



# **ANALES DE MEDICINA Y CIRÚGIA**

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

AÑO LII - II EPOCA

ENERO-MARZO 1976

VOL. LVI - NUM. 243

## **GAMMA GLOBULINA HUBBER ANTIALERGICA**

**Combate los fenómenos de hipersensibilidad  
en todos los niveles orgánicos**

Presentación y fórmula: Frasco con 500 mg de globulina gamma  
con alto poder histaminopéxico

*(Véase más información frente a pág. 51)*

**P. V. P. 731,20 ptas.**



# ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA

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

Año LII - II Epoca

ENERO - MARZO 1976

Vol. LVI - Núm. 243

DEPOSITO LEGAL B. 1842 - 1959

PUBLICACION TRIMESTRAL

*Director:*

Prof. Dr. Pedro Domingo  
Presidente de la Real Academia

*Consejo de Redacción:*

Dr. J. Alsina Bofill  
Prof. R. Arandes  
Prof. A. Azoy  
Prof. M. Badell Surioi  
Prof. A. Balcells Gorina  
Prof. A. Ballabriga  
Prof. J. L. Ballibrea  
Prof. J. J. Barcia Goyanes  
Prof. Joaquín Barraquer  
Prof. L. Barraquer Bordas  
Prof. M. Bartolomé Rodríguez  
Dr. M. Broggi Vallés  
Prof. F. Buscarons Ubeda  
Prof. José Cabré  
Dr. A. Caralps Massó  
Dr. A. Cardoner  
Dr. J. Carol  
Dr. M. Carreras Roca  
Dr. A. Carreras Verdaguer  
Prof. J. Casanovas  
Prof. R. Castillo Cofiño  
Prof. Felipe Cid  
Prof. V. Cónill Serra  
Dr. J. Cornudella  
Prof. A. Cortés Lladó  
Prof. M. Cruz Hernández  
Prof. E. Cuenca  
Prof. F. de Dulanto  
Prof. S. Erill

Prof. A. Fernández Cruz  
Prof. Amadeo Foz  
Dr. A. Gallart Esquerdo  
Prof. Jaime Gállego  
Prof. F. García Valdecasas  
Prof. J. Gibert Oueraltó  
Prof. J. M.ª Gil Vernet  
Prof. S. Gil Vernet  
Dr. A. Gómez  
Prof. F. González Fusté  
Prof. J. González Merlo  
Dr. J. Gras Riera  
Prof. Teófilo Hernando  
Dr. J. Isamat  
Prof. F. Jané Carrencá  
Prof. J. Jiménez Vargas  
Dr. F. Josa  
Prof. J. Laporte  
Dr. F. Martorell  
Prof. J. M.ª Mascaró Ballester  
Dr. J. Mercadal Peyrí  
Prof. L. Miravittles  
Prof. J. Oblols Vié  
Dr. B. Oliver Suñé  
Prof. C. Pera Blanco Morales  
Dr. J. Pi Figueras  
Prof. G. Piédrola  
Prof. J. Piñol Aguadé  
Prof. P. Piusachs

Prof. F. Puchal  
Dr. P. Puig Muset  
Dr. J. Puig Sureda  
Prof. A. Puigvert  
Prof. A. Pumarola Busquets  
Prof. F.-E. Raurich  
Prof. D. Ribas Mujal  
Prof. M. Ribas Mundó  
Dr. A. Rocha  
Dr. B. Rodríguez Arias  
Prof. A. Rodríguez Torres  
Prof. C. Rozman  
Prof. D. Ruano Gil  
Dr. J. Salarich  
Prof. M. Sales  
Prof. J. A. Salvá Miquel  
Dr. V. Salleras  
Prof. G. Sánchez Maldonado  
Prof. R. Sarró  
Dr. J. Sécullí  
Prof. M. Soriano  
Dr. A. Subirana  
Prof. M. Taure  
Prof. José Traserra  
Prof. J. Trueta  
Prof. M. Usandizaga  
Prof. S. Vidal Sevilla  
Dr. J. M.ª Vilaseca Sabater

*Secretario de Redacción:*

Dr. M. González Ribas

**REDACCION:**

Carmen, 47 - BARCELONA-1

**ADMINISTRACION:**

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

**Administración de Publicidad: ESMON**

Vía Layetana, 162-164, 2.ª planta - Tels. 215 35 31 - 215 79 99 - BARCELONA-9

IMPRESO EN INDUSTRIA GRAFICA FERRER COLL, S. A. - PJE. SOLSONA, s/n. (Sants-Bordeta) BARCELONA-14

**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 explanados 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.

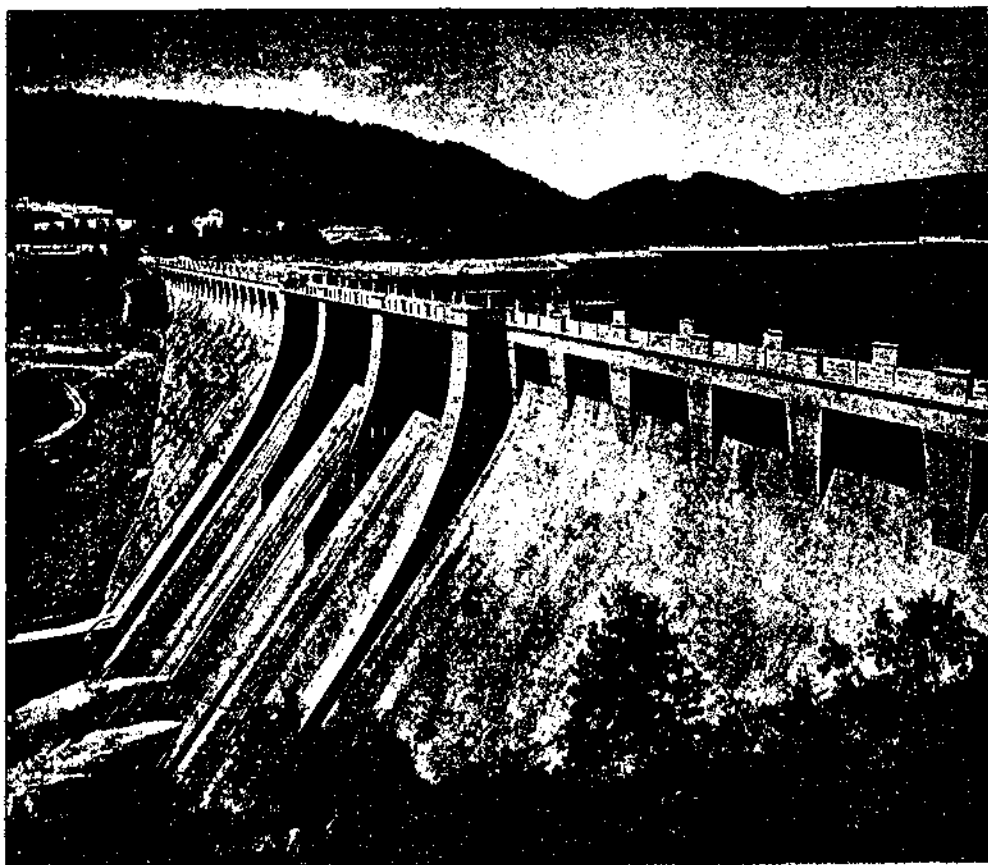
La Administración obsequia a los autores de trabajos originales con un lote de 100 «separatas».

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.

**FORMULA:**

Doxiciclina hidrato, 100 mg.  
(de base) por cápsula  
Tubo de 8 (ptas. 133,60)  
Tubo de 16 (ptas. 267,20)  
Una cápsula diaria.



**PODER TERAPEUTICO RETENIDO - ACCION RETARDADA - BAJA DOSIFICACION**

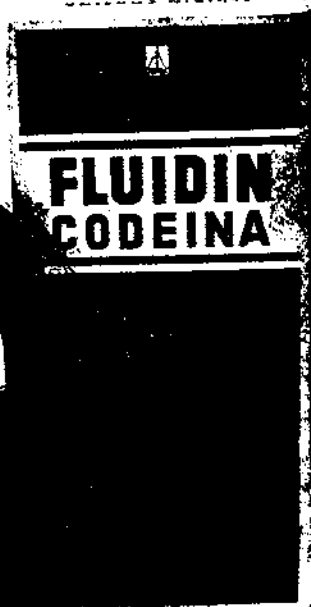
**INDICACIONES:** Todas las infecciones al alcance de los tetraciclínicos, con la ventaja de actuar con dosis reducidas, con mayor tolerancia y eficacia.

**CONTRAINDICACIONES:** Idiosincrasia hacia las tetraciclínicas. Embarazo.

**EFFECTOS SECUNDARIOS:** Rarísimamente puede producir náuseas, vómitos, diarrea, que generalmente desaparecen al administrarlo durante la comida.

Puede producir glositis, estomatitis, vaginitis, proctitis, que raramente precisan suspender su administración.

**INCOMPATIBILIDADES:** Con penicilinas, cefalosporinas, anticoagulantes orales, gangliopléjicos, curarizantes, metoxiflurano.



# FLUIDIN CODEINA



## FLUIDIFICANTE ANTITUSIGENO

### COMPOSICION

Cada 5 cc contienen

Codeína	5	mg
Eter glicerilguayacólico	50	mg
Benzoato sódico	50	mg
Acetato amónico	50	mg
Clorhidrato de efedrina	5	mg
Yoduro sódico	8'75	mg
1.3.7-Trimetilxantina	15'25	mg
Tinturas expectorantes	0'37	cc

### INDICACIONES

Tos. Catarros en su fase inicial. Gripe. Neumonías y bronconeumonías. Asma bronquial. Bronquitis seca crónica. Bronquitis irritativa por tabaco o gases.

### CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad a alguno de los componentes del preparado. Hipertiroidismo.

### EFFECTOS SECUNDARIOS

En pacientes particularmente sensibles pueden presentarse reacciones moderadas de tipo alérgico a alguno de los componentes del preparado. FLUIDIN CODEINA, puede producir también una ligera constipación.

### INCOMPATIBILIDADES

La administración de FLUIDIN CODEINA junto con fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos e inhibidores del enzima monoaminoxidasa (IMAO) puede originar depresión respiratoria.

### DOSIFICACION

Niños mayores de 3 años: 5 cc de tres a seis veces al día.  
Adultos: 15 cc de tres a seis veces al día.

### PRESENTACION

Frasco con 250 cc. P.V.P. 117'70

# ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA

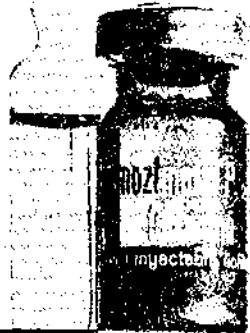
---

## SUMARIO

NUMERO 243 - ENERO - MARZO

Estomatología y medicina preventiva. — <i>Dr. Juan Carol Montfort</i> . . . . .	1
Memoria de Secretaría. — <i>Dr. B. Rodríguez Arias</i> . . . . .	11
En recuerdo de Luis Sayé Sempere. — <i>Pedro Domingo Sanjuán</i> . . . . .	19
En homenaje al Dr. Severo Ochoa. — <i>Dr. Pedro Domingo Sanjuán</i> . . . . .	29
Solemne sesión «In memoriam». — <i>Prof. Pedro Domingo</i> . . . . .	33
Estudio de una normativa para redactar memorias sobre topografías médicas optantes a premios. — <i>Dres. José Cornudella Capdevila y B. Rodríguez Arias</i> . . . . .	51
Estudio de un brote tóxico originado por enterotoxina estafilocócica del tipo mixto «A» y «C». — <i>Guillermo Suárez Fernández y Antonio Rodríguez Torres</i> . . . . .	63
Inducciones metabólicas del Formebolone en el anciano. — <i>N. Piatti-G. Pozzi</i> . . . . .	71
El deber cumplido. — <i>Dr. Santiago Ripol Girona</i> . . . . .	79
Crítica de libros . . . . .	87

1968



Inyectable liofilizado

# **Tonozime UTP 20 fortísimo**

(20 mg. de UTP con B. B. B.)

RVP 375.60 Ptas.

**Activación farmacodinámica  
del metabolismo intermedio  
y en especial,  
del hidrocarbonado**

**PREM. S.A.**

## ESTOMATOLOGIA Y MEDICINA PREVENTIVA \*

Dr. JUAN CAROL MONTFORT  
(Académico Numerario)

Veinte años después de mi ingreso, un precepto reglamentario me confiere el honor de ocupar nuevamente esta tribuna. Muy ilustres académicos me han precedido en esta solemnidad; muchos han desaparecido de entre nosotros por la ley inexorable de la vida, pues como en su discurso de ingreso decía nuestro anterior presidente doctor Pedro y Pons, se puede ser catedrático relativamente joven, pero no se puede ingresar en la Real Academia sin haber pasado la prueba de la madurez.

Al recordarlos en este momento desearía poseer aquella claridad de concepto y justeza de expresión que los caracterizó, para merecer la atención de los que se han dignado acompañarnos en esta solemnidad.

En el discurso de ingreso traté de corresponder al honor que a través de mi persona se hacía a la Estomatología, al designar un sillón para sus miembros, aportando un trabajo doctrinal sobre «Neoplasias de los maxilares re-

lacionadas con el sistema dentario», en el que se precisaba la «Ley de los extremos seriales» en la localización de los desórdenes odontogénicos y su concomitancia con las neoplasias propias de los maxilares, deseando con ello mostrar el alto nivel científico alcanzado por la Estomatología.

Hoy, más que un tema de carácter científico, me ha parecido pertinente ocuparme de Estomatología en su condición de profesión sanitaria y su importancia social en el campo de la medicina profiláctica.

\* \* \*

Al enjuiciar la significación de la Estomatología entre las profesiones sanitarias, creo necesario precisar conceptos e interpretaciones erróneas sobre Odontología y Estomatología. En realidad se trata de denominaciones diferentes que desde antiguo se han aplicado a profesionales dedicados substancialmente a una misma activi-

\* Discurso de turno de la Sesión Inaugural del Curso. 25-1-76.

dad: el tratamiento de las afecciones de la boca y de los dientes.

La Estomatología, como todas las especialidades quirúrgicas es hija de aquellos primitivos cirujanos que vivieron en los tiempos medievales, cuando la medicina impregnada de dogmatismos filosóficos, los consideraba como un estamento de inferior condición social.

Así se comprende que en el árbol de las corporaciones gremiales del medioevo, en la ciudad de Barcelona se agrupen en una misma condición y en este orden, los médicos y los cirujanos barberos. Ello nos hace pensar que como otras tantas especialidades, la Cirugía diera sus primeros pasos en el taller del artifice, antes de adentrarse en las esferas profesionales.

Entre el anonimato de estos primitivos cirujanos barberos, Ambrosio Paré superando y dignificando su profesión, sustituyó el dogmatismo y la rutina por el razonamiento y la observación, cambiando las prácticas quirúrgicas de su época, especialmente en cirugía de guerra, cimentando con sus aportaciones los fundamentos de la moderna Cirugía. Como los cirujanos de su tiempo se ocupó de los tratamientos odontológicos creando aparatos y procedimientos que fueron usados hasta entrada del siglo dieciocho.

Al aumentar las posibilidades de la cirugía, pronto se delimitaron dos grupos de cirujanos, los cirujanos mayores, así denominados que se ocuparon de las grandes intervenciones y los cirujanos menores que cuidaron de las

fracturas, sangrías y asimismo de las prácticas estomatológicas.

Sin embargo, la consagración de la Odontología, con personalidad propia no se realizó hasta 1728 cuando Fouchard, que con gran prestigio ejercía en París, publicó una obra titulada «Le Chirurgien Dentiste», en la que se resumen los conocimientos y las prácticas de aquella época, con lo que quedó definido el nombre y personalidad de la nueva profesión. El Dental Surgery de los países de habla inglesa, el más pomposo Doctor Dental Surgery de los norteamericanos y el cirujano dentista que hace años estaba vigente en España, dan fe de esta aseveración.

En lo sucesivo, los valores personales se fueron definiendo siendo numerosos los autores que desde un punto de vista científico o simplemente técnico se ocuparon de Odontología; de ello hemos tratado en publicaciones anteriores. Asimismo se organizaron las agrupaciones profesionales, se fundaron centros docentes y finalmente se crearon los organismos oficiales encargados de regular las condiciones legales de ejercicio.

Bajo circunstancias diferentes, pero con un mismo contenido substancial, esta evolución ha presentado caracteres distintos y ha adoptado modalidades diversas según los países. En algunos, como en los países escandinavos y las repúblicas sudamericanas, la Estomatología constituye una Facultad independiente análoga a la Medicina o a la de Farmacia; en otros se han organizado los estudios en escuelas especiales independientes; y en otros en es-

cuelas adscritas a las Facultades de Medicina.

En España, la evolución de la Estomatología ha sido lenta, irregular y discontinua, a pesar de los esfuerzos realizados por las corporaciones y estamentos profesionales, que no siempre sincronizaron sus aspiraciones, con los designios de las altas esferas de la Administración.

Este retraso se ha producido, principalmente, por la falta de formación docente, pues desde el año 1875 en el que se creó el título de Cirujano - Dentista, hasta el año 1902 cuando se creó el título de Odontólogo y empezó a funcionar la Escuela de Odontología en Madrid, pasó un cuarto de siglo sin organismo donde atender la formación profesional. También ha contribuido a esta demora el hecho de que el título de odontólogo llevaba consigo el menoscabo de no conferir facultad docente a sus poseedores, por lo que si bien supuso un gran avance en el conjunto de conocimientos exigidos para su posesión, les dejaba carentes de la posibilidad de ingresar en el profesorado de la Escuela.

Actualmente el título de Médico Estomatólogo es el único título oficial de especialista otorgado por el Estado, para el que se exige el máximo de escolaridad, con lo que en el transcurso de 75 años, una profesión casi marginada, con vestigios de artesanía, ha pasado a ser la profesión para la que se exige el mayor número de conocimientos y la que ha obtenido las mayores prerrogativas oficiales.

La diversidad de denominaciones en

los respectivos títulos profesionales: Practicante, Cirujano Dentista, Odontólogo y Estomatólogo, muestran las etapas del proceso evolutivo de la Estomatología en nuestro país.

Así fueron desenvolviéndose nuestros predecesores, si no alejados, por lo menos separadamente de los demás cirujanos, con apariencia de una profesión distinta, sin llegar a compenetrarse como especialistas de una misma profesión.

Bien es verdad que este distanciamiento fue más aparente en cuanto a la organización profesional que en la realidad de los hechos, pues en todas las épocas han existido médicos dedicados al ejercicio de la odontología —por lo que a Barcelona se refiere tenemos testimonio documental de ellos desde el año 1835— y muchos han sido los odontólogos que han ampliado sus estudios de medicina, no precisamente para extender su práctica profesional, sino para aumentar el caudal de sus conocimientos en el campo de sus propias actividades.

Sin embargo, dos circunstancias motivaron la nueva conjunción de la Odontología con las demás ramas de la Medicina. Los equipos maxilofaciales creados durante la primera guerra europea y las aplicaciones en la práctica de los conocimientos sobre infección focal puestos de manifiesto por Rosenow.

Ambas condiciones mantienen viva su vigencia, pues los traumatismos faciales continúan siendo abundantes, sobre todo en los accidentes de tráfico, por lo que en los equipos quirúrgicos

figura un estomatólogo, dado que su actuación prematura, es de la mayor eficacia en el tratamiento de los traumatismos y lesiones de los maxilares.

También ha contribuido a esta conjunción, la frecuencia de afecciones generalizadas que tienen como focos primarios lesiones buco-dentarias muchas veces puestas de manifiesto en sus inicios o bien detectadas por los adecuados medios de exploración usados en Estomatología.

Afortunadamente los distanciamientos han sido definitivamente superados y en la actualidad la Estomatología constituye una rama fecunda de la Medicina, con una exuberancia de sub-especializaciones y con tanta vitalidad, que desbordando su natural campo de actuación, induce a sus cultivadores a adentrarse en los dominios de la cirugía craneofacial, alejándose del terreno puramente estomatológico para expansionarse en el amplio campo de la cirugía.

\* \* \*

Entre las enfermedades endémicas, que sufre la humanidad, seguramente la caries dental ocupa el porcentaje más elevado; y lo mismo podríamos decir en relación a la paradentosis (piorrea alveolar); ambas afecciones dejan lesiones irreversibles por cuyos motivos ocupan un sitio preferente entre los primeros lugares de la medicina profiláctica y justo es reconocer que aunque desde antiguo se ha tratado de prevenirlas y de evitar sus consecuencias, los esfuerzos realizados no han estado compensados por los resultados obtenidos.

La concepción básica de la profilaxis dental ha sido y aún vive, de la teoría microbiana; incluso hubo una época, en la que los esfuerzos se concentraron en descubrir el germen causal.

En realidad, se trata de un proceso mixto de proteolisis y de decalcificación de los tejidos duros del diente que no tiene nada de específico, producido por la retención y colonización de los gérmenes saprofiticos de la boca en condiciones apropiadas, topográfica y biológicamente.

Con todo, numerosas observaciones clínicas nos obligan a reconsiderar nuestros conocimientos; no sabemos el porqué ciertas personas son inmunes a la caries y precisamente en algunos casos personas que han descuidado la higiene dental; tampoco conocemos el porqué de la inmunidad en los casos de la caries detenida por un proceso natural del diente afecto; observación que ya había sido verificada por antiguos autores, quienes la habían diferenciado con el nombre de caries seca.

Tampoco se ha estudiado debidamente el papel de la herencia aunque se haya podido constatar su acción en la susceptibilidad e inmunidad entre miembros de una misma familia, según sea el predominio de su ascendente paterno o materno.

Durante muchos años ha predominado el concepto mecánico del sistema dental, considerándolo como un conjunto de dientes implantados en los maxilares sin tener en cuenta su condición de órganos vitales, sujetos a los mismos procesos metabólicos que el

resto del organismo; en realidad el sistema dental constituye una unidad funcional integrada en el organismo humano, con condiciones biológicas bien definidas que conservan durante toda la vida, su vitalidad y poder reaccional frente a las agresiones que pueden afectarles.

La vitalidad de los tejidos dentales, ha sido puesta en evidencia por varios autores, también nosotros nos hemos ocupado de ello, en diversas publicaciones, analizando las propiedades reaccionales de los tejidos duros del diente y del proceso histológico de su inmunidad, en aquellos casos de detención natural de la caries precisando el substratum histológico de la reacción dentino pulpar.

En síntesis esta reacción se manifiesta por una zona de dentina eburnificada, otra zona de dentina translúcida base - tubular y por las producciones dentinoides oclusales, conocidas generalmente con el nombre de dentina secundaria. Con esta transformación de los tejidos duros del diente, la zona afecta queda delimitada, ocluida y separada del resto del diente y se conserva análogamente a lo que en los tegumentos representa una cicatriz.

Al plantear el problema de la profilaxis de la caries, enfocándolo según los actuales conocimientos, debemos considerar dos factores básicos: los referentes a las condiciones de los tejidos dentales y los propios del organismo en general.

La caries, aun siendo enfermedad de todas las edades, alcanza el máximo en la juventud; ello es debido princi-

palmente a que en los primeros años los tubos dentinales, son anchos y amplias sus comunicaciones y el proceso destructivo se extiende con facilidad; pero cuando se acrecienta la mineralización del diente, que de manera menos activa perdura toda la vida, disminuye el diámetro de los tubos, aumentando en consecuencia la substancia fundamental. Este proceso de transformación dentinal hace más impenetrable el diente adulto y más mineralizado que el diente joven.

Por otra parte los desequilibrios propios de la adolescencia también influyen en el metabolismo dentario alterando las condiciones nutritivas de sus tejidos.

Conocido es el diagnóstico retrospectivo por lesiones producidas sincrónicamente a consecuencia de enfermedades sufridas en los primeros años de la vida. Estos defectos en la formación de los tejidos dentales se producen durante el período folicular antes de su erupción, con motivo de fiebres eruptivas, infecciones, etc., que alteran los procesos nutritivos y estos defectos, que persisten toda la vida, permiten descubrir a posteriori y a larga distancia, enfermedades sufridas durante el período folicular de la génesis dentaria y por medio de ellos determinar la edad aproximada en que tales defectos se produjeron.

De todo ello se deducen dos medidas profilácticas necesarias, una que interesa al internista y también al endocrinólogo y otra que corresponde al cometido del estomatólogo.

Es conocida la observación de que

los dientes tratados en edades juveniles de caries incipientes con obturaciones metálicas, se conservan muchísimos años, incluso definitivamente, sin que la caries se reproduzca. Esta inmunización aparece clara a la luz de los actuales conocimientos, pues con el debido tratamiento no sólo se han eliminado las porciones de dentina afecta, sino que también los estímulos lentos y continuados de las obturaciones metálicas, estímulos térmicos, químicos, tal vez electrostáticos, han provocado la maduración prematura de la dentina produciéndose la eburnificación de la misma.

Estas obturaciones precoces, que en su día designamos con el nombre de *obturaciones profilácticas*, nos ofrecen uno de los medios más efectivos con que contamos en la lucha contra la caries dental. De aquí la necesidad de difundir estos conocimientos y la conveniencia de efectuar en los niños revisiones frecuentes, para poder prematuramente proceder a la realización de tales obturaciones.

Los servicios médicos de la municipalidad de Viena habían, hace ya muchos años, proscrito los tratamientos radiculares en sus servicios odontológicos, por su inutilidad a largo plazo, ante la posibilidad de infecciones perirradiculares y principalmente por considerar que la curación prematura de las caries incipientes, era suficiente para obtener resultados definitivos.

Rectificando la actual orientación, conviene difundir la idea de que los dientes no se hacen invulnerables a la caries, con sólo los cuidados higiéni-

cos a base de dentríficos y del cepillo. Las inspecciones periódicas y frecuentes y el cumplimiento de las indicaciones resultantes, constituyen la base de toda organización profiláctica bien orientada, tratando de provocar, por medio de obturaciones profilácticas, la eburnificación de la dentina, no solamente en los dientes con caries incipientes, sino que también en aquellos en los que sus disposiciones morfológicas, surcos profundos y anfractuosidades oclusales, pueden ser consideradas como caries potenciales.

Además de las inspecciones precoces y de las obturaciones profilácticas, no podemos pasar por alto algunas consideraciones sobre el debido uso del cepillo dental, al que hace poco hemos aludido, asunto aparentemente liviano, pero en realidad no menos trascendente.

El cepillo dental apropiado, utensilio de tocador —en profilaxis bucodentaria cuando se usa inadecuadamente, como corrientemente ocurre—, puede resultar eminentemente perjudicial.

Para razonar esta aseveración es preciso recordar, aunque sea esquemáticamente, el dispositivo anatómico de la implantación dentaria.

La boca admirablemente defendida por la continua renovación del epitelio mucoso y las defensas del dermis tegumentario tiene un punto flaco, tal es discontinuidad del epitelio bucal alrededor del cuello dentario para dar paso a los dientes en su implantación en los respectivos alveolos. Aquí la cubierta tegumentaria queda rota y la fibromucosa gingival se convierte en

un verdadero ligamento circular que rodeando el cuello del diente, actúa como opérculo oclusal que cierra la articulación alveolo - dentaria. Este es un sitio delicado y vulnerable donde sólo las defensas del mesodermo están encargadas de mantener el equilibrio biológico del medio bucal.

Téngase presente la delicadez del epitelio gingival y se comprenderá que cualquier traumatismo que repetidamente altere el dispositivo anatómico de esta región, se traduce en lesiones atróficas de la mucosa gingival causando su retracción y el correspondiente descarnamiento de los dientes y con ello la reabsorción de la cresta alveolar, primera fase de la artritis alveolo - dentaria característica de la piorrea alveolar.

Adviértase, además, que juntamente con los materiales sólidos que el cepillo recoge se encuentran los gérmenes saprofitos de la boca, los cuales esporulan con la desecación y al frotar de nuevo en la encía es posible provocar nuevas siembras, lo cual debe evitarse, sobre todo ante la posible existencia de gérmenes patógenos. Muchas veces es el cepillo el causante de la muy contagiosa gingivitis ulcerosa marginal. Por ello y para mantenerlo en las debidas condiciones de asepticidad, una vez limpiado debe conservarse en una solución ligeramente antiséptica, en la que deben permanecer durante los intervalos en que no se usa.

Continuando nuestro comentario sobre profilaxis en estomatología, destacaremos la necesidad de prestar especial interés al período escolar, pues

conviene no olvidar que a los seis años, hace erupción el primer molar permanente, encargado de mantener la correlación de las arcadas dentarias durante el largo período del cambio de dentición, para permanecer toda la vida.

Por ello, se debe cuidar muy especialmente este primer molar, que comienza a desarrollarse en los primeros meses para hacer erupción alrededor de los seis años, cuando aún no está totalmente formada su porción radicular; cuando por su amplia cavidad pulpar y por la anchura de sus tubos dentinales, así como por qué durante el período folicular en los primeros años, es susceptible de acusar posibles lesiones causadas por las enfermedades de la infancia, este molar es el más susceptible de enfermar; teóricamente es el órgano dental que debe permanecer más años en la boca y en realidad es el primero que se pierde; de aquí la imperiosa necesidad de que las inspecciones sean precoces y frecuentes, muy especialmente durante los primeros años de la vida y la ineludible obligación de cumplimentar las indicaciones resultantes, sobre todo en lo referente a las obturaciones profilácticas, que en la actualidad constituyen el procedimiento más eficaz de que disponemos en prevención odontológica.

Además, conviene no olvidar que la pérdida prematura del primer molar es causa de anormalidad en la conformación de las arcadas dentarias y en último término la malposición de los dientes definitivos y las consiguientes alteraciones en el dispositivo oclusal de la articulación alveolar dentaria

causados por el apiñamiento de los dientes y ello impide la normal conformación del rodete epitelio - fibroso, que rodea al cuello dentario. En este sentido la ortodoncia, además del factor estético y funcional, cumple el cometido de una verdadera misión profiláctica bucodental.

No sería propio de esta solemnidad alargar indebidamente esta disertación tratando de exponer la multiplicidad de aspectos que comprende la profilaxis estomatológica, sin embargo, dada su actualidad, creo oportuno un breve comentario sobre el uso de los fluoruros en la prevención de la caries dental.

Existen zonas o áreas geográficas —hace años se localizó una en los alrededores de Caldas de Montbui—, en las que con carácter endémico se presenta una alteración congénita conocida con el nombre de dientes beteados o dientes moteados, caracterizada por la presencia en el esmalte de manchas o franjas opalinas de color amarillo parduzco más o menos extensas acompañadas algunas veces de irregularidades o picaduras en su superficie.

El hecho de su limitación a determinadas comarcas, hizo pensar en la posibilidad del origen hídrico de tales desórdenes y estudios cuidadosamente realizados pusieron de manifiesto la abundancia de fluoruros en el agua usada en tales demarcaciones para usos domésticos.

Estudios posteriores realizados sistemáticamente demostraron una relación directa y cuantitativa entre la concentración de fluoruro del agua y la abundancia de dientes afectos; cuando

la concentración de fluoruro alcanzaba 8'0 parte por millón de agua, la casi totalidad de la población tenía dientes afectados; por contra una concentración de 1 parte por millón no parecía producir modificaciones dentales aparentes. También se puso de manifiesto que la fluorosis dental aparece solamente cuando los dientes han estado expuestos a la acción del flúor durante el período de su formación.

En el transcurso de tales estudios se observó la pequeña incidencia de caries en los dientes afectados y se pensó en una posible acción anticaries de los fluoruros y la posibilidad de utilizar esta propiedad a efectos profilácticos.

Desde entonces la acción de los fluoruros y su aplicación a la prevención de la caries dental ha sido objeto de múltiples y documentados trabajos y de metódicas investigaciones principalmente por Dean y sus colaboradores, verificados en poblaciones de la zona norte de los Estados Unidos en los escolares de diferentes poblaciones, que poseyendo condiciones ambientales semejantes, contenían diferente índice de fluoruro en el agua de bebida.

Los resultados a largo plazo se dedujeron de estadísticas minuciosamente estudiadas bajo el patrón de dientes cariados, dientes perdidos y dientes restaurados —fórmula C.P.R.—. Como resultado de estos datos se comprobó una notable disminución de dientes perdidos, en los niños nacidos después de la fluorización del agua, disminución que llegó a alcanzar hasta un 60 por 100. También permitieron fijar

entre 0,5 y 1 parte por millón, la cantidad de fluoruro suficiente a efectos de protección, sin que se produzcan efectos nocivos.

Desde entonces y a pesar de las dificultades de orden práctico y las limitaciones que entraña la fluorización del agua, especialmente por afectar indiscriminadamente a todas las personas de diferente salud y a los posibles efectos de acumulación de un uso prolongado; seguramente por los efectos beneficiosos observados en el período de formación dental, la fluorización del agua se verifica en muchas poblaciones de Estados Unidos y en Canadá, así como en varias localidades de Europa, en muchas poblaciones donde las aguas están hipomineralizadas.

No se ha precisado con exactitud cuál es el proceso íntimo de la aparente inmunización contra la caries, pero todo induce a pensar que éste tiene lugar durante la formación dental, cuando en el folículo se ha verificado la diferenciación de los prismas adamantinos y se inicia el proceso de mineralización. Dada la gran afinidad que el ion flúor tiene para las sales de calcio, se cree que la hidróxido apatita de los prismas se transforma en fluorapatita, la cual además de poseer mayor dureza, es mucho más resistente a la acción de los ácidos. Esto puede ayudar a comprender que los efectos protectores del flúor sean más aparentes en el período escolar, puesto que en estos años se está desarrollando la dentición permanente.

Muchas divergencias y pareceres contradictorios existen cuando se trata

de apreciar los efectos del flúor en cuanto a la acción protectora en el adulto, así como la posible acción tóxica de soluciones, dentífricos, etc., igualmente en cuanto se refiere a los posibles efectos tóxicos que un uso continuado puede ocasionar, dado su preferente acumulación en los tejidos calcificados.

En resumen, parecen probados los beneficiosos efectos de la fluorización del agua durante el período de la formación dentaria y queda pendiente de posteriores estudios la fluorización tóxica, así como los efectos que a largo plazo pueden ocasionar en el adulto la acción tóxica del flúor, sobre todo por su manifiesta afinidad para el sistema esquelético.

Como se ha podido apreciar en el transcurso de esta breve reseña, un programa completo de profilaxis bucodentaria afecta de manera primerísima a la población infantil porque la máxima eficacia de la misma exige una acusada actuación en este período, durante el cual se está desarrollando la formación de la dentición permanente y con ella el desarrollo de los maxilares. Conferencias, proyección de filmes educativos, carteles y todo cuanto puede contribuir a lograr en los escolares una conciencia del valor que para su salud y buen desarrollo significa la integridad del sistema dentario son elementos indispensables para la instrucción en materia de profilaxis dental; pero esta formación sería insuficiente sin una organización que cuidara de la ordenación, realización y continui-

dad de su puesta en práctica. Existen antecedentes relacionados con esta misión.

La inspección dental en las escuelas fue decretada a principios de siglo por el Ex - Ayuntamiento de Barcelona y posteriormente la *Associació d'Odontòlegs de llengua catalana*, entidad que tenía como misión primordial la difusión de la profilaxis dental, en asambleas celebradas en Palma de Mallorca y Tarragona se ocupó extensamente de difundir estos preceptos, publicando carteles, proyectando películas instructivas, reuniendo los escolares de dichas poblaciones en conferencias y demostraciones adecuadas a tales fines.

Sin embargo, la realización en gran escala de tales medidas, no es tarea que resulte fácil de realizar, dada la falta de medios y personal adecuados. El egocentrismo docente que durante

tantos años retrasó el desenvolvimiento de la Estomatología española aún se deja sentir en el número reducido de profesionales en ejercicio en relación a la población actual.

Confiamos que en un futuro próximo, sean más numerosos los centros docentes y más acordes con la realidad de las necesidades teóricas y prácticas los futuros planes de estudio que la Estomatología requiere y, en consecuencia, sea menor el déficit de profesionales que según datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud existe en España.

Desearía que estas consideraciones, aún que expuestas en forma abreviada, además de cumplimentar un precepto reglamentario, pudieran contribuir a difundir y valorizar la importante misión de la Estomatología en el campo de la medicina profiláctica.

# ESSAVENON<sup>®</sup>

## GEL



**Acción terapéutica local sin efecto general  
y directo sobre la coagulación y sobre la  
circulación.**

**Fórmula** 100 grs. contienen:  
Escina, 1 g.; Heparina sódica, 10.000 U.I.; Fosfátidos con  
predominio de ácidos grasos insaturados, en especial ácidos  
linoléico -aprox. 70%- y linolénico, 1 gr.

**Forma farmacéutica**  
Gel

**Modo de empleo**

Aplicar en la zona afectada 3 a 4 veces al día, extendiendo sobre  
la zona.

**Indicación terapéutica**

Insuficiencia venosa local, traumatismos, hematomas.

**Contraindicaciones**

Ulcus cruris, heridas abiertas.

**Incompatibilidades**

No se conocen

**Efectos secundarios**

No se conocen

**Presentación**

Envase con 40 grs.

**P.V.P.**

114'50 plas.



**INFAR**  **NATTERMANN**

Agustado 400 - Zaragoza  
Infancia Carola, 84-88  
Barcelona-15

## CARICEF IM

### INDICACIONES

Infecciones agudas del Aparato Respiratorio

— Neumonía, Bronconeumonía

Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores y ORL

— Otitis, Amigdalitis, Sinusitis, Mastoiditis

Infecciones agudas del Tracto Urinario

— Cistitis, Pielitis, Pielonefritis, Prostatitis

Infecciones agudas ginecológicas

— Anexitis, Salpingitis, Bartolinitis, Mastitis

Infecciones agudas del Aparato Digestivo

— Colecistitis, Colangitis, Apendicitis, Diverticulitis

Infecciones agudas del Aparato Circulatorio

— Endocarditis, Pericarditis

Infecciones en Plal y Tejidos Blandos

— Antrax, Furunculosis

### POSOLÓGIA

La dosis promedio habitual es de 25-50 mg. por Kg. de peso y día

ADULTOS

CARICEF IM 1 vial de 500 mg. o de 1 g. cada 12 h

NIÑOS

CARICEF IM 1 vial de 250 ó 500 mg. cada 12 horas

LACTANTES

CARICEF IM 1 vial de 125 ó 250 mg. cada 12 horas

## CARICEF IV

### INDICACIONES

Infecciones respiratorias

— Neumonía, Bronconeumonía, Empiema

Infecciones circulatorias

— Endocarditis, Pericarditis, Flebitis

Infecciones digestivas

— Colecistitis, Colangitis, Diverticulitis, Peritonitis

Infecciones generalizadas

— Sepsis

Infecciones urinarias

— Pielitis, Abscesos perirrenales, Prostatitis

Infecciones ginecológicas

— Aborto séptico, Abscesos pélvicos, Paramétritis, Pielonefritis del embarazo, Mastitis

Infecciones osteoarticulares

— Osteomielitis, Artritis piógenas

Infecciones postquirúrgicas y post-traumáticas en general

Cobertura antibiótica preoperatoria en los casos en que se considere oportuna

### ADMINISTRACION CON SUEROS

CARICEF puede ser añadido a los siguientes sueros sin perder sus propiedades:

— Soluciones de glucosa, dextrosa o levulosa al 5% y al 10%;

— Solución salina al 0,9%;

— Soluciones glucosalinas

— Solución Ringer Lactada y bicarbonato sódico 1/6 Molar

— Tras su reconstitución CARICEF mantiene una estabilidad del 90% al cabo de 24 h.

### POSOLÓGIA

La dosis promedio habitual es de 25-50 mg. por Kg. de peso y día;

ADULTOS

CARICEF IV, 1 vial de 500 mg. o de 1 g. cada 6-8 h., administrado lentamente o añadido a suero.

NIÑOS

Se ajustará la dosis de acuerdo con el sistema posológico general y con la velocidad de paso de los sueros

### PRESENTACIONES

CARICEF intramuscular se presenta en viales de 125 y 250 mg. de cefazolina, con 2 ml. de solución de lidocaína al 0,5% como disolvente. Viales de 500 mg. y 1 gr. de cefazolina con 3 ml. de solución de lidocaína al 0,5% como disolvente.

CARICEF intravenoso: viales de 500 mg., 1 gr. y 2 gr. de cefazolina, con 10 ml. de agua bidestilada como disolvente.

### ADMINISTRACION

CARICEF puede ser administrado por vía intramuscular o por vía intravenosa.

Cuando se administra por vía intramuscular, una vez reconstituida la solución, con el disolvente que lleva el preparado, se debe inyectar en profundidad en una masa muscular. El dolor en el punto de inyección es poco frecuente. La vía endovenosa

puede ser utilizada para administrar CARICEF en dos formas. De forma directa, diluyendo el antibiótico en 10 ml. de agua bidestilada estéril, e inyectándolo lentamente en 3-5 minutos, o añadiéndolo a los sueros que el paciente tenga prescritos.

Eventualmente se pueden utilizar los viales de CARICEF intramuscular por vía intravenosa, diluyendo el contenido del vial en 10 ml. de agua bidestilada isósmica y exenta de protegenos.

### PRECIOS V. P.

CARICEF IM	125 mg.	111,40 Ptas.
	250 mg.	201,10 Ptas.
	500 mg.	371,10 Ptas.
	1 gr.	659,60 Ptas.
CARICEF IV	500 mg.	371,10 Ptas.
	1 gr.	659,60 Ptas.
	2 gr.	1.340,40 Ptas.

### CONTRAINDICACIONES

Hipersensibilidad a las cefalosporinas

### OBSERVACIONES

Aunque no se han descrito casos de hipersensibilidad cruzada en las penicilinas, este hecho puede producirse tras la administración de CARICEF a pacientes hipersensibles a las penicilinas.

Todavía no se dispone de datos clínicos suficientes para aconsejar el uso de este preparado en prematuros y en niños durante el primer mes de vida.

### EFFECTOS SECUNDARIOS

Las manifestaciones de hipersensibilidad, pueden consistir en eritema cutáneo, prurito, vómito y eosinofilia.

También en algunos casos se han descrito elevaciones transitorias de las transaminasas y fosfatasa alcalina.

En ningún caso estas elevaciones transitorias se han acompañado de signos clínicos de lesión hepática.

Ocasionalmente puede producirse dolor e induración en el lugar de inyección tras la administración intramuscular del preparado.

## MEMORIA DE SECRETARIA \*

Dr. B. RODRIGUEZ ARIAS  
(Académico Numerario y Secretario general perpetuo)

Excelentísimo señor Presidente,  
Muy Ilustres señores Académicos,  
Señoras y señores:

Por decimotercera vez consecutiva redacto —y leo más tarde— una Memoria anual preceptiva, en la que cito someramente y glosó un período natural de trabajos y gobierno de esta importante Academia de Medicina que nos honra a todos; desde el sabio al más humilde de sus miembros.

Y lo hago con evidente regularidad y método en la tónica, escogida «ab initio» y seguida luego, al margen de una claudicación fácil en los demasiado extravertidos y pluralistas de intenciones o de los que hurtan una labor sistemática al módulo —para mí esencial— de la realidad vivida y de más fiel transcripción cara al futuro.

La Historia lamentaría un día, acaso a lo inmediato, omisiones e imprecisiones. Y no quisiera ser yo el culpable.

Mi edad de longevo y un indeclinable sentido de responsabilidad, me han llevado a un «full time» secretarial, a una auténtica «dedicación plena», que

no me cansa y agradezco por el fervor mutuo que la sostiene y la medida higiénica —en la tercera edad— que constituye.

Y por hábitud, la establecida, trataré de:

1. Movimiento del personal académico.
  2. Sesiones científicas y de tipo literario celebradas.
  3. «Acuerdos» principales tomados en sesiones de gobierno.
  4. Dictámenes solicitados por razones medicoforenses o medicolaborales.
  5. Concurso de premios.
  6. Renovación de la Junta Directiva.
  7. Honores y distinciones alcanzados por los miembros.
  8. Publicaciones y finanzas.
  9. Hacia un futuro tal vez mejor.
1. Fallecimiento de socios y elección de otros, balance triste y de augurios y también inquietante de 1975. Quizá las dificultades políticas ha-

\* Sesión inaugural del Curso: 25-I-76.

yan repercutido en la vida corporativa. De una parte, la tensión —económica, sobre todo— de ámbito internacional. Y asimismo la desaparición —con su muerte— del régimen del Caudillo Francisco Franco y el nacimiento, sin intermisión, de la Monarquía que simboliza el rey Juan Carlos I.

¡Ojalá una plausible democracia de inspiración occidental y de genuina apetencia ibera nos conduzca a un mañana feliz y estable!

Nueve académicos (1 numerario, 1 honorario, 3 correspondientes nacionales y 4 correspondientes extranjeros) nos han dejado para siempre. Y un académico numerario, tan sólo, fue proclamado. Ocho menos en las listas, impresiona bastante.

Ignoramos, eventualmente, por lo demás, si se han producido otras bajas en el grupo de los extranjeros.

He aquí los nombres de los fallecidos: doctores Adolfo Ley Gracia, Luis Sayé Sempere, Vicente Artigas Riera, Salvador Siper Maresma, Vicente Company Arnau, Velarde Pérez - Fontana, Mario Damas - Mora, José Genato - Muñoz y Vittorio Puntoni, respectivamente.

Y el profesor Francisco Puchal Mas, domiciliado en Barcelona, es el único ingresado (vacante de numerario, que se atribuyó a un «afín»).

El profesor Ley, de la Escuela Profesional de Neurocirugía adscrita a la Universidad Autónoma de Barcelona, extinguió su vida a los 67 años de una trayectoria fecunda y útil el día 14 de diciembre de 1975. Víctima de un inesperado accidente yatrógeno (far-

macológico), no había concluido —ni siquiera disminuido— un quehacer de innovación, de docencia y de praxis quirúrgica especializada, trascendente y humano. ¡Qué pena! Su discurso de ingreso —verdadera lección histórico-experimental sobre cirugía craneocerebral— se recuerda todavía (19 de diciembre de 1971).

El maestro Sayé, por antonomasia, terminó un estado demencial —dolorosísimo para familiares, íntimos amigos y discípulos— en el magnífico servicio de Francisco Vilardell, el día 27 de junio de 1975. Investigador nato y tenaz en su labor de clínico, ha enseñado como nadie la «tisiología», fue un adalid de la profilaxis antituberculosa y publicó excelentes libros. En la América hispana triunfó y se venera su memoria. El 30 de marzo de 1930, cuando ocupó su sillón, hablaba magistralmente de la fase inicial de la tuberculosis en los adolescentes y en los adultos. La invalidez atroz que le sobrevino últimamente le convirtió en académico honorario. Un legado a la Academia, de gran valor, perpetuará un noble afán y su filantropía.

Artigas encarnó la figura del cirujano ultraorganizado y excelente. Inauguró con acierto el «departamento de urgencias» del Hospital de San Pablo. Elegido el 4 de diciembre de 1958, una neoplasia maligna segó su existencia el 28 de enero de 1975.

Siper, clínico y experto en cuestiones anatómicas, fue incorporado a nuestro elenco el 9 de diciembre de 1944 y, joven, pasó a mejor vida el 4 de julio de 1975.

Company, un destacadísimo urólogo en la era de su fraternal amigo Manuel Corachán, terminó sus días —muy anciano e inactivo— el 26 de octubre de 1975. En relación de bastantes seleccionados, mereció ser nombrado el 20 de mayo de 1932.

Pérez-Fontana, de la Universidad de Montevideo (Uruguay), acababa de remitirnos una comunicación sobre «varices» en el umbral de su muerte, acaecida el 3 de enero de 1975. Su ingreso tuvo lugar el 20 de noviembre de 1973.

Mora, de la Universidad de Lisboa (Portugal), alergólogo de fama mundial, entregó su alma a Dios el 22 de enero de 1975. Figuraba en nuestro escalafón desde el 21 de noviembre de 1972. Visitaba muy a menudo España.

De los profesores Genato (de Manila, Filipinas) y Puntoni (de Roma, Italia) desconocemos la data de su óbito, referida imprecisamente a su paso por la Academia de los compatriotas Alimurung (Mariano) y Piantoni (Luigi). Se les había nombrado el 14 de julio de 1948 y el 6 de mayo de 1952, respectivamente.

Lamentamos de veras y en todo momento anotar a lo incompleto, pero es así por la fuerza de las circunstancias.

Descansen en paz tan prestigiosos colegas y amigos.

La elección, por mayoría absoluta de votos, del insigne veterinario Puchal, ha compensado el grave quebranto sufrido. En efecto, catedrático de la Facultad de Madrid y residente en Barcelona, investigador de altura en su

etapa postuniversitaria de EE.UU. de América, muy competente en el sector básico de la tecnología, dirige hoy empresas vinculadas a la preparación de alimentos. Para regularizar entre sí los cupos de médicos y sanitarios afines y elevar a dos los veterinarios, mereció el asenso ordenado el 13 de mayo 1975.

Y nada más al respecto en un ejercicio apurado.

2. El número de sesiones públicas —científicas y literarias— fue exactamente de 20: 18 consagradas a la discusión de variados temas, 1 «in memoriam» de titulares pendientes del obligado acto de evocación y 1 para inaugurar solemnemente el Curso 1975.

En forma de coloquio —más frecuente que antaño— o de normal comunicación y hasta de conferencia extraordinaria, también de breve «symposium», ha cabido ofrecer la usual casuística de algunos, la experiencia individual o de un equipo sobre problemas clínicos, de saber experimental o estadísticos, buenas aportaciones históricas de maestros, hospitales, entidades y flagelos epidémicos, temática doctrinal sanitaria, del «alma mater», peculiar de la Academia y de concepto médico o de puntos de vista ligados a nuestra carrera liberal.

Va decreciendo —buscándola, por supuesto— la exposición de casos o de juicios en las vertientes nosológica y terapéutica de las enfermedades y aumentando —a la inversa— el recordatorio o la glosa históricos, el planteamiento de lo deontológico, de los métodos y actuaciones colectivos y de

las perspectivas de zonas del Distrito y de las Universidades y elaboración de normativas por la Academia.

Tienen que importarnos, de cada vez más, los trabajos de colaboración promovidos por nosotros, la nosografía regional, la historia médica que nos atañe muy de cerca y brindar normas, en el quehacer científico y literario, orientadoras y discrecionales, pero tácticamente obvias.

Ha intervenido de nuevo un escogido porcentaje de académicos, nacionales y extranjeros, e invitados del país y foráneos.

Disertó, corporativamente, el Colegio de Médicos de Lérida. No faltó la participación veterinaria de consuetud. Iniciamos, asimismo, la promotora égida de las universitarias recién licenciadas.

Más de un académico correspondiente extranjero nos visitó. Y de uno leímos su comunicación «post-mortem».

De los invitados —profesores, médicos de hospitales e historiadores— tres eran italianos (2) o franceses (1).

Se registraron, únicamente y entre los disertantes convocados, 2 ausencias fortuitas.

En la sesión inaugural —estatutaria— resumió oralmente la Memoria el secretario general y leyó el discurso que por turno le correspondía el académico numerario doctor Antonio Gallart Esquerdo sobre «La psicoterapia vista por un digestólogo práctico».

Y en la Necrológica dedicada a los académicos doctores Luis Trías de Bes y Giró (numerario), Pablo Cartañá Castellá (supernumerario) y Luis

Sayé Sempere (honorario), pronunciaron sendas oraciones los académicos numerarios doctores B. Rodríguez Arias, B. Oliver Suñé y José Cornudella, con unas palabras finales del presidente, doctor Pedro Domingo.

Las ya aludidas sesiones científicas totalizaron 22 comunicaciones, 4 coloquios, 3 conferencias extraordinarias, 1 presentación de libro y 1 «symposium».

Ocuparon la tribuna habitual 52 autores, alguno repetidamente, y las especiales de otros salones 6 más, también alguno en más de una ocasión. Las discusiones resultaron harto ilustrativas.

Si hemos mencionado pormenores estadísticos, en un ciclo aparentemente flojo o de brillantez relativa, es para que conste la sistemática incólume y la validez de una ejecutoria.

En las páginas del «Boletín Informativo» de nuestra Academia encontrará quien lo necesite o quien lo apetezca el detalle de todo.

Páginas que recogen los otros detalles concernientes a la exposición, que subsigue, de las tareas, de los avatares, de los propósitos, etc., que nos incumben y notificamos.

3. Las llamadas sesiones plenarias de gobierno han sumado 8, es decir, 6 con carácter ordinario y 2 de índole extraordinaria. Y la Junta Directiva, por su parte, se ha reunido en sesión ordinaria 2 veces.

Igualmente, se han reunido en sesión las Comisiones y las Secciones.

La problemática de la investigación científica, desde la Academia, motivó un dictamen remitido al Ministerio de Educación y Ciencia.

La enjundiosa moción sobre «revitalización de las Academias», presentada por el doctor Ramón Sarró, ha tenido una bonísima acogida y es discutida «sin pausa y sin prisa».

La más oportuna gestión en favor del profesor José Trueta y a través del conocido profesor, de Estocolmo, U. S. von Euler, se llevó a cabo para el otorgamiento del Premio Nobel.

Se ha determinado celebrar sesiones especiales en homenaje a los académicos numerarios que jubile la Administración o de presentación de libros trascendentes escritos por nuestros titulares.

Una exposición «ad hoc» de volúmenes recién editados se halla en preparación, así como el Museo de instrumental y piezas anatómicas de significado histórico y el archivo —catalogado— de documentos gráficos, de cualquier naturaleza, que pertenecieron a médicos ilustres de un pasado glorioso.

Un temario para estudio de cuestiones fundamentales, sanitarias, históricas y demás, que la Academia pueda ir abordando en forma de laudo o de orientación general y normativa, va siendo elaborado por las Secciones.

Un pequeño libro, tipo miscelánea, está en prensa para conmemorar el LXXX Aniversario del secretario perpetuo.

Y no escasos asuntos de índole financiera, de reordenamiento de cláusulas

testamentarias en la atribución de premios, de aceptación de legados, etc., serán comentados en los apartados que proceda.

El escalafón de académicos correspondientes nacionales supernumerarios ya ha sido encabezado.

Del Patronato de la «Fundación Universitaria Agustín Pedro Pons» continuará siendo vicepresidente el doctor Pedro Domingo (reelegido presidente por la Academia). Del Patronato Ribas (Beneficencia) forma parte, ya, como vocal el secretario perpetuo. Y del Premio Miguel Visa Tubau es nuevo albacea, elegido, el doctor Antonio Gallart.

Los ocasionalmente engorrosos asuntos de trámite han experimentado un incremento y se resuelven al detalle, mas no hacen al caso públicamente.

El más reciente académico profesor Puchal fue elegido en la junta extraordinaria del 13 de mayo de 1975 y la Junta Directiva quedó renovada en la Junta, también extraordinaria del 23 de diciembre de 1975.

Ardua, difícil y provechosa labor en su conjunto. Vale la pena advertirlo.

4. Los informes, requeridos por las Audiencias o las Magistraturas de Trabajo, se han limitado a cinco. Sin discutir, todavía, queda uno.

Conviene llamar la atención, otra vez, sobre la exigüidad momentánea de tales requerimientos judiciales, singularmente las demandas de Magistratura, ya que tienden a preocupar —número, finalidad del dictamen, inten-

ción del litigante, etc.— su resolución a efectos corporativos.

Un práctico de farmacia, víctima de enfermedad común, buscaba una invalidez total con subsidio. No estaba en lo cierto.

Pero los conceptos doctrinales formulados sobre un aborto, accidente postsondaje uretral, muerte en un traumático craneocerebral asistido en una «unidad de cuidados intensivos» durante el traslado a otro hospital y las conmociones cerebrales mortales sin trastornos graves iniciales, motivaron discusiones prolijas, redactados difíciles y hasta alguna situación conflictiva ingrata.

La figura alarmante de la yatrogenia o de la culpabilidad del médico saltaba a la vista en los requerimientos.

Una posible indemnización, como sentencia, es la típica «espada de Damocles», que amenaza «in crescendo» a muchos galenos.

De ahí la necesidad perentoria de establecer más claramente las bases de la «responsabilidad profesional».

Y eso no lo olvida nuestra Corporación.

5. ¡Ah de los premios anunciados en las convocatorias!

Optan a los más tradicionales y de solera y a los restantes poquísimos facultativos. Y las escasas memorias entregadas para su valoración carecen de originalidad, parecen iterativas y no inéditas, señalan rutas opugnables o se hunden en una mediocridad que apenas.

Un año más sin variar de tónica. Y un año más sin otorgar premios.

La Academia se ve constreñida a exigir «control de calidad». Desde el año 1790 atribuye premios honrosos y barceloneses y foráneos insignes fueron a la zaga de un galardón.

No creemos en el desinterés académico contumaz de nuestra juventud.

Y de importar —las circunstancias mandan— el «metálico» que se ofrenda, se elevará ya muy dignamente en varios premios.

6. Las Juntas Directivas, que se renuevan ahora cuatrienal y totalmente, a excepción del secretario perpetuo, según los Estatutos de 1970, nos han obligado a una elección en diciembre.

La vacante de vicepresidente, después de morir el doctor Luis Trias de Bes había sido cubierta a lo interino.

La mayoría pensó en designar nuevo vicepresidente y reelegir —por gratitud y eficacia de su labor— a todos, substituyendo quizás a uno de ellos por razones de aperturismo.

La votación secreta efectuada dio este resultado:

Presidente, doctor Pedro Domingo Sanjuán (reelegido).

Vicepresidente, doctor Antonio Gallart Esquerdo.

Vicesecretario-contador, doctor Moisés Broggi Vallés (reelegido).

Tesorero, doctor Agustín Gómez Gómez.

Bibliotecario, doctor Joaquín Salarrich Torrents (reelegido).

Para el cuatrienio 1975-1979.

7. El porcentaje y la gama de condecoraciones oficiales (de gobierno y

similares) alcanzados por nuestros miembros, siguen inmodificados. Asimismo los nombramientos de carácter honorífico dondequiera que sea. Y los homenajes de toda índole rendidos.

Me enorgullece hacerlo constar.

Los viajes de expansión cultural de algunos —tal vez los de siempre— y las intervenciones académicas de bastantes, en la nación y fuera de casa, no menguan.

Y el acceder a cátedras y a jefaturas de servicios u ocupar puestos de responsabilidad política, tampoco.

Vuelvo a repetir que me alegra el triunfo —en el mundo cultural y de los galardones— de mis ilustres consocios. Se habla siempre de una asamblea docta, que lo es —frase del presidente— por la «suma corporativa» de sus integrantes. Y los honores y distinciones individuales «solidarizan» más que oponer entre sí.

Hasta —a mi juicio, renovado— cuando se acumulan, señal de reconocimiento inextinguible.

Felicitémonos, pues, mutuamente, a la espera de un 1976 «benigno», calificativo en auge.

8. Las publicaciones mantienen su más habitual ritmo y tono.

La deferencia y liberalidad de nuestro miembro protector —don Félix Gallardo Carrera— nos reconforta sobremedida y nos une a él.

Los trabajos que se discuten en sesiones, las investigaciones en vías de realización o proyectadas y dar a conocer —informativamente— nuestros

derroteros, precisan la edición de «Anales de Medicina y Cirugía» y del «Boletín Informativo de la R. A. de M. de B.», que leen sin pausa los facultativos del Distrito y las Academias de España.

Las finanzas —en régimen de austeridad— nos llevan a equilibrios que cansan, para subsistir dignamente, y que menoscaban la obligatoriedad de cumplir unas misiones y de alimentar iniciativas, peculiares de una tradición y de un subsistir acorde.

El Ministerio de Educación y Ciencia ha librado una ayuda extraordinaria y ha prometido otras, después de justificar en varios informes y demandas un presupuesto mínimo de gastos, para necesidades domésticas, tareas de modesta investigación en el seno de la Academia, revalorización de antiquísimos premios, etc.

El Ayuntamiento de Barcelona nos ha retirado una subvención, que estimábamos inextinguible y discreta. La carencia fue paliada por un donativo del «Segon Congrés d'Història de la Medicina Catalana».

Las restantes aportaciones mantuvieron el ritmo de siempre.

Nuestra gratitud es evidente, aunque ligada al deseo de que favorezcan más una vida cultural, útil al país en su historia y en su futuro.

Los miembros se sacrifican no percibiendo dietas y echando mano de sus bolsillos para no acreditar pagos de ciertas gestiones.

El legado del profesor Luis Sayé nos redime de un crepúsculo oficial, pro-

blemente «no inducido», si bien tampoco «merecido».

9. Seguiremos esperando días mejores. Mientras, el quehacer de contexto doméstico no aflojará sus resortes y los trabajos científicos proyectados guardarán el oportuno turno de ejecución.

Que personalidades señeras y asambleas doctas, independientemente de nosotros, expongan o se reúnan en los salones ofrecidos, vivifica el ánimo de todos.

Que la promoción de numerosas tesis y tesis doctorales se haga desde la Academia y colaboremos en los estudios universitarios, simboliza obedecer a una misión, la de investigar, la de estimular un afán.

Que las ancestrales Topografías Médicas vuelvan a una era fructífera, llena otro hueco de posibilidades académicas.

Que los investigadores postgraduados, sin resarcimiento económico que señalarles, se encuentren bien a nuestro alrededor, conduce a una acción directriz fecunda y cívica.

Y si nos decidimos a opinar —normativamente— en cuestiones docentes, sanitarias, de responsabilidad profesional, etc., nos aplicaremos a observar lo que nos incumbe y negligimos circunstancialmente.

Lo que haga la Universidad, la asistencia social y sanitaria, la higiene pública y la praxis y el viejo juramento de Hipócrates, por ejemplo, requieren de nosotros una crítica serena, más bien dogmatizante, que no debemos

eludir por comodidad o egolatría, patentizadas a ultranza.

El pensamiento y los consejos de la Academia habrían de traducirse en laudos, ni impertinentes, ni sigilosos, muy naturales y ecuanímes, frente a la Administración, a los hombres de carrera y al pueblo llano, ya que al unísono han de menester de sugerencias, de avisos, de exhortaciones y de argumentos.

El silencio contumaz inquieta y demoraliza. Pero la admonición seca y humillante enoja.

La ponderación y el auténtico espíritu de justicia es la substancia inmanente de la Academia.

Hemos de rubricarlos todavía más que antaño. Porque un hogaño y un futuro, tal vez mejores, lo exigen de nosotros.

La Academia, bastión de proyectos y de menos jóvenes, ha de ser el espejo de una juventud magnífica.

Eterna canción. Eternos lamentos. Eternos propósitos. Eternos deseos de corresponder noblemente a una Academia que nos honra.

La incompreensión sostenida del Estado delataría, entonces, una rutina, un menosprecio, que no cuadraría en política, la del año 76.

La tenacidad de buena ley es un arma de lo más beneficioso, para los individuos, las entidades culturales y los gobernantes.

Que se nos excuse, pues, la repetición de conceptos, de demandas, de quejas y de ilusiones.

Con las gracias de rigor por delante.

## EN RECUERDO DE LUIS SAYE SEMPERE\*

PEDRO DOMINGO SANJUAN

El año de 1930 el Profesor Luis Sayé Sempere era uno de los más internacionales de nuestros médicos científicos. Tanto en Europa como en América Latina o en los Estados Unidos de Norteamérica, a los médicos que viajábamos para concurrir a los distintos congresos médicos internacionales se nos preguntaba ordinariamente por Sayé, por sus actividades, por su vida. Pues sus afanes por adentrarse en el problema clínico, científico y social de la tuberculosis de aquella época, trascendía destacadamente a todos los sectores de la medicina mundial.

El Dr. Luis Sayé procedía del núcleo correspondiente a la burguesía catalana de finales del siglo pasado. De los que el año de 1888, el de su nacimiento, realizaron la Primera Exposición Internacional de Barcelona, que fue claro exponente de su empuje vital. Sayé nació en un piso del Paseo de Gracia, entre la calle de la Diputación y la del Consejo de Ciento. Su padre, Pedro Sayé, y su hermano mayor murieron los dos de tuberculosis, lo cual cam-

bió el signo de la familia y mostró el empuje de su madre, a la que Sayé adoraba.

Su primera formación escolar tuvo lugar en el Liceo Políglota, estudiando a continuación medicina en la Facultad de Medicina de Barcelona. Muchacho de carácter avisado, contaba entre los que con facilidad se insurreccionaban para combatir contra aquellas cosas que consideraban injustas o poco serias. Pero, en igual forma, se adaptaba a la disciplina que había de facilitarle alcanzar intereses o conocimientos considerados substanciales. Así aprendió bien idiomas, principalmente francés, inglés y alemán, además del catalán y el castellano. Su italiano era más bien fruto de sus aficiones liceísticas, entrevisto a través de las grandes compañías de ópera italiana que cada temporada llenaban los carteles de la Rambla. Era gran lector de Medicina y conocedor de la literatura universal clásica y contemporánea. Hombre muy ordenado, sabía componer sus archivos para extraer de ellos, en el momento

\* Evocación leída en la sesión de gobierno del 16-VII-75.

oportuno, los antecedentes necesarios para complementar sus pensamientos.

En sus estudios médicos fue más pronto un autodidacta que supo siempre ligar lo nuevo a lo fundamental. Así, al ascender profesionalmente, la fisiología y la patología general fueron las bases en que asentó la especialización fisiológica que iba adquiriendo. Pronto fue Profesor Auxiliar de Patología General.

Personalmente conocí a Sayé en una presentación que, en plena Rambla, a la salida de una sesión celebrada en la «Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya» me hizo el Profesor Pedro Nubiola. «Doctor Sayé —le gritó Nubiola deteniéndole—, le presento al señor Pedro Domingo, que acaba de ser nombrado Alumno Interno, con destino en el Laboratorio de Obstetricia de la Facultad.» «Muy bien —respondió. Y a renglón seguido me preguntó—: ¿Ha visto la exposición conjunta radiográfica y anatómica que he reunido en los bajos de la Cátedra?» «No —le contesté—. Pensaba ir a visitarla mañana por la mañana.» «Pues yo estaré allí y se la mostraré. ¡Hasta mañana! No se olvide.» Y con estas palabras se perdió entre el gentío de la Rambla de Canaletas... Pero Nubiola, me comentó aún: «Es como un fraile, gran cumplidor de todas las liturgias científicas más estrictas, que tiene por convento a la Facultad y a las Ramblas...».

Al día siguiente por la mañana fui a ver la exposición anunciada e intenté hacerlo aprovechando la escasa luz natural del local en que la misma tenía lugar. Cuando, de pronto, se encendieron todas las luces y como una aparición se hizo evidente la presencia de Sayé. «Le estaba esperando», me dijo. A seguido me mostró unos recipientes rectangulares de vidrio conteniendo diversas piezas patológicas constituidas por pulmones de tuberculosos. Cada pieza, adecuadamente cortada y conservada estaba acompañada de sus correspondientes radiografías y aclarada la comparación mediante unos dibujos en forma de esquemas... «Mire, este conjunto de infiltrados redondos, unos en la luz de bronquios y otros en pleno vaso. Es natural que, en su evolución, den lugar a consecuencias muy diversas. Este se abrirá en un bronquio y sus productos serán expulsados al exterior sin mayores consecuencias... Pero éste, y éste, y este otro, se abrirán en la luz de un vaso y producirán una complicación extraordinariamente grave... Mire las sucesivas radiografías de este infiltrado en un sujeto marcadamente alérgico a la tuberculina. En tal condición, la ulterior evolución determinará una ulceración o una necrosis seguida de caverna, cosa que podía predecirse con gran seguridad...» Y así siguió, en un entusiasmo que se contagiaba, durante más de tres horas. Por aquella virtud comprendí la admiración que el Profesor Nubiola le te-

nia, la cual estaba ligada a las virtudes de investigador, observador clínico minucioso y condiciones de hombre de ciencia, que Sayé tenía.

A continuación de este primer encuentro seguí viendo a Sayé, siempre atareado y apasionado por su quehacer. Nos encontrábamos en las reuniones de la «Societat Catalana de Biologia» que entonces se denominaba «Societat de Biologia de Barcelona», a las cuales concurrían, ordinariamente, Nubiola, Augusto Pi i Sunyer y todos sus ayudantes: Carrasco, Formiguera, Puchc, Cervera, Bellido, Turró con González, Dalmau y conmigo, y muchos otros que luego fueron personalidades de nuestra Ciencia. Yo comencé a seguir a Sayé, además, asistiendo a las conferencias que, de vez en cuando, daba en la «Acadèmia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya». Pero él, más respetuoso con su tiempo y sus afanes de especialización, de dar lo suyo y no coger lo de nadie, dudo que tuviera igual interés por mis iniciales trabajos.

El día 5 de mayo de 1920 la «Comissió de Sanitat de la Mancomunitat de Catalunya» había creado un «Servei d'Estudis Sanitaris» organizado con el decidido propósito de colaborar con la Sanidad Nacional, pero sin interferirla ni establecer competencias con ella, la cual en aquellos momentos se comprendía más como órgano de vigilancia y castigo que como elemento ordenador de las posibilidades del país en beneficio de la salud pública y del

progreso sanitario. Aquel «Servicio de Estudios Sanitarios» tuvo como Director al Dr. Gustavo Pittaluga, de origen y formación italiana, y como Secretario Permanente y Subdirector al Dr. Luis Sayé. Todos ellos, ayudados por la incansable vocación administrativa del Dr. Serra Rabert. Pero, ya antes de que tal «Servicio» iniciara sus funciones, tuvo una pérdida humana irreparable al fallecer el Dr. Manuel Dalmau, víctima de la epidemia de gripe del año 1918. Tales «Estudios» se iniciaron por el paludismo y siguieron con la tuberculosis, en el «Servei d'Assistència Social al tuberculós de Catalunya» instalado en la calle de Radas del populoso barrio del Paral·lelo, en 1921.

Sayé y sus colaboradores Seix, March, Salvat y otros, convirtieron aquel centro de trabajo en el lugar que irradió la más luminosa luz del progreso fisiológico hispánico. No fue cosa fácil, pues la inquietud de Sayé no estaba siempre armonizada con los elementos que habían de ser puestos en juego. Pero entre Sayé y Luis Sert, como arquitecto, fueron formando los esquemas de estructura que había de tener un nuevo «Centró de Lucha antituberculosa», y con los médicos que le acompañaron, cual habría de ser su forma de funcionamiento para que las labores se complementaran sin interferirse. Y así fue forjándose en el tiempo el «Dispensario Central» que hoy tiene el nombre de «Dispensario Luis Sayé», ubicado en la calle

de Torres Amat, inaugurado lejanamente.

En el año 1925, aportación sobre aportación, conferencia tras conferencia, Sayé tenía informados a los interesados en el problema de la tuberculosis, sobre cuál era la marcha que en el mundo iba siguiendo tal problema. Cuando, un día, apareció, respaldado con los nombres de un ilustre veterinario, el Profesor Ravetllat, y de un connotado médico barcelonés, el Dr. Plá y Armengol, un trabajo sobre patogenia de la tuberculosis, trabajo según el cual se hacía responsable de la iniciación de la enfermedad a un tipo determinado, no ácido resistente, de germen denominado bacteria de ataque, que era el que iniciaba la infección y que, en tal fase, era susceptible de ser obstaculizado en su evolución gracias a un supuesto medicamento registrado con el nombre de Hemoantitoxina Ravetllat-Plá. Sayé, que estaba tratando en su dispensario a docenas y docenas de enfermos tuberculosos que habían consumido centenares de frascos de aquel producto sin haber logrado el más pequeño resultado, consideró un deber dirigirse a la «Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña» comunicando el engaño. Pero Plá y Armengol era un contrincante oratorio terrible, que apabulló al bueno de Sayé, a pesar de que éste tenía toda la razón.

Fueron los bacteriólogos del Laboratorio Municipal de Barcelona los que se creyeron obligados, con el

permiso de Turró, a intervenir en la cuestión, apartándola de las filosofías, con supuesta base científica, y acercándola a las más puras técnicas de la investigación científica. Como que, según Ravetllat-Plá, la bacteria de ataque crecía precozmente en la sangre y en los medios de cultivo, era muy fácil inyectar por vía intravenosa, con Bacilo de Koch, un lote de cobayos, tomarles las características, hacer igual con otro lote de controles sin inyectar, y después observarlos, anotando los momentos en que, en unos y otros, aparecerían, o no, las bacterias de ataque. Después de ello los animales inyectados y los controles podían quedar en manos del propio Doctor Plá quien comunicaría, día a día, lo que fuese ocurriendo en los hemocultivos. Los resultados fueron tan heterogéneos que no dejaron lugar a duda respecto a que los hemocultivos positivos se debían a irregularidades técnicas.

Toda la clase médica barcelonesa volcó su atención sobre aquellas experiencias que tan malparados dejaron a los embaucadores y a tan alto nivel, de valentía científica, situaron a Luis Sayé.

Lo señalado es suficiente para considerar que la fama de un hombre no siempre sigue los planos caminos que la verdad científica es natural que le tenga preparados, sino que, a veces, la lucha por lograrla es indispensable. Aquella lucha acercó aún más a Sayé a los recursos de la investigación científica,

convirtiendo sus consideraciones de orden clínico a los colores de la medicina experimental. Fue así como recogió la personalidad de orden internacional que tan brillantemente mantuvo.

El año 1923, Maestro Turró me llamó un día para decirme: «Aquí está el Dr. Luis Sayé que ha traído del Instituto Pasteur de París un tubo de cultivo con BCG desarrollado. Es nuestra oportunidad para realizar las comprobaciones correspondientes a la vacunación BCG. Léete los trabajos de Calmette y de sus colaboradores y programa lo fundamental de esta vacunación antituberculosa, ya iniciada en Francia. Comenzaremos, acaso, lo humano, en el momento conveniente». Así se hizo, los resultados experimentales fueron concordantemente positivos y ello permitió pronto, en 1924, comenzar con la aplicación del BCG en Barcelona, la cual, después de París, fue la primera gran ciudad que utilizó tal recurso profiláctico.

Sayé siguió publicando, trabajo tras trabajo, los resultados de la vacunación del recién nacido en los medios en que uno o más bacilíferos alternaban su vida con niños vacunados y sin vacunar. Convenció a los médicos de que la vacuna BCG era de aplicación fácil y completamente inofensiva, al tiempo que señalaba que la infección tuberculosa natural de aquella época era una lacra epidemiológica combatida con medios absolutamente insuficientes. Los esfuerzos realizados para extender el

uso del BCG fue otra circunstancia que nos aproximó en la vida; a él, promotor de la vacunación, y a mí, responsable de la idoneidad de la Vacuna. Una vez a la semana nos reuníamos, en su casa o en la mía, para comentar todas las vicisitudes propias de aquella vacunación, tanto en los aspectos locales como en los nacionales e internacionales. Todo iba desarrollándose normalmente cuando el año 1930 ocurrió la catástrofe de Lübeck, circunstancia que colapsó la vacunación en todo el mundo. Menos en Barcelona, donde los médicos que habían vacunado a hijos y nietos siguiendo las normas de Sayé y observándolos concienzudamente sabían bien que la vacuna por ellos aplicada no producía aquellas alarmantes alteraciones. Sayé y yo decidimos viajar a Lübeck, inmediatamente, donde se estaba incoando un expediente de responsabilidades. Allí conocimos a todos los que habían intervenido en aquel grave problema. En aquella ciudad encontramos a Calmette quien nos dijo: «He venido a Lübeck para suicidarme si ha sido la vacuna la que ha producido este drama». Pero no había sido la vacuna, sino los bacilos virulentos imprudentemente añadidos a la misma los que habían sido motivo de aquel terrible accidente. Pero ¿en acto de qué naturaleza se produjo aquella mezcla de BCG anodino y bacilos de Koch virulentos? Esta es ya otra cuestión muy diferente. La realidad fue que el BCG no tuvo arte ni parte en aquel su-

ceso. Sayé y yo nos volvimos satisfechos a Barcelona a seguir con nuestra campaña de vacunación.

Para Sayé las preocupaciones sucesivas ya no se refirieron a la primo-vacunación, sino a la reiteración de las revacunaciones. ¿En qué momentos? ¿Con qué método? Sayé multiplica sus aportaciones a este respecto; a la preocupación para que la vacuna estuviera bien conservada; a no confundir el niño vacunado con el que no lo estaba...

Así llegamos, en nuestro conocimiento de aquel hombre magnífico, al año 1936. La tuberculosis estaba iniciando en todo el mundo un ligero descenso. A la profilaxis individual seguía la sistematizada en colectividades más o menos semejantes. La terapéutica de la enfermedad comenzaba a comportarse más activamente. Todo ello fue motivo de aportaciones repetidas que Sayé realizó con el entusiasmo y optimismo puesto en todas sus cosas; con su análisis cuidadoso; con su prudencia ejemplar.

Pero en la calle, alterada por inquietudes de tipo político se trastornaban nuestras preocupaciones de hombres de ciencia. El tono de la discordancia subía día a día. La mayor razón pertenecía, no al más sabio, ni al más enterado, ni al más discreto, sino al más fuerte. La gente luchaba a tiros por la calle y consideraba que era un imbécil quien no llevaba, preparada para disparar, una metralleta. Con todo ello, a la par que aumentaba la viru-

lencia política aumentaban también las incógnitas respecto a las soluciones que aquella situación requería. La mutación, en el buen sentido, surgió en el momento en que las opiniones y las actitudes se resolvieron en una sola pieza, plantándose así: «El que no está conmigo o es un imbécil o está contra mí». Esto significó la plataforma política necesaria para esquematizar los factores de la guerra civil. Un día de aquel duro estío del año 1936, acabábamos de comer en casa de Sayé cuando llamó a su puerta un miliciano, vestido con todos los elementos de una guerra activa. Buscaba a Sayé para decirle lo siguiente: «Soy el marido de María Dolores, la enferma que usted ha visitado esta mañana y sobre la cual ha comunicado a la familia que padecía una tuberculosis muy grave de la que seguramente no curaría. Pues bien, vengo a decirle que usted se ha equivocado. ¡Que esto era antes! Que ahora usted responde con su vida de la de la enferma y que si ella muere yo vendré a matarle a usted. ¡Ya ve si las cosas son diferentes!» Y sin más palabras dio media vuelta y con todo su atuendo guerrillero salió de aquella casa...

La justicia médica interpretada con razonamientos tan primitivos; el principio político de que el que no está con nosotros está contra nosotros, nos decidió al abandono del país. Sayé pudo hacerlo, con mi ayuda, a la siguiente semana y salió hacia París, en donde desde el «Servi-

cio de la Tuberculosis» del «Instituto Pasteur» pudo estudiar la evolución epidemiológica de los primeros y más antiguos vacunados con BCG. Después de unos meses, marchó a Buenos Aires y Montevideo, en cuya ciudad creó el primer «Servicio de examen de una colectividad, considerada bajo el aspecto de las eventualidades ligadas a la tuberculosis», estudio y organización que mereció una magnífica publicación que dio a conocer a Sayé en todos los países de América Latina.

Yo salía de Barcelona unas semanas más tarde en dirección a Estados Unidos para donde, en principio, tenía concedida una beca para realizar estudios sanitarios. Pero el viaje se interrumpió en Cuba, al haber suprimido los Estados Unidos las becas para los españoles. Seguimos escribiéndonos largas cartas comentando nuestras respectivas vicisitudes. O viéndonos en las reuniones periódicas de la ULAST (Unión Latino Americana de Sociedades de Tuberculosis). O en los viajes que hacíamos a los distintos países para dar cursos o conferencias de nuestras respectivas especialidades... Pronto volvimos a coincidir en los temas ligados a la vacunación BCG.

Sayé estaba haciendo el estudio de la reacción nodular propia de la aplicación intradérmica de la vacuna BCG en los sujetos ya infectados o anteriormente vacunados y en los individuos vírgenes de toda forma de impregnación bacilar.

Lo que Sayé vio y estudió sobre

aquellos nódulos era la base de la resistencia o sensibilidad tisular frente a la invasión bacilar. Cómo el organismo reaccionaba, en tiempo, intensidad y capacidad de regeneración, frente al BCG, en aquellos nódulos, era como lo hacía con el germen virulento. Allí estaba la base de la infección y de la reinfección en la tuberculosis. Tan finamente captó y explicó toda la importancia del hecho anatómico-patológico que éste se denominó *fenómeno de Luis Sayé*. Pues aquella observación tan bien desentrañada permitió comprender la vacunación BCG como un hecho de hiperfijación, hipermetabolismo y desvitalización bacilar por los tejidos correspondientes al sistema retículo endotelial, gran integrador de la defensa inmunitaria. Gracias a la vacunación BCG, el secreto de la gravedad de la primo infección tuberculosa, con sus secuelas de difusión septicémica, granulias, meningitis y pleuresías, quedaba bien aclarado.

Su llegada a los diferentes países de América Latina llevó a América su angustia de saber, su afán por mostrar en sus raíces los problemas ligados a la tuberculosis. Dando conferencias, organizando cursos o asistiendo a los congresos nacionales o internacionales de todos aquellos países, Sayé popularizó su saber, conquistando respetos y admiraciones. Pero se radicó en Buenos Aires. Desde allí, todas las semanas, él y su esposa, cogían el vapor que en una noche de viaje, a través del Río de

la Plata, los llevaba a Montevideo, desde donde, después de uno o dos días de intensa labor, volvían a Buenos Aires; allí, a la vez, tenía una consulta particular, extraordinariamente nutrida y hacía de consultor de enfermedades del tórax en un importante hospital universitario. Tan intenso trabajo significó para él la adquisición de una sólida posición económica, y con esta tranquilidad, el acrecentamiento de sus deseos por volver a Barcelona. A su juventud. A su Universidad. A trabajar por lo que, en sus raíces, era más suyo.

Hicieron, él y su esposa, un viaje de prueba a Barcelona. Una visita, proyectada como de *desañoranza*, pero que, en realidad, no cumplió su cometido, sino todo lo contrario. Muchas voces se le acercaron para decirle: «Usted nos hace falta». Esto era verdad. Pero la consecuencia natural que era esta: «Y queremos que vuelva», ya no lo era tanto. Las heridas espirituales que la guerra civil había dejado, estaban aún demasiado frescas. Les gustó la visita tanto como el despido. Y Sayé no se dio cuenta.

Vuelto a Buenos Aires, su espíritu era ya el del hombre que se sentía extranjero. Le invadía la idea de liquidación, de descanso para volver a su casita de la Playa de Aro frente al materno Mediterráneo... Después de todo, ¿por qué no había de poder hacer en su país, ya tranquilizado, una vida semejante a la que hacía en América? Alternar su trabajo con su reposo tranquilo... Después de

todo, no estaba su edad muy alejada ya de los setenta años. ¿Podría escribir su libro soñado, en el cual se reflejara toda la fisiología de su época...!

Entre tales sueños, nostalgias, liquidaciones y proyectos, surgió en la República Argentina un gobernante con ideas, que se llamó Juan Domingo Perón. ¡Un salvador! ¡Dios nos libre de ellos! Los países se salvan ellos solos cuando caminan a su paso; sin angustias y sin ambiciones excesivas. Dando tiempo a la serena iniciación y a la necesaria maduración de sus realidades. ¡Cuando son felices sin saberlo! Con Perón, y con la decisión firme de volver a España, vino el caos económico. El valor del dinero bajó verticalmente... Y el día en que un barco los recogió para volver a Barcelona, Sayé ya no era un hombre rico, sino, simplemente, un hombre que, sin grandes agobios, podía hacer aquel traslado. Vivieron en su casita de Playa de Aro y comprendieron que necesitaba importantes obras si había de tolerar largas estancias. Montaron en Barcelona una residencia-consultorio en la calle de Mariano Cubí, situada en el barrio alto de la ciudad. Hicieron todo lo que habían pensado hacer, pero, salvo alguna pequeña inversión, fueron agotando su capital.

Sayé tenía la ilusión de dar vida, en la Facultad de Medicina de Barcelona, al «Dispensario Universitario» para que fuera centro del control sanitario de la colectividad estudiantil. Pero ya otros problemas

# tétanos !



CON JERINGA Y AGUJA ESTERILES

## **GAMMA GLOBULINA HUBBER ANTITETANICA**

DOSIS PROFILACTICA DE SEGURIDAD EN NIÑOS Y ADULTOS

(Véase mayor información al dorso)

# GAMMA GLOBULINA HUBBER ANTITETANICA

## Anticuerpos específicos homólogos

### PRESENTACION Y FORMULA

Frasco con tapón de goma perforable, conteniendo globulina gamma humana equivalente a 500 U.I. de antitoxina tetánica. Adjunto una ampolla de disolvente especial. Se acompaña jeringuilla y aguja, estériles, para su aplicación, de un solo uso. P.V.P. 491,10 Ptas.

### DOSE

**Profilaxis:** El contenido de un frasco, 500 U.I., por vía intramuscular profunda en una sola inyección tanto en adultos como en niños. No existiendo problemas de dosificación estas dosis pueden ser aumentadas o reiteradas si se estima que hay grave peligro de contaminación o un tiempo de incubación muy prolongado.

**Tratamiento:** De 6.000 a 8.000 U.I., por vía intramuscular, dosis que pueden aumentarse o reiterarse según la gravedad del caso y siempre a juicio facultativo.

### ADMINISTRACION

La vía de administración debe ser sólo la intramuscular profunda, debiendo cerciorarse de que la aguja no se encuentre en la luz de un vaso sanguíneo, aspirando ligeramente mediante el émbolo de la jeringa.

### INDICACIONES

La inmunidad proporcionada por GAMMA GLOBULINA HUBBER ANTITETANICA se mantiene a niveles óptimos alrededor de 30 días, confiriendo una eficaz protección a los pacientes que presentan heridas o traumatismos con riesgo de contaminación.

Si se estima conveniente puede simultanearse su administración con anatoxina al objeto de conseguir una inmunidad activa que complementa a la pasiva proporcionada por la gamma globulina, debe en estos casos efectuarse la administración de la vacuna con distinta jeringuilla y en lugar alejado del que se ha practicado la inyección de gamma globulina.

En el tratamiento de la infección declarada, esta globulina gamma específica se ha mostrado altamente eficaz unida a las medidas terapéuticas clásicas, limpieza quirúrgica del foco, sedación, antibióticos, etc.

### CONTRAINDICACIONES

No existen contraindicaciones.

### EFECTOS SECUNDARIOS

La administración del preparado puede dar lugar en raras ocasiones a un cierto dolor local, en función de la sensibilidad del paciente, que cede espontáneamente en poco tiempo. Una ligera y leve reacción febril puede, asimismo, presentarse en casos esporádicos consecuentemente a la aplicación de esta fracción plasmática, sin que alcance más trascendencia ni obligue a tratamiento alguno.

El método de fraccionamiento empleado para la obtención de esta especialidad, así como las garantías y controles analíticos a que se somete a los donadores, eliminan totalmente el riesgo de transmisión de enfermedades víricas.

### INCOMPATIBILIDADES

No existen incompatibilidades conocidas a la terapéutica con globulina gamma.

LABORATORIOS HUBBER, S. A.

Fábrica y Laboratorio de Productos Biológicos y Farmacéuticos  
Berlín, 38-48 - Tel. \*321 72 00 - Barcelona-15 (España)

comenzaban a preocupar más que el de la tuberculosis... Tampoco en su consultorio privado estaba viendo los enfermos que había creído... Pasaban las semanas sin que un compañero le llamara en consulta. Daba largas caminatas desde su casa a la Facultad de Medicina, pero la disciplina o descuido estudiantil mantenían aquel centro muy poco animado, aumentando así su estado de ansiedad. Aquellos 70 años cumplidos el año 1958 comenzaban a pesarle. El grito dramático era: ¿Qué hacer?... Golpe fatal, para sus últimas ilusiones, fue que el Decano de la Facultad de Medicina le comunicara, en una oportunidad, que sus servicios ya no eran necesarios. Como que, en realidad, no cobraba una asignación ni tenía un cargo oficial, no podían hallar una fórmula para dar por terminados sus servicios, y un día le suprimieron la corriente eléctrica y otro día a la enfermera que tenía asignada, la cual compareció para decirle, por orden del Decano, que el servicio de examen correspondiente a aquella colectividad había terminado y que por tanto él podía retirar del local sus pertenencias personales y entregarle la llave.

Aquel día Sayé llegó enfermo a su casa, descompuesto y sin saber qué cosa hacer; y unos días después, a las dos de la madrugada me llamó telefónicamente para decirme, en un tono descompuesto, que Mirka, su esposa, estaba en el Tibidabo a donde había ido, enloquecida, y se negaba a volver a su casa. Todo aque-

llo era tan raro que le rogué que colgara su teléfono para hablarle desde el mío y concretamente a su casa. Fue Luis quien se puso, otra vez, al habla conmigo; intenté vencerle que no estaba en el Tibidabo sino en su casa. Que lo que le ocurría era seguramente que estaba perturbado por algún sueño que había tenido. Que de todos modos iba a verle. Así lo hice, acompañado del Dr. Rodríguez Arias. A partir de aquel momento Sayé inició una crisis de pérdida de la conciencia de la que ya no se recuperó. Su esposa se convirtió en una diligente enfermera de todos sus minutos. Entonces me enteré de que sus reservas económicas se habían terminado; que la casa y finca de Playa de Aro ya había sido vendida; que la situación económica de aquella familia se había desmoronado. Fue preciso buscar para Sayé un plazamiento en un hospital y enfermeras que lo atendieran durante las cortas horas que su esposa necesitaba para descansar, pues no quiso abandonar, el resto del día, ni un instante de servicio a su lado. Así comenzó una difícil y larga etapa que duró casi ocho años. Así, con lentitud terrible, fue fundiéndose dentro de sí mismo... Un día dejó de conocer a los que lo visitaban; unos meses después a sus amigos; últimamente a su esposa. Poco a poco transformó su conciencia en un elemental rosario de reflejos condicionados.

Sin voluntad para moverse ni para pedir alimento o exponer sus nece-

sidades más elementales, en la segunda quincena de junio de 1975 tuvo un accidente infectivo broncopulmonar y en el cuarto de la Sala de Santo Tomás del Hospital de San Pablo murió el día 27 de junio, víctima de esta afección, siendo trasladado al Servicio Municipal de Pompas Fúnebres.

A pesar de que en los periódicos se comunicó su muerte, sólo un número muy reducido de personas estuvo a acompañarle. En la madrugada que siguió al día de su muerte, estábamos haciéndole compañía mi esposa y yo. Ningún familiar, ninguno de sus otros amigos, ningún representante oficial de la ciudad a la que había honrado, o de la región, a la que había servido con tanta oportunidad, profundidad y eficiencia, ni tampoco del Gobierno del país, al que había dado fama científica internacional... Ni su pobre esposa, ya afecta de su misma enfermedad, estaba allí. Cuando entró un funcionario de aquella dependencia funeraria para pedirnos a nosotros, como únicos presentes, permiso para soldar la caja. «¡Un momento!»,

le dijimos. Y Gloria, mi esposa, suscitó estas palabras: «Alguien de esta humanidad que él tanto ha querido y por la que tanto ha trabajado, le ha de dar, en representación de todos, un beso de agradecida despedida», y acercándose a la caja abierta iluminó la frente de Sayé con un beso.

A continuación, el soplete de aquel empleado soldó los bordes del ataúd, cumpliendo así el principio de aislarlo de la restante humanidad. Más tarde fue apareciendo más gente; familiares que estaban más en contacto con él; otros que desde Mollet acompañaron a la esposa que, semi privada de la razón, quería verlo. ¡Los amigos de siempre! Armonía de sensibilidades que desde el comienzo de su dolencia comprendieron la inmensa tragedia que aquella situación significaba<sup>1</sup>. A la hora del sepelio, nos reunimos unas docenas de personas con algunas de las cuales llegamos hasta el nicho núm. 13.525 del Cementerio del Sudoeste, donde su cuerpo recibió emocionada sepultura. ¡Que el Cielo lo guarde en su Gloria!

1. Desde el comienzo de su enfermedad no pocas personas fueron sensibles a los problemas de distinto orden que aquella situación significaba. Y nos apresuramos, cada uno en la forma que mejor pudo, en agruparnos para lograr una más eficiente acción. Tan larga duración tuvo la dolencia de nuestro buen Sayé que, algunos, perdieron su vida antes de que pudieran completar esta ayuda. Me refiero a los Dres. Agustín Pedro Pons, Carlos Soler Dopff, Víctor Conill, Santiago Dexeus y Antonio Trias Pujol. Fue de inestimable valor la ayuda realizada, desde el primer momento, hasta el final, por el Dr. Francisco Vilardell y familia, conjuntamente con la de la Muy Ilustre Junta del Hospital de San Pablo. La del Dr. Belarmino Rodríguez Arias que aplicó a su asistencia todo su saber y diligencia médica y todos los recursos humanos de orden personal para lograr la normalización administrativa que el bueno de Sayé no había conseguido o no había intentado nunca. A los compañeros de Academia Dres. Broggi Vallés, Pi i Figueras, Gómez Gómez y Alfredo Rocha. A los que, sintiéndose amigos, quisieron llegar directamente a su esposa en los momentos más difíciles, Dres. José Cornudella, Caja de Crédito y Ahorro de la Agrupación de Colegios de Médicos, Antonio López Llausás, Antonio Puigvert, Eduardo Huergo, Javier Serra Massana y otros. Últimamente, a los que con gran firmeza han constituido el grupo que durante ocho años han mantenido el servicio de enfermeras, progresivamente más difícil y numeroso, aportando cantidades fijas administradas por Gloria Jaime. Han sido los Dres. Francisco Argemí, Raúl Roviralta, Francisco y José María Pi y Sunyer, José Oriol Anguera, María Roig Rodríguez, María y Josefina Maciá, Antonio Esteve, Laboratorios Antibióticos S. A. y LASA... Todos, recíprocamente, hemos de otorgarnos agradecimiento por la contribución efectuada para disminuir, en lo posible, la injusticia de una gran tragedia.

## EN HOMENAJE AL DOCTOR SEVERO OCHOA

### Unas palabras

Dr. PEDRO DOMINGO SANJUAN

Presidente de la Real Academia de Medicina de Barcelona

No es por la exclusiva razón de que Severo Ochoa haya merecido y recibido el Premio Nobel, ni por la de haber sido designado Miembro de Honor de muchas Academias de Medicina del mundo, entre ellas la Real Academia de Medicina de Barcelona, ni por las distinciones otorgadas por tantas entidades, que hoy celebramos este acto, que concurre con los otros, para mostrar a la juventud estudiosa, a un hombre de Ciencia; lo que es un científico que no ampara su personalidad en la suerte o en la oportunidad, sino en el enjundioso saber hecho esfuerzo continuado; en el comprender que cualquier avance logrado en la investigación científica, más que final, es principio para nuevos y renovados esfuerzos.

Nos reunimos, para participar en el ejemplo que la juventud necesita para ir pensando a quien es que quiere parecerse. Porque el espectáculo de nuestros medios de difusión actuales al ejemplarizar figuras

insubstanciales salidas del campo de una literatura insulsa y desfasada, o de una programación televisiva embrutecedora, son preocupadoras en alto grado. Estamos hoy aquí no sólo para honrar a una figura muy distinguida de nuestro medio científico, sino también porque consideramos que nos honramos al pretender honrar al que honor merece, creando así un todo armónico entre el hombre excepcional y el medio que lo comprende. Nos sentimos representantes de una conciencia científica que aquilata los beneficios de todo orden que reportan a la juventud, a la ciencia universal y al saber patrio, personajes como Severo Ochoa que están dedicando sus más finos saberes y sensibilidades, sus más acendrados esfuerzos, el servicio del genuino progreso... Nos uniría hoy un simple sentimiento de admiración y no sería bastante; un cariño de amigos y tampoco saldríamos satisfechos de este momento; un agradecimiento al forjador de

progreso, y, el progreso logrado, con todo y su valor, nos parecería también pobre. Con ser todos ellos aspectos muy importantes, nos parece ser el acto de hoy una expresión de la viva realidad que nuestro país necesita: la de mostrar a nuestra juventud a un hombre ejemplar en función de bandería. Prometer a los hombres y mujeres que se afanan por saber, a los jóvenes, aún sin grandes eficiencias, que sus afanes no se malograrán, por falta de ambiente, si persisten en el debido camino.

Quisiéramos contemplar en pocos minutos cuál fue el punto de partida que cambió el signo de nuestra medicina nacional haciéndola pasar de lo que era, aluvión de observaciones sin norte coloreado por las supersticiones, a la medicina de nuestros días en la que ya podemos separar lo que vamos sabiendo de lo que nos queda por saber. No dudamos que, en nuestro medio médico barcelonés, el punto de partida de aquel camino progresivamente ensanchado y enaltecido, fue el pensamiento de Jaime Pi Sunyer, primer profesor de Patología de la Facultad de Medicina de Barcelona, cuando, en aquellos momentos magníficos, por cuajados de inquietudes y de ansias de ser, que dieron, en su complejidad, realidad a la magnífica Exposición Internacional de Barcelona del año 1888, decía, desde su lugar de trabajo, a todos los que querían oírle: «La Ciencia, con toda su universalidad, con su fuerte aldabonazo

al progreso, no puede ser el simple resultado de una inspirada idea o de un sueño sublime. El hombre de Ciencia está obligado a llevar sus ideas por los cauces de la investigación y de la repetida comprobación que las demostraran ciertas. Que la semilla ha de llevarse a la tierra, no para ser enterrada, sino para que, a fuerza de cuidados, se transforme en la planta completa que en sí llevaba. Que la Ciencia puede surgir de un minuto de inspiración, sólo si va complementada del trabajo adecuado, de la transpiración que acompaña al esfuerzo realizado, a la suma de angustias que son indispensables para tener la seguridad de que el camino seguido es el que se debe seguir, para que la verdad no sea únicamente la verdad de uno, sino la verdad de todos».

Aquel año de 1888, «con su Exposición» y aquel lugar para la Ciencia, el edificio de la que hoy es Real Academia de Medicina de Barcelona, reunió en su seno a un compacto grupo de hombres distinguidísimos. Señalamos cuatro. A Jaime Pi Suñer, que los atrajo a todos, con ideas como la que acabo de enunciarles. A Santiago Ramón y Cajal, el hombre que llevaba en su pensamiento ya prendida en una forma obsesiva, la idea de la materialización de la conciencia a través de la neurona. A Ramón Turró y Darder, que estaba viendo en el llamado medio interno de los organismos superiores el vehículo de importantes relaciones de orden químico, converti-

dos, a la vez, en factores de estímulo, complemento o inhibición de las sustancias que son capaces de producir los más distintos tejidos. Aquellos tres hombres, cada uno con sus adláteres, deseaban objetivar sus pensamientos, aún filosóficos, sobre el estudio de la vida, tanto en sus normalidades como en sus perturbaciones, y como denominador común, discutían y trabajaban en aquel primer laboratorio de Patología que Jaime Pi Suñer, enfermo y sin medios, estaba intentando crear en los altos de aquella primera escuela de Patología de Barcelona.

Cuando, unos años después, Cajal abandonó aquel ambiente para trasladarse a Madrid a ocupar la cátedra de Histología y Anatomía patológica, salió diciendo: «Han sido los años más fructíferos de mi vida». Igual concepto expresaba Ramón Turró cuando, más tarde, desde la dirección del Laboratorio Municipal de Barcelona, organizaba los cursos más llenos de enseñanzas objetivas sobre Inmunología y Bacteriología que ha tenido nuestro país.

Aquellos tres hombres tuvieron que luchar, por principio, contra una magnífica figura a la que, no obstante, admiraban, pues era sin duda, por su talento, cultura y capacidades de trabajo, digna de todos los respetos. Me estoy refiriendo al Profesor D. José de Letamendi y Manjarrés, profesor barcelonés que, en aquellos momentos, disfrutaba de la mayor popularidad y respeto que un hombre puede alcanzar y que ha-

bía pasado, de ser un ejemplarísimo profesor de Anatomía descriptiva, a renovador de la Patología General, comprendida a su manera, con precisiones de forma y gravísimas desviaciones regresivas de fondo. Para Letamendi, los hechos valían menos que los conceptos y si el momento era llegado, de arrinconar un hecho o un concepto, se olvidaba del hecho, por intempestivo y rendía culto al brillante concepto. En la nueva ciencia esta posición era insostenible y de aquí la lucha, la cual alcanzó los puntos más extremos de la dialéctica.

En los treinta años que siguieron, murió Jaime Pi Suñer, muy prematuramente, y su cátedra, en función de lugar y maestro, siguió los naturales avatares de la administración del Estado. Dos figuras muy ilustres de nuestra medicina, naturales sucesores de Turró y de Cajal, me estoy refiriendo a Manuel Dalmau y a Nicolás Achúcarro, fallecieron con pocos días de diferencia en 1918. La sima fue demasiado profunda para que no hiciera mella en la historia de nuestra medicina contemporánea. Pero otras muy distinguidísimas personas surgieron portadores de nuevos y parecidos conceptos respecto a la manera en que la ciencia hispánica debía evolucionar. Me estoy refiriendo a Severo Ochoa y a Francisco Durán Reynals. Incluiría también otras muchas ramas de este interesante árbol. Pero las figuras citadas sirven de ejemplo. El nuevo concepto fue el siguiente: Para que

la Ciencia logre sus mejores frutos debe producirse, allí donde existan a la vez los medios y ambientes más convenientes. La ciencia, en sí misma, es más importante que los lugares y que las personas que intervengan en ella. Si el propio país no aporta ni medios ni ambiente al trabajador científico, éste ha de recoger sus afanes y con ellos irse a donde los pueda hacer fructificar. Recordamos a propósito de la maduración de las expresadas ideas con Durán Reynals antes de su expatriación definitiva a los Estados Unidos. Nuestro punto de vista era la necesidad de luchar, a la vez, por los medios, por el ambiente y por los resultados. El punto de vista de Durán Reynals era que esto acababa convirtiéndonos más en políticos que en hombres de ciencia.

Dejo este asunto así planteado. Pero sí quiero dejar consignado que en el camino desde el año 1888 hasta el 1918, culminado en la desgracia señalada, hubo un año, el de 1907, en el cual un político muy distinguido, Prat de la Riba, creaba el «Institut d'Estudis Catalans» y hacía los más finos elogios de la cultura de los pueblos y de su contribución a su continuado progreso, contemplado, no solamente como un motivo de orgullo patrio, si no como la fuente más genuina de la riqueza y del bienestar que sigue siempre al progreso científico. En palabras más de hoy, diríamos, que contribuir al avance científico constituye siempre una buena inversión.

Hacemos votos porque el espíritu de buen gobierno de Prat de la Riba y el de hombres como Severo Ochoa no nos abandonen jamás.

Nota: Circunstancias imprevistas impidieron mi asistencia a la reunión de la Excelentísima Diputación Provincial de Barcelona en donde debían ser pronunciadas las palabras señaladas.

## SOLEMNE SESION «IN MEMORIAM»\*

### Palabras de la Presidencia

Prof. PEDRO DOMINGO

Excelentísimos e ilustres compañeros académicos:

Familiares y amigos de los que fueron Ilustres académicos Doctores Luis Trías de Bes y Giró, Pablo Cartañá Castellá y Luis Sayé Sempere:

Señoras y Señores:

Nos reunimos hoy para conmemorar la figura humana de tres académicos desaparecidos, los cuales nos han dejado, marcando tras sí, en la vida gloriosa que siguieron, los destellos de tres vidas ejemplares llenas de frutos magníficos, de brillante y sensible humanidad. Luis Trías, Pablo Cartañá y Luis Sayé fueron tres beneméritas figuras, las cuales, además de por su ciencia, destacaron, sobre todo, por su sentido de emotiva humanidad. Personajes que supieron ver, además de la enfermedad, la desgracia. Que contemplaron al ser humano enfermo, pero, primero ser, con sus dolores y penas de todo orden, y después como enfer-

mo. Y que los tres se dejaron llevar a la par por los problemas de la medicina y por los alcances sociales y familiares que el ser humano siente a la vez en su corazón y en su carne maltratada.

Como prólogo de las palabras que inmediatamente van a pronunciar los Doctores Belarmino Rodríguez Arias, que nos hablará del recordado ausente Luis Trías de Bes. Del Dr. Benito Oliver Suñé, que nos recordará al desaparecido Dr. Pablo Cartañá Castellá y del Dr. José Cornudella Capdevila, quien resucitará un momento, para nosotros, al Dr. Luis Sayé Sempere, yo quisiera señalar una virtud que fue común a los tres compañeros hoy necrológicamente recordados: su inmarcesible amor al prójimo. Trías llevó este amor al compañero médico; a los trabajadores de la medicina, quienes después de haber luchado toda su vida por aliviar la desgracia ajena se hallaban insertos en la propia sin ayuda

\* Día 9-XI-75.

de nadie. Y procuró para ellos instituciones que los beneficiaran. Cartañá, que allí en los ubérrimos arrozales del Delta del Ebro había contemplado la miseria con que el paludismo hundía a los trabajadores de aquella zona, logró conocimientos técnicos que les procuró ayudarse a sí mismos con afanes profilácticos sabiamente dirigidos. Y fue sanitario, por vocación al amor al prójimo. Y Luis Sayé, que en aquella época en que la tuberculosis minaba las ilusiones de todas las familias, incluso de la propia, dedicó su vida al diagnóstico, al tratamiento, pero, sobre todo, a la profilaxis de la enfermedad tuberculosa. Los tres fueron así ejemplo del ser humano que ocupa la primera fila en su afán por defender de la desgracia de la enfermedad al otro ser humano indefenso, al hermano que no sabe cómo hacerlo. Y los tres fueron así un gran ejemplo para los componentes de esta institución y de la humanidad en general. Por su vida, hecha ac-

ción, todos salimos dignificados. Si sólo hubieran sido ilustres médicos, les recordáramos hoy con menor emoción en el humano recuerdo.

En la Capillita de la Academia, en la que hace unos minutos nos hemos recogido para pedir a Dios por ellos, lo hemos hecho teniendo especialmente en cuenta estas sus luces humanitarias. Hemos deseado vivamente que nunca nos falte el valor, como no les faltó a ellos, para hacer las cosas bien; lo mejor que podemos... Pero que por encima de todo no nos falte nunca el sentido humanitario nacido al calor del amor al prójimo. A Dios hemos pedido que nuestra admirada clase médica lo sea siempre también, además de por su saber, de su serio saber, por su inmarcesible bondad puesta al servicio de la obra que realiza. ¡Que así sea! Ahora nuestros compañeros, Doctores Rodríguez Arias, Oliver Suñé y Cornudella nos harán el favor de sus palabras.

### LUIS TRIAS DE BES Y GIRO

#### «In Memoriam»

B. RODRIGUEZ ARIAS

(Académico Numerario)

Me conturba, de nuevo, el dolor y la angustia o la gran distinción que supone ocupar la majestuosa e histórica tribuna de nuestra casa. Pues

he de evocar la figura —recostado en la mesa de Gimbernat— de un íntimo o entrañable amigo, de un muy destacado colega.

Luis Trías de Bes —no quiero silenciar hoy mi gratitud de miembro entusiasta— me trajo y me apadrinó «inter nos» franca y devotamente para cubrir una vacante de Académico Numerario. Realce, dignidad, honor, valorados, envidiados, sobresalientes, que él reverenciare o subrayare a diario.

Vuelvo la vista atrás y en su derredor ubico a otros íntimos amigos de los que perfilé una exégesis, como Carlos Soler Dopff, Lorenzo García-Tornel y Carrós, Pedro Martínez García y Agustín Pedro y Pons.

La Parca surge inexorable en nuestras filas de hombres no demasiado ancianos que están en la brecha, siquiera de un movimiento cultural propio.

El Colegio de Médicos de Barcelona solicitó de mí, al tiempo de fallecer su magnífico Presidente de Honor, una glosa que representare el paradigma de trabajo académico. Lo que imaginé y dije entonces me parece oportuno recordarlo ahora en un marco de auténtico omniscio.

Me estimo —y lo soy realmente— fiel u ortodoxo en mis juicios, mas también me domina la subjetividad, el apasionamiento, sin tilde por supuesto de lo básico, de lo legítimo, cuando la vehemencia, el arrebató, el fervor político, la dedicación a los clientes o la confraternidad verdadera de un Luis Trías aflora a mis labios o instiga mi pluma.

La Academia —por otra parte— le debe inquietudes y esplendor en

un ciclo hartó movido y peligroso de su vida reciente, el de la terrible —no lo olvidemos jamás— postguerra civil.

En tal emotiva situación de «facto», más igualmente de bienquerencia, de afecto y de estoicismo cardinales, deseo plantear la renovada exégesis intra y extra académica de una personalidad nada vulgar, de un ente dinámico a fondo, de un promotor y artífice excepcional de logros colectivos y de un consejero médico familiar e idóneo.

En unos pocos títulos —sintéticamente concebidos y expresados— nos referiremos a Luis Trías de Bes «amigo», «médico de hospitales y sanitario local», «clínico de nombredía», «político» y «académico».

\* \* \*

I. *El amigo.* — Llamó ya la atención su cordialidad, la sintonía del temperamento, en la época de alumno de la Facultad de Medicina de Barcelona. La escolaridad primaria y la segunda enseñanza o bachillerato los cursó en una Institución docente y religiosa, a la sazón ultrafloreciente, orgullosa, eficaz, autoritaria y polemizante como la de los jesuitas.

Llegó al caserón, inhóspito, de la recién inaugurada Facultad el año 1912, de horizontes doméstico e internacional decididamente turbios. Edificio en el que recalábamos —o en el del circundante Hospital Clínico— seis masas de estudiantes de unos setecientos individuos en total.

Hijo precipuo de un jurisconsulto ejemplar (catedrático de Universidad) y hermano de brillantísimos alumnos de Derecho, no gustó de vanagloriarse por su estirpe cultural y pudiente o rica entre condiscípulos. Si bien tampoco gustó de pasar inadvertido.

Equilibrio difícil de mantener en la adolescencia de un pícnico ostensiblemente extravertido. Milagro, sabiduría, templanza o lógica franqueza de origen congénito. Quizás un algo de los cuatro dones o gracias.

La mayoría de sus amigos de la juventud tenemos presente —yo había ganado dos cursos en verano— la forma súbita de enfadarse, de mostrarse airado en palabras o muecas y visajes, breves o fugaces, a la postre risueño o sonriente de arriba abajo.

Sus hermanos que, invariablemente, confiaron en mí a través de una larga existencia, fueron tan impulsivos y ardorosos en sus peroratas, sin el más nimio doblez.

Esa legendaria constelación familiar de un modo de ser, garantizaba la amistad inmanente del socio, del querido profesional y del ciudadano.

En Luis Trías la llamada «cara oculta» de la personalidad no depara otros rasgos dignos de mención.

Ni fundamentalmente envidioso, ni dado a la queja y a la ofensa de raíz, aunque sí extemporáneamente dolorido en sus frases, habladurías y mímica, buscó rodearse de amigos, sin preterir a los que opugnaban su credo.

En el período de la licenciatura, la muerte violenta de José Canalejas y la guerra europea del 14, solían originar enconos y discusiones, que llevaba bien.

Ulteriormente, durante el régimen de Franco, ignoró siempre el argumento del que tendía a imponerse como triunfador.

Inteligente, de vivacidad acusada, tenaz en sus designios, seguro de su capacidad política y médica, ha anhelado sin cesar una trayectoria de experto y de guía de conquistas.

Fiel a la amistad de siempre, las diatribas, las ambiciones que le encandilaban, jamás ocultaban el temido «ad profitum» individual de muchos.

En los últimos años de su fecunda vida, el núcleo de condiscípulos se veía tan amigo de él como en 1912-18. Su llorado hermano político, su actual consuegro, podrían aseverarlo.

En el cuadro de fundadores de la revista «Ars Médica», en el seno de los Hospitales o servicios clínicos que ha dirigido, en los que trataba en su visita privada, en la aglomeración del Colegio de Médicos, en los selectos cónclaves de fuera del país que esperaban su ida y en esta tradicional Academia, se ha echado de ver a diario la huella de su amistad, de una vieja amistad nacida y centrada en torno de unas salas de enfermos y de docencia.

Pedro Domingo, Joaquín Salarich y yo —me limito a enumerar los de la Junta Directiva, sin desconocer a

los restantes— sabríamos testimoniar la vigencia de un pensamiento noble.

Si bien la *amistad*, el sacrosanto premio o estímulo de la amistad, no compendiara lo obligado de un recorrido terrenal.

\* \* \*

II. *El médico de hospitales y sanitario local.* — Junto a su buen amigo y descollante psicólogo Emilio Mira y al devoto e incomparable Carlos Soler, empezó a trabajar, a efectos clínicos, en el incipiente Laboratorio de Orientación y Selección profesional de la recoleta calle de San Honorato del barrio primitivo de la urbe.

Vinculado asimismo al Instituto Municipal de Higiene y luego a la Asistencia Médica municipal, ejerció el cometido peculiar de los facultativos técnicos del Ayuntamiento, sea en materia de inspección de los dictados sanitarios, a lo puramente higienista del cometido, sea dirigiendo a partir de 1939 el Hospital de Infecciosos o de Nuestra Señora del Mar.

Este desorganizado Hospital, a la sazón, hubo de asistir a numerosos y variados pacientes infecto-contagiosos, los habituales de la Ciudad Condal y los que motivó la muy impropia epidemia de tifus exantemático.

Tanto en orden a la fidedigna clínica hospitalaria y de aislamiento de

enfermos susceptibles de contagiar su mal, como de investigar lo significativo de una dolencia exótica y de impartir generosamente una enseñanza única, nuestro biografiado cumplió óptimamente un deber peligroso e ingrato, el de los médicos que luchan abnegadamente rodeados de gérmenes nocivos y de semejantes protestones.

El sacrificio y la aptitud del personal entero le brindó un amargo laurel nosocomial y científico. Ya que la serie de lecciones ofrecidas por los mejores «especialistas» de allende y aquende las fronteras llenaron un vacío de conocimientos indispensables.

Todavía retumba en mis oídos la palabra cálida o veo la efigie en la improvisada cátedra —entre muchos— de Alejandro Fleming y de Gregorio Marañón, dos de nuestros Académicos de Honor.

La publicación de lo investigado y de lo expuesto oralmente acredita una labor de equipo, no «in pectore» cual se estilaba antaño.

Y con el tacto inigualable de García-Tornel y el apoyo eficacísimo de Carlos Soler procedió a instituir el famoso Departamento de Investigación, que enorgullece de veras, aún hogaño, cuando no siente la enjundia del mismo una Administración inflexible.

Perfeccionado, ampliado y decorado a lo moderno de una asistencia social, el complejo hospitalario de Nuestra Señora del Mar, que uno de sus más esforzados dirigentes no ha

visto terminado, impresiona y reconforta a los jubilados que lo imaginaron y espolearon transcurriendo unas décadas de relativa miseria.

En el cautivante —funcionalmente se entiende— Hospital de la Cruz Roja, también de la mano de García-Tornel, pudo instaurar hace tiempo Luis Trias un servicio de Cardiología médico-quirúrgica, para atención de gente acomodada y modesta.

Pero la órbita de la asistencia pública y colectiva en establecimientos nosocomiales o de la higiene y profilaxis «vera efigies», mereció el suplemento —logrado en el ejercicio áureo de la carrera— de nombradía clínica en la visita privada, la que depara fama.

\* \* \*

III. *El clínico de nombradía.* — Su égida —popular, ceñida, de neto mutualismo asistencial— en el Instituto de Santa Madrona, de la prestigiosa «Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros», no debe pasarse por alto. Y tampoco, naturalmente, su actuación en las Clínicas libres.

Defensor a ultranza de la visita privada, a modo de contrapeso de la cada vez más arrolladora Seguridad Social, en un Estado de factura occidental y capitalista, ha sabido perpetuarla con decoro.

En su agradable piso de consulta ha recibido a una ingente clientela de enfermos cardíacos, por su nombradía y por su camaradería de señor.

Vieja estampa del galeno —apto y deferente— que, en lo individual del oficio sucumbe ante los equipos de la hora presente.

Retengamos —ergo— lo aleccionador del caso.

Mas, tal vez, por la fuerza de una doctrina de político, en lo sanitario de su función pública o en lo esencial de una opinión.

\* \* \*

IV. *El político.* — Sintió y cultivó la llama del hombre gubernamental, encuadrado en un partido de solera, la «Lliga Regionalista» de Cataluña, desde niño.

Su hermano mayor, José María, que fue elegido Diputado a Cortes en varias ocasiones, afirmaba que Luis dominaba las reglas de los comicios y tenía la visión genuina del agorero.

Al organizar elecciones colegiales o al justipreciar posturas de votantes académicos, profetizaba resultados que los duchos en cuestiones psicológicas no entreveían.

Fenómeno de clarividencia o cálculo acabado de unas intenciones y de unos números, no lo sé en realidad, pero apenas fallaban sus estudiadas y meticulosas previsiones.

A fuer de sincero, quiero advertir que a su lado he recogido el módulo de predicción en el juego de los votantes, casi nunca discordante con el del escrutinio oficial. Una de las dádivas que me ha ofrendado a lo liberal el amigo.

El soberbio edificio del Colegio de Médicos de Barcelona, gestado por él en un clima de tensión, le acredita de traza y de oportunidad en una empresa de altura.

Si inmenso o desorbitado parecía a algunos, insuficiente es hoy día para los que lo favorecieron y los detractores de turno.

En Madrid, formando parte del Consejo General de los Colegios Médicos, ha demostrado cautela y ansia de innovador en una era que no acertaríamos a definir en su base y en sus resoluciones cambiantes.

Su integración, como delegado español, en la «World Medical Association» le ha granjeado al igual que García-Tornel la simpatía y la consideración de un mundo extranjero.

Si su nervio político ha despuntado en el auge del Hospital de Infecciosos y en el ámbito de un Colegio profesional, traspasó en fecha apropiada el umbral de este Organismo, cuando el espectro del miedo o la tónica del quietismo imperaban aquí.

\* \* \*

V. *El académico.* — La silueta de ilustrado del que fue —cuando extinguió su vida— nuestro Vicepresidente, no es menos pródiga, acaso exultante, que las demás, ya bosquejadas.

Por ejemplo, dio a luz —con bastantes más— la famosa revista «Ars Médica», que a los denodados editores de «Revista Médica de Barcelo-

na», su hermana mayor, por ventura competidora o antagonista (Pedro Domingo, Adolfo Azoy y yo mismo, entre los que ocupan poltronas académicas) sirvió de acicate en la época tridimensional de los años 24 al 36.

Sin abdicar de las convicciones políticas que se tuvieron, digna y fructíferamente cumplíamos el obligado deber científico, sanitario-asistencial, docente y cultural.

Unido a Joaquín Salarich, Vicente Carulla y Nicolás Battestini —omito a muchos— ensayó una novel vía de divulgación de conocimientos clínicos, de la praxis de rigor, que no le impidió escribir buenos trabajos para la otra revista, quijotismo de ambos equipos.

En la época dorada de su labor de investigación con los profesores Julio García y Sánchez-Lucas y Amadeo Foz (realmente, habría de enumerar a más colaboradores), fue publicando importantísimas memorias sobre «Endocarditis agudas y subagudas» y «Patología cardíaca senil». Trabajos de una vigencia absoluta al cabo de lustros.

Su vibrante actuación científica y hospitalaria, su humana política asistencial durante la segunda guerra europea y de ultramar de la centuria que discurre y su devota administración colegial, movió a los Gobiernos francés y español a nombrarle Caballero de la Legión de Honor y a otorgarle la Gran Cruz de Sanidad, respectivamente.

Ha viajado sin tregua y a efectos

culturales por todos los continentes doctos del mundo. Y su palabra cálida, su prosapia y su bagaje de intelectual sanitario y en clínica le realzaban como merecía ante cardiólogos y epidemiólogos.

De más de una serie de Congresos, nacionales e internacionales, era asiduo concurrente. Y de más de una Sociedad, de las que los autores franceses llaman «savantes», era miembro, incluso de honor.

Su vida profesional, cual la de sus ilustres o fraternales amigos y colegas, ahora proyectos, hubo de transcurrir en una fase de obra o de tarea esforzada, antaño, más objetiva y en el fondo más ingenua y recíproca o solidaria que la pluridimensional de hogaño.

¡Oh de la diplomacia, de la intención y de los corolarios de las intervenciones académicas en nuestra juventud!

Que se me excuse, de pasada, lo iterativo de un raciocinio y que se me dispensen alusiones y citas de los grandes compañeros, afortunadamente vivos, de unas «quintas» seguidas, para utilizar un término castrense y por demás expresivo.

De unas generaciones de raigambre y modales ochocentistas, se ha pegado un salto largo —viéndose otra «de por medio»— a las del momento presente, de contextura ultraprogresista.

Los del escalón intermedio nos til-dábamos de menos dúctiles y de menos verbalistas o de más sobrios y de más positivos en los quehaceres

y en las exposiciones o diálogos y controversias de tipo académico.

Pero nos reemplazan, ya, grupos de iconoclastas o de pragmáticos.

Nuestro consocio Luis bajó la escalera seguro de la trayectoria que más convenía, libre de recelos y a lo bondadoso, salvando el camino erizado de obstáculos. De ahí que interese desenterrar maniobras y sucedidos, probantes de su cordura en la Academia.

Más tranquilos los votantes que en 1941-45 y sin titular la medalla núm. 10 (la de un Bertrán y Rubio, la de un López Brea, v. gr., y entre los Electos la de un Puig y Sais), fue nombrado para colgarla de su pecho, leyendo el discurso preceptivo el 31-V-48.

Adscrito a la vigente Sección de Higiene y Medicina social, estudió lo inherente a los enfermos cardíacos y su problemática médico-social, apadrinándole el tantas veces mentado García-Tornel.

A menudo presentó comunicaciones y su papel marcó una directriz, más especialmente, en las varias sesiones dedicadas a los legados testamentarios para investigación médica y a lo que viene significando «in crescendo» la responsabilidad moral y jurídica del médico.

Trajo a disertar a la Academia personalidades de excepcional categoría. Y fue en pos de elegir Académicos de Honor, Numerarios y Correspondientes Nacionales y Extranjeros útiles y relevantes para la Academia.

En las juntas plenarias, su voz,

sus opiniones, escuchadas con suma frecuencia, centran hábil y operosamente las polémicas.

Contestó magistralmente tres discursos de recepción, los de los profesores Angel Ballabriga y Alfonso Balcells y el mío. Y la oración «in memoriam» de Carlos Soler Doppf rayó a gran altura.

En la Junta Directiva actual desempeñó con inigualable tacto la Vicepresidencia. Y es que el sustituto del Presidente, entre más cometidos, impone echar mano de recursos conceptuales, de gobierno y de oratoria.

Decir que se perpetuará su mención en actos, en dictámenes o en efemérides es quedarse corto.

Su impacto en la asamblea de la casa —no me gusta el vocablo, pese a lo elocuente y cariñoso del mis-

mo— lo estimo material o gráfico, cerca de inteligentes, agudos y místicos.

\* \* \*

Con desprecio y anonadados, por factibles víctimas de su egoísta e implacable política, se habla mucho de las empresas que yo calificué un día de pluripolíticas. Me sumo al que así entiende un juego.

Ahora bien, de cuando en vez se da un temperamento pluripolítico en la carrera de los galenos, que acosa el bienestar colectivo. En todas sus facetas, desde luego. Entonces no lo denigro y lo alabo «urbi et orbe».

Luis Trías de Bes pertenece a su tronco, a ese linaje.

¡Dios le tenga en la gloria!

## PABLO CARTAÑA CASTELLA

Dr. B. OLIVER SUÑE  
(Académico Numerario)

Excmo. Señor Presidente:  
Muy Iltrés. Señores Académicos:  
Señoras, Señores:

El día 14 de mayo de 1970 tuve el honor y la satisfacción de corresponder con la contestación protocolaria, al discurso de ingreso en la Real Academia de Farmacia de Barcelona, del que fue mi dilecto amigo el Ilustrísimo Señor Doctor D. Pablo Cartaña Castellá, trabajo que

versó sobre «Aspectos de la Virología en la Sanidad Ambiental».

Hoy, por motivo opuesto y lamentable me ha correspondido asimismo protagonizar en esta Real Academia de Medicina de Barcelona, la sesión necrológica en la que conjuntamente dedicamos un recuerdo piadoso a tres de sus miembros desaparecidos, todos ellos de relevante y reconocida personalidad.

Esta doble coincidencia probable-

mente es consecuencia de mi relación profesional con el Doctor Cartaña, cuyo origen se remonta hacia el año 1927, en que terminamos los estudios de Doctorado en Medicina y en Farmacia, respectivamente.

Pocos años después, coincidimos en nuestras tareas docentes en el Laboratorio Municipal de Barcelona, con la particularidad de que la base de nuestra formación científica ya especializada, se fundamentaba en los estudios que ambos realizamos en el Instituto Pasteur de París, bajo los auspicios o enseñanzas directas de aristócratas de la Bacteriología clásica y de la Patología infecciosa: Roux, Calmette, Levaditi, Besredka, Legroux, Dumas, etc.

En una tercera fase de convivencia con Cartaña a partir del año 1953 en que gana por concurso-oposición el cargo de Director del Instituto Municipal de Higiene de Barcelona y Jefe Local de Sanidad, coincidimos, con motivo del cometido de nuestros respectivos cargos, en tareas concernientes a la sanidad de nuestra Ciudad Condal.

La tendencia a la especialización que Cartaña desarrolló durante toda su vida profesional, se perfila ya en su trabajo «Los focos múridos y su relación con los brotes de peste bubónica que se han registrado en Barcelona» que en calidad de tesis doctoral fue aceptado con la máxima calificación.

Seguidamente permaneció en el Instituto Pasteur durante tres años,

primero como estudiante y posteriormente como ayudante de Servicio.

Este período de formación post-universitaria, lo completó simultáneamente en la Facultad de Medicina de París, con los profesores Besançon, Lemièrre y Philibert, y en la Escuela de Parasitología de Brumpt, en la que adquiere el título de «Médecin Malariologiste de l'Université de Paris».

Pasa después a la Escuela de Sanidad de Londres (London School of Hygiene and Tropical Medicine) en donde se especializa en las disciplinas concernientes a las enfermedades tropicales. Sus maestros fueron Topley, Wilson, Parkinson y los equipos científicos del Lister Institute y del Wellcome Institute.

Lo notable, de la fase que acabo de indicar, que abarca cuatro años, es que Cartaña, sin ninguna ayuda oficial, no estimó conveniente su incorporación a las tareas económicamente productivas, hasta que su formación, según él indispensable, le permitiese iniciar su trayectoria profesional, la cual aunque resumidamente, voy a glosar como se merece.

A su regreso a España, asiste al Instituto Nacional de Higiene Alfonso XIII en donde aprovecha las enseñanzas de la Escuela española de Microbiología que dirige el Dr. Tello y colabora con los doctores Pittaluga y De Buen en los trabajos sobre paludismo leishmaniosis, y leptospirosis.

En 1930 ingresa en la Escuela Nacional de Sanidad como Profesor Agregado de Epidemiología.

En aquel año se produce en Barcelona un brote de peste bubónica que alcanzó a unos 26 casos. Y es designado por la Dirección General de Sanidad para intervenir en las investigaciones pertinentes, las cuales realiza en parte en el Laboratorio Municipal de Barcelona y también en la Escuela de Medicina Tropical de Londres.

Desde estos primeros trabajos en el Laboratorio Municipal formó parte del cuerpo técnico del mismo como Jefe de Servicio de Bacteriología y Epidemiología.

Al constituirse la primera Universidad Autónoma de Barcelona obtuvo por oposición el cargo de Profesor Adjunto de Microbiología de la Facultad de Medicina.

En 1939 es nombrado Médico bacteriólogo en el Instituto Provincial de Sanidad.

Siendo ya Director del Instituto Municipal de Higiene de Barcelona, y prosiguiendo su punto de vista, en 1955 vuelve al Instituto Pasteur de París, pensionado por la Organización Mundial de la Salud para estudiar virología en el Departamento del Profesor Lépine en donde durante cuatro meses actualiza sus conocimientos sobre las técnicas más modernas.

En 1967 el Ayuntamiento de Barcelona le designa Jefe de la Unidad Operativa de la Salud Pública y en

1968 es nombrado miembro de la Comisión Central de Saneamiento, de Madrid.

Por otra parte, y a partir del año 1950 fue socio numerario de la Sociedad de Microbiólogos Españoles, miembro de la Sección de Parasitología del C.S.I.C. miembro de la Royal Society of Health de Londres en la que posteriormente fue distinguido con el título de «Fellow» y Miembro de la Asociación Internacional de Medicina Mediterránea.

Durante el período hasta aquí mencionado su labor docente fue extensa y eficiente. Díganlo sino los alumnos que se beneficiaron de su capacidad didáctica en los Cursos de Diplomados de Sanidad dados en la Jefatura de Sanidad de Barcelona y en los de Epidemiología, y de Parasitología dados en el Laboratorio Municipal, también en los de Medicina Colonial, en la Facultad de Medicina, así como los de Ingeniería Sanitaria, en la Escuela Superior de Ingenieros Industriales.

En su deseo de informarse al día de los diversos aspectos de la Sanidad Pública, está presente en varios Congresos nacionales e internacionales, entre los que mencionaré solamente los que destacan por sus aportaciones de trabajos técnicos y estadísticos. El Congreso Internacional de Higiene de Marsella (1932), el 1.º Congreso Nacional de Sanidad (1934) y el de Sanitarios Españoles (1937), así como los congresos de Sanidad de Bournemouth (1955) y de Beackpool (1956) y los de la «Royal

Society of Health», en Londres, posteriormente.

Los trabajos científicos (30) de Cartañá han sido publicados en la «Revista de Sanidad e Higiene Pública», «Medicina de los Países Cálidos», el volumen correspondiente al «II Congrès International du Paludisme», el «Boletín del Instituto Provincial de Higiene» de Tarragona, «Revista Médica de Barcelona», «Medicina Clínica», el Boletín de la «Dirección General de Sanidad», las Actas del «I.º Congreso Internacional de Higiene del Mediterráneo», los anales de la «Sociedad de Biología», «Correspondencia Médica», las «Publicaciones Técnicas» del Instituto Municipal de Higiene de Barcelona, etcétera.

Dichos trabajos, elaborados en forma expositiva precisa y clara, denotan su característico estilo personal, basado en la observación minuciosa de los hechos y en el análisis detallado de los diversos factores concurrentes y determinantes. En parte son producto y resultante de su reiterada colaboración en varias campañas sanitarias en las que por su intervención útil, voy ahora a mencionar.

Destacan tanto por la importancia de sus consecuencias epidemiológicas como por la asidua contribución de Cartañá a la resolución de las mismas, las campañas antipalúdicas en Navalmoral de la Mata (Cáceres, 1929) y en el Delta del Ebro (1930-1936), las campañas sanitarias contra la peste bubónica en Barcelona

(1931), contra la epidemia de viruela (1940) y contra el tifus exantemático (1942) y focos de espiroquetosis icterohemorrágica, también en Barcelona (1945).

Otro grupo de trabajos de investigación, comprende estudios de Farmacología, de Terapéutica y de Biología, referentes a la acción de los arseno-bencenos y de derivados penicilínicos, de proteínas y aminoácidos sobre diferentes grupos de protozoos y bacterias, así como a la influencia de los aminoácidos en la higiene de la alimentación.

Durante los últimos quince años, polariza singularmente sus actividades a los estudios sobre virología, y es indudable que en la fase de laboratorio de esta especialidad bien puede considerarse a Cartañá como el pionero número uno de Barcelona y por tanto también de los primeros de España.

Su mayor satisfacción según él mismo me dijera en cierta ocasión es que el fruto de los trabajos por él iniciados permanezcan ahora en manos de continuadores de tan relevante personalidad como los profesores A. Pumarola, González Fusté y Rodríguez Torres.

Por lo dicho hasta aquí, se comprende que la aplicación del bagaje científico de Cartañá en las disciplinas de Microbiología, Parasitología y Epidemiología, adquirido en las escuelas española, francesa e inglesa y proyectado en las diversas vertientes de su ejercicio profesional con aciertos y resultados evidentes, fue-

ran éstos debidamente justipreciados y con dicho motivo felicitado oficialmente en varias ocasiones por la Dirección General de Sanidad y honrado con el ingreso en la Orden Civil de Sanidad con la categoría de la Encomienda con Placa.

No podría yo terminar la esquemática relación que acabo de exponer, sin manifestar ahora con complacencia la faceta humana de Cartañá, caracterizada en sus actuaciones por su temperamento equilibrado, su ostensible modestia y su gran sentido de responsabilidad.

En el transcurso de nuestras entrevistas para tratar de problemas comunes a nuestra esfera de acción, por lo que se refiere al suministro público de aguas, lo vi varias veces preocupado, pero nunca malhumorado.

Su manera de planificar y de intentar encontrar solución adecuada a situaciones a veces complejas fueron por él tratadas con una ecuanimidad manifiesta, y con su personal manera de moverse en el terreno de la cordialidad, tan necesaria al margen de los ineludibles documentos más o menos oficiales.

Ello es un ejemplo claro de que la labor constructiva de los temperamentos pacíficos que no sincroni-

zan con estridencias, es sin lugar a dudas la más conveniente para formar parte de las colectividades.

Sin embargo, nuestra Corporación no ha tenido la oportunidad de contar con las cualidades personales del Dr. Cartañá, como todos nosotros hubiésemos deseado.

En efecto, en la sesión plenaria del día 17 de noviembre de 1970 fue elegido Académico Numerario, por contundente mayoría de votos, pero cuando, meses después traté de estimular la elaboración del trabajo que reglamentariamente había de presentar para su futuro ingreso en esta Real Academia, ya constaté que no lo tenía más que iniciado, puesto que su dolencia gastro-intestinal le impedía ya todo tipo de actividad.

Y por voluntad propia, posteriormente solicitó pasar a la categoría de Académico Supernumerario, honor que se le adjudicó en la también sesión plenaria del día 17 de noviembre de 1971.

Falleció el día 8 de diciembre de 1974.

Descanse en paz nuestro amigo que fue el Ilustrísimo Señor Doctor Don Pablo Cartañá Castellá.

Muchas gracias,

He dicho

## LLUIS SAYE I SEMPERE

Dr. JOSE CORNUDELLA

{Académico Numerario}

El traspàs del Dr. Sayé ve a marcar com l'epíleg de la contribució catalana a la Tisiologia. Ell en fou un dels primeríssims cultivadors i n'ha presenciat l'inici del capvespre, esdevingut a compàs universal. Sens dubte el tisiòleg més laboriós i erudit en aquesta matèria al nostre país: el que ens donà categoria internacional.

Es d'estricta obligació recordar la ingent labor antifímica, cimentada en els coneixements exaustius de la literatura especialitzada universal, quin testimoni és la seva biblioteca, avui una joia d'aquesta Real Acadèmia.

A l'Institut Pasteur de París gaudia d'una entranyable amistat; a la resta d'Europa d'un gran respecte; a molts estats del Nord, Centre i sud Amèrica, d'un elevat predicament. Ja veurem com.

En els Congressos Internacionals de l'especialitat als quals havem assistit, es comptava entre les eminències. En la temàtica de la vacunació antituberculosa mitjançant el BCG, ocupà un lloc preminent, segons opinions franceses.

Neix a Barcelona en data trascendent, 1888, l'any de l'Exposició Universal. Pertanyia a una família benestant de la burgesia catalana del segle XIX; la que posà els carreus que cimentaren l'elevada jerarquia ma-

terial i de l'esperit autòctons. La personalitat quedaria arrodonida per l'educació al Liceu Políglota, l'Escola de la majoria de l'intellectualitat barcelonina. La primera circumstància donaria caràcter a certs detalls de la seva vida: ambició de l'obra ben feta, presència en les relacions públiques, viatges, riquesa publicitària. Un altre motiu de plasmació fou el dramatisme familiar; pare i germà, morts prematurament tuberculosos, que l'inclinaria a la dedicació professional específica. L'orfenesa precoç i el «temple» de la seva mare, que ell idolatrava, l'induirien al dinamisme, a la metòdica, a la sapiència. Per tal de nodrir aquesta darrera qualitat, aprengué els idiomes alemany, anglès, francès, italià, a més, és clar, del català i castellà.

Les mostres del saber foren ja primerenques. Encara estudiant, presenta al Congrés Internacional de la Tuberculosis, que va tenir lloc a Barcelona l'any 1910, una comunicació titulada «Las Opsoninas en la tuberculosis pulmonar», tema inèdit fins aleshores. Acaba la carrera de Medicina el 1911; matrícules d'Honor a dojo; tenia 22 anys. Es queda a la Càtedra de Patologia General. Allí ja s'hi trobaven els Drs. Joan Darder i Cinto Reventós. El «terceto» convenç el Professor E. Oliver Aznar, a crear un dispensari de Medicina. Fan

una «trampeta»: el dediquen gairebé exclusivament a la tuberculosi; serà la fornall per a forjar la Tisiologia científica a Espanya.

L'any 1912 l'Administració de l'Hospital Clínic li confia la primera Sala de Tuberculosi. Un fruit prematur n'és la tesi doctoral: «El Neumotórax terapéutico», dos anys després. Naturalment, «Sobresaliente».

Tenia una idea molt clara de les bases de la Medicina científica d'aleshores: la Fisiologia i l'Anatomia Patològica. De la primera en serà aviat l'ajudant de Càtedra del Professor Pi-Sunyer. A l'ensem, 1913, guanya les oposicions a l'Auxiliaria d'Anatomia Patològica de la Facultat de Medicina de Valladolid. En 1914 és becari de la Junta d'Ampliació d'Estudis al Servei del Professor Brauer a Hamburg. En 1919 funda la primera Revista especialitzada del país, «Archivos Españoles de Tisiología». Indueix el Dr. Frontera a practicar, abans que ningú, l'operació de Plàstia a un tuberculós, 1922.

#### EL SERVEI D'ASSISTENCIA SOCIAL DELS TUBERCULOSOS A CATALUNYA

L'obra magna de Sayé gira al redós del Servei d'Assistència Social dels Tuberculosos de Catalunya, que assolí gran qualitat, transcendència i ressò ecumènic. Sens dubte marcà el zènit de la Tisiologia catalana. La petita història pot resumir-se així. L'any 1912 crea el «Servei» la Mancomunitat de Catalunya i el posa

sota la direcció de Sayé que l'articula com una lluita antituberculosa integral, sobre tres postulats bàssics: investigació, clínica, ensenyament. La primera pedra és el dispensari del carrer de Radas, que monta amb dependències suficients, senzilles, però ben util·lades. Els malalts es visiten meticulosament; se'ls feia radiografies a trampons, anàlisis sistemàtics. Impresos, gràfics, il·lustracions, etc., tot de «Senyor». Allò que insinuàrem de l'entroncament burgués.

Concurrència massiva de malalts que obligà a departaments per a tècniques peculiars. S'inicia allí el Servei d'Infermeres visitadores, amb 40 anys d'anticipació a les de l'actual «Servei Social». Aviat els Cursos de perfeccionament de l'especialitat; en els quals ens formàrem tots els tisiòlegs de Barcelona, molts d'Espanya i del centre i sud Amèrica.

Aquesta excel·lent docència tenia per característica una completa informació, històries clíniques perfectes, moltes radiografies, examens diversos de laboratori, proves tuberculíniques sistemàtiques, amb crítiques dels resultats. Hi havia especial atenció al problema de la profilaxi. En les dissertacions culturals sorprenia les meticuloses dates, filles d'una prodigiosa memòria. Rares vegades s'auxiliava de l'habitual «paperet».

#### *La vacunació antituberculosa*

L'any 1924, dins la problemàtica de la vacunació antituberculosa, apa-

reix el «Biliat Calmette-Guerin», BCG. L'ésser gairebé un familiar de l'Institut Pasteur de París, donà lloc a que tot seguit arribés aquest producte a Barcelona. La seva propulsió, en vanguardia a Espanya, a l'impuls ardorós de Sayé, prendrà una volada engrescadora, que abarcà tot Catalunya. La destacada col·laboració del Dr. Pere Domingo en les fases experimentals i elaboració dels preparats, model de probitat científica, i una divulgació primorosa, metòdica, utilitària, determinà que n'esdevingués una obra clínico-social esplendorosa.

Aquells magnífics cursos dels quals havem parlat, s'enriquieren amb dedicació monogràfica a la vacunació antituberculosa, que també tingueren gran qualitat i bateren el rècord de 15 dies de durada.

El nomenament de Catedràtic de Tisiologia de l'Universitat Autònoma de Barcelona no fou més que el reconeixement oficial de l'Escola Sayé.

La vastitut que assolí aquella tasca, menada des de la «barraca» del carrer de Radas, exigia un local «ad hoc» per tal de centrar-hi la lluita antituberculosa. Es llençà a la planificació amb l'empenta habitual. Fou el dispensari del carrer Torres Amat. El primer edifici d'Art Modern funcional del país; avui encara en plena vigència científica i estètica. Havia d'ésser el coronament de la seva vida professional. La guerra civil li privaria el goig d'inaugurar-lo.

Com a colofó d'aquesta primera època direm que sobressortí en la

classe mèdica barcelonina. Mentor en les reunions científiques, Acadèmies i Congressos de l'especialitat. Recalco aquest darrer mot, perquè el seu fort estava concentrat en la Tisiologia. Avantguardista en les novetats; promotor i primer President de la Societat de Tisiologia de Barcelona; soci de Mèrit de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya; honorat a discreció en múltiples Institucions culturals. Membre Numerari de la Real Acadèmia de Medicina de Barcelona en 1930; vice-President en 1963 fins que l'Esclerosi Cerebral li apagà definitivament l'intel·ligència en 1967.

Dóna nombrosíssimes conferències. Publica més d'un centenar de treballs a les Revistes nacionals i estrangeres i una desena de llibres documentadíssims de pulcra tipografia, abundant iconografia i dades bibliogràfiques exhaustives.

#### ACTIVITATS A L'ESTRANGER

Varen tenir gran importància. Es desenvoluparen en dues etapes, partides per nostra guerra. La primera, que anomenarem europeu-americana, consistí en visites a centres especialitzats prestigiosos de diversos països, més o menys allargassades, per a intercanvi d'opinions, conferències, Cursos, Congressos, etc. Realment, fruïa d'un prestigi cosmopolita.

L'any 1936 ve la conflagració civil. Tots recordem l'ambient de tragèdia

que flotava per la ciutat. Un incon-  
trolat l'amenassa injustament. En  
aquesta situació rep una invitació  
de l'Institut Pasteur de París, per tal  
de treballar-hi. Se n'hi va. Permaneix  
allí un any i produeix el llibre «La  
Tuberculose pulmonaire chez les su-  
jets apparemment sains», que edita  
l'Institut. Allí hi estava l'antic amic  
uruguayo Abelardo Saez, el qual l'in-  
sisteix que vagi al seu país. Un bon  
dia passa per allí el Professor Loren-  
zo Armani, de Mendoza, Argentina.  
El convenç i emprén el viatge. De-  
sembarca a Montevideo, on troba  
amics i deixebles a discreció. L'inviten  
a donar conferències a moltes  
grans ciutats del centre i sud Amè-  
rica. Successivament és nomenat  
Assessor de les Lluites antituberculo-  
ses de Colòmbia, Perú, Uruguai i  
Xile. El 1942 estableix la residència  
a Buenos Aires, on desenrotlla una  
activitat científica formidable en  
l'Hospital Central de la Població, i  
fa clientela particular.

No deixa, però, les Assessories de  
les lluites que havem enumerat, ni  
les habituals conferències de l'àmbit  
americà, ni l'assistència a la majoria  
de Congressos de Pneumologia.

El balanç de l'etapa americana és  
també brillantíssim: augment constan-  
tant del crèdit científic, i més o  
menys la meitat de les seves totals  
edicions, que culminà en el llibre  
«prínceps» «La Tuberculosis tra-  
queobroncopulmonar», dos grossos  
volums d'unes 600 pàgines, respecti-  
vament, magníficament imprès.

Els honors foren copiosos, variats,

de molta categoria. Membre d'Honor  
de gairebé totes les Societats Mèdi-  
ques de Tisiologia del centre i sud  
Amèrica i alguna Nordamericana.  
Moltes altres distincions que culmi-  
naren en el nomenament de *Doctor  
Honoris Causae* de l'Universitat de  
Lima, Perú, 1938.

## RETORN

L'any 1951 retorna a Espanya. His-  
toriogràficament cal ésser sincer, i  
per tant s'ha de dir la pura veritat  
encara que sigui amarga. No va tenir  
èxit. Una certa fredor l'envoltava,  
potser degut a un residu de l'encon-  
giment que produïa la seva ironia o  
aparent presumpció com s'esdevenia  
en algunes ocasions. Forem pocs els  
que li guardàrem reverència.

Al restant d'Espanya i llocs oficials  
es silencià sistemàticament la seva  
obra científica i humanitària, que  
tant contribuï a la mimva de la tu-  
berculosi al país. Els 15 anys d'exili,  
les «circumstàncies» encara vigents,  
l'usdefruit de prebendes, etc., influï-  
ren positivament. Inclús li foren ten-  
cades les restes de la dependència  
«Obra antituberculosa Università-  
ria» que amb tanta il·lusió com pro-  
fit havia creat l'any 1933. És possi-  
ble que aital darrer trauma psíquic  
hagués desfermat l'esclerosi cerebral  
que li ennuvolà definitivament l'in-  
telligència.

Fins l'any 1972 no s'iniciaria el re-  
coneixement públic, donant el nom  
de Lluís Sayé al dispensari central  
del carrer Torres Amat.

## COMENTARI

Realment Sayé ha estat un home infortunat. Les circumstàncies li fóren adverses. No assolí la glorificació que's mereixia pel seu total lliurament a la Ciència.

Dec advertir que la meua dissertació no és una biografia, sinó una succinta nota necrològica. Però, la biografia del Dr. Sayé cal fer-la indefugiblement, per la seva categoria, transcendència, i exemplar vàlua científica. Sortosament hi han mitjans per a que la Real Acadèmia dugui a terme aital deure de ciutadania.

Moria el 27 de juny de 1975 a l'Hospital de Santa Creu i Sant Pau.

Com no li quedava família directa i la seva muller, angelical conçol del llarg calvari, estava ferida de mort en la mateixa habitació hospitalària, fou traslladat al Servei Municipal de Pompes fúnebres. A la nit sols mitigaren la tètrica soledat de la cambra mortuoria el Dr. Pere Domingo i la seva gentil esposa, la qual abans de soldar la caixa illuminà el front de Sayé amb una besada d'agraït «Adéu», en nom d'aquella humanitat per la qual tant havia treballat.

Al acte del sepeli eren unes dotzenes d'amics colpits d'una profunda tristesa. Cap representació oficial, a quins organismes havia servit amb tanta eficàcia, altruisme i donat fama universal.

# HUBERMICINA

## INFANTIL



**Profilaxis y tratamiento de las infecciones víricas y bacterianas de la infancia**

**FORMULA 50 mg Gamma Globulina**

**300.000 U. I. Penicilina G. Sódica**

**1/4 gramo Sulfato de Estreptomina** P. V. P.: 84,20 ptas.

**INDICACIONES:**

Infecciones producidas por gérmenes sensibles a la penicilina y estreptomina. Entre otras, bronconeumonías, amigdalitis, sinusitis, otitis, mastoiditis, bacteriemias, colicistitis, profilaxis y terapéutica pre y postoperatoria, etc.

La globulina gamma supone un incremento del potencial inmunitario y posee un efecto sinérgico con los antibióticos de su fórmula.

**CONTRAINDICACIONES:**

Alergia conocida a sus componentes.

**EFFECTOS SECUNDARIOS:**

Reacciones alérgicas inmediatas o retardadas, pueden aparecer en raras ocasiones, así como afectación del VIII par craneal.

**INCOMPATIBILIDADES:**

Por la presencia de estreptomina no debe asociarse, en general, a otros antibióticos del grupo de los aminoglicosídicos o medicamentos ototóxicos y nefrotóxicos.

**DOSIFICACION:**

En general, dos frascos diarios por vía intramuscular, siempre bajo control y criterio facultativo.

FABRICA Y LABORATORIO  
DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS  
Y FARMACÉUTICOS



Berlín, 38, 40 y 42  
Telf. 230 72 00  
Barcelona 15 - España

# GAMMA GLOBULINA HUBBER ANTIALERGICA

LIOFILIZADA - INYECTABLE

**FORMA DE ADMINISTRACIÓN:** (por rigurosa vía intramuscular)

**Terapéutica de ataque.** La administración de GAMMA GLOBULINA HUBBER ANTIALERGICA constituye una terapéutica sustitutiva y preventiva. Su eficacia se hace aparente al desaparecer, espaciarse o suavizarse, los episodios alérgicos después de su empleo en series de acuerdo con la siguiente normativa:

Adultos: 1 vial cada 4-6 días durante 2 meses.

Niños: 1 vial cada 8-10 días durante 2 meses.

**Terapéutica de mantenimiento.** Considerando que los pacientes con fenómenos alérgicos presentan una histaminopexia crónica o periódicamente deficitaria, es necesario realizar un aporte cíclico de GAMMA GLOBULINA HUBBER ANTIALERGICA, particularmente:

3-4 meses después de la terapéutica de ataque, efectuando un ciclo de 1 mes.

Un mes antes, aproximadamente, de la aparición de los episodios de agudización estacionales, se aconseja iniciar un ciclo de tratamiento mantenido durante el mes.

**Compatibilidades.** GAMMA GLOBULINA HUBBER ANTIALERGICA es compatible con la terapéutica desensibilizante, cuyos efectos completa y refuerza.

La terapéutica con GAMMA GLOBULINA HUBBER ANTIALERGICA es compatible con corticoides, antibióticos e inhibidores de la liberación de histaminas, permitiendo, a menudo, reducir las dosis de todos ellos.

**Incompatibilidades.** No administrar por vía endovenosa. No existen incompatibilidades conocidas.

**Contraindicaciones.** No existen.

**Indicaciones.** GAMMA GLOBULINA HUBBER ANTIALERGICA, por ser un producto biológico homólogo, no ofrece intolerancias.

**Efectos secundarios.** Puede dar lugar, en pacientes sensibles y en raras ocasiones, a un ligero dolor local que cede espontáneamente. También se han presentado, de forma esporádica, ligeras reacciones febriles de corta duración.

## PRESENTACIÓN Y FÓRMULA

Frasco con tapón perforable conteniendo 500 mg de globulina gamma con poder histaminopéxico, en forma liofilizada. Adjunto ampolla con disolvente especial. Se acompaña jeringuilla y aguja, estériles, para un solo uso. P.V.P. 731,20 Ptas.

LABORATORIOS HUBBER, S. A.

Fábrica y Laboratorio de Productos Biológicos y Farmacéuticos  
Berlín, 38-48 - Tel. \*321 72 00 - Barcelona-15 (España)

## ESTUDIO DE UNA NORMATIVA PARA REDACTAR MEMORIAS SOBRE TOPOGRAFÍAS MÉDICAS OPTANTES A PREMIOS\*

Dres. JOSE CORNUDELLA CAPDEVILA y B. RODRIGUEZ ARIAS  
(Académicos Numerarios)

### Dr. JOSE CORNUDELLA CAPDEVILA

Empezaré diciendo que esta sesión no tiene una temática clínica, sino tal como reza el enunciado, se trata de una exposición doctrinal. Añado también que, prácticamente, el meollo de la cuestión será desarrollado por el Dr. Rodríguez Arias. Yo me limitaré a ser una especie de pregonero a la manera de los que en nuestra juventud nos ofrecían un folleto explicativo de la función en la puerta de los teatros.

---

Según el diccionario, *Premio* es la recompensa que se da al que ha hecho una obra meritoria. Es la consecuencia de haber realizado una labor útil para el protagonista y para la Entidad que la recibe. Es, pues, una cosa constructiva y ejemplar. De ahí que los Premios en la Real Academia

tienen tradición y cultivo permanente. Los motivos son dos: uno para seguir aumentando, sin solución de continuidad, su caudal bibliográfico, que, como se sabe es numerosísimo y de gran abolengo. El segundo, para dar oportunidad a las nuevas generaciones médicas de superar la mediocridad reinante y estimular las inquietudes del saber y, a su vez alcanzar galardones académicos, como el de Miembro Corresponsal por ejemplo, susceptible de servir de eslabón para superiores jerarquías, que unido a otros honores vayan esmaltando la categoría profesional y humana del interesado.

Un Premio ya centenario es el referido a Topografías Médicas. El hecho de haber sido ofrecido repetidamente al correr de los años, demuestra que tiene un valor positivo. De ahí que nuestra Entidad haya tenido

\* Sesión del día 16-XII-75.

interés en reavivar el tema de las Topografías Médicas. Los enormes avances científicos y de todo orden que nos es dable disponer, permiten sean superadas con amplias perspectivas y riqueza documental en las que se produzcan actualmente.

Quizá conviene advertir que el enunciado de este Coloquio peca de confucionismo. No debe interpretarse al pie de la letra el vocablo Topografía en el sentido geográfico puro. La cosa es ahora mucho más compleja. Debe abarcar múltiples disciplinas, hasta el punto que, algunas veces, requiere que sea desarrollada en equipo. Naturalmente, es obligado referirse a la misma área geográfica: comarca, término municipal, población, lugar reducido, etc.

Esas disciplinas se refieren en general al «hábitat» humano. Naturalmente en primer lugar se habla del escenario, o sea el territorio, el cesto donde se irán poniendo las cerezas. Como premisa, diremos que cada uno de los capítulos será tratado bajo tres factores básicos, íntimamente relacionados entre sí, que son el biológico, el social y el económico.

Actualmente priva un concepto genérico que se llama Ecología: o sea, el estudio del medio ambiente. Tiene por factores el clima, las altitudes, la Zoología, la Botánica, la Geología, las aguas en general, las comunicaciones.

Temas importantes son: Estadística de edades: infancia, adultos, madurez; su sanidad: enfermedades co-

rrrientes, epidemias, endemias, subnormalidades, invalidez, con todas las consecuencias económico-sociales que se derivan. Ahora se añade la trashumancia y el «papu» de la población atmosférica, tratados con gran relieve. Los diversos elementos como la química, la industria, los adelantos de todas clases que se van produciendo en nuestra existencia caracterizan las descripciones.

La vida de relación conviene tratarla meticulosamente. Las aguas potables, sus manantiales, conducción, contaminaciones, etc., son factores de primerísima importancia. La agricultura con sus riegos, abonos, las industrias, etc. Ello exige mejoramiento de las condiciones higiénicas sanitarias. Depósitos, embalses, canalizaciones, clorado y otras depuraciones.

Unos factores importantes son las gastroenteritis por beber aguas estacionadas o contaminadas, los aguazales (aiguamolls), viveros de anófeles relacionados con el paludismo; téngase en cuenta los estercoleros, que se vierten en los campos, los animales muertos que por comodidad se echan en las acequias, canales, etcétera. Las epidemias de brucelosis en los ganados bovino, ovino, a granel o en granjas, ahora tan numerosas. La triquinosis en los cerdos.

Prácticas serológicas, vacunaciones, aislamientos, faltas de disciplina en campesinos. Comarcas de montaña o de llanuras, diferencias de diversas clases.

Necesidad de divulgación sanitaria, conferencias, etc., como se ve, el temario es inagotable.

Podrían citarse más elementos, pero alargáramos demasiado esta

intervención. Cedo, pues, la palabra al Dr. Rodríguez para que con su maestría desarrolle el «corpus» de este coloquio y dé lugar a las proposiciones que se estimen pertinentes.

### Dr. B. RODRIGUEZ ARIAS

El doctor José Cornudella, cuya exposición apruebo sin distinguos, ha marcado unos antecedentes, una historia corta y el porqué de llegar a una hipotética o real normativa en la elaboración futura de las tan necesarias Topografías Médicas que se ofrezcan al justiprecio de la Academia.

Cornudella se ha esforzado de años en recomendar la «higienización» plausible de su Juneda natal. Y ha triunfado, por su perspicacia y su contribución insistente en obtener mejoras de orden higiénico vial y deportivo.

Más ulteriormente, ha donado su inmueble patrimonial a la villa, instituyendo una Casa de Cultura y un Museo de objetos y útiles de labranza del lugar, otrora un casi desierto, antes de la *Construcción del Canal de Urgel*.

Quiero evocar los merecimientos, en gcomedicina regional, de nuestro actual «cronista» y, de pasada, la figura del Ingeniero de Caminos, Canales y Puertos, señor Cardenal, autor de dicho canal y padre —por cier-

to— de uno de nuestros «egregios» Académicos —Presidente en tiempos— el doctor Salvador Cardenal y Fernández.

La elaboración de Topografías Médicas, desde hace un siglo largo, galardonadas en porcentajes elevados, año tras año, ha sido timbre de gloria inicial para bastantes de los Miembros ilustres de la Corporación. Nombrados Académicos Correspondientes Nacionales, más tarde «ascendían» —previa votación— a Numerarios, para ocupar, luego y algunos, cargos directivos.

Y es que investigar la geografía médica del Distrito (Cataluña) representa una obligación estatutaria y una suprema tradición.

Junto a la epidemiología regional —en su sentido lato— describir o anotar y señalar las características, si más no, geopolíticas y geoclínicas de cualquier rincón o zona natural del viejo Principado, lo hacen y lo engloban las Topografías Médicas, antaño y hogaño indistintamente.

A menudo, Topografías concebidas en el siglo XIX o a principios del XX

se analizan o se glosan todavía: las de Vich y del valle de Arán, por ejemplo. Que no son, por supuesto, las únicas.

A efectos de terapéutica climática, dos ex Presidentes nuestros, los profesores Bartolomé Robert y Valentín Carulla, cantaron las excelencias —y mandaban a sus clientes a disfrutar del clima— de Camprodón y de Viladrau, en Gerona, respectivamente.

La crenoterapia, quizás indebidamente olvidada, es importante entre nosotros: aguas sulfurosas y demás.

En el mundo alucinante del turismo —principalmente el selectivo— y de los deportes —aconsejados tanto higiofiláctica como terapéuticamente— la geomedicina moderna tiene su gran papel que jugar.

Pero —disculpo la exigencia en las convocatorias anuales de Premios de la Academia— las Topografías galar-donadas no debían repetirse. En la actualidad ya cabe la «re-elaboración», con vistas a un factible examen de progreso en la trayectoria médica (evolución observada).

Aparte de que el más natural criterio de homologación de datos y de comentarios no haya podido establecerse jamás.

En fin, la exigüidad de optantes a Premios, últimamente, ha agravado el problema del uso científico habitual y fortuito de la documentación topográfico-médica acumulada en el transcurso de muchísimas décadas.

Por lo que, vigente la importancia

de seguir estableciendo más y más Topografías Médicas, discutiendo y proponiendo una guía o normativa para su elaboración mejor y tratando de estimular suficientemente a los jóvenes o no tan jóvenes estudiosos en el predio ubérrimo de la sanidad «nostras», conviene plantear sin reservas, abiertamente, unas nociones, unos postulados, una lista mínima de averiguaciones de todo orden, la realidad ostensible y un futuro inmediato lógico.

He aquí, esquemáticamente ideado, un plan de trabajo, similar donde fuere aplicado:

1. Sin excluir las topografías médicas referidas —solamente— a lugares o municipios de aldeas, pueblos o ciudades, interesa en cabeza la auténtica o más genuina y lógica Topografía Médica de las comarcas naturales. Véase, singularmente, las descritas por la Generalidad de Cataluña.

2. Dada la complejidad inherente a las investigaciones que se proyecten en materia de geografía médica al día, que no es tan simple y casi personal de una época bastante reciente, se impone que la establezca un equipo.

Antes la higiene pública era francamente limitativa y las características nosológicas harto elementales. Y lo restante se acostumbraba a silenciar o a negligir por accesorio.

Hoy, con medios de transporte a placer, núcleos agrícolas o industriales no pequeños, una higiene más

extensa, los problemas de la salud ambiental en danza, la enseñanza, el bienestar social, etc., etc., la tarea ha de incumbir a un equipo de expertos sanitarios y afines.

El promotor, el director, no obstante, habría de ser un sanitario «vera efigies».

3. La historia política, la de los moradores, debe conocerse, más asimismo el porqué de la situación (geografía), con sus antecedentes y realidad en cuanto a geología y a ecología.

Los verdaderamente oriundos y los inmigrados, antiguos y definitivamente asentados o radicados de tiempo y llegados ha poco.

El clima, los recursos naturales y su defensa, la higiene milenaria o de otrora, la existencia de aguas mine-ro-medicinales, el bienestar económico de la comunidad, la mejor salud de sus habitantes, etc.

Tiene que garantizarse, ya, la prevención o profilaxis de las enfermedades y su terapéutica moderna, individual o colectiva, y un nivel mínimo de bienestar social.

De compulsar metódicamente los antecedentes geomédicos, podrá deducirse en el terreno de la lógica lo que interese más ante un futuro aceptable.

4. En estas condiciones, de postulado fundamental, la mejor investigación sabría cumplirla un equipo de médicos, farmacéuticos y veterinarios, auxiliados por biólogos, geólogos e ingenieros y arquitectos sanitarios, cuando menos.

Estimamos un tanto adventicia, opuestamente, la gestión de más facultativos, sea en historia, en lingüística, en leyes, en economía, en estadística, etc.

El «leit motiv» de nuestras Topografías es epidemiológico, nosológico, terapéutico, higioprofiláctico y ejemplar para la asistencia clínica, la salud y un estado de higidez somática y psíquica duradero.

5. El conocimiento —más bien sumario, aunque suficientemente dimensional— de la ecología lo juzgamos obvio.

Los primeros hombres que escogieron un «dónde» situarse para asegurar una existencia vital, no lo fue por vulgar capricho u ocurrencia. La naturaleza —beneficiosa o insoponible— constreñía a las reducidas masas de población a disponer fácilmente de los más indispensables medios de subsistencia: temperaturas no letales, agua en las cercanías, productos comestibles esenciales, desplazamiento factible, etc.

Conviene, así, hablar de climatología, de manantiales, de la zoología, botánica y mineralogía del paraje, de los cursos de agua, etc.

Los restos prehistóricos —si los hay— y la enumeración y singularidades de los poblados «ab initio» —desaparecidos o en ininterrumpido avance— pueden ilustrar mucho al sanitario de nuestros días.

Y las excavaciones —al azar o documentadas y en serie, de haberse logrado practicarlas— facilitan un sinfín de razonamientos, sea de in-

dole profiláctica, higiénica y asistencial.

La protección a ultranza de la cada vez más frágil y necesitada salud ambiental —una de las metas de la O.M.S.— tiene sus raíces en la Ecología de las comarcas naturales.

Y no echemos en saco roto, por último, lo absurdo, lo perjudicial o lo inoperante —en los mapas sanitarios de la nación— de ciertos límites administrativos de las provincias.

6. El desarrollo armónico, incesante y cabal, hasta nuestros días, de los poblados originarios, alecciona de veras al médico que va en pos de prevenir o de remediar enfermedades: hereditarias, congénitas y degenerativas, parasitarias o infecciosas, accidentales, seniles o involutivas, profesionales, de vicios sociales, etc.

Los aborígenes, en sus múltiples contornos y en sus porcentajes, pese a su no único foco racial, deben separarse clínicamente de las masas de inmigrantes.

Precisa estudiar las causas —más bien de orden contingente o anecdótico— de las oscilaciones inmigratorias y emigratorias de los habitantes integrados en un censo, el asentamiento definitivo de los foráneos, en virtud de conseguir la estabilidad o el mejoramiento económico apetecidos y lógicos o de dar y disfrutar del ambiente cultural buscado.

A veces, la soñada integración en un nuevo medio físico, laboral y de cultura resulta ardua o imposible. El

porqué del fracaso debe investigarse y discutirse.

Y de no fallar los niveles anhelados de enseñanza, de trabajo, de asistencia sanitaria, de esparcimiento y de confort, en el ocaso de la vida, en la senectud y en la tan llevada y traída tercera edad, la trayectoria clínica y socioeconómica sería al parecer inmejorable.

Sin duda por eso, el sospechado alto número de ancianos de más de 80 años —que nuestra Academia quiere estudiar— ha de tranquilizar a gerontólogos y geriatras y a los economistas nacionales.

7. La catalogación y el análisis de los recursos propios de la zona importa sobremanera.

El volumen y la calidad de los alimentos a mano, los puestos de trabajo en la agricultura de siglos o guiada por la tecnología, las instalaciones industriales subsidiarias y las no demasiado exóticas, el comercio de rigor, etc., requieren una explicación y una glosa.

El individualismo a ultranza, el cooperativismo, la mutualidad de intereses y de propósitos, no desconocer la marcha de las finanzas y de la política local y del territorio práctico, incrementan o regularizan el supremo bienestar personal y común.

8. La higiene pública ha de rehuir un «modus operandi» caprichoso, mezquino y anárquico, para ajustarse a las ordenanzas de la Sanidad Nacional y de la O.M.S. Por lo que hay que tratar, claramente, del abasteci-

miento de aguas y de los vertidos de excretas y de las basuras, de los mercados y tecnología aneja, de los cementerios, de los viales.

Los mataderos, el alcantarillado, la limpieza de las calles, la eventual contaminación de las industrias, el régimen y calidad de las viviendas y otros problemas conexos meritan sobradamente una atención sanitaria y social en nuestro cometido académico.

Y si lo mutual en higiene destaca por su enorme valor profiláctico, los cuidados del hombre aislado, su conducta en los lugares de trabajo, de reunión, de espectáculos, etc., o bien su aseo propio y en la casa, su dieta y sus hábitos, censurados o transigidos, tienen que observarse discrecionalmente o vigilarse.

Hay rincones o muy extensos terrenos, en los que se logró erradicar, ya, el paludismo, la lepra o un conjunto de parásitos de raigambre y de morbilidad diferentes. Pero algunos géneros y especies no se han extinguido del todo y en más de un paraje la endemidad —atenuada— no ha concluido.

Un plan racional y perseverante de exámenes clínicos de salud y de inmunizaciones se juzga obvio. Y la asistencia médica de urgencia o diferida, para curar precozmente estados patológicos o bien para llegar a predecir dolencias evitables representa una obligación elemental de las municipalidades.

9. Actualmente, la práctica del deporte simboliza una medida de or-

den higiénico de extraordinaria validez y trascendencia.

He aquí el auge de los complejos polideportivos, en los que se fomenta la salud física —de mantener una tónica normal de juego y de no cultivar lo peligroso— y el mejor equilibrio psíquico, en su doble vertiente de reposo —tras las jornadas de trabajo— o de solaz y educación.

Las reglas del juego exigen disciplina y convivir a lo tolerante.

Instruida y educada «ad hoc» una masa de vecinos, el tan cacareado e insoslayable espíritu de civismo se alcanza más rápida y eficazmente.

10. Inútil advertir que el sistema usual de la enseñanza pública ha de quedar garantizado.

La higiene escolar demanda al presente buenos edificios donde impartir las lecciones, personal docente apto y no escaso, revisiones médicas frecuentes del alumno, consejos a los padres o familiares y la senda de una conquista pedagógica moderna.

La fundación de «casas de cultura», con museos, bibliotecas y dependencias análogas, de tertulia, de conferencias, de representaciones teatrales de ensayo, de talleres artísticos, etc., es un paso más en el camino de una ambición justa y útil.

Y si la red de comunicaciones intermunicipales o a larga distancia se estima nada parca, el derecho a aprender lo básico, a ser culto, a no carecer de lo inherente a un nivel medio de vida y a una asistencia terapéutica y preventiva de nación civilizada y occidental, no sufrirá mer-

ma, ni llevará al desdoro de la patria grande y de la chica.

Porque la gente ha de vivir en condiciones francamente humanas, desahogadamente e inmersa en urbanizaciones, con enseres domésticos, muebles y estancias, de un lado higiénicas y no harto minúsculas o sencillas y de otra parte agradables o reconfortantes.

Un escalón más hacia el bienestar social, pregonado acá y acullá e inseparable de la dignidad humana y de nuestro credo.

11. La inquietante y multidimensional problemática de la Asistencia Médica es fundamental. El funcionario público ha de resolverla y el médico libre de familia no puede sentirse insolidario o artífice de una actuación clínica ambigua o recoleta, es decir, oculta.

El porcentaje internacional de camas hospitalarias no tendría que escamotearse, la instauración de la diversidad de centros suplementarios tampoco, la idoneidad y presteza en la labor clínica todavía menos y, alargando la gama de actos médicos y su significado, con los nosocomios para crónicos y las residencias para ancianos.

A lo privativa o exclusivamente local, importa agregar lo comarcal y provincial y, por supuesto, lo regional o nacional.

Desde una consulta externa, del tipo que sea, hasta un complejo asilar —vieja o perfecta estampa— nada debería echarse de menos.

Y entre las mallas de lo estatal,

la más sacerdotal praxis libre, con o sin seguro voluntariamente contratado.

Se declara «urbi et orbe» que la calidad de la enseñanza y de la asistencia clínica y médico-social enaltece a los pueblos civilizados. Es así y no cabe olvidar este ingente y originario deber de la comunidad.

Y en las Topografías Médicas conviene que resalte su obligatoriedad y su bajo cumplimiento, de no pasar de ahí.

12. Las estadísticas oficiales de morbilidad y de mortalidad tienen que analizarse a lo exhaustivo. Ya que permiten numerosas deducciones en el campo ubérrimo de la epidemiología y de los perfiles nosográficos.

Los errores o las benignas ocultaciones diagnósticas, pueden subsanarse en las meticolosas entrevistas —dirigidas con ingenuo tacto— a los facultativos que contribuyen a darles vida o que ejercen tradicionalmente a los habitantes censados.

El simbolismo genuino de las epidemias, la endemividad no desarraigada, la incidencia de los procesos morbosos comunes, las rarezas casuísticas, la proporcionalidad fija o cambiante de subnormales y de inválidos de naturaleza varia, la longevidad de familias, etc., ha de estudiarse.

Los resultados terapéuticos, de las inmunizaciones realizadas y, hoy asimismo, de los «chequeos» o de los ordenados y espontáneos exámenes de salud, ilustran lo suyo.

La geomedicina clínica propiamente dicha coadyuva a fijar los mapas epidemiológicos y el índice de salubridad o el atractivo verdad de zonas y villas, orográfica, hidrográfica, plutocrática, turística, burocrática y políticamente no iguales.

13. La climatoterapia, la crenoterapia, la dietoterapia, clinoterapia o ergoterapia selectivas, la ludoterapia, etc., como foco de turismo racional e higiénico, quizá deberían subrayarse muy inteligente y realísticamente en las Topografías Médicas que propugnamos.

Con el inequívoco o flagrante «conditio sine qua non» de no velar los defectos de instalaciones, de servicios, de gerencia, etc., en aras de la bondad ofrecida, jamás total.

Una propaganda, noble y digna, de los recursos higiénicos y curativos a que venimos aludiendo, habría de barrer las más socorridas en el comercio, poco honorable, de cariz apoteótico o triunfalista.

14. La ausencia de coordinación en los quehaceres públicos, la ignorancia o desprecio de la tarea mutua y esa arcaica y ominosa «insolidaridad de las corporaciones», demanda críticas objetivas y soluciones.

Los proyectos de mejoramiento sanitario, en su más amplia dimensión, y a modo de colofón, no pueden negligirse.

Tienden a señalar un mañana de progreso, de humanismo y de felicidad, sin pinitos de utopía a lo bobo o candoroso.

En las tierras ibéricas no se han eliminado de raíz los «reinos de taifas» o el «marcialismo» estéril de los jefes y en nuestro «hábitat», el de las cercanías, el señuelo de la «botigueta» o la aspiración —modesta, también pancista— del «ja està bé», llegan a ser brutalmente perturbadores. Y no blasonemos de conciencia política, de occidentalismo, de derechos humanos, de dignidad ciudadana, etc., si el egoísmo no quiere o no sabe resolver las necesidades que se califican de igualitarias para todos.

15. La elaboración de Topografías Médicas es fuente de documentación geomédica, acaso inédita, generalmente parcial y desperdigada, aunque en un marco de omnicompreensión sanitaria ha de representar —además— un programa de actuación, de designios y de comunitarismo en el ejercicio de la carrera galénica y una meta en el más inmediato de los futuros que ya vislumbrare y encareciere a sus discípulos Hipócrates.

En suma, un ayer, un hoy y un mañana, de la ciencia y del arte de curar en el «hábitat» donde nos movemos.

Las consideraciones que acabamos de exponer, los datos y puntos de vista que hemos aducido, los estímulos y los modos de obrar aconsejados, el panorama de un camino de estudio topográfico, la calidad y enjundia de lo pretendido y los corolarios de la investigación geomédica bosquejada, no suponen una limita-

ción y no constriñen a una norma ortodoxa.

Cualquier otro módulo de investigación topográfico-médica, cualquier otra normativa, habrá de valer tanto como la nuestra, si no silencia u omite nociones o argumentos genuinos, si afronta las mismas cuestiones.

Y si en la polémica que deseamos suscitar, la ratificación o rectificación de lo que opinamos conduce a una normativa impersonal o menos personal que la abordada, el triunfo será académico. A ello vamos.

Hemos preparado de antemano unas conclusiones «ad modum laudum», que la Academia hará o no hará suyas.

Ésas conclusiones, que recogen a priori una línea de trabajo, encarnarán a posteriori, aceptadas o modificadas, un pensamiento de traza comunitaria, usualmente mejor.

Y nada más, pues basta lo expuesto o las indicaciones formuladas.

## COLOQUIO

El doctor Pedro Domingo (Presidente) agradece la contribución —marcadamente estatutaria por su significado orientador, en líneas generales— de los dos Académicos disertantes. Han referido antecedentes históricos, han glosado y defendido una normativa de estudio o investigación, a su juicio óptima en los mo-

mentos presentes, por lo que tienen preparada una conclusión en forma de laudo.

Muy lógicamente, tras el coloquio que se suscite. Invito, pues, termina diciendo, a quienes escuchan, manifiesten su opinión al respecto.

El doctor Joaquín Salarich, alude a los trabajos realizados por su abuelo y por su padre, que merecieron sendos galardones y que todavía se evocan frecuentemente.

La Topografía médica de Vich, v. gr., constituye un gran documento histórico, que habría de completarse hoy.

Y espera que la sugerencia, hecha iterativa y últimamente, de llevar a cabo las topografías médicas de las comarcas naturales Ausona y Guillerías, sea escuchada por los que acceden al ejercicio de una profesión sanitaria.

Felicita a ambos expositores por su iniciativa.

El doctor Moisés Broggi subraya el interés, habido constantemente, de examinar y razonar las peculiaridades médicas y sanitarias de las muy variadas comarcas del país.

A lo que nos legaron nuestros maestros, debe seguir una investigación geomédica de tipo actual.

También felicita a sus consocios por el acierto que representa su labor pro-medicina catalana.

El doctor M. Carreras Roca abunda en lo que se viene diciendo y propugnando, ya que es misión ordenada la de las Topografías citadas.

Topografías que revelan nociones y anécdotas, ocasionalmente ignoradas por muchos, de los a seguida designados Académicos Correspondientes, si lograron el Premio de uno de los Concursos anuales.

El doctor José Séculi quiere destacar la intervención de los veterinarios en la elaboración de esas Topografías, máxime en Cataluña donde las industrias alimentarias se multiplican y donde las antropozoonosis merecen una atención clínica y etioepidemiológica perenne y laudable.

Y encomia la oportunidad y la normativa que brindan sus colegas.

El doctor Antonio Cardoner, por su afición a la historia, trae a colación las ideas de Hipócrates, se muestra decididamente partidario de favorecer el auge con reglas muy al día de la llamada geografía médica de zonas, villas y lugares y de tutelar o aconsejar su puesta en marcha.

Aplaude, en fin, la idoneidad de la marcha de los trabajos recomendados, tan útiles en cualesquiera de las fases de la vida académica.

El doctor P. Domingo da las gracias a los Académicos que han intervenido en el coloquio abierto, con pareceres que rubrican los argumentos y los deseos de los doctores B. Rodríguez Arias y José Cornudella, no le extraña hayan sido elogiados por lo dicho y su propósito de trazar una normativa y les invita a formular una conclusión.

He aquí la que leen y someten a la estimación de los concurrentes.

## CONCLUSIONES

La elaboración de TOPOGRAFÍAS MEDICAS, en el Distrito (Cataluña), supone cumplir una de las tres misiones fundamentales que nos atribuye la Administración del Estado, interferida a menudo con las otras dos.

También supone reverenciar y dar vigencia a una tradición importante, la de los PREMIOS instituidos, ya centenarios.

Pero hasta el momento actual la disemblanza o el valor relativo de los estudios verificados al respecto, ha quitado trascendencia verdad al empeño corporativo y ha impedido sacar provecho de índole comparativo a los trabajos galardonados.

Y, de otra parte, la O.M.S. viene señalando y aconsejando marchas de investigación de alcance o virtud epidemiológica «sensu lato», higiénica y de contexto sanitario y social, con antecedentes y nociones clínicas.

Así las cosas, se impondría de lleno, entre nosotros, trazar una **NORMATIVA**, que sirva de estímulo y de guía a los estudiosos del día, por cierto hartos limitados.

Sugiriendo, además, la forma de obtener un resarcimiento económico.

A nuestro juicio, habría de constreñirse la investigación mencionada a lo siguiente:

1. Ecología.
2. Geopolítica. Historia y situación actual.
3. Recursos naturales.

4. Higiene pública. Instalaciones y funcionamiento o vigilancia.
5. Enseñanza, movimiento cultural y bienestar.
6. Trabajos: agrícola, industrial, comercial, profesional, etc.
7. Asistencia hospitalaria e individual, terapéutica y preventiva.
8. Morbilidad y mortalidad. Características locales.
9. Climatología. Crenoterapia. Deportes. Turismo.
10. Futuro previsible, para la salud.

El que aceptare el encargo del estudio o lo decidiere por sí mismo habría de formar o de integrarse en un «equipo», de sanitarios y afines.

El Presidente —que indica la validez doctrinal y táctica de una conclusión no improvisada ahora— determina aprobarla, sin voces discordantes, a modo de laudo.

Laudo que será discutido y hecho suyo —si procede— por la Real Corporación en una de las sesiones plenarios de gobierno que celebre.

Reconocido a todos por la gran tarea efectuada y llevada a buen término.

## ESTUDIO DE UN BROTE TOXICO ORIGINADO POR ENTEROTOXINA ESTAFILOCOGICA DEL TIPO MIXTO «A» Y «C»

GUILLERMO SUAREZ FERNANDEZ

Catedrático de Microbiología, Facultad de Farmacia, Barcelona

ANTONIO RODRIGUEZ TORRES

Catedrático de Microbiología e Higiene, Facultad de Medicina, Valladolid

### I. INTRODUCCION

La intoxicación humana de origen estafilocócico debe considerarse como un proceso grave, en especial para niños, ancianos y personas de salud delicada y, en todo caso, resulta siempre una desagradable experiencia para el inadvertido consumidor.

Es, sin duda, la intoxicación alimentaria de origen bacteriano de más frecuente presentación en nuestro país en los momentos actuales.

Anteriormente, uno de nosotros ha tenido la oportunidad de estudiar una serie de estirpes de *Staphylococcus aureus* sospechosas de originar brotes amplios de intoxicación en colectividades humanas y ha podido caracterizar, como posible causa, estirpes de estafilococos productores de enterotoxinas tipos A y E independientes, según el caso.

Debe destacarse el hecho de que es muy poco frecuente el hallazgo del tipo E de enterotoxina como causa de intoxicación humana espontánea, por lo que el aislamiento de un estafilococo potente productor de este tipo de toxina a partir de un queso de cabra inculcado de originar casos de intoxicación humana en la provincia de Barcelona, en el mes de septiembre de 1974, revestía un especial interés (10).

Las enterotoxinas estafilocócicas son exoproteínas producidas por estafilococos en los alimentos, posiblemente en el tracto intestinal y en infecciones y sobre medios de cultivo en el laboratorio con una finalidad experimental.

En distintas épocas hemos publicado amplias revisiones sobre el tema (8) (9).

En la actualidad se conocen siete tipos diferentes de enterotoxinas A,

B, C<sub>1</sub>, C<sub>2</sub>, D, E y F, si bien la última no ha sido perfectamente aislada e identificada todavía a pesar de la certeza de su existencia desde hace varios años (9).

El diagnóstico de los procesos tóxicos de origen estafilocócico, su caracterización epidemiológica, se viene realizando por métodos indirectos, lo que requiere la enumeración y aislamiento de las cepas de estafilococo sospechosas con un posterior ensayo de enterotoxigenicidad y la comprobación de este carácter necesita a su vez, como mínimo, los siguientes pasos:

a) Ensayo de producción de toxina en medios de laboratorio.

b) Inoculación en animales sensibles y/o, con preferencia, practicar reacciones serológicas por precipitación en gel, usando como antígeno la toxina producida frente a sueros anti-enterotoxina polivalentes o monovalentes y en este último caso puede determinarse, incluso, el tipo de toxina.

Debemos tener presente, sin embargo, que el aislamiento de estafilococos coagulasa positivos de un alimento implicado en una intoxicación alimentaria constituye, única y exclusivamente, una evidencia circunstancial de que el verdadero agente etiológico ha sido encontrado.

En efecto, la determinación serológica o por medio de animales de experimentación, de que una cepa aislada es capaz de producir enterotoxina en los medios artificiales, no prueba que hizo lo mismo en el ali-

mento aunque ciertamente exista una elevada probabilidad de que haya sido así en especial si el número de estafilococos por gramo sobrepasa la cifra de un millón.

En definitiva, únicamente la demostración de la enterotoxina en el propio alimento nos da la seguridad absoluta de que ha sido la causa de una intoxicación. Se requiere, naturalmente, realizar una extracción y purificación de la toxina antes de poner en práctica la prueba de diagnóstico elegida y ésta debe ser lo suficientemente sensible para detectar concentraciones aproximadas de un microgramo de enterotoxina por cien gramos de alimento, condición que cumplen las pruebas de precipitación por difusión en gel a escala de micrométodo, la inhibición de la hemaglutinación y el radioinmunoensayo.

Toda esta metodología es realmente compleja y no se ha aplicado, hasta el momento, en el estudio de brotes de intoxicación alimentaria de este origen en nuestro país y por esto debiera de constituir en estos momentos una aspiración urgente a satisfacer por los correspondientes Servicios Sanitarios Centrales, dependientes de la Escuela Nacional de Sanidad.

Esto nos lleva, por otra parte, a considerar la importancia de una valoración correcta de los resultados de una investigación epidemiológica de esta naturaleza cuando el estudio del brote tóxico se realiza por métodos indirectos.

## II. EPIDEMIOLOGIA

1. *Datos clínicos.* — La intoxicación ocurrió el viernes día 11 de julio de 1975 y afectó a 16 productos de la empresa Safem-Michelin, en Valladolid. La comida se sirvió entre las 13 y 14 horas y el primer caso apareció a las 17.30 horas con un cuadro de vómitos, diarreas líquidas, sudoración fría y malestar general. A lo largo de la tarde aparecieron 4 casos similares al anterior y otros 11 que presentaron un cuadro más benigno con plenitud gástrica, sudoración fría, dolores cólicos y deposiciones líquidas pero en escaso número. En el plazo de 48 horas, como máximo, se habían recuperado la totalidad aun sin haber sido sometidos a tratamiento.

2. *Datos de inspección.* — Ante la denuncia de la posible intoxicación hecha a la Jefatura Provincial de Sanidad de Valladolid fueron realizadas dos inspecciones a los locales, cocinas y comedor de la citada empresa los días 11 y 12 en el curso de las cuales se tomaron muestras de alimentos del menú del día, consistentes en: lentejas con chorizo, ensaladilla rusa, bonito con mahonesa y cordero estofado. Se realizó también un estudio en el personal de esas dependencias y que consistió en: escobillonaje rectal, toma de exudado nasal, frotis ungueal y extracción de sangre. Se pudo analizar una muestra de heces de uno de los afectados.

3. *Datos iniciales de laboratorio.* Con las muestras obtenidas procedimos al estudio inmediato, que consistió en lo siguiente:

1.º Las muestras de heces, escobillonaje rectal y alimentos se sembraron en medios de SS, Levine (EMB), TCBS, Manitol sal agar y dos tubos de enriquecimiento de agua de peptona y caldo selenito que se sembraron en placa de TCBS y SS respectivamente.

2.º Los frotis ungueales y nasales se sembraron en medio de Manitol sal agar y con las colonias sospechosas se practicó la prueba de la coagulasa.

3.º En los sueros se realizaron aglutinaciones frente a los antígenos somáticos y flagelar de *Salmonella typhi* y *Salmonella paratyphi A* y *B*.

4. *Resultados previos.* — Se aislaron 5 cepas de *Staphylococcus aureus* procedentes de:

- a) Toma nasal de un pinche de cocina.
- b) Heces de uno de los afectados.
- c) Salsa mahonesa.
- d) y e) Dos muestras de ensaladilla rusa.

La investigación de enterobacterias patógenas dio resultado negativo.

Los gérmenes se clasifican, de manera convencional, como *S. aureus* en atención a ser, todas las estirpes, cocáceas típicamente agrupadas, catalasa y Gram positivas fermentado-

ras del manitol en anaerobiosis, productoras de coagulasa, desoxirribonucleasa, hemólisis, licuación de gelatina, acción reductora sobre nitratos y telurito potásico y pigmentación dorada.

Las características bioquímicas y fisiológicas estudiadas conducen a pensar que se trata de un único microorganismo, pero este extremo resulta del máximo interés desde el punto de vista epidemiológico y, por tanto, requería una comprobación más amplia incluyendo la tipificación por bacteriófagos y la demostración de enterotoxigenicidad y tipo de toxina producida por cada microorganismo de diferente origen.

En otro orden de ideas cabe señalar que la sintomatología, período de incubación y evolución epidemiológica del brote en estudio es típica de una intoxicación alimentaria producida por la ingestión de enterotoxina estafilocócica formada en el propio alimento.

5. *Medidas de urgencia adoptadas.* — Retirar provisionalmente de su trabajo al pinche de cocina y portador y someterlo a tratamiento con oxacilina.

Extremar el control higiénico de todo el personal que manipule alimentos, exigiendo un lavado y desinfección frecuente de las manos.

Evitar en la época de verano los alimentos potencialmente más peligrosos desde el punto de vista que nos ocupa (mahonesa, cremas, natas, etc.).

Impedir el acceso a las dependencias de cocina de toda persona ajena al servicio.

### III. ESTUDIO DE LAS ESTIRPES SOSPECHOSAS

1. *Características de crecimiento en medio selectivo sólido.* — Se utilizan el medio de Baird-Parker y un medio propio (Suárez) descrito ya anteriormente de la siguiente composición (7):

Extracto de levadura (Difco) . . . . .	4 g
Tripticasa (BBL) . . . . .	12 g
d-Manitol (Difco) . . . . .	10 g
Cloruro sódico (Merck) . . . . .	75 g
Bacto-Agar . . . . .	15 g
Fucsina ácida (Schering-Khalbaum) al 0,5 por cien decolorada con NaOH . . . . .	10 ml
L-Cistina (Difco) . . . . .	0,25 g
Acido tioglicólico (Difco) . . . . .	0,3 ml
Actidiona (Upjohn) . . . . .	400 mg
Agua . . . . .	1000 ml
pH = 7'3 ± 0'1	

En ambos medios se adicionó un 2 por cien de yema de huevo.

Los cultivos se observan a las 48 horas de incubación a 37°C, apreciando sobre el medio de Baird-Parker las propiedades de reducción del telurito potásico y producción de halo en torno a las colonias y en el medio salino con manitol y fucsina la coloración de las colonias por for-

mación de pigmento, la fermentación del manitol en las especiales condiciones del medio y la producción de halos de opacidad debido a la producción de las enzimas lipasa y esterasa al actuar sobre los lípidos aportados con la yema de huevo.

2. *Extensión de la caracterización bioquímica.* — Además de repetir las pruebas bioquímicas iniciales, se introduce el estudio de las siguientes características diferenciales: formación de ácido a partir del manitol en condiciones de aerobiosis y anaerobiosis, producción de toxina alfa, de endonucleasas termorresistentes, de fosfatasa y pruebas de sensibilidad a la novobiocina.

Los métodos seguidos han sido descritos en publicaciones anteriores (6) (7) y básicamente son los de Mossel (5) para la fermentación del manitol, de Elek y Levi (3) para la hemolisina alfa, de Lachica y Deibel (4) para endonucleasas termorresistentes, de Barber y Kupper (1) para la fosfatasa y normas de manual (Difco) para las pruebas de sensibilidad a la novobiocina y coagulasa.

3. *Capacidad de producción de enterotoxina en medios de cultivo.* — El método seguido a fin de comprobar esta propiedad es el clásico de Casman y Bennet (2) a base de agar BHI semisólido a pH 5.5 sembrando en superficie cuatro gotas de un cultivo de 24 horas en BHI de la cepa en estudio y extendiendo por

diseminación con varilla de vidrio acodada. Las placas se incubaron por espacio de 48 horas a 37°C. El contenido de cada placa se centrifugó en tubos de 50 ml. a 5.000 r.p.m. durante 10 minutos y la parte sobrenadante fue utilizada como antígeno en reacciones de precipitación por difusión en gel.

El medio de agar BHI semisólido se eligió frente a los más precisos de cultivo en saquito de celofán en medio líquido o sobre celofán en placa de agar nutritivo, porque resulta suficiente en la mayoría de los casos sin necesidad siquiera de proceder a la concentración de la enterotoxina.

4. *Investigación de la enterotoxina.* — La detección de la enterotoxina a partir del sobrenadante se realizó por medio de una modificación del método de Ouchterlony con un óptimo de sensibilidad (6).

Se utilizaron en este caso placas de Petri (Falcon Plastics) de 50 x 100 mm preparadas ya para pruebas de difusión en gel conteniendo una capa fina de agar tamponado y con una fuente central de 3 mm Ø y seis laterales equidistantes entre sí y con el pocillo central, con separación de 3 mm.

El antisuero se depositó en la depresión central, la enterotoxina control en dos laterales contiguas y la enterotoxina problema en los orificios laterales.

Las enterotoxinas patrón y los sueros anticorrespondientes procedían del Instituto de Investigación Ali-

mentaria de la Universidad de Wisconsin y se utilizaron en las diluciones y cantidades especificadas por dicho Centro para las toxinas A, B, C, D y E y sus correspondientes antisueros.

El desarrollo de la reacción de precipitación por difusión en gel se realizó incubando las placas de Petri en cámara húmeda a 37°C por espacio de 18 horas.

5. *Tipificación por bacteriófagos.* Se realizó en el laboratorio de referencia para estafilococos dependiente del Laboratorio Central de Salud Pública en Colindale (Londres), utilizando las series de fagos números: 29, 52, 52A, 79, 80, 3A, 3C, 55, 71, 6, 42E, 47, 53, 54, 75, 77, 81, 83A, 84, 85, 94, 95 y 96. El cultivo de los bacteriófagos por propagación sobre estirpes determinadas de *S. aureus* se realizó de acuerdo con el método de Swanstrom y Adams (11).

La titulación de bacteriófagos y la determinación de la RTD (dosis de rutina) se verificó también sobre las propias cepas propagadoras de *S. aureus* de acuerdo con las normas del mencionado Laboratorio de Referencia y a las que nos hemos referido ya en publicaciones anteriores (6) (7).

#### IV. RESULTADOS Y DISCUSION

1. *Identificación previa y comparativa.* — Las características de crecimiento en medio sólido especial-

mente sobre agar-cloruro sódico-fucsina ácida, estabilizado, sugieren la existencia de dos tipos de colonia, únicamente.

Una que correspondería a la estirpe procedente de la toma nasal efectuada al pinche de cocina, y otra, semejante, aislada de las muestras de heces, salsa mahonesa y ensaladilla rusa. En este segundo tipo la tonalidad dorada resultaba más marcada, así como los anillos de opacidad en torno de las colonias debido a la acción lipolítica.

2. *Estudio fisiológico y bioquímico.* — Las cinco cepas estudiadas dieron resultado positivo a todas y cada una de las siguientes características diferenciales del género *Staphylococcus*:

Pigmentación.

Fermentación anaeróbica del manitol.

Fermentación aeróbica del manitol.

Producción de fosfatasa.

Formación de endonucleasas termorresistentes.

Licuefacción de gelatina.

Reducción del telurito potásico.

Reducción de los nitratos.

Producción de coagulasa.

Sensibilidad a la novobiocina.

3. *Investigación de la enterotoxina.* — Resultó ser una prueba diferencial entre las dos estirpes siendo positivas, para los tipos A y C de enterotoxina, las cuatro cepas aisladas de heces y de alimentos inculpados

de originar el brote tóxico que nos ocupa y negativa la aislada del pinche de cocina.

Debemos hacer un énfasis especial en que es esta la primera vez que se aísla e identifica en España una cepa de *Staphylococcus aureus* productora del tipo C de enterotoxina, habiéndolo hecho anteriormente con los tipos A (7), D (6) y E (10).

#### 4. Tipificación por bacteriófagos.

La cepa aislada del portador sospechoso muestra un fagotipo 29/42E. El resto tiene un comportamiento semejante frente al grupo de fagos no resultando posible la tipificación, excepto en la estirpe aislada de las heces del paciente, que ofrece reacciones muy débiles a  $RTD \times 100$  frente a los fagos 42E/77, lo cual más afirma que niega una posible identidad con las cepas aisladas de los alimentos sospechosos.

Por otra parte, no queda duda ninguna de que la estirpe aislada del portador sospechoso (pinche) es diferente al resto y no productora de enterotoxina, como queda expuesto, y este hecho viene a resultar un importante dato para el análisis epide-

miológico del brote tóxico en cuestión.

## V. RESUMEN

Se estudia desde los puntos de vista epidemiológico y microbiológico un brote tóxico alimentario acaecido en los comedores de la Empresa Saffem-Michelin en Valladolid en el mes de julio de 1975.

El análisis microbiológico y de potencialidad toxigénica de cinco estirpes del género *Staphylococcus* aisladas de alimentos inculpados y de un portador sospechoso, permiten descartar el papel de este último en la presentación del caso de intoxicación alimentaria que nos ocupa.


El ensayo de producción de enterotoxina en medios artificiales resultó positivo, en cambio, para los tipos de enterotoxina A y C en las cepas aisladas de los alimentos sospechosos y de las heces de un enfermo, tratándose, muy probablemente, de una estirpe única.

Por último, debemos resaltar el hecho que se produce por vez primera de la identificación del tipo C de enterotoxina estafilocócica en nuestro país.

## BIBLIOGRAFIA

1. BARBER, M. y J. W. A. KUPPER: 1951. Identification of *Staphylococcus pyogenes* by phosphatase reaction. J. Pathol. Bacteriol. 63:65-68.
2. CASMAN, E. P. y R. W. BENNET: 1963. Culture medium for the production of staphylococcal enterotoxin. A. J. Bacteriol. 86:18-23.
3. Elek, S. D. y E. Levy: 1950. Distribution of haemolysins in pathogenic and nonpathogenic staphylococci. J. Path. Bacteriol. 62:541-554.

4. LACHICA, R. V. F. y R. H. DEIBEL: 1969. Detection of nuclease activity in semisolid and broth cultures. *Appl. Microbiol.* 18:174-176.
5. MOSSEL, D. A.: 1962. Attempt in clasification of catalase positive staphylococci and micrococci. *J. Bacteriol.* 84:1.140-1.147.
6. OVEJERO DEL AGUA, S., G. SUÁREZ y A. SANTOS: 1971. Significado higiénico de la presencia de estafilococos patógenos o sus toxinas en leche en polvo. *Microbiol. Españ.* 24:287-302.
7. SUÁREZ FERNÁNDEZ, G.: 1966. Microflora estafilocócica de leche natural. *An. Fac. Vet. León.* 12:11-166.
8. SUÁREZ FERNÁNDEZ, G.: 1968. Enterotoxinas estafilocócicas. *Rev. San. Hig. Públ.* 1-2:47-81.
9. SUÁREZ FERNÁNDEZ, G. y S. OVEJERO DEL AGUA: 1974. Intoxicación estafilocócica. Ponencia presentada a la II Reunión Científica de la Sociedad Española de Microbiología (Sección Noroeste).
10. SUÁREZ FERNÁNDEZ, G.: 1975. Estudio de estirpes de *S. aureus* implicadas en casos de intoxicación humana. Comunicación presentada en el V Congreso Nacional de Microbiología.
11. SWANSTROM, M. y M. H. ADAMS: 1951. Agar layer method for production of high titre phage stocks. *Proc. Soc. exp. Biol. and Med.* 78:372.



La acción  
penicilínica  
más prolongada

# *benzetacil*

Se adapta a todas las necesidades terapéuticas  
de las infecciones penicilin-sensibles

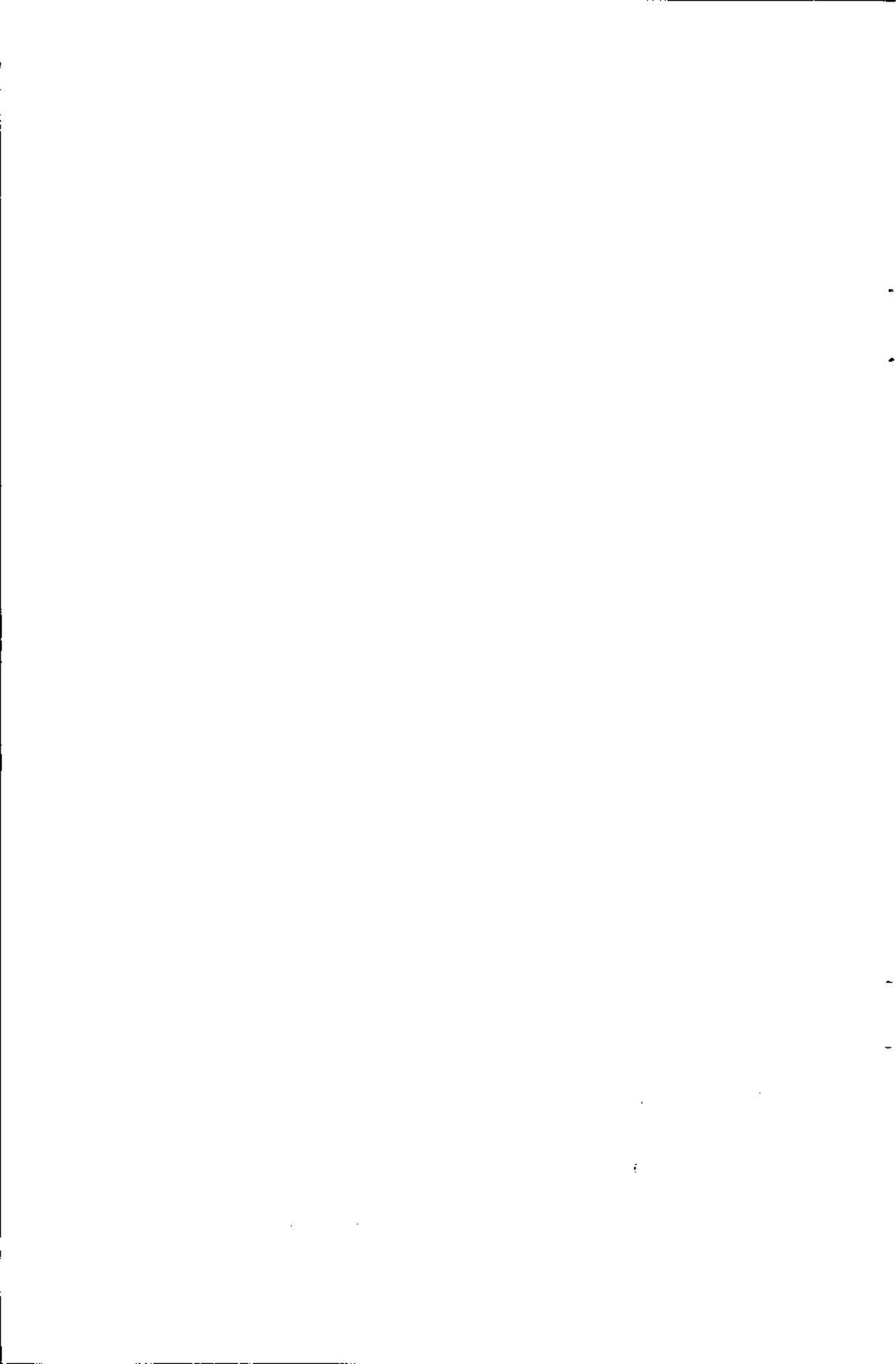
formas simples

PRESENTACIONES	P.V.P.	INDICACIONES	POSOLOGIA
<b>BENZETACIL 600</b> Vial de 600.000 U. I. de penicilina "G" benzatina	59,80	Episodios agudos y profilaxis de la fiebre reumática	1 vial cada 15 días
<b>BENZETACIL F. R. 1.200.000</b> Vial de 1.200.000 U. I. de penicilina "G" benzatina	86,70	Profilaxis de la fiebre reumática	1 vial cada 30 días
<b>BENZETACIL 2.400.000</b> Vial de 2.400.000 U. I. de penicilina "G" benzatina	140,80	Sifilis primaria, secundaria o latente con LCR negativo  Sifilis tardía, cardiovascular o neurosífilis	dosis única  1 vial semanal durante 4 semanas

CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad a la penicilina



ANTIBIOTICOS, S. A. Fábrica en León



## INDUCCIONES METABOLICAS DEL FORMEBOLONE EN EL ANCIANO

N. PIATTI - G. POZZI

Departamento de Medicina Geriátrica - Hospital del Circulo de Varese  
(Director: Prof. A. Bronzini)

El objetivo del presente trabajo ha sido valorar la acción de un anabólico de síntesis, el Formebolone (2-formil - 17 ( $\alpha$ ) - metilandrosta - 1,4 - dien - 11 ( $\alpha$ ), 17 ( $\beta$ ) - diol - 3 - ona) \* en pacientes geriátricos disproteinémicos y dislipémicos.

Las investigaciones llevadas a cabo con anterioridad demostraron que el preparado en estudio inducía una positividad del equilibrio nitrogenado, del calcio y del fósforo en niños distróficos,<sup>12</sup> un aumento de la combinación de leucina <sup>14</sup>C en la albúmina sérica en el hombre,<sup>2</sup> la no aparición de fenómenos importantes de virilización en la rata castrada,<sup>5</sup> ninguna modificación en el comportamiento de las gonadotropinas,<sup>10</sup> reactivación en los tejidos de las enzimas de oxidoreducción (succinodeshidrogenasa y diaforasa: 4, 6) y no da lugar a fenómenos de colestasis<sup>1</sup> como sucede muy a menudo con los derivados alquilo - 17.

### MATERIALES Y METODOS

Se estudiaron 58 pacientes (con una edad media de 75 años); de ellos, 29

recibieron Formebolone (Fármaco A) y 29 placebo (Fármaco B), realizando entre los pacientes un control doble ciego.

El programa experimental fue el siguiente:

- Los 15 primeros días con tratamiento por vía intramuscular.
- Los 15 días sucesivos con tratamiento por vía oral, procurando, naturalmente, que los pacientes tratados intramuscularmente con el Fármaco A recibieran también el Fármaco A «per os»; de forma similar se procedió para con el Fármaco B.

La dosis terapéutica / día de Formebolone fue de 8 mg intramuscularmente y 20 mg «per os».

En todos los pacientes se realizaron los siguientes registros al inicio y después de 30 días de tratamiento: peso corporal, estado general del individuo, cinestesia, apetito, estudio de las funciones psíquicas por medio de los adecuados tests mentales: 1.º y 2.º test según ISAACS y WALKEY<sup>8-9</sup>, 3.º test, se-

\* Hubernol, de Laboratorios Hubber, S. A.

gún INGLIS, modificado por ISAACS y WALKER.<sup>7</sup> Por lo que al cuadro seroproteico y lipidémico se refiere (lipoproteínas  $\alpha$  y  $\beta$ , colesterol, triglicéridos) se valoró el hematocrito, la VSG, glucemia, azotemia, SGOT, SGPT y la fosfatasa alcalina.

## RESULTADOS Y DISCUSION

### 1. Peso corporal

Los datos obtenidos parecían indicar una cierta ventaja del formebolone en relación con el placebo (respectivamente + 1,29 kg y - 0,35 kg). Sin embargo, este parámetro está muy relacionado con las condiciones cardiovascular y renales y, teniendo en cuenta que los anabolizantes esteroides tienden a inducir una cierta retención hídrica, no se pudo atribuir a los resultados una significatividad.

### 2. Estado general del individuo, cinestesia, apetito

La evaluación del estado general del individuo pudo llevarse a cabo mediante la comparación entre las observaciones subjetivas y objetivas. Sin embargo, estos parámetros (por otra parte evidentemente positivos en la gran mayoría de nuestros pacientes tratados con formebolone), de ordinario utilizados para la evaluación de la efectividad de un anabolizante, son influenciados de forma muy notable por las condiciones psíquicas y por la reactividad frente al ambiente, y de aquí que resulten difícilmente valorables.

### 3. Estudio de las funciones psíquicas por medio de los adecuados tests mentales

Las pruebas mentales utilizadas indican que los individuos tratados con formebolone, al final del experimento, no presentan modificaciones significativas con relación a las observaciones iniciales.

### 4. Exámenes rutinarios

#### a) Eritrocitos, hemoglobina, leucocitos, VSG glucemia

No se puede decir con exactitud que el tratamiento instituido con formebolone produzca variaciones significativas en el número de los eritrocitos ni en la hemoglobina.

Los leucocitos, VSG y glucemia no presentaban variaciones significativas.

#### b) Azotemia

— Pacientes tratados con placebo: los valores iniciales de la azotemia resultaron normales en 20 y patológicos en 9. Los 20 normales presentaron oscilaciones significativas. En 8 de los 9 patológicos se observó una disminución media del 39,3 %.

— Pacientes tratados con formebolone: los valores iniciales de la azotemia resultaron normales en 17 y patológicos en 12. Entre los 17 normales las variaciones no condujeron a la azotemia más allá de los límites fisiológicos. De los 12 pacientes con valores

iniciales patológicos se observó una disminución del 36,1 % en 9 individuos.

Entre ambos grupos de pacientes no se observaron variaciones significativas de la azotemia; sin duda alguna, la dieta hospitalaria, el descanso y la respuesta del comportamiento del paciente influyeron positivamente sobre este parámetro.

## 5. Cuadro seroproteico

Los análisis se efectuaron en 24 pacientes tratados y en 29 controles.

### a) *Proteínas totales*

- Pacientes tratados con placebo: modificaciones no significativas (valor medio: — 1,8 %) con relación a la base.
- Pacientes tratados con formebolone: aumento del 3,46 % con relación a la base.

La valoración estadística de los datos (subdivididos en clases de variaciones) permiten afirmar que las modificaciones de los valores de las proteínas séricas en los pacientes tratados con formebolone son significativas ( $P < < 0,05$ ) con relación a las del grupo de placebo.

### b) *Albúminas*

- Pacientes tratados con placebos: no presentaron modificaciones significativas con relación a los valores de base.
- Pacientes tratados con formebo-

lone: aumento del 8,33 % con relación a los controles; significativo para  $P < 0,05$ .

### c) *Globulina y relación A/G*

En todos los individuos examinados al inicio del tratamiento la globulina aparecía en cantidades superiores a la normal, de forma que la relación A/G es siempre claramente inferior a la unidad. Entre las globulinas aumentaron, con relación a la norma, las  $\beta$ , no infrecuentemente las  $\alpha$  y siempre en una medida evidente las  $\gamma$ .

El concurso de formebolone tiende a disminuir los porcentajes de las globulinas. Cuando el tratamiento actúa sobre la disproteinemia disminuyen las  $\beta$ , relevantemente las  $\alpha$  y, no constantemente las  $\gamma$ ; en algunos casos la relación A/G ha alcanzado y sobrepasado a la unidad.

Los individuos tratados con placebo no presentan variaciones y repiten los datos observados de la disproteinemia del anciano.

Los datos obtenidos sobre las modificaciones del cuadro seroproteico permiten llegar a la conclusión de que el formebolone interviene positivamente a nivel de la síntesis proteica, confirmando los resultados ya registrados, obtenidos anteriormente por otros autores.<sup>12 1</sup>

## 6. Lípidos hemáticos

### a) *Lipoproteínas*

- Se tomaron en consideración las fracciones  $\alpha$  y  $\beta$  y la relación co-

rrespondiente entre ellas. Las modificaciones observadas en los pacientes tratados no resultaron estadísticamente significativas en relación a los controles.

#### b) *Colesterol*

- No se observó ninguna variación significativa en los pacientes tratados con formebolone con relación a los controles, ya sea con relación a los valores de la colesterolemia total o fraccionada.

#### c) *Triglicéridos*

- En 3 de los 24 pacientes tratados con placebo se observó una disminución de los valores (12,5 %), en 11 un aumento (45,8 % y en otros 10 (41,7 %) sin variaciones en el resultado.

De los 29 pacientes tratados con formebolone, la determinación de los triglicéridos se realizó en 21 casos; de éstos, en 15 (71,4 %) se observó una disminución notable (más del 30 %, entre el 30 y el 15 % y un 15 % en 8, 4 y 3 casos, respectivamente), en 2 (9,5 %) los valores permanecieron invariables ( $\pm 3$  %) y en 4 (19 %) se observó un aumento alrededor del 10 %, sin por ello salirse de los límites fisiológicos. Las variaciones representativas de la disminución de los valores resultaron significativas con relación a los controles.

Resulta interesante, para este parámetro, tener en cuenta el significado que presentaban los valores iniciales. Entre los pacientes tratados con for-

mebolone, 10 presentaban valores iniciales dentro de la norma y las modificaciones observadas continuaron dentro de lo normal, mientras que 11 presentaron valores patológicos iniciales o en los límites superiores. En todos estos últimos casos se obtuvo una notable disminución, siendo en valor medio porcentual, con relación a la base, del — 32,5 %.

Por otra parte se ha observado que puede obtenerse una notable disminución de los triglicéridos hemáticos incluso sin tratamiento alguno, en las adecuadas condiciones de nutrición y de abstinencia de bebidas alcohólicas; semejante planteamiento dietético resulta, sin embargo, difícil de llevar a cabo no sólo en los pacientes ambulatorios, sino también dentro del curso hospitalario, por cuanto es preciso acortar notablemente la administración de glúcidos. La dieta administrada en nuestro departamento no es con toda seguridad la adecuada para inducir una disminución natural de los triglicéridos sin el auxilio de los medicamentos; de hecho, todos los controles han manifestado una variación no significativa de los triglicéridos hemáticos incluso cuando estos lípidos se presentaron dentro de los valores patológicos o próximos a los límites superiores de lo normal.

Frente a la efectiva disminución de los triglicéridos hemáticos, no está claro el comportamiento de las lipoproteínas y de la relación  $\alpha/\beta$ . En efecto, en la situación observada, el cociente lipoproteico habría debido tender hacia una mejoría. La discordancia deriva,

así lo creemos, del hecho de que no se han valorado las lipoproteínas pre- $\beta$ , de las que se observó el significado negativo con respecto a la homeostasis de los lípidos hemáticos.

No se programó la determinación de la pre- $\beta$  dado que el interés por los lípidos hemáticos, dentro de la economía de la investigación, sólo tenía el sentido de una comprobación, no previendo que un derivado del androstano, fuertemente desvirilizado, tuviese semejante acción antidislipémica, aunque sin ignorar que los andrógenos tienden a hacer aumentar el colesterol plasmático al tiempo que reducen los triglicéridos.<sup>3</sup>

Los inesperados resultados precisan una confirmación, la definición de la influencia del tiempo y de la dosis o de ambas variantes con respecto a la obtención de la significatividad del fenómeno y finalmente una aclaración de la relación existente entre la disminución de los triglicéridos hemáticos y el comportamiento de las lipoproteínas mediante un fraccionamiento más profundo de las mismas lipoproteínas.

La no significatividad de las modificaciones del colesterol, ni resta ni añade validez al fenómeno antes observado, teniendo también en cuenta la mínima importancia que hoy en día se da a las variaciones de la tasa hemática del colesterol.

## 7. Enzimas séricos

Se han explorado tres enzimas que pueden indicar eventuales efectos secundarios derivados del tratamiento

con formebolone por parte del hígado y de las vías biliares.

### a) SGOT y SGPT

— Las transaminasas no presentan variaciones significativas en los casos tratados ni en los del grupo de control, teniendo en cuenta que en línea de base en todos los individuos examinados no se observaron datos de base patológica.

— Estos resultados permiten afirmar que el tratamiento con formebolone no produce ninguna lesión hepatocelular, ni tampoco a nivel de la membrana, que se hubiera revelado por el aumento en el suero de los «enzimas de salida», ligados principalmente a la estructura citoplasmática como la GPT y buena parte de la GOT, o mitocondriales como el isoenzima II de la GOT.

### b) Fosfatasa alcalina

— En los 29 pacientes tratados con placebo, la fosfatasa alcalina resultaba ligeramente disminuida en 11 (37,9 %), aumentada en 3 (10,3 %), sin variaciones en 15 (51,7 %).

— En los 29 pacientes tratados con formebolone la fosfatasa alcalina resultaba disminuida en 18 (62 %), aumentada, aunque siempre dentro de lo normal, en 2 (6,8 %) y sin variaciones en 9 (31,1 %).

Resulta particularmente interesante la evaluación de los casos que presen-

taban al principio valores patológicos de fosfatasa alcalina; éstos eran 19, de los que 10 recibieron placebo y los 9 restantes recibieron formebolone. En el primer grupo se observó una disminución de los valores enzimáticos en 2 casos y ninguna variación en los 8 restantes. En el grupo de los 9 pacientes tratados con formebolone el enzima resultó disminuido en todos los casos.

Estos datos se prestan a algunas consideraciones importantes, teniendo en cuenta que el formebolone es un derivado 17 alquil y de aquí, que el experimentador prestase atención, en un tratamiento prolongado de 30 días, en controlar un eventual aumento en relación a esta enzima particular.

Este fenómeno recuerda una reciente investigación farmacológico que demuestra cómo se puede obtener experimentalmente, como consecuencia de la administración de formebolone, una disminución significativa en el animal de laboratorio (rata y conejo) de la fosfatasa alcalina en la sangre.<sup>2</sup>

## CONCLUSIONES

Se ha llevado a cabo una investigación controlada (control entre pacientes) en 58 individuos, de los cuales 29 fueron tratados con un nuevo anabolizante, el formebolone, y 29 en el grupo de control (placebo). Duración del tratamiento: 30 días consecutivos.

La investigación ha tomado especialmente en consideración las variaciones observadas como consecuencia del tratamiento en los elementos corpusculares y de las diversas constantes bioquí-

micas de la sangre. Por los datos recopilados, podemos afirmar que el formebolone:

1. Conlleva un aumento no importante aunque estadísticamente significativo de las proteínas totales séricas, de la albúmina sérica y consecuentemente de la relación A/G.
2. Determina una disminución de los triglicéridos hemáticos, aunque no del colesterol.
3. No altera las transaminasas séricas, al tiempo que provoca una disminución significativa de la fosfatasa alcalina cuando el enzima se encuentra en los límites patológicos.
4. No modifica de forma estadísticamente significativa los demás parámetros, tales como la glucemia, la VSG o la azotemia misma.
5. Induce, aunque de forma no constante, un aumento de los eritrocitos; no modifica, sin embargo, el número de leucocitos.

## RESUMEN

Los autores, en una investigación controlada entre pacientes, refieren las variaciones de algunas constantes bioquímicas de la sangre obtenidas por medio del tratamiento con un anabolizante esteroide, el formebolone; aumento de la albúmina sérica, disminución de los triglicéridos y de la fosfatasa alcalina son las modificaciones más importantes observadas.

## BIBLIOGRAFIA

1. D'ATRI, G.; GALIMBERTI, E., y GOMARASCA, P.: *Boll. Chim. Farm.*, 112, 620, 1973. Ver GALIMBERTI, E.; CERUTTI, S.: *Gazz. Int. Med. Chir.*, 77, 2312, 1972.
2. ESPOSITO, R.; PLUVIO, M, y GIORDANO, D.: *Curr. Med. Res. Opinion*, 3, 43, 1975.
3. FURMAN, R. H.; HOWARD, R. P.; LAKSHANI, K, y NORCIA, L. N.: *Am. J. Clin. Nutrition*, 9, 72, 1961.
4. GALIMBERTI, E.; D'ATRI, G., y CERUTTI, S.: *Boll. Chim. Farm.*, 112, 370, 1973.
5. GOMARASCA, M.: *Min. Med.*, 62, 842, 1971.
6. GOMARASCA, P.; GALIMBERTI, E., y CERUTTI, S.: *Boll. Chim. Farm.*, 111, 731, 1972.
7. INGLIS: *J. Ment. Sci.*, 105, 440, 1959.
8. ISAACS, W.: *A. J. Psychiatr.*, 120, 173, 1963.
9. ISAACS, W.: *Geront. Clinica*, 6, 114, 1974.
10. ISIDORI, A., y DONDERO, F.: *Min. Med.*, 61, 5364, 1970.
11. MOLINO, N.; BELLUARDO, C., y ROSSO, B.: *Cl. Terap.*, 66, 167, 1973.
12. VACCARI, A., y LIVINI, E.: *Min. Med.*, 62, 846, 1971.

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

... ..

## EL DEBER CUMPLIDO

Dr. SANTIAGO RIPOL GIRONA  
(Barcelona)

Cumplíendose este año el XXV aniversario del ingreso en la Real Academia de Medicina del Profesor Dr. D. Vicente Carulla Riera, y como un humilde tributo de reconocimiento a lo que fue y a la profunda e indeleble huella que dejó en la historia de la profesión médica, hemos querido esbozar someramente en este trabajo algunos trazos del carácter de nuestro recordado maestro.

No pretendemos aquí valorar la obra ingente del insigne creador de la primera Cátedra de Terapéutica Física, lo que rebasaría en mucho nuestras posibilidades, ni vamos a insistir particularmente en los cargos, honores y distinciones que a lo largo de su vida recibió, de los que se mostró en todo momento digno merecedor.

Todo ello, con ser muy importante, no basta tampoco para definir una personalidad como la suya. Por esto hemos preferido aquí hacer hincapié en su faceta entrañablemente humana, desmitificada: junto a la sa-

biduría y buen hacer del médico y del Catedrático, deseáramos resaltar la bondad natural y la sencillez del hombre. Porque todos los títulos que en justicia le fueron otorgados no influyeron en ninguna forma en su cordialidad familiar, en su afeblidad para con los amigos, con los compañeros, superiores e inferiores. El Dr. Carulla se mantuvo toda la vida fiel a sí mismo, a sus principios y a sus convicciones eminentemente humanista, y los elevados cargos y los premios nacionales y extranjeros no hicieron sino servir de estímulo a su natural modo de ser y su interés por mejorar continuamente y ser útil a sus semejantes.

Tal como acabamos de mencionar, no quiso nunca ser un científico encasillado en su especialidad y ajeno a todo lo demás. Fue un entusiasta partidario de las Humanidades y de las Artes, las cuales, en nuestro mundo moderno mecanizado y artificial, habían de ser, en su opinión, el contrapunto ideal y aun indispensable para que el hombre mantenga su

equilibrio emocional y redescubra la razón de su existencia y su destino espiritual.

Su gran afición era la música. A lo largo de toda su vida fue un asiduo y puntual concurrente a las representaciones y conciertos del Gran Teatro del Liceo y del Palau de la Música. Su autor particularmente preferido era Wagner, manteniéndose en esto dentro de la enraizada tradición de los melómanos barceloneses, entre los que el extraordinario músico romántico alemán ha gozado siempre de gran predicamento en todos los tiempos.

Su vida profesional se desarrolló presidida por tres grandes devociones, que marcaron siempre los hitos fundamentales de su dilatada carrera: la medicina hospitalaria, la docencia y la Academia. La primera, representada por su presencia en el Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, al que se mantuvo vinculado durante toda la vida, y en el que dejó amplia constancia de sus profundos conocimientos sobre una especialidad de la que fue ilusionado pionero de nuestra Patria.

Después de obtener el Premio Extraordinario de Licenciatura en 1919, y posteriormente también el Premio Extraordinario de Doctorado, gana por oposición la plaza de auxiliar de Terapéutica, dedicándose a partir de ese momento a la práctica de una especialidad médica totalmente nueva en España por aquel entonces: La Terapéutica Física. A ella aplicó todas las energías de su vocación y

su talento de estudioso y de investigador, y en ella llegaría a ser una de las figuras más relevantes y respetadas, preclaro ejemplo a seguir para las nuevas generaciones de fisioterapeutas.

Guiado por su inquietud en este sentido, crea y dirige el Departamento de Terapéutica Física en el Hospital Clínico de Barcelona y toma contacto con los mejores maestros de su época en Berlín, Zurich, París y Nueva York.

Funda la Sociedad de Radiología de la que es Presidente, y la Sociedad Catalana de Radiología, de la que sería también su primer Presidente.

Dentro de su fecunda vida hospitalaria como especialista en Terapéutica Física, su gran preocupación fue el estudio de las enfermedades cancerosas y la lucha por su curación.

Haciendo gala de una profunda visión de futuro, en época tan temprana como el año 1925, escribía en la sección de crónicas del primer número de la recién inaugurada revista «Ars Medica», en cuya fundación colaboró:

«Es innegable que el mundo científico, desde hace unos años viene sintiendo la emoción al peligro canceroso y puede ser una mayor facilidad de diagnóstico, por una parte, nos haga vivir realmente en nuestra práctica mayor número de casos y que por otra el valor universal de una estadística aterradora sean factores que vengán sensibilizando a la clase médica de un modo progresi-

vo, haciendo cristalizar aquellos sentimientos emotivos en un estado de conciencia que en todos los países civilizados obliga a campañas sociales para combatir el mal, y despertar nuevos estímulos de investigación para ver de desentrañar el misterio etiológico de aquella dolencia, hoy convertida en plaga universal».

Los hechos le han venido dando la razón, y somos testigos del colosal despliegue de fuerzas movilizadas en todo el mundo para esta singular batalla contra las afecciones cancerosas. A la luz de nuestra experiencia actual, nos sorprende profundamente la clara visión del problema por parte del Dr. Carulla cuando, en aquellos años veinte, señalaba como tarea importante para nuestra ciudad la creación de un Instituto para la investigación y estudio del cáncer.

Llevado por su interés extraordinario en esta problemática funda la Revista de Radiología y el Boletín del Cáncer, editados en Barcelona, donde publicó numerosos trabajos de electrorradiología, cáncer humano y experimental, es ponente en varios congresos de la especialidad sobre tumores óseos, cáncer de laringe, de pulmón, de útero y de mama, y pronuncia conferencias en muy numerosas universidades españolas y extranjeras.

Organizó varios cursos sobre la especialidad de Terapéutica Física, sobre cáncer clínico y experimental y sobre radioisótopos, contando en muchos de ellos con la colaboración de personalidades de prestigio inter-

nacional, entre los que podemos recordar a Blumenthal, Bourguignon, Fischers, Gunset, Jacquetot, Laborde, Lacassagne y muchos otros.

Fue nombrado Presidente de la Lucha contra el Cáncer de Barcelona y Vicepresidente de la Lucha Española contra el Cáncer.

Dentro de este tema publicó muy numerosos trabajos, algunos de ellos particularmente avanzados para su tiempo, en los que se vislumbran las directrices que modernamente se habían de seguir en la investigación anticancerosa, y estimula la responsabilidad profesional de los médicos resaltando la importancia extraordinaria que tiene aquí un diagnóstico precoz.

Resulta especialmente interesante, aun a pesar del tiempo transcurrido, su trabajo «Consideraciones críticas sobre etiología del cáncer, en relación a los conocimientos actuales y a nuestra experiencia clínica», en el cual revisa las múltiples teorías respecto de la etiología y patogenia del cáncer, y las reduce a tres: embrionaria, parasitaria o infecciosa y celular.

Teorizando sobre esta última, y basándose en sus estudios sobre biología celular y los agentes irritables, llega a la conclusión de que todos los tumores tienen un modo común de producirse, aunque los agentes desencadenantes puedan ser muchos y muy diversos, y que el cáncer es una enfermedad local de las células normales que degeneran a causa de los estímulos que perturban el equi-

librio fisiológico que debe mantener el entretenimiento y reparación de los tejidos. A partir de estas consideraciones plantea la pregunta: «Como tiene lugar esta concreción en los tejidos y cuál es la causa», que es, el punto de partida de múltiples hipótesis modernas y base de importantes investigaciones actuales.

Otra faceta de su vida hospitalaria, sin duda mucho menos espectacular que todo lo que hemos comentado, pero que humanamente le encumbra más aún si cabe, era su sentido del trato para con el enfermo. El paciente halló siempre en él, además del médico distinguido, el hombre afable y delicado que sabía hallar las palabras oportunas para alentarle, no dando vanas esperanzas, pero haciendo renacer el interés y la ilusión para seguir luchando.

Considerando las posibilidades que tenía entonces, y que por desgracia todavía tienen en gran parte, los enfermos cancerosos, es más de admirar aún su tacto para mantener la fe de sus pacientes, haciendo gala, allá en su tiempo, de un criterio amplio y moderno al enjuiciar la Medicina tomando en consideración no las enfermedades, los «casos»; sino los enfermos, los hombres con toda su problemática.

En su vinculación con el Hospital Clínico llegó a ser Director del mismo, cargo que desempeñó por su acendrada honestidad profesional y su espíritu de servicio, que no le reportó ningún beneficio particular, y así fue fuente de preocupaciones y

no pocos sinsabores. Dentro de su especialidad fue Delegado oficial de Congresos Internacionales, y fue nombrado Director y Jefe de la Sección de Radiología de la Seguridad Social de Barcelona, siendo galardonado con el premio Girón.

En justo reconocimiento a su ingente labor médica fue condecorado con la Gran Cruz de Sanidad Española.

Fue, pues, un médico de gran valía, que a su categoría científica unió el gran amor que le inspiraba su profesión y su especialidad, en la cual, con su esfuerzo constante de cada día, llegó a ser el indiscutible número uno y el creador de una fecunda escuela de fisioterapeutas.

Sus méritos fueron igualmente reconocidos allende nuestras fronteras, donde fue requerido por muy diversas Facultades, y siendo distinguido con la Legión de Honor y Palmas Académicas, preciados galardones franceses que hablan por sí solos del respeto y autoridad de que gozó su figura en nuestro vecino país.

La otra actividad a la que consagró toda su vida, sus mayores esfuerzos y sus mejores anhelos, es la Universidad.

Bajo su asesoramiento se creó la primera Cátedra de Terapéutica Física por la Universidad Autónoma de Barcelona, de la que fue nombrado profesor.

Más tarde, al crearse las Cátedras de Terapéutica Física en todas las Facultades de España por oposición, obtuvo por unanimidad del tribunal

la titularidad de la de Barcelona, tomando posesión el 11 de febrero de 1948. Fue esta la primera que se cubrió en España. A partir de aquí la docencia será una preocupación constante a lo largo de su carrera. En efecto, pues la función del magisterio es concebible en cierto modo como la de la medicina: el maestro, lo mismo que el médico, no toma el lugar de la naturaleza, sino que simplemente la ayuda o estimula desde el exterior, poniéndola en buenas condiciones para que pueda funcionar adecuadamente.

El proceso autoformativo del alumno será tanto más aprovechado tanto en la esfera de instrucción como en la formación, cuanto más presente y activo sea el papel del maestro, y está bien probado que el discípulo será tanto más activo y libre cuanto más autorizado sea su maestro.

Así lo entendió siempre el Profesor Carulla, y aunque el maestro no es la causa original del aprendizaje, pues éste depende fundamentalmente del intelecto del discípulo, sino simplemente la causa ministerial, con clara evidencia de lo que a ello puede y debe cooperar, se preocupó siempre de someter su labor docente a las direcciones metodológicas adecuadas para lograr una efectiva y eficaz relación profesor-alumno tendente a crear el clima de interés mutuo y participación general, de convivencia de intereses y aspiraciones, que hiciera de la enseñanza una obra conjunta y activa de todos, con

el inmediato resultado de un aprovechamiento real de la obra docente.

Esta visión humanista que presidía todos los actos de su vida personal y profesional le ayudó siempre a encauzar su labor universitaria hacia un concepto moderno de la función cultural de la Universidad, entendiendo por cultura no sólo los saberes científicos, sino su sentido más amplio de abarcar todo el sistema vital de ideas de su tiempo.

Con una visión muy consciente de la despersonalización a que puede conducirnos el desmesurado avance tecnológico y la superespecialización, defendió siempre la formación humanística como un elemento indispensable para el hombre de hoy, lo cual naturalmente no puede ni debe ser estorbo para la enseñanza profesional o la labor investigadora.

Su atención constante a la función profesional de la docencia, entendida en el sentido de impartir junto con la enseñanza de la ciencia la formación necesaria para el ejercicio de la profesión, queda bien patente por la legión de discípulos suyos que actualmente cultivan todas las ramas de la Terapéutica Física, y no pocos compartiendo también una labor docente universitaria.

De todos es sabido que un deber esencial de la Universidad es también el de impulsar la investigación científica y preparar para ulterior dedicación a ella a los que tengan vocación de investigadores.

Al referirnos a su amplia labor

asistencial en el Hospital Clínico, ya hemos mencionado repetidas veces la inquietud investigadora del Profesor Carulla.

Sus estudios sobre el cáncer, tanto en el aspecto clínico como el experimental, biología celular en relación con las neoformaciones, los injertos cancerosos, el cáncer del alquitrán, el cáncer provocado por los agentes físicos, los tumores filtrables, técnicas de diagnóstico precoz, acciones biológicas de los cuerpos radioactivos, vías de administración y circulación de los radionúclidos, dosimetría en general y muchos otros, así como el centenar largo de trabajos que publicó resumiendo sus experiencias, son la más fehaciente prueba de su profundo interés por la labor investigadora en la Cátedra, del cual supo hacer participar con su ejemplo entusiasta e infatigable a sus colaboradores y discípulos.

Su ejemplaridad humana, su sentido de la moderación y su humildad fueron elemento consustancial de la misión educativa que necesariamente debe comportar también la docencia universitaria.

Como contribución a la enseñanza teórica de la especialidad tradujo el Tratado de Radioterapia profunda de Salomón y el Tratado de Diagnóstico Diferencial Roentgenológico de Teschendorff.

El 20 de mayo de 1951, el Profesor Carulla ingresaba en la Real Academia de Medicina, viendo con ello cumplido uno de sus más caros anhelos.

Su discurso de ingreso versó sobre el tema: «Fundamentos y progresos de la Física Atómica; su trascendencia en Medicina; los isótopos radioactivos en Medicina», siendo contestado por el Profesor Dr. D. Víctor Conill Montobbio.

De todos los honores que cosechó muy merecidamente a lo largo de su carrera, fue éste el que le deparó una satisfacción más profunda.

Recuerdo con que íntimo orgullo nos hablaba de la Academia, de la admiración que profesaba a sus antecesores y compañeros, y de la honda convicción que tenía en la extraordinaria trascendencia del papel que representaba la Academia dentro de la profesión médica y extensivamente para el desarrollo cultural de la nación.

No vamos a añadir gran cosa más aquí, pues no es nuestro propósito escribir una biografía completa, sino tan sólo un somero esbozo de la personalidad y el carácter del insigne maestro desaparecido, aun a sabiendas de la dificultad de este propósito, ya que para quienes tuvimos la dicha de conocerle a fondo y tratarle asiduamente, todo lo que digamos nos parece sólo un pálido reflejo de sus verdaderos méritos.

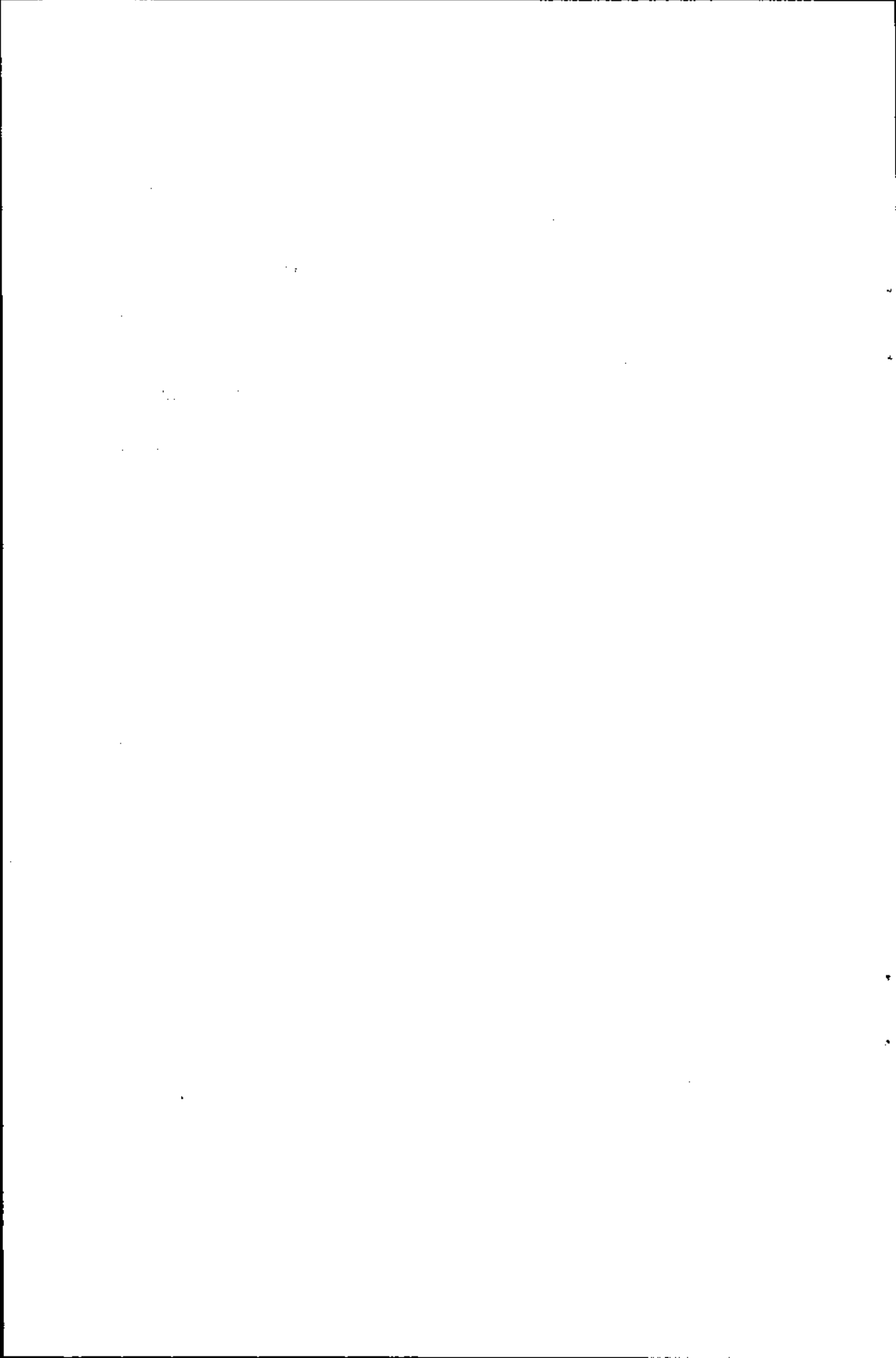
Su obra como médico, profesor y académico tal vez peque de dispersión, tal vez no esté lo suficientemente ordenada para un estudio concienzudo y meticulado, y desgraciadamente algunos de sus trabajos no llegaron a publicarse o no se han

conservado por razones diversas, pero todo ello también va con su extraordinario carácter.

No le gustaron nunca las limitaciones, los casos concretos y huyó siempre del encasillamiento en una obra o en una línea de actuación, ya que sus miras fueron amplias y abiertas, como corresponde a un gran temperamento humanista como el suyo.

Quizá su espíritu de servicio al enfermo, a la Universidad y a la Academia encerraron grandes ideales,

grandes promesas y grandes hechos que no han trascendido lo suficiente, o que han permanecido desconocidos para muchas personas, ya que en toda su línea de conducta le interesó únicamente la fidelidad con sus convicciones y jamás buscó la propaganda o el lucimiento personal, pero los que tuvimos la extraordinaria fortuna de contarnos entre sus discípulos y colaboradores tenemos el pleno convencimiento de que su existencia finalizó con la serenidad del deber cumplido.



## CRITICA DE LIBROS

GASTROENTEROLOGÍA PRÁCTICA. Dr. Med. *Ernst Hafter*.

Esta segunda edición de Gastroenterología práctica, cuyo autor es el doctor Ernst Hafter, proporciona al médico práctico una revisión sobre las posibilidades diagnósticas y terapéuticas.

El cambio constante de la gastroenterología en estos últimos años, especialmente en el desarrollo de nuevos métodos de diagnóstico como la angiografía, escintigrafía, ultrasonografía y la fibroendoscopia es el objeto de estudio de esta nueva edición.

Empieza el libro con un capítulo sobre diagnóstico general en el que dice que hasta hace pocos años había que conformarse la gastroenterología en diagnósticos de aproximación. En la actualidad la mayor parte de los casos permiten diagnósticos exactos, gracias a la radiología, endoscopia, sondeo, biopsias, investigaciones bioquímicas e inmunológicas y a las modernas técnicas con isótopos radioactivos.

Dedica un importante capítulo a la anamnesis y dice que los formularios impresos no están justificados en todos los casos, y coartan la iniciativa del médico.

La exploración de la piel, inspección del abdomen, palpación, auscultación, la tonalidad neurovegetativa, las investigaciones de laboratorio, el estudio radiográfico, la exploración angiográfica, la endoscopia con fibras de vidrio, la biopsia, la escintigrafía, la tomografía, los ultrasónicos, son tratados de forma completa y extractados para conocimiento del médico en general.

Después de un capítulo de terapéutica, siguen los de las enfermedades de esófago, estómago, intestino, hígado y páncreas.

La bibliografía consta de 1.770 referatas, lo que demuestra el completo estudio que el autor ha puesto en la confección de esta utilísima e interesante obra.

La traducción perfecta debida al doctor Díaz Vázquez.

La Editorial Toray, a la que se debe la publicación de esta obra, ha puesto, como en todas ellas, el máximo de perfección.

*J. Salarich*

EL LIBRO MÉDICO EN ESPAÑA (1808-1936). Por *Luis S. Granjel*.

El doctor don Luis S. Granjel, catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad de Salamanca, en el XXVIII Cuaderno de Historia de la Medicina Española, publica una monografía «El libro médico en España» (1808-1936), en el que estudia la producción editorial médica delimitada por dos trascendentales episodios bélicos, el iniciado en 1808, cuando España se defiende de la invasión napoleónica, y el que dio comienzo en 1936, episodios que ocasionaron decisivos cambios en la vida española, tanto en lo social y político, como en el campo cultural y científico.

Cada uno de los capítulos de esta obra lo integran cuadros esquemáticos y al propio tiempo que una representación gráfica de la total producción médica impresa en España.

Es evidente el interés extraordinario que tiene esta monografía, porque los que se interesan por el estudio de la Historia de la Medicina encontrarán en ella el índice, no sólo de las obras publicadas por los médicos españoles, sino también las obras traducidas al español de los autores extranjeros.

Debemos felicitar, por lo tanto, al doctor Granjel, que con su constante y abnegado estudio de la Medicina patria, aporta una casuística exhaustiva de la producción científica española.

*J. Salarich*

DIAGNÒSTIC BIOLÒGIC. Por *Juan Colominas*. Monografies Mèdiques, 8. Edicions 62, S. A. Barcelona.

Este volumen de 286 páginas forma parte de la colección «Monografies Mèdiques» que, bajo la dirección de un amplio consejo editorial y de redacción, publica Edicions 62, S. A.

El objetivo de estas monografías es proporcionar a la clase médica, las novedades teóricas o de aplicación práctica propias de este campo, así como conceptos básicos muchas veces olvidados. La idea primordial del autor de «Diagnòstic biològic» es ordenar la biopatología bajo un criterio práctico, estableciendo al mismo tiempo las bases de esta especialidad médica.

Este libro está subdividido en tres apartados para mejor comprensión del tema a tratar.

En la primera parte, se describen los principales elementos de diagnóstico. Las constantes biológicas, indicando en cada caso su definición, cifras normales, variaciones y un gran número de técnicas a seguir para su obtención.

También las pruebas funcionales, diversos procedimientos microbiológicos y toxicológicos y los nuevos avances en la física y la electrónica son comentados como elementos de diagnóstico.

En la segunda parte se unen los antedichos elementos para lograr un diagnóstico más preciso de la fisiopatología del paciente examinado.

Finalmente en el tercer apartado se profundiza de forma concreta en el concepto de diagnóstico biológico propiamente dicho: su función y finalidad.

Esta obra contiene, además, cinco índices: de materias, de valores normales, de figuras y tablas, de unidades de medidas e índice alfabético.

Por todo lo expuesto es obvio que este texto es de gran utilidad para consulta y manejo diario tanto de médicos como de analistas en general.

*M.<sup>a</sup> Cristina Armenter Ferrando*

FUNDAMENTOS DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA. Kooi (*Kenneth A.*). Ediciones Torray, S. A. Barcelona.

Sobre EEG se ha publicado, en numerosos países, mucho y en general bueno. No obstante, tratar de los fundamentos de la atractiva exploración bioeléctrica de la corteza cerebral siempre nos parece útil y oportuno.

El libro de Kooi, profesor de EEG en la famosa Escuela de Medicina de la Universidad de Ann Arbor (Michigan), suma 280 páginas de una edición magnífica.

Se consagran tres grandes capítulos, al registro de campos eléctricos, a bases para la interpretación de trazados y a las características peculiares de los mismos en las enfermedades del sistema nervioso.

Su lectura permite adquirir o renovar conocimientos sobre neurofisiología clínica. Estudios del todo indispensables, hoy, para el que asiste enfermos nerviosos y mentales o psíquicos.

La versión española ha sido revisada y patrocinada por J. M.<sup>a</sup> Samsó Dies.

*B. Rodríguez Arias*

FUNDAMENTOS FISIOPATOLÓGICOS DE LA ELECTROMIOGRAFÍA. *Ludin (J. P.)*. Versión española de *Revilla (Carlos)*. Ediciones Toray, S. A. Barcelona.

La EMG es, de cada vez, más indispensable en la exploración suplementaria de bastantes enfermedades del sistema nervioso. Y ha aventajado, usualmente, al viejo electrodiagnóstico de la era «charcotiana» y a la cronaximetría del contemporáneo neuro-electro-terapeuta George Bourguignon.

Ludin —«privatdozen» en Berna— ha resumido en un librito de 120 páginas, de bolsillo, lo que interesa saber, en fisiología y en clínica, del EMG.

Consagra sendos apartados a la descripción de los EMGs normal y peculiares de las neuropatías y de las miopatías.

La bibliografía publicada quizá sea enorme.

Un acierto más de los que suele ofrecernos Toray, ediciones.

*B. Rodríguez Arias*

GASTROENTEROLOGÍA CLÍNICA. *L. Demling*. 2 tomos, con 263 ilustraciones, 12 láminas en color y 72 tablas. Ediciones Toray, S. A. Barcelona, 1975.

La *Gastroenterología clínica de DEMLING* y cols. (alemanes, suizos, franceses, belgas, noruegos, vieneses, ingleses, norteamericanos y japoneses), vertida al castellano por J. DÍAZ VÁZQUEZ, marca un hito en la literatura médica española, pues desde la traducción de los dos volúmenes de *Enfermedades del aparato digestivo* del *Tratado de Medicina interna* de G. VON BERGMANN, R. STAEBELIN y V. SALLE, no cabe duda de que es el mejor tratado extranjero de Digestología que ha visto la luz en nuestra patria.

Como muy acertadamente señaló nuestro compatriota GALLART-MONÉS, y recalca DEMLING en su obra, no existe en Medicina otro campo donde la anamnesis minuciosa revista mayor importancia que en Digestología. La interpretación correcta de aquélla puede obviar una serie de investigaciones bioquímicas y de técnicas superfluas. Todo el libro está impregnado de tal idea, lo cual no deja de ser consolador en esta época de tecnificación de la Medicina y, por ende, de la Digestología.

El dolor abdominal espontáneo es un síntoma cardinal, que el digestólogo debe saber interpretar correctamente si no quiere perderse por los cerros de Ubeda al solicitar exámenes complementarios.

La anamnesis digestológica no debe ni puede referirse únicamente al

aparato digestivo, ya que ciertos fenómenos generales sólo es posible interpretarlos dentro de la Medicina interna; por ejemplo: las cefaleas, cierta tendencia hemorrágica general, la diarrea (que puede ser el síntoma capital que nos induzca a diagnosticar el hipertiroidismo), etc.

La exploración somática debe ser completa, ya que no son infrecuentes las afecciones del aparato digestivo que se revelan por alteraciones de la piel o de las faneras: cirrosis hepática, enfermedad de Wilson, enfermedad de Osler-Rendu, rectocolitis mucchemorrágica, síndrome de Peutz-Jeghers, etc.

Algunos médicos, tienen la errónea idea de que los exámenes de laboratorio pueden sustituir al «ojo clínico». Como recalca acertadamente DEMLING, todavía estamos muy lejos de eso. En todos los casos es necesario evitar que el error de un método técnico o el fracaso de determinado aparato conduzcan al gastroenterólogo a un diagnóstico erróneo. *El dolor transforma al ser humano en un paciente*; sin embargo, la Medicina técnica está incapacitada para asimilar tal fenómeno primordial: *sólo el médico puede aclararlo e interpretarlo de manera certera*.

Los capítulos dedicados al *Diagnóstico radiológico de los órganos digestivos* (FRIK), *Endoscopia y biopsia* (DEMLING, OTTENJANN y ELSTER), *Citología* (WITTE), *Investigaciones de laboratorio* (WÜST) —en el que constan todas las cifras normales—, *Ultrasonografía* (RETTENMATER) y *Radioisótopos, mediciones de la movilidad y calorimetría* (WOLL) están escritos con gran sentido clínico y no dudamos en calificarlos de perfectos.

En el tomo I se estudian además las enfermedades de la cavidad bucal y la faringe, del esófago, del estómago y del intestino, en cuyo análisis no vamos a entrar para no alargar excesivamente esta nota. Baste señalar que el digestólogo médico o quirúrgico, el internista y el cirujano general encontrarán cuantos datos puedan apetecer para ayudarles a sentar el diagnóstico de los pacientes que acudan a ellos.

El tomo II está dedicado a las afecciones del hígado, de la vesícula y las vías biliares y del páncreas, y en él campea el mejor sentido clínico. Cabe destacar por su importancia el *Diagnóstico morfológico de las hepatopatías* (POPPER y MEDLINE).

El capítulo de la *Cirrosis hepática* (KÖHN) deberían leerlo especialmente los autores que atribuyen a la acción tóxica del alcohol la mayoría de cirrosis hepáticas del hombre, basándose en teorías y en afirmaciones dogmáticas más o menos gratuitas. Es de justicia hacer constar lo que dos de los más grandes clínicos españoles contemporáneos pensaban al respecto. Según MARAÑÓN, «inyectar diariamente y en grandes cantidades alcohol en las venas de los conejos sólo demuestra hasta qué punto el exceso de fe en la ciencia puede perturbar la mente científica», y según JIMÉNEZ DÍAZ,

«el alcohol refrena la función hepática, y la intoxicación reiterada o masiva por aquél produce degeneración o infiltración adiposa del hígado, pero tales alteraciones son reversibles y fácilmente reparables, sin dejar tras sí, al menos en las investigaciones experimentales, lesiones definitivas de la glándula».

Pero veamos resumidamente lo que dice KÜHN del alcohol en la cirrosis hepática: *Muchos autores conceden un papel preponderante al alcohol en la etiología de la cirrosis, pero no debe pasar inadvertido que hay muchos países donde el alcoholismo es prácticamente desconocido y la cirrosis hepática es, por lo menos, igual de frecuente que en Europa y Norteamérica. Sobre el interrogante de cómo la lesión alcohólica podría conducir a la cirrosis no existe todavía claridad completa. Lo seguro es que el hígado graso no constituye el factor decisivo. En efecto, existen cirrosis en los alcohólicos sin que jamás se haya hallado un hígado graso típico. Conocemos hígados grasos intensos, persistentes durante largo tiempo (kwashiorkor), sin que a partir de ellos se desarrolle cirrosis hepática. Respecto a la frecuencia del alcoholismo en la anamnesis de los cirróticos, disponemos de datos muy variables (desde el 2,4 al 78 %), según los diversos autores europeos, americanos y asiáticos.*

Es un capítulo extraordinariamente interesante y completo el redactado por GÜLZOW sobre *Bioquímica pancreática como base de posibilidades diagnósticas*, cuya lectura detenida es de recomendar a todos los digestólogos, internistas y cirujanos generales.

El tomo II termina con una parte dedicada a *Aspectos generales*, que abarca de la página 1139 a la 1302. En este extenso apartado se tratan:

1. *Diagnóstico diferencial del abdomen agudo*, en que se hace hincapié en el valor considerable de la anamnesis minuciosa y de la exploración clínica, recalcando que el tacto rectal no se debe omitir jamás, y nosotros añadimos que en la mujer no virgen también se debe practicar sistemáticamente el tacto vaginal. Es de considerable valor didáctico el diagnóstico diferencial de las afecciones de los diversos cuadrantes del abdomen.

2. *Abdomen traumatizado*, capítulo muy logrado, que casi nunca figura en los tratados médicos de Digestología y que, como subraya STUCKE, no debe faltar en una *Gastroenterología clínica* entendida en sentido amplio, por muy secundario que a primera vista pueda parecer.

3. *Amiloidosis del tracto gastrointestinal*, muy frecuente en los casos de amiloidosis (pericolágena o perirreticular). Aquí la biopsia rectal es el método diagnóstico de elección, por su simplicidad e inocuidad. El digestólogo debe tener siempre presente que los trastornos gastrointestinales agudos pueden ser el primer síntoma de la amiloidosis generalizada.

4. *Precancerosis del tracto digestivo*, donde se estudian minuciosamente las bucales, las del estómago (gastritis crónica atrófica, adenoma poliposo del estómago, úlcera gástrica y cáncer), las de las vías biliares, las del páncreas, las del intestino grueso y del recto (adenomas poliposos, leiomiomas, miofibromas, leucoplasia rectal) y las precancerosis inflamatorias: cáncer postcolitis ulcerosa, disentería amebiana, fístulas anorrectales y linfopatía venérea estenosante del recto.

5. *Vasculopatías del tracto gastrointestinal*, magistralmente descritas por SENN y de gran importancia actual dados los avances en los métodos quirúrgicos de reparación vascular. En síndrome oclusivo crónico de las arterias viscerales o «angina intestinal» es característico: dolores sordos de la mitad superior del abdomen, que se presentan poco después de las comidas y ante los que son ineficaces los espasmolíticos y los antiácidos. El temor a la ingestión de alimentos acarrea nutrición deficiente, a la que contribuye también el síndrome de malabsorción (*delgadez esquelética*). Aunque el diagnóstico debe sospecharse por los síntomas clínicos, la visión selectiva con los rayos X de las arterias intestinales, especialmente en proyección lateral, corrobora el diagnóstico al poner de manifiesto la estenosis vascular, en la mayoría de casos de origen arteriosclerótico ocluyente. El reconocimiento oportuno de una afección vascular intestinal permite la terapéutica adecuada y protege contra la catástrofe abdominal que representa que la deficiente irrigación crónica se transforme en isquemia, la cual conduce a la necrosis del órgano y a la muerte del paciente.

6. *Enfermedades del aparato digestivo y hemopatías*: anemias ferropénicas, anemia perniciosa, anemias hemolíticas, osteomiosclerosis, policitemia vera, leucemias crónicas y agudas, agranulocitosis, mononucleosis infecciosa, diátesis hemorrágicas y, por último afecciones digestivas con repercusión sobre la sangre.

7. *Tracto intestinal y aparato endocrino*, estudio completo y muy logrado.

8. *Dermopatías y enfermedades del aparato digestivo*, capítulo excelente, acompañado de numerosa iconografía en blanco y negro. En él se pone de manifiesto que el médico que sabe *mirar y ver* puede sentar el diagnóstico de una afección abdominal con sólo la inspección cuidadosa de la piel y las mucosas.

9. *Enfermedades del aparato digestivo y trastornos del equilibrio hidroelectrolítico*.

10. *Problemas inmunológicos en el tracto gastrointestinal*.

11. *Tracto gastrointestinal como lugar de manifestación de enfermedades primarias de otros órganos*.

12. *Lesiones iatrógenas de los órganos digestivos provocadas por me-*

*dicamentos*, que deben conocer no sólo los farmacólogos y los toxicólogos, sino también y cada vez más los médicos de cabecera, por desgracia en trance de desaparecer en España. Tales lesiones pueden provocar desde molestias leves hasta la muerte del paciente. ESTLER estudia minuciosamente las lesiones iatrógenas de la cavidad bucal, del esófago, del estómago, del intestino, y también del recto, del hígado y del páncreas.

13. *Trastornos psíquicos como premisa o secuela de alteraciones gastrointestinales*, dedicando atención especial a la úlcera péptica duodenal y a la rectocolitis mucohemorrágica (colitis ulcerosa). Se trata de un aspecto que el digestólogo debe conocer perfectamente, ya que por lo menos el 50 % de los pacientes que acuden a su consulta sólo padecen trastornos psíquicos o psicósomáticos. Discrepamos de los autores cuando afirman que «en los síndromes depresivos de las afecciones digestivas están especialmente indicados los atarácicos». Con tales fármacos nunca, o casi nunca, hemos conseguido mejorar la depresión, y en bastantes casos observados por nosotros se ha agravado ésta con la administración de aquéllos; en cambio hemos obtenido resultados que no dudamos en calificar de excelentes, recurriendo a los antidepressivos tricíclicos, especialmente a la amitriptilina.

14. *Postura crítica respecto a la terapéutica dietética en Patología digestiva*. Mi amigo y antiguo colaborador de los cursos clínicos de Patología digestiva de la Escuela de Patología digestiva Gallart-Monés, profesor DEMOLE, de Ginebra, empieza el capítulo con una cita de LA ROCHEFOUCAULD que deberían tener muy presente los internistas y los digestólogos al prescribir un régimen alimentario: «Es una enfermedad muy aburrida conservar la salud mediante una dieta prolongada.» DEMOLE hace hincapié en que no se debe olvidar la significación e importancia de los dientes, como tan a menudo ocurre, ya que la masticación eficiente es la base de una buena digestión. Aquella sólo es posible si se poseen los molares y los premolares de ambos maxilares, que se correspondan entre sí (unidad masticatoria). No hay que olvidar que una magnífica prótesis para el maxilar superior no proporciona una unidad masticatoria cuando sólo hay incisivos y caninos en el maxilar inferior. Por desgracia eso es lo habitual en los pacientes que acuden a mi consulta, siendo bastante frecuente que el desdentado total lleve una prótesis en el maxilar superior y ninguna en el inferior (o que la guarde en su casa por molestarle); tampoco es raro, según mi experiencia, que por estética el paciente lleve ambas prótesis durante el día, pero que se las saque al comer.

En la mayoría de afecciones digestológicas el régimen alimentario reviste importancia relativa, y en la actualidad sabemos perfectamente que su valor había sido sobreestimado. Sólo hay que prohibir los alimentos que

sabemos con seguridad que son perjudiciales, y esos son afortunadamente muy pocos. Al establecer un régimen alimentario siempre hay que tener en cuenta los alimentos que el paciente asegura que no tolera, por sentarle mal o desencadenar una crisis dolorosa, por ejemplo de cólico hepático. De todos modos hemos de convenir en que la interpretación de la anamnesis no siempre es fácil, ya que con frecuencia los pacientes sostienen, por ejemplo, padecer intolerancia a los huevos, cuando en realidad, si ahondamos en el interrogatorio, nos damos cuenta que lo que ocurre es que un médico se los había prohibido y, por tanto, jamás los comen.

15. *Alimentación parenteral.*

16. *Balneoterapia gastroenterológica*, capítulo desconocido por completo por los noveles digestólogos, pero de capital importancia, ya que la balneoterapia todavía conserva sus indicaciones precisas en numerosas afecciones del aparato digestivo. Este estudio falta en la casi totalidad de los tratados de Digestología, o a lo sumo se le dedican unas líneas. El digestólogo primerizo saca la conclusión errónea de que la balneoterapia es una terapéutica anticuada, de los siglos XVIII y XIX, y que en nuestra época de progreso científico y técnico no sirve para nada. Basta darse una vuelta por los balnearios de la vecina Francia y de Alemania para convencerse de que tal manera de pensar es un craso error.

La balneoterapia no consiste, como a menudo creen los pacientes y también muchos médicos, en beber uno o varios vasos de agua mineral en ayunas o antes de las tres comidas principales, sino en seguir un régimen alimenticio adecuado, acompañado del empleo de calor (fango, lodos, etc.), masajes y ejercicio físico adecuado. La vigilancia médica, y a veces la terapéutica farmacológica concomitante son esenciales; el clima y la indiscutible influencia psicosomática del ambiente del balneario tienen también eficacia indiscutible al valorar los resultados terapéuticos.

17. *Trasplantes orgánicos en el tracto digestivo*, capítulo lleno de sugerencias, pero todavía en el terreno experimental hasta 1972, fecha de la edición alemana del tratado que comentamos. El trasplante del hígado y del páncreas en el hombre han permitido la supervivencia del receptor durante 41 y 12 meses, respectivamente.

El tomo II concluye con un índice alfabético, muy completo y útil, que ocupa 29 páginas.

La traducción española del Dr. J. VÁZQUEZ DÍAZ nos parece excelente. Nos imaginamos las dificultades que habrá tenido que superar para llevarla a feliz término.

Ediciones TORAY, S. A., de Barcelona, es acreedora de la gratitud de

todos los digestólogos españoles por haber puesto en sus manos la *Gastroenterología clínica* de DEMLING y cols., sin duda alguna, como ya hemos hecho constar, el mejor tratado de Digestología extranjero traducido al castellano desde 1943.

Un único reparo nos merece la obra que, como miembro numerario de la Real Academiá de Medicina de Barcelona, no puedo silenciar. *No es lógico que se estropee nuestro idioma con una horrorosa jerga*, como sustentaba MARAÑÓN, aunque ésta sea utilizada, no sólo en las traducciones, sino también en numerosos trabajos médicos originales publicados en castellano.

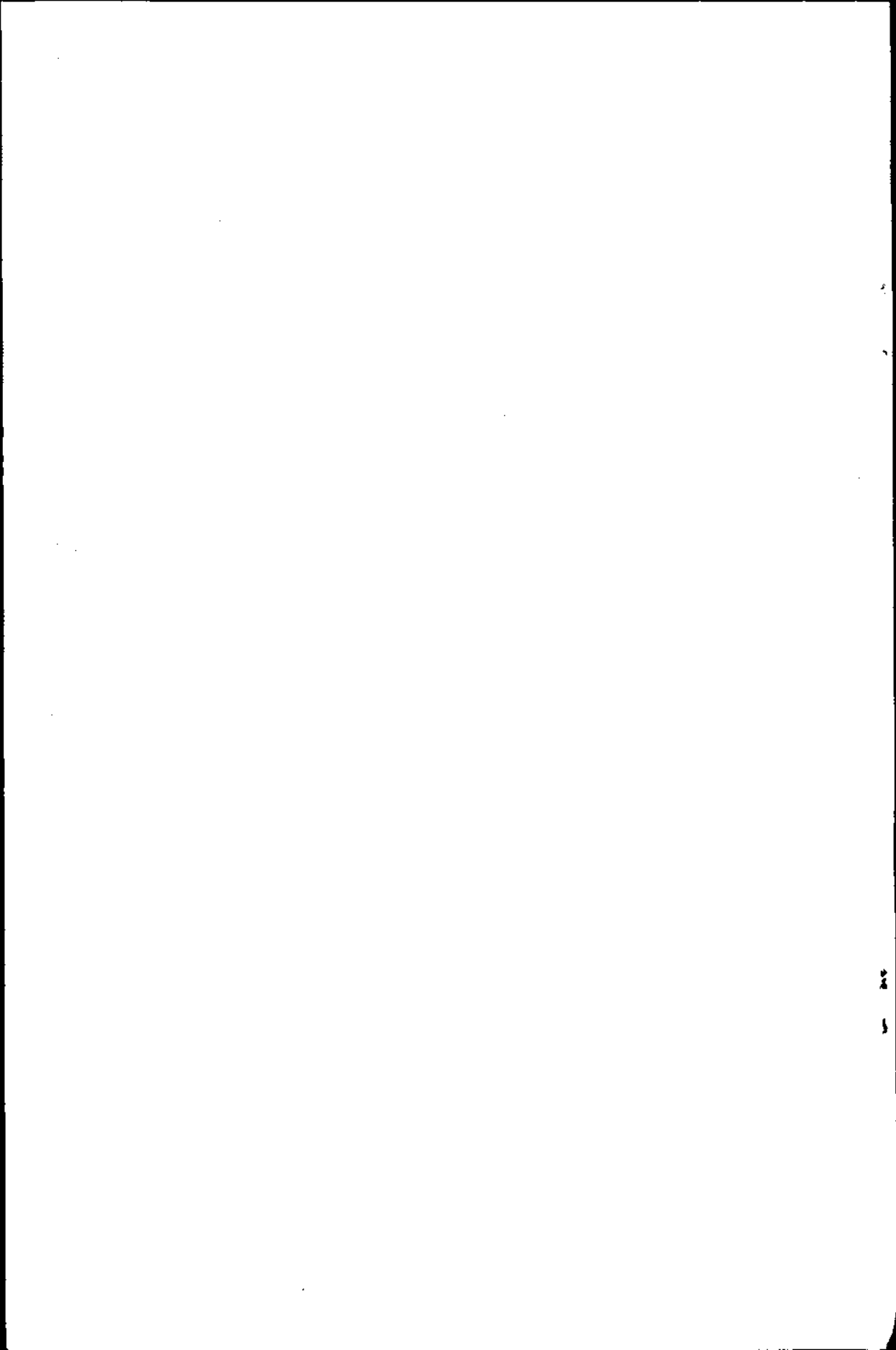
Así, por ejemplo, entre otras muchas figuran las palabras o frases que citamos a continuación, que creemos incorrectas si, como es nuestra obligación, deseamos contribuir de algún modo a la pureza de nuestro idioma. Así se dice:

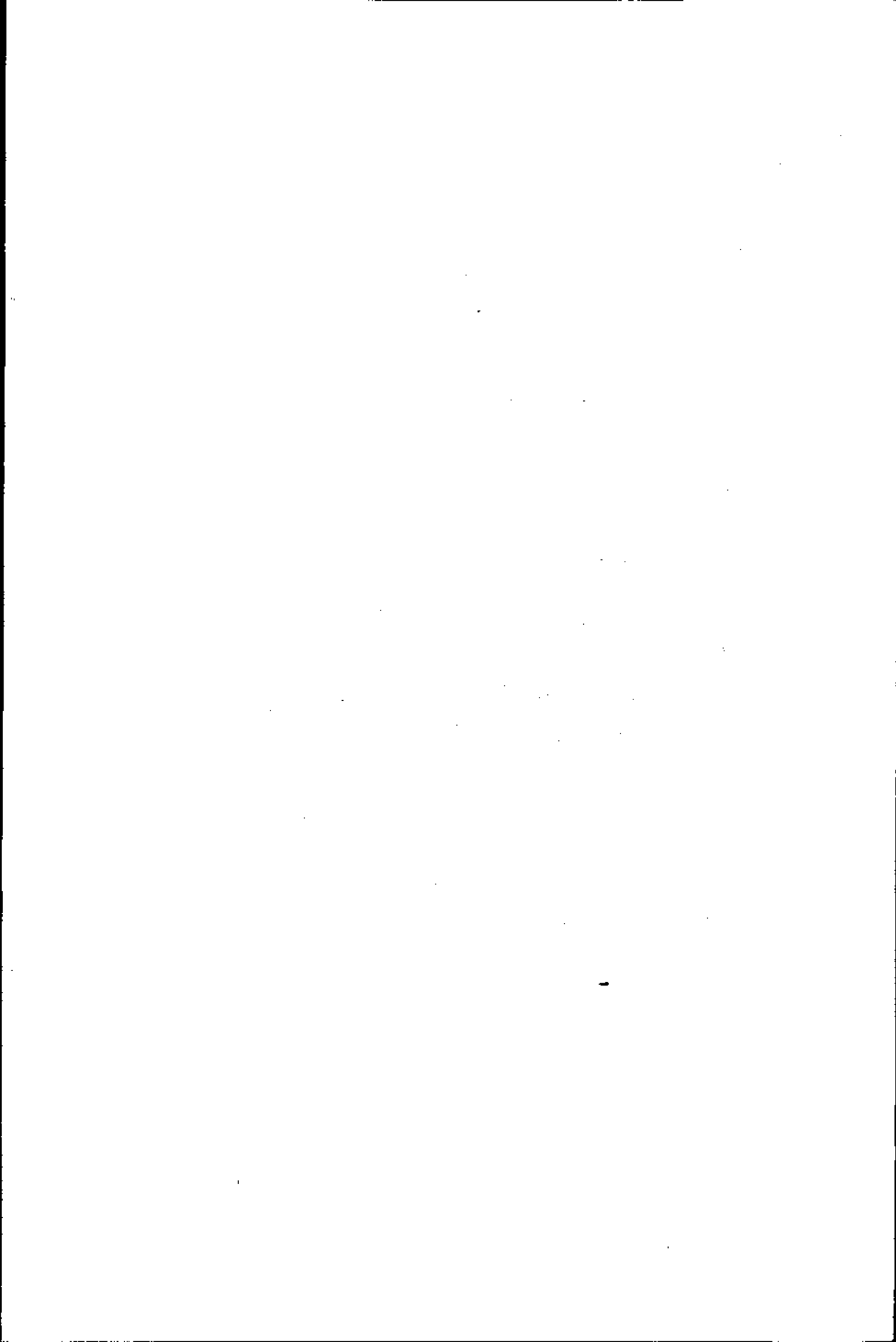
- leiomiomas por leiomiomas
- pseudocolesterinas por seudocolesterinas
- quininas por cininas
- pseudoquistes por seudoquistes
- neoplasmas por neoplasias
- colicoso por cólico
- inocuo por innocuo
- canal digestivo, canal pilórico, canal anal por conducto digestivo, conducto pilórico, conducto anal.
- stress (sin cursiva) por estrés
- gingivas por encías
- una diagnóstica vascular por un diagnóstico vascular
- muscularis mucosae por *muscularis mucosae*
- colecistoquinina por colecistocinina
- disquinesia por discinesia (hace ya muchos años A. PI-SUÑER decía que él iba al cine, y no al «quine»)
- hidrops de la vesículo biliar por hidropesía de la vesícula biliar (si acaso debería escribirse hidrops en cursiva)
- quizás por quizá
- etc., etc.

A. Gallart - Esquerdo

**ANALES DE MEDICINA  
Y CIRUGIA**

**N.º 243 - Enero-Marzo 1976**







**FORMULA:**

Acido acetilsalicilico - Fenacetina - Fosfato de codeina,

**INDICACIONES:**

ANALGESICO - ANTIPIRETICO - SEDANTE

**CONTRAINDICACIONES:**

Hipersensibilidad a alguno de sus componentes.

**PRECAUCIONES:**

Cuando se administra por via bucal, debe hacerse con precaución en sujetos con ulcus gastroduodenal, gastritis aguda o gastritis crónica con hipercloridria.

**POSOLOGIA-PRESENTACION-PRECIO:**

1 ó 2 tabletas o supositorios 2-3 veces al día.

tubo con 20 tabletas	.....	P. V. P. 61,00
"    "    10    "	.....	P. V. P. 39,00
sobre    "    2    "	.....	P. V. P.    9,00
Adult-caja - 10 supositorios	.....	P. V. P. 81,00
Inf - "    "    10    "	.....	P. V. P. 61,00

en el síndrome gripal

Vogania  
Formación en A.B.C.



**LABORATORIO  
 SUBSTANCIA**

POL. IND. MANSO MATSU - PRAT DE LLOBREGAT