mateix Rubió en una frase de la seva Memòria: "Bell exemple de superació de la nostra tendència dissociadora són aquests llargs anys de fidelitat a un programa concebut en ple romanticisme..." Al costat d'aquestes paraules tan explícitament explicatives, Josep Maria Roca Heras, amb tota l'autoritat que li donava la seva enorme bibliografia, la seva força persuasiva i el seu anhel de convicció, escrivia, en el seu discurs:

"Ciceró blasmava als seus compatriotes qui empraven el grec prescindint del llatí. El Dante anamatitzava als toscans qui deixant de banda l'italià parlaven el provençal. I ni el grec a Roma ni el provençal a Itàlia cobejaven l'honor de l'oficialitat. ¿Què dirien ara aquells senyalers de sapiència si es trobessin a Catalunya davant la magna qüestió de la llengua, veient la nostra deixadesa suicida? ¿Quina fóra l'impressió produïda en la consciència llur per semblant abdicació de civilitat? Precisament ells, els gran campions de les modernes llengües, que amb elles i per elles copsaren la immortalitat mentre llurs obres traspassaven les centúries, deixaren perdurable aquesta estela lluminosa mostradora a la humanitat de bel·leses nascudes de

l'amullerament de l'esperit amb la llengua pròpia."

Aquesta frase "el mullerament de l'esperit amb la llengua pròpia", sintetitza tota la tasca, no solament literària, històrica i erudita, de Josep Maria Roca, sinó tota la seva actitud de metge en funció de la corporació d'una professió, i de la vindicació d'aquesta professió mateixa. Ell va ésser, després d'especialitzar-se d'una manera remarcable en Dermatologia i Urologia, president de l'Associació de Metges de Llengua Catalana. En 1917 va presidir precisament el Congrés de Metges de Llengua Catalana celebrat a Catalunya;⁷ vicepresident de la Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya; membre de la Reial Acadèmia de Bones Lletres i de la Acadèmia de la Llengua Catalana (com ja hem dit abans), i del Consell directiu dels Jocs Florals; president, en la seva tasca política i en les seves conviccions respectables d'un caràcter doctrinal, podríem dir-ne intransigent, de la Unió Catalanista; president i reelegit una vegada per l'Ateneu Barceloní, etc.

La seva bibliografia, molt remarcable, digna realment d'un acadèmic amb mèrits suficients per esdevenir-ho, són els Estudis Històric-Mèdics, sobre tot referits a l'Edat Mitjana a Catalunya, principalment en els temps del regnat de Joan I i de Martí l'Humà. I l'estudi de l'Edat Mitjana, no solament a través del que en diríem els

seus representants històrics, sinó fins i tot la seva formulació tècnica, són extraordinàriament notables i gairebé afegiríem que no han estat superats per cap altre dels seus successors o escriptors posteriors. En francès té escrita la monografia "La lepre en Catalogna". Seu és també l'elogi del mestre Guillèm Coltaller, metge dels reis d'Aragó Pere III i Joan I (1921); "Una monja metgesa"; "Perquè Molière es mofà dels metges"; el discurs presidencial en el concurs d'història de Catalunya celebrat a Lleida (1915); les "Ordinacions de l'Hospital General de la Santa Creu de Barcelona (1920); "Joan I i les supersticions" (1927), treball interessantíssim des del punt de vista folklòric, alhora que des del punt de vista mèdic; el "Tribut al mestre Ramón i Cajal", del propi any 1923, i "Joan I d'Aragó", el premi Patxot de 1926, editat en 1929, pocs dies abans de la seva mort, esdevinguda en 1930. Però l'obra més meritòria, més remarcable, més coneguda, més internacional, que fa trascendir els valors de la nostra història pairal fins a nivells d'universalitat que en aquest cas poden servir d'exemple, és el seu famós estudi, realment treball magistral, sobre "La Medicina Catalana en temps del Rei Martí" (1919), monografia d'una sòlida qualitat científica, veritable monument d'erudició.

I és que la curiositat investigadora de Josep Maria Roca era considerable.

7. A propòsit d'aquesta conferència, el Dr. Miquel-S. Salarich Torrents, en carta autògrafa del 24-X-70, ens escriu, entre altres coses: «M'interessa molt el tema. Metges lletraferits com el Dr. Josep M.ª Roca, que el porto a la memòria des de la seva presència a la Font del Desmai, l'any 1917, en l'acte de col·locació del pedró commemoratiu, com a president que era del Congrés de Metges de Llengua Catalana, i del qual sempre sentia a parlar an el meu pare. I el Dr. Estadella, la poesia del qual m'ha colpit sempre. D'aquesta poesia que el nostre amic Leandre Amigó, en el próleg al meu llibre «Poemes de tarda», hi troba no sé quines semblances».

Ja el biògraf més destacat del Dr. Bartomeu Robert, el nostre amic Enric Jardí,⁸ en un del incisos que formula en escatir la vocació d'aquell gran patrici, ens diu que Bartomeu Robert "tenia amics catalanistes entre la classe mèdica; sobretot dos que l'acompanyaren al Congrés Internacional de Medicina de Moscó l'estiu de 1897: Manuel Font i Torné i Josep Maria Roca i Heras, que per haver presidit l'Unió Catalanista era anomenat a Barcelona "en Roca de la Unió" per tal de distingir-lo d'un altre Josep Roca i Roca que era director de "L'Esquella de la Torratxa". Potser el viatge a Rússia amb els dos companys de causa com els qualificava "La Veu de Catalunya", en donar notícia de l'expedició (primer d'agost del 1897), contribuí al fet que Robert evolucionés de la simple aversió al centralisme cap a una posició sentimental més favorable a la terra dels seus avantpassats; la qual cosa vol dir que l'eficàcia de Josep Maria Roca no es limità solament a la ploma, a la paraula, a l'actitud, a la fidelitat, a la perseverància, a la fe, a la continuïtat pairal, sinò que la seva comunicació espiritual i el seu prosselitisme pogueren influir en el que podríem dir-ne nostrament de la figura il·lustre del Dr. Bartomeu Robert, inmolat, convers, per l'afirmació mantinguda de la sobirania autòctona del seu país i per la lliure elecció dels seus elements representatius. Ell, concretament, com alcalde de Barcelona i com a parla-

mentari per la nostra ciutat a les Corts de Madrid.

El Dr. Caralps, que ha d'ésser el veritable protagonista d'aquesta vetllada, espera pacientment que jo clogui aquest parlament i em cal passar, per tant, a la evocació més directa de la segona de les figures evocades: En Josep Estadella Arnó.

Ell assistia, quan podia, a les sessions de la "colla" del Colón i allí, com arreu on es trobava, feia gala d'aquella simpatia irresistible, d'aquella facilitat de paraula tan segura, d'aquell enginy poderós, que amenitzava tota la seva enraonia fos qual-sevulla que fos la temàtica de la seva conversa. Josep Estadella Arnó, metge eminent, dintre de la seva ciutat i fora d'ella, que ha deixat en tantes llars de Catalunya i de fora de Catalunya, concretament a Andorra, innumerable gratituds i molts ciutadans vivents que recorden i veneren la seva memòria com si físicament ell mateix els hagués posat al món alhora que llur pròpia mare, tingué també aquesta consciència pairal d'una vocació literària fidelment seguida. I si en l'ordre de la ginecologia la seva expertesa és digna de tota mena d'encomis, i no m'escau a mi, en aquest cas —profà en tota la vostra matèria científica competent— fer la seva apologia, tanmateix Josep Estadella Arnó sabé fer paral·lela l'altura de la seva dedicació professional amb la de la seva dedicació literària. I si ja en aquest 1923 en què sota la benedicció cívica i literària de

8. V. «El Doctor Robert i el seu temps», per Enric Jardí, premi de biografia Aedos, Biblioteca biogràfica catalana, Barcelona, 1969, cap. III, pp. 72-73.

Josep Maria Roca, guanyà accés als Jocs Florals de Barcelona amb aquells dos accèssits que hem esmentat, Josep Estadella Arnó seguí fidelment dintre la palestra i anà conreant amb una devoció humil, amb una sincera abdicació de tota petulància, amb un total allunyament, amb una absoluta abstenició de tota intriga, aquell camí de glòria però tanmateix llarg i a voltes penós que havia de provocar en el seu dia la seva consagració definitiva com a "mestre en gai saber" dels Jocs Florals de Barcelona.

Josep Estadella Arnó, va nèixer el 10 de maig del 1880, precisament el dia en que era celebrada la Festa Major de Lleida. Va morir a Barcelona el 6 de desembre del 1951. La seva carrera de metge acabà el 1904. I els premis guanyats als Jocs Florals de Barcelona, que foren per ell la meta de la seva ambició, eren, en aquest aspecte, podrien dir-ne, el somni de tot l'any, com de tants altres poetes vells o joves que veien en aquella tribuna literària la consagració definitiva de llur vocació i de llur dedicació. Tal és el cas inoblidable de Mossèn Cinto (com el del nostre tan recentment com perennement anyorat, Josep Carner, que tingué 15 premis en els Jocs Florals de Barcelona), que si en l'any 1902 va deixar aquest món, encara, en l'any següent, com si fos una mena de Phenix reviscut, guanyava una englantina (1903) als Jocs Florals

de Barcelona. Amb "La flor aparaulada" i amb "Mossa de Fraga" l'Estadella guanyà, respectivament, la flor i l'englantina de l'any 1927 en que em va escaure d'ésser secretari del jurat, presidits tots per l'Eduard Toda, membre també d'aquesta "colla" del Colon presidida, al seu torn, per Francesc Matheu.⁹

Un recull meravellós de petites composicions de l'Estadella, els "Petits poemes nocturnals" li obtenien la flor en 1928 i "Collotge blanc" la viola en la mateixa anyada. No cal dir que això consagrà la seva definitiva incorporació a la llista dels mestres en gai saber. Altres composicions — "Gelosia", "Poemàtica" (1923), "El meu carrer" (1926), "La calaixera vella" (1927). En 1929 pronunciava el discurs de gràcies.

Tot aquest conjunt de composicions podríem dir-ne covades dintre d'aquesta illusió flouresca, cristallitzà després, naturalment, en llibres importants: "Campànules" (1923), "Clarors" (1927), "Flouresques" (1928), "L'Argall" (1931), "Arquimesa" (1936), "Corrandes i Madrigals" (1946), d'un autèntic sabor popular, talment que a vegades no sabem ben bé on acaba la primitiva flouació espontània del poble i on comença l'arrodoniment que sap donar-hi el poeta erudit. "Flames al Vent" (1949) i "Fites" (1951). I aquest home que en el bon ús de la paraula i en el seu magistral bell dir pogué en-

9. El jurat complet d'aquest any 1927 als J. F. de Barcelona, estava integrat per Eduard Toda, com a Pt.; Ignasi Iglésies, Jaume Barrera, Pvre.; Enric de Fuentes, Joan M.º Guasch, Pere Vayreda, vocals; Octavi Saltor, Sri. Fou Reina, la Srta. Dolors Rodés Cucurny. (La muller, avui vídua, del Poeta, que compartí, amb els seus fills Salustia i Eduard, els sitials reservats de l'acte de la R. A. de M. de B., a honor del seu espòs, D.ª Julia Larrosa d'Estadella, fou la Reina del següent any 1928, que fou el del mestratge).

cisar públics tant qualificats com el Senat i les Corts de Madrid, o la Mancomunitat de Catalunya o la Diputació o l'Ajuntament de Lleida, aquest home que tenia sempre una abraçada amable i admirativa pels seus amics i pels seus contertulis, una generositat desmesurada pels seus pacients quan no podien correspondre a les seves solituds mèdiques, ha deixat una estela memorable en la seva obra que no morirà, no solament a través de la fidelitat dels seus amics, dels seus devots, dels seus convilatans o del seus conciutadans de Lleida, sinó dintre el panorama general de la poesia catalana i de les lletres del nostre país.

Però jo voldria destacar, per a ja cloure aquestes dues evocacions, tanmateix tan estretament entrelligades, l'enorme fidelitat que Josep Estadella Arnó sentí, en primer terme, vers la poesia; és a dir pel conreu de les formes literàries versificades, i la seva lleidatania. Lleida, com a ciutat d'origen —aquesta força aglutinant i centrípete que té sempre Lleida i que tenen sempre totes les terres situades administrativament dintre d'aquesta demarcació, damunt dels seus nadius, i que es comunica i perdura i es consolida arreu on vagin aquells qui tenen aquest origen i gaudeixen d'aquell llinatge i es fan dignes d'aquesta fidelitat—. Josep Estadella Arnó sentia aquesta doble filiació a través de la qual l'esclat de la seva inspiració, de la seva originalitat i de les genuïnes modalitats del seu lirisme són claríssimes. "Soc lleidetà per merits de naixença —i d'espontani i lliure senti-

ment. —Amo ma terra fervorosament —i on ella fina el meu enyor comença. —A Lleida la van fer d'argila densa, —de flocs de boira i flams de sol roent. —Li besa els peus un riu opalescent— i un eco avar ressona dins sa pensa. —Roma li va oferir la regalía —d'un esperit de brava rebeldía— contra l'injust i contra l'imposat. —I encara avui, cristiana o bé pagana —serva la flor del privilegi ufana— a l'ombra humida d'un castell armat".

Però aquesta fidelitat és a més, una fidelitat que ell la sent mantinguda fins a l'última onada de la seva vida, fins a la darrera paraula que pugui assaborir el seu paladar i pronunciar la seva llengua, fins al moment en el qual la seva cobejança serà que realment, com deia Carner, un vers subtil, una paraula encertada, illumini tota una futuritat de lectors i faci perdurable l'estel de la seva impressió literària damunt de l'oient o el lletraferit. En "L'estrofa preferida", diu: "sobre la branca corba de ma vida —refila el rossinyol de l'esperit. —Quan ella tombi per la mort ferida —ell resarà l'estrofa preferida —a dalt d'un branquilló de l'infinit". Sembla que això sigui molt fàcil de dir, però és tot un lema; és la síntesi expressiva de tot un designi vocacional per ell servit fins a l'hora de la mort. Per això aquesta deguda gratitud als versos que acaben amb aquesta estrofa: "Si, doncs, ma vida s'ha gronxat tot hora —a la crinera d'un gran vers dispers—, per a passar a la llum de l'altre vora —facim de sirga l'eco d'aquest vers". I és que aquesta fidelitat, aquesta consciència

vocacional, aquesta devoció per un Més Enllà, mai no deixaren de presidir el seu pensament, i el seu cor, fossin quines fossin les circumstàncies atzaroses de les seves diverses però mai no intrinsecament heterogènies modalitats o representacions públiques. — Ell sempre serà l'home que va morir deixant escrit aquest autògraf que figura en el seu recordatori exequial, agraint un prec: "Si véns a pregar per mi, —que Déu t'ho pagui, germà, —mes en ma tomba sols hi ha —despulses del cós roí; —la meva ànima fugí —per la mort alliberada —i va emprendre una volada —que no finirà

mai més—; —si vols adreçar-li un res... — clava els ulls a l'estelada".¹⁰

Aquesta estelada cantada per Estadella, sempre tinguda present per Josep Maria Roca com un connubi d'unitat pairal en el qual ciència i art, Déu i Pàtria, país passat i futur, s'agermanen, sigui també l'ofrena d'aquest record que la Reial Acadèmia de Medicina tributa a aquests dos patricis il·lustres que tingueren l'honor de pertànyer a la professió aquí científicament enaltida per dret propi corporatiu i per dret meritori de cadascun dels seus components. He dit.

Discusión. — El doctor M. Broggi alude a lo que fue José M.^a Roca, quien mantuvo relaciones de índole política y cultural con el prof. M. Fargas Roca, de tan grata memoria.

El doctor L. G.^a-Tornel, amigo cordial del doctor Estadella y de su familia, explica detalles de su vida profesional y cívica en Lérida y realza el valor de la obra literaria, entre los médicos, del insigne "mestre en gai saber".

El prof. A. Pedro Pons (Presidente), en una de sus más emotivas y brillantes intervenciones académicas, trata de lo que representaron —si bien apenas les conoció personalmente— los médicos literatos biografiados, de los dos parientes —Miembros de la Corporación— del doctor Octavio Saltor y de la actividad literaria y cultural, tan seguida y tan enjundiosa, del mismo, apreciada en los medios intelectuales de Barcelona y en la propia Academia de Medicina. Y le felicita, por su disertación histórico-médica, anecdótica y de trascendencia.

10. L'ací conferenciant ha dedicat, entre altres seves aportacions crítiques, a la memòria del Dr. Josep Estadella Arnó, la lliçó pública del 28 de novembre de 1968, a la càtedra de cultura catalana «Samuel Gili Gaya» de Lleida («Patronato de Estudios Locales» "José M.^a Quadrado" del C. S., de I. S.), dintre del «Instituto de Estudios Ilerdenses» de la Excm. Diputació Provincial de Lleida) en el curs 1968-69 (conferència n.º 11), extensiva als també poetes lleidatans: Morera i Galicia, Agelet i Garriga, i Màrius Torres. V. ressenyes de la sessió a «La Mañana» i «Diario de Lérida» del 29-XI-68.

**ANALES DE MEDICINA
Y CIRUGIA**

N.º 223 Enero-Marzo 1971

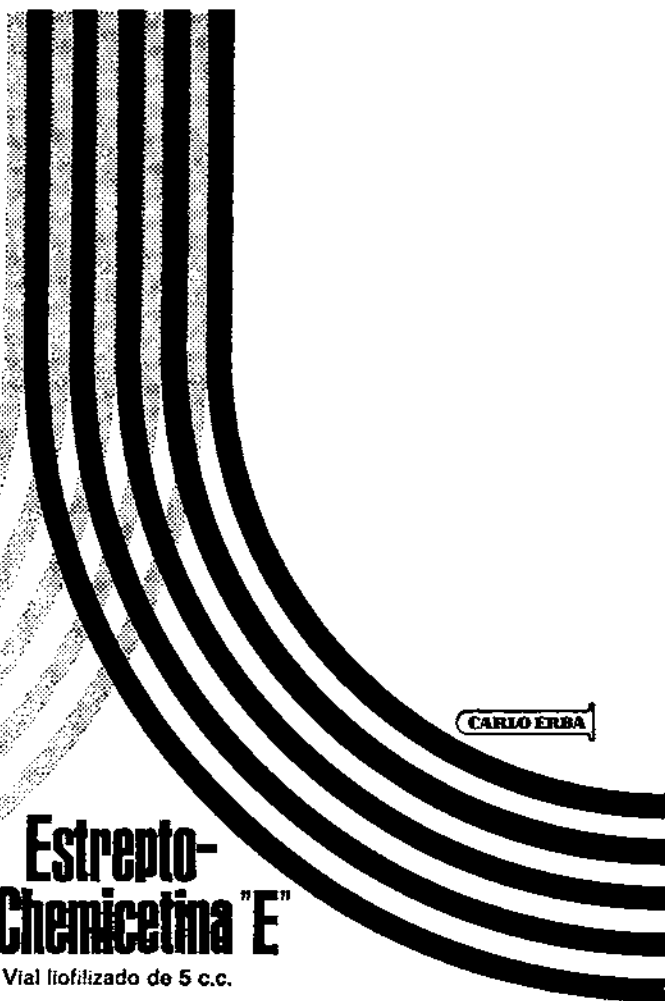
Edición: 6.000 ejemplares

100-24

100-24

Estrepto- Chemicetina

Vial liofilizado de 10 c.c.

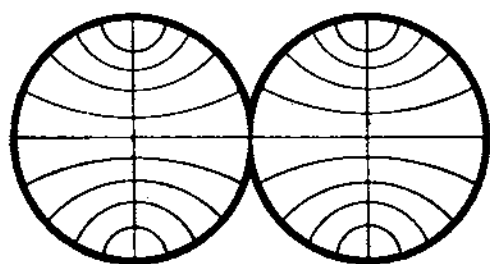


CARLO ERBA

Estrepto- Chemicetina "E"

Vial liofilizado de 5 c.c.

Acción rápida, efecto simultáneo de dos potentes antibióticos.



**antibióticos
para
todo
el
mundo**

tetrafenicol triple

24 grageas

triple acción:

antibiótica

P.V.P. 217— Ptas.

enzimática

antiinflamatoria

Laboratorios Hermes, S. A.