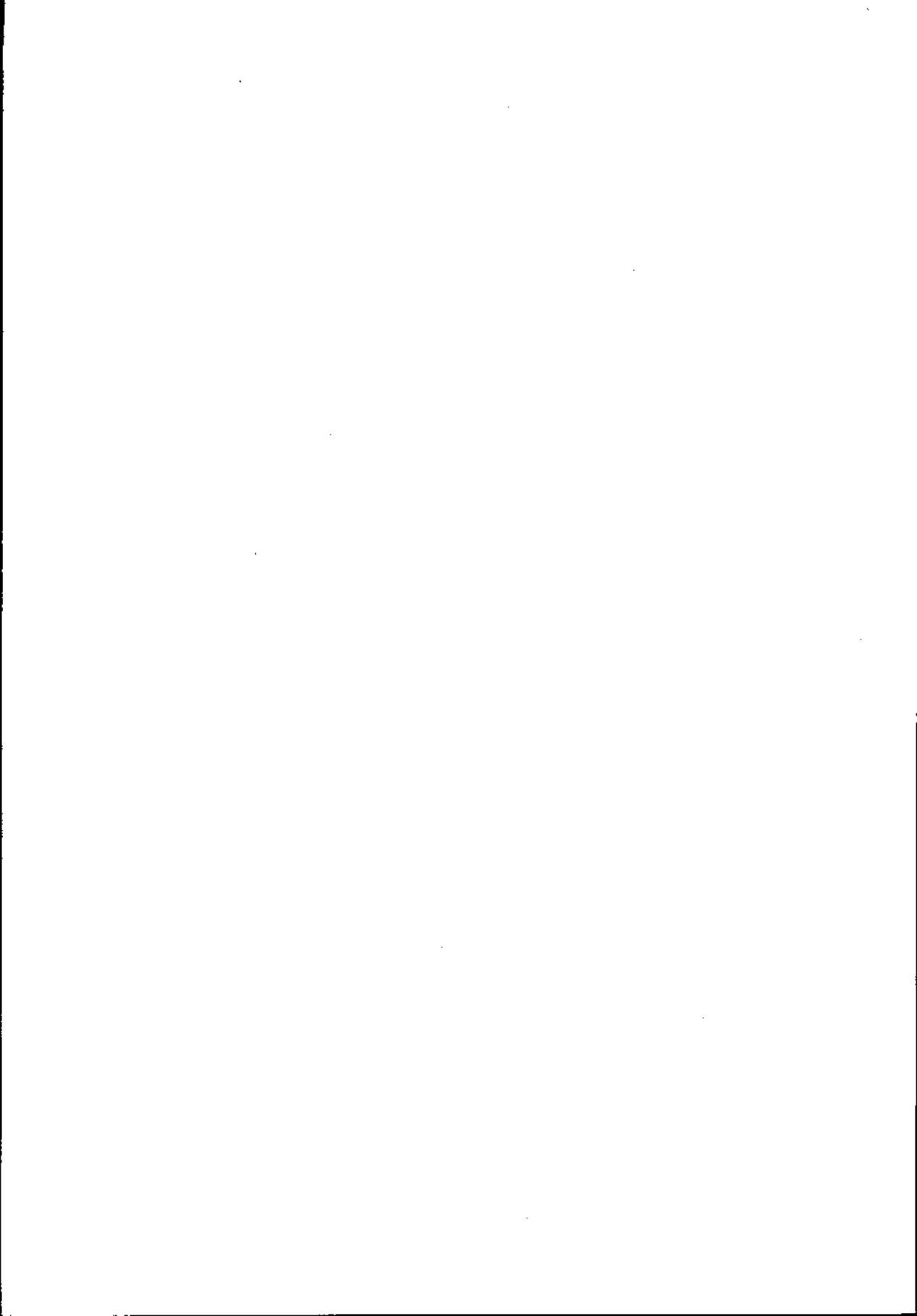




ANALES
DE
MEDICINA
Y
CIRUGIA

PUBLICATS PER LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA



"ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA"

PUBLICATS PER LA REIAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

AÑO LVI - III EPOCA

ANY 1980

VOL. LX - NUM. 260

PUBLICACIÓ TRIMESTRAL

Director:

Dr. M. BROGGI VALLÉS
President de la Reial Acadèmia

Consell de Redacció:

Dr. J. Alsina Bofill
Prof. R. Arandes
Prof. A. Azoy
Prof. M. Badell Suriol
Prof. A. Balcells Gorina
Prof. A. Ballabriga
Prof. F. Buscarons Ubeda
Dr. A. Caralps Massó
Dr. A. Cardoner
Dr. J. Carol
Prof. M. Carreras Roca
Dr. A. Carreras Verdaguier
Prof. J. Casanovas
Prof. V. Cónill Serra
Prof. J. Cuatrecasas
Dr. J. Cornudella

Prof. A. Cortés Lladó
Prof. Amadeo Foz
Dr. A. Gallart Esquerdo
Prof. F. Garcia Valdecasas
Prof. J. Gibert Queraltó
Prof. J. M. Gil Vernet
Prof. S. Gil Vernet
Dr. A. Gómez
Prof. F. González Fusté
Dr. J. Gras Riera
Dr. J. Isamat
Dr. F. Josa
Prof. J. Laporte
Dr. A. Llauredó Tomás
Prof. R. Margalef
Dr. F. Martorell

Dr. B. Oliver Suñé
Dr. J. M.^a Vilaseca Sabater
Dr. J. P. Figueras
Dr. A. Prevosti
Prof. F. Puchal
Prof. A. Puigvert
Prof. A. Pumarola Busquets
Dr. A. Rocha
Dr. B. Rodríguez Arlas
Prof. D. Ruano Gil
Prof. M. Sales
Prof. J. A. Salvá Miquel
Prof. R. San Martín
Prof. R. Sarró
Dr. J. Sécúli
Dr. A. Subirana
Prof. M. Usandizaga

REDACCIÓ:

Carme, 47 - BARCELONA-1

ADMINISTRACIÓ:

E. Rocas - Laforja, 138 - Barcelona-21 - Telf. 200 13 89

IMPRESO EN INDUSTRIAS GRAFICAS RIGSA - Estruch, 5 - BARCELONA



«**ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA**» es publiquen trimestralment, sota la direcció de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona.

Reuneix treballs originals dels que foren explanats en les Sessións científiques de l'Acadèmia i altres de col·laboració lliure.

Tots els facultatius sanitaris poden aportar treballs originals, a condició de que siguin inèdits, no resultin massa extensos i tinguin, de voler-se precisar, un nombre limitat de quadres sinòptics i d'il·lustracions.

Sol·licita seriosament la Redacció que es presentin transcrits a màquina, clarament i amb interlinies. Els gràfics, dibuixos, fotografies, etc., han de permetre sempre una fàcil reproducció dels mateixos.

Totes les referències bibliogràfiques tenen que ajustar-se a les normes més en us.

Secretaria manifesta que recurrirà al dret, natural, de modificar la distribució de les matèries, sense alterar-les substancialment, per una millor edició de la publicació.

Un excés d'il·lustracions i de pàgines podria ser motiu d'un refertiment econòmic, que tractaria directament l'Administració amb l'autor o autors dels treballs.

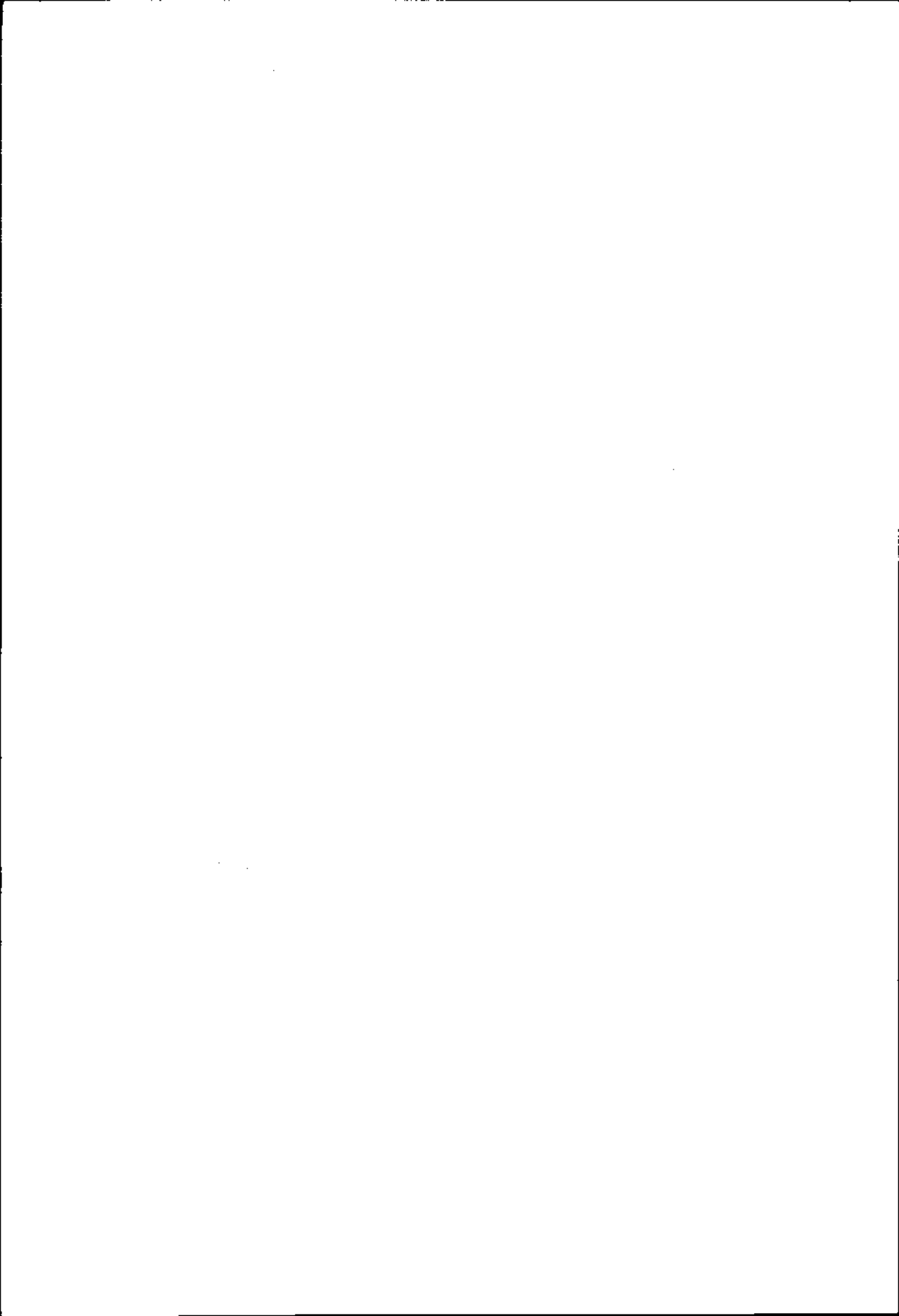
Es preveu que hi hagi també, una Secció dedicada a Crítica de llibres.

Cap establir sempre, un intercanvi amb les demés revistes nacionals i estrangeres que ho desitgin.

Ni la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona, ni la Secretaria de Redacció, convaliden les opinions sostingudes pels autors dels treballs.

L'Administració obsèquia als autors de treballs originals amb un lot de 20 «separates».

Es publica, independent, un **BUTLLETI INFORMATIU DE LA REIAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA**, en el que figura la crònica detallada de les activitats de la Corporació.



"ANALES DE MEDICINA Y CIRUGIA"

SUMARIO

NUMERO 260 - AÑO 1980

Cap a una nova fórmula de Medicina Social (Cooperativisme Sanitari)	83
Josep Espriu	
Dilatación neumática en la achalasia (técnica)	103
A Rocha	
Cuatro decenios al servicio de un hospital provincial comarcal	105
J. Solá Suris	
La erradicación... y la viruela	129
Fernando Josa	
Legislación Sanitaria Marítima durante el siglo XIX	134
R. Jordi González	



Cap a una nova fórmula de Medicina Social (Cooperativisme Sanitari) *

Josep Espriu

Senyores i senyors:

Una altra vegada tinc la satisfacció i l'orgull, potser una mica profund, o l'alegria natural, de saludar un gran metge que dissertarà magistralment —n'estic segur— «inter nos»

Es tracta de Josep Espriu i Castelló, la nissaga del qual inspira respecte i la tenacitat del qual, de visionari un dia, i de realitzador fecund avui, mou a confiança doblada d'admiració. Fou el més fidedigne missioner «ab initio». El fet de preguntar-li la seva ideologia en exercir una carrera liberal, en un món socialitzant, indica el fet de marcar la trajectòria d'un cooperativisme sanitari, i de substituir, fins i tot, el ressò o la nostàlgia de la praxi íntima o oberta.

I és que la funció o el fi assistencial prevalen sobre el concepte de defensor de la salut i del benestar personal i de masses.

Doncs bé, estimat col·lega de ment clara, voluntat de ferro i porfidiós en el seu treball, digui'ns quin és el judici estimatiu que fa, avui en dia, de la campanya mèdico-social.

Les seves inquietuds són les nostres, li ho asseguro, i el món dels seus propòsits correspon als postulats de la Medicina Social que imagina el legislador per a les Reials Acadèmies.

A Catalunya ressorgeix brillantment l'Assistència Sanitària i Social. Que no perdem l'oportunitat, ara, d'intervenir, per tal de perfeccionar-la fins al màxim.

Doctor Espriu: Manifesti amb llibertat i entusiasme que el cooperativisme sanitari representa una necessitat i és una fita òptima de les ocupacions més privatives del metge en acabar la llicenciatura.

Moltes gràcies.

Senyor President: En nom seu li concedeixo la paraula.

JUSTIFICACIÓ

Mentre es comença a imprimir aquesta xerrada, que vaig fer a la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona el dia 19 de febrer de 1980,

* Versió ampliada de la comunicació verbal al col·loqui «Cap a una nova fórmula de medicina social» (Cooperativisme sanitari), celebrat a la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona, el 19 de febrer de 1980.

sento necessitat d'escriure aquestes línies, per a intentar justificar la meva gosadia i la meva inmodèstia per haver acceptat la invitació a fer-la, i perquè permeti que les meves paraules parlades adquireixin el valor de quedar escrites i impreses, en rescatar-les d'un vent que no se les va endur, per retenir-les unes cintes magnètiques.

Vaig fer i faig tot el que he dit abans, perquè crec que el cooperativisme sanitari constitueix el meu últim esforç destinat a contribuir que la Medicina Social o Collectiva es porti a terme, en el meu país, a completa satisfacció de tots els que la proporcionen i de tots els que la necessiten. Cooperativisme que pot triomfar si el promocionen idealistes i el realitzen els seu promotors i els qui s'afegeixin al seu esforç amb pura i lleialtat, malgrat que la seva incorporació a ell sigui, en el seu origen, una mica egoista i interessada. Tots han de defensar-se del cooperativisme anomenat «marró», és a dir: de tot aquell que utilitza la cobertora cooperativista per a cobrir interessos bords.

Vull també escriure aquestes línies per advertir que ha d'evitar-se que, a la Medicina Social o Collectiva, per motiu del seu aspecte assegurator, se li apliqui, per passivitat o desistiment, criteris sostinguts en el Tractat de Roma que, en ésser acceptats, estigmatitzarien d'activitat financera aquesta estimada Medicina.

He dedicat la major part de la meua vida a una tasca, la natural evolució de la qual m'ha portat a proposar i a promoure el cooperativisme sanitari. Gràcies a aquesta dedicació, he aconseguit, en el meu país i en la meua Pàtria, grans amics, que no solament m'han ajudat i m'han estimulat en el meu esforç, sinó que han estat grans promotors i realitzadors d'una bona Medicina Social o Collectiva, farcida de dificultats que s'han hagut de vèncer. Cada vegada em resulta més difícil de parlar-los i escriure'ls, perquè cada vegada s'apropa més al meu darrer adéu. Per si els fos d'alguna utilitat en la gran labor que els resta per fer, vaig acceptar de parlar en la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona, i vaig procurar que tot el que vaig dir-hi restés imprès. Espero que aquest propòsit expliqui i justifiqui la meua gosadia i la meua inmodèstia aparents.

A tots ells, mil gràcies per moltes coses, però, sobretot, pel regal de la seva sincera, cordial i profunda amistat.

Barcelona, primavera de 1980.

Senyor President i Senyor Secretari de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona.

Senyors Acadèmics.

Senyores, Senyors i companys.

INTRODUCCIÓ

Fa uns dies, vaig rebre la visita de tres o quatre senyoretetes, de setze a divuit anys d'edat, estudiants del que, en la meua juventut, es deia Batxillerat i que, d'un temps ençà, s'esmenta amb unes sigles —«BUP», «COU», «PREU», etc.— els noms complets de les quals desconec, potser per no haver tingut fills.

Per iniciativa pròpia o, potser, per indicació del col·legi on cursen els seus estudis, es van entrevistar amb mi, per realitzar un treball escrit, potser com a pràctica prèvia als estudis superiors que alguna d'elles o totes elles volien cursar, per adquirir el grau professional de periodistes.

Va motivar l'entrevista el fet que, dies abans, hagués aparegut en el programa «A fondo», de Ràdio-Televisió Espanyola, que dirigeix i presenta el Sr. Joaquín Soler Serrano, en el qual vaig exposar les meves idees entorn al cooperativisme sanitari.

Van venir amb fulls de paper, bolígrafs i màquines de fotografiar, i sobretot, amb un desconeixement total del tema base de l'entrevista.

Gràcies a l'àmplia experiència del meu germà Salvador en aquesta classe d'entrevistes, en les quals es barregen la simpatia i la curiositat del jovent, amb la inconsciència, la falta d'una mínima informació prèvia i una alegre gosadia, experiència que m'ha llegat, gràcies a la nostra permanent convivència, vaig proposar el tema motiu de l'entrevista —què com a metge de capçalera de tota la seva família, fins a renunciar a l'existència i raó d'ésser de l'anomenada Medicina Social o Collectiva, per a elles desconeguda, en pertànyer a famílies de forta i sòlida economia.

Malgrat que em van prometre d'ensenyar-me el treball realitzat —sobretot, una d'elles, que em va recordar que jo l'havia visitat de petita, com a metge de capçalera de tota la seva família, fins a renunciar a l'exercici de la meua professió, fa uns pocs anys—, aquesta és l'hora en què no he tornat a saber d'elles. M'imagino la quantitat de disbarats que hauran escrit, perquè, si no es té una idea clara i bàsica del que és la Medicina Social o Collectiva, ¿com és pot entendre el que és i el que vol ésser el cooperativisme sanitari?

He explicat aquesta anècdota viscuda, com a pòrtic de la xerrada d'avui, per justificar, davant vostès, el fet que dediqui una part important d'ella a la narració de la meua aportació, durant molts de lustres, a l'evolució de la Medicina Social o Collectiva en el nostre país, per explicar la meua evident responsabilitat en el naixement i configuració del cooperativisme sanitari, ja que constitueix una nova fórmula de l'esmentada Medicina Social o Collectiva que irromp en un moment en què és imprescindible una «Reforma Sanitària» —que ja es discuteix en el Con-

grés dels Diputats—, l'esquema idoni de la qual ningú el veu clar i per la qual pugnen una privatització mercantil de la Medicina, enfront de la socialització estatal total d'ella.

Aquesta entrevista quasi va coincidir amb l'oferiment, que aquesta estimada Reial Acadèmia de Medicina em va formular, a través del seu Secretari, el meu estimat amic el Dr. Belarmino Rodríguez Arias, que protagonitzés un col·loqui entorn del cooperativisme sanitari, com a nova fórmula de Medicina Social.

Puc assegurar-los a vostès que el meu sincer gran respecte per aquesta Acadèmia m'hagués impedit d'acceptar que la meva aportació a ella hagués tingut la pretensió i la categoria d'una conferència. Vaig poder acceptar, perquè es tracta d'un col·loqui en el qual poden intervenir tots els seus assistents, després d'una xerrada en què exposaré algunes de les meves idees, no amb el propòsit d'ensenyar a ningú, sinó amb l'esperança d'aprendre molt dels qui no les comparteixin i denunciïn els meus errors.

Iniciada la meua xerrada, crec que tots vostès s'hauran adonat de la meua dificultat d'expressió, natural conseqüència de l'emoció que intento de dissimular, emoció deguda al fet d'ésser acollit per aquestes respectabilíssimes parets, per la presència de tots vostès i per les tan amables com immerescudes paraules amb què m'han distingit tant el President com el Secretari d'aquesta barcelonina Reial Acadèmia de Medicina, demostratives de l'autenticitat d'antigues amistats, però no de cap mereixement meu, com no sigui el d'haver estimat i seguir estimant la meua professió de metge, d'una manera profunda, i el d'haver sentit i seguir sentint una gran preocupació per la pràctica d'aquesta professió, en atenció a la gran majoria de membres de la nostra societat ja que l'esmentada pràctica no té, al meu entendre, la qualitat que hauria de tenir.

He de demanar perdó a aquesta Reial Acadèmia i a tots vostès per no haver escrit abans aquesta xerrada. Si us plau, no ho prenguin com a una falta de respecte, sinó de temps. El meu excessiu treball i els meus molts compromisos i responsabilitats no em permetien d'escriure més que un guió. Així, li ho vaig advertir, en el seu dia, al Dr. Rodríguez Arias. Però, per tal que resti constància escrita del que dic, vaig demanar a un bon amic que vingués, en aquest col·loqui, proveït d'un d'aquests aparells més o menys complicats, que tenen un inquietant micròfon i una cinta magnètica, la gravació de la qual permetrà de convertir, a posteriori, la meua paraula parlada en paraula escrita.

També he de demanar disculpes pel fet que el que digui sigui molt personal i carregat de protagonisme, però ha d'estar en l'ànim de vostès que, en tot cas, no puc aportar, en aquesta Reial Acadèmia, més que una labor i una experiència personals, portada a terme i adquirida en el transcurs d'uns quants lustres, labor i experiència d'un home de seixanta-cinc anys, situat a la recta final de la seva vida; d'una vida al servei de la professió, que considero la més bonica d'entre totes a les quals es pot consagrar l'ésser humà, i al servei d'una millora en la seva pràctica, en atenció a tot el nostre proïsme, que, encara que és difícil, la crec pos-

sible, a través del cooperativisme sanitari.

I em preocupa i demano disculpes per aquest protagonisme meu, perquè sóc conscient que aquesta tribuna la solen ocupar eminents col·legues per exposar temes i matèries en l'elaboració i desenvolupament dels quals han intervingut moltes persones que, en justícia, són cridats.

Començo el col·loqui amb la meua xerrada, desitjós d'escoltar les vostres crítiques i les vostres discrepàncies, per així conèixer els meus errors.

Us prego que no us sàpiga greu de dir-me que estic equivocat. Jo mateix m'he adonat de molts errors que he comès en el transcurs dels meus seixanta-cinc anys de vida.

ANTECEDENTS

Si avui m'adreço a vostès, és evident conseqüència que, en un matí ja molt llunyà, metge ja, però jove, mentre acompanyava un malalt pels soterranis del nostre Hospital Clínic cap al Servei Central de Raigs X, em reclamaren dos companys per demanar-me que acceptés d'ésser presentat com a candidat en unes eleccions que anaven a celebrar-se en el nostre Col·legi professional.

Llavors, jo ignorava la raó de l'existència dels Col·legis de Metges i quins eren els seus objectius. Gairebé afirmaria que ignorava o no recordava on era la seu del nostre.

Vaig condicionar la meua acceptació al consell que em poguessin donar la meua mare i el Dr. Gregorich, gran amic meu, a qui podeu veure avui aquí, entre nosaltres.

Ambdós consells van ésser favorables a la meua presentació; vaig acceptar i vaig guanyar aquelles eleccions. Crec que si no fou l'única elecció que he guanyat a la meua vida, en molt poques més hauré resultat mereixedor. Tant és així que porto anys considerant-me especialista en perdre-les.

Encara que crec que, entre els meus avantpassats, mai no hi va haver cap metge, en la meua família es reservava un gran afecte, un gran respecte i una gran veneració pels nostres metges de capçalera, el de Barcelona i el de Sinera, on estiuejaven, que, benauradament, encara viuen i als quals donàvem molt de treball per ésser molts i per ésser freqüents les nostres malalties i les defuncions.

Encara que era molt escassa l'eficàcia terapèutica d'aquella època, recordo molt bé com esperàvem l'arribada del nostre metge, la sola presència del qual n'era prou per a tranquil·litzar a tots i per tal que el malalt es trobés molt millor malgrat la fam, la feblesa i la desagradable sabor d'uns remeis que havia d'ingerir, a cullerades, cada tres hores.

Embadalit per aquest afecte, per aquest respecte, per aquesta veneració i per aquesta gratitud, vaig esdevenir metge, disposat a ésser mereixedor de tals sentiments. Vaig aparèixer pel nostre Hospital Clínic i em vaig incorporar a la Junta Directiva del meu Col·legi professional, gràcies a una elecció, en què, per pròpia iniciativa, no hagués intervingut,

Per la meua joventut, vaig ésser nomenat Sots-Secretari de l'esmentada Junta Directiva i, ple d'illusi3, vaig decidir de fer tot el que estigués en la meua mà a favor dels meus col·legues i de llurs malalts, però, quan vaig conèixer la realitat de l'exercici de la nostra professi3 en l'ampli camp de la Medicina Social o Collectiva, la meua sorpresa i la meua desillusi3 foren enormes.

Vaig decidir que alguna cosa s'havia de fer per a canviar el lamentable plantejament de l'exercici de la nostra professi3, en atenci3 a una gran majoria de persones acollides a una forma o una altra de Medicina Social o Collectiva i vaig tenir la sort de conèixer l'existència de l'Igualatori de Bilbao, la motivaci3 i la fórmula assistencial del qual em van semblar i em segueixen semblant vàlides. La immensa majoria dels metges de Bilbao s'havien atipat a la socialitzaci3 o collectivitzaci3 privada i estatal de la Medicina i havien creat una instituci3 pr3pia, sense ànim de lucre al capital esmerçat, que retribuía els seus propis metges, —empresaris i professionals, alhora—, per acte professional realitzat, en atenci3 als malalts que hi acudien, com a resultat d'una total llibertat d'elecci3 d'ells.

En conèixer la magnífica labor de l'Igualatori de Bilbao, no vaig desistir fins a aconseguir que el meu Col·legi fundés i tutelés una instituci3 anàloga a la bilbaína, convençut que era l'única fórmula de salvar el prestigi i l'economia del metge i d'atorgar una assistència al malalt d'igual qualitat tècnica i humana que la que reben els privilegiats i escassos pacients privats i molts que, desenganyats de la Medicina Social o Collectiva, en la qual són inscrits, es veuen obligats de renunciar a una assistència per la qual no senten confiança i la qualitat de la qual no és acceptable, sobretot, si s'accepta que el malalt tingui sempre dret, no solament a un tracte correcte, des del punt de vista tècnic i científic, sinó al mateix tracte humà que es dona al malalt privat o particular, per evident imperatiu d'educaci3 i ètica i pel seu indiscutit valor terapèutic.

QUATRE PLANTEJAMENTS

Gràcies a l'experiència apresada de l'Igualatori de Bilbao i a l'adquirida durant més de vint anys al capdavant de la instituci3 fundada i tutelada pel nostre Col·legi professional, a la qual abans he alludit, i l'existència de la qual coneixen tots vostès, fonamento la tesi d'aquesta xerrada en quatre plantejaments bàsics:

a) *Plantejament social.* — Afirmo que no és just que una forta capacitat econ3mica, o la decisi3 d'afrontar un sacrifici econ3mic, o la condici3 de metge, o de familiar directe del metge, siguin indispensables per a la lliure elecci3 de metge, negada en qualsevol fórmula actual, privada o estatal, de Medicina Social o Collectiva.

La nostra tesi defensa, doncs, una llibertat que considerem tan essencial com les altres i que esperem que, molt aviat, defensin tots els

partits polítics i llurs representants.

b) *Plantejament econòmic.* — Si la lliure elecció de metge és possible si se salva el problema econòmic que comporta i si, gràcies a aquesta lliure elecció, s'aconsegueix una assistència satisfactòria, entenem que aquesta capacitat econòmica es pot adquirir en formar part d'un col·lectiu en què cadascun dels seus components aportí la seva quota dinerària periòdica —mensual, trimestral, semestral o anual—, tant si estan malalts, com si estan bons, col·lectiu en el qual, per tant, una majoria sana o, millor, la totalitat dels seus components contribuiran als costos de l'assistència d'una minoria malalta, sense que això comporti la renúncia dels metges a uns honoraris justos, dignes i suficients. Des del punt de vista econòmic, una autèntica solidaritat social pot atorgar a les persones la capacitat econòmica que necessiten durant les seves malalties. Tal solidaritat també ha de posar-se de manifest de tal manera que l'economia comuna no es malgasti en cobrir, a cada persona, aquells costs que no comporten cap problema en la seva economia privada.

Per tot el que s'ha dit abans, si es valoren els justos costs i les corresponents quotes o primes, no és necessari que el metge sigui l'únic professional o treballador, a qui qualsevol forma de Medicina Social o Collectiva no li paga el que ell reclama dels seus pacients en el seu exercici privat, l'únic professional o treballador a qui se li exigeix un sacrifici econòmic.

Estem convençuts que ben administrat i ben calculat el nostre plantejament econòmic, amb la quota-mitjana de l'Assegurança Social de Malaltia, que avui percep dels seus afiliats al Règim General de la Seguretat Social, es podrien abonar als metges uns honoraris per acte facultatiu realitzat, quasi iguals, en llur quantia, als habituals en l'exercici professional privat.

c) *Plantejament professional.* — Aquest plantejament el venim anomenant, potser sense encert, plantejament universitari.

Entenem que la lògica, justa i indiscutible existència d'una Medicina Social o Collectiva pot suposar un cert —malgrat no indispensable— sacrifici dels metges, quant a la quantia dels seus honoraris professionals, però no ha de comportar mai el fet de convertir-se en un assalariat per compte d'altri, perquè és innecessari i perquè això el frustra i és causa de baixa qualitat en l'assistència.

Si qualifiquem d'universitari aquest plantejament és per tenir en compte el caràcter que imprimeix a l'home el fet de passar per la Universitat, no tant pel que li ensenyen a les seves aules, sinó pel que aprèn en el seu ambient i en els seus corredors, molt difícil de compaginar, més tard, amb la indispensable mentalitat d'un funcionari, o d'un assalariat. D'aquí que, des de sempre, els metges haguem sabut treballar, molt gustosament, en determinades circumstàncies, sense cobrar res i d'aquí, també, que ens costi tant el fet de treballar satisfet contra-rellotge i sota els condicionants propis d'un treballador per compte d'altri.

i d) *Plantejament polític.* — Considerem indispensable un acord, o consens, de totes les forces polítiques del nostre país, en l'esquema de prestacions de la nostra Medicina Social o Collectiva, l'estabilitat de

la qual la considerem imprescindible, ja que no són admissibles successius canvis estructurals sanitaris, segons el partit o partits polítics en el poder. Entenem que les discrepàncies polítiques solament poden afectar l'organització interna de les estructures de suport i la finançació del sistema adoptat.

Aquests quatre plantejaments bàsics de la nostra tesi els venim defensant, en la pràctica, com a responsables de la instiució, anàloga a l'Igualatori de Bilbao, fundada i tutelada pel nostre Col·legi professional, institució a la qual dedicarem unes paraules al final de la nostra xerrada, si el temps utilitzat en ella ho permet. Si la nostra paraula parlada és escrita i impresa, ens proposem d'incorporar el nostre comentari, entorn a l'alludida institució, en les seves darreres planes.

CONCEPTE, EVOLUCIO I ESTRUCTURES DE LA MEDICINA SOCIAL

Aquests quatre plantejaments bàsics de la nostra tesi, que, fins a cert punt, no és solament meua, configuren el nostre concepte de Medicina Social o Collectiva.

Per a nosaltres, Medicina Social o Collectiva és la vinculació d'un nucli de persones a una estructura capaç d'atorgar-los Medicina preventiva, assistencial i rehabilitadora, així com la pertinent educació sanitària, mentre promou la corresponent docència i investigació indispensables per a la seva perfecció integral, gràcies al fet que tots aquests components essencials hi estiguin coordinats i integrats.

Tots hem conegut i coneixem la Medicina individual, també anomenada privada o particular. De la seva pràctica va néixer, per motivació econòmica, la fórmula de vinculació individual o familiar anomenada «iguala», encara molt estesa en el nostre país i la descripció de la qual i el comentari de la qual considerem innecessari. Però l'enorme i recent progrés de la Medicina va demostrar totalment que és insuficient el binomi «un malalt, un metge». La indispensable, si bé exagerada, especialització d'aquest últim el va obligar a una labor compartida, o en equip, i va donar lloc a uns costos cada vegada més alts, impossibles de cobrir, com no sigui gràcies a una fórmula de solidaritat social.

Aquest canvi fou un dels motius de creació de l'Igualatori de Bilbao. De la fórmula «iguala», es va passar a la fórmula «igualatori» que, en últim terme, no és més que una iguala ampliada, per tal de poder atendre els requeriments de l'actual Medicina.

Els metges bilbaïns es van adonar que la Medicina seria socialitzada o collectivitzada i es van anticipar en aquesta necessitat previsible, en muntar una estructura pròpia, sense lucre per al capital indispensable per a posar-la en marxa, però que respecti les característiques essencials i tradicionals de la nostra professió, com són la lliure elecció de metge, la lliure acceptació de malalt —llevat si es tracta d'una urgència—, la retribució a càrrec de la pròpia institució, per cada acte professional realitzat. Amb l'acceptació de la incorporació a ella de qualsevol metge que ho desitgi, en igualtat de condicions a les de la resta dels seus com-

ponents i amb la supressió de tot empresari, ja que són ells mateixos els seus propis empresaris, vinculats a un sistema, l'estructura democràtica del qual la garantien els seus propis estatuts, els metges bilbaïns van fundar, sense adonar-se'n, sota el mantell jurídic d'una associació civil, que, més tard, per manament legal, va haver de servir-se d'una societat anònima, de la seva exclusiva propietat col·lectiva, la primera cooperativa de treball associat de metges que haurà existit en Espanya.

Abans, durant o després de la posta en marxa de l'Igualatori de Bilbao, van sorgir, en el nostre país, altres estructures amb el propòsit d'atorgar una parcial i incompleta Medicina Social o Col·lectiva als seus habitants.

En esquema, són les següents:

- a) El propi Estat, a través de la seva Seguretat Social.
- b) Les mútues o mutualitats sense afany de lucre.
- i c) Les companyies d'assegurances anomenades «mèdiques», amb personalitat jurídica pròpia de societats anònimes i, per tant, amb afany de lucre mercantil al capital esmerçat.

Per a nosaltres, les mútues o mutualitats constitueixen una experiència simpàtica, per ésser una fórmula de solidaritat humana, sense propòsit de lucre dinerari mercantil o capitalista.

Tal simpatia no la sentim per les entitats del grup c), en ésser aquell llur propòsit. Mai no oblidaré que he tingut a les meves mans l'escriptura autèntica notarial dels estatuts socials d'una d'aquestes entitats, a l'article de la qual destinat a precisar el seu objectiu social, es llegia: «Explotar el negoci de la Medicina.» Vergonyós.

En totes elles, el metge exerceix per compte d'altri, no és amo del seu impuls professional, perd la seva condició d'universitari, atén malalts que li han assignat, però no escollit, es converteix en un assalariat amb retribució que pot ésser atractiva per la seva aparent quantia i seguretat, però que sempre li proporciona un treball excessiu, sense cap vincle de confiança i amb pèrdua total de la seva personalitat humana i professional, amb el que s'aconsegueix la seva frustració, la seva desil·lusió i la seva sensació de sentir-se explotat; a tot això s'afegeix la lògica sospita dels seus pacients, amb el que s'aconsegueix la baixa qualitat assistencial que venim contemplant des de fa masses lustres.

Junt a aquest lamentable esquema, podem contemplar l'existència d'Igualatoris, com el nostre, fundat i tutelat pel nostre. Col·legi professional, que, a la llum de l'experiència bilbaïna, han fet acte de presència en tot el país i vénen superant dificultats i corregint defectes, en el seu esforç per a donar, amb la seva fórmula estructural i assistencial, una Medicina Social o Col·lectiva que agradi als seus igualats i als seus metges.

Gràcies a aquesta fórmula, no existeixen els mals que fan indesitjables les estructures que hem relacionat en el nostre esquema i s'aconsegueix una Medicina Social o Col·lectiva —que mai no pot ser no-social o anti-social— que, si cal, fins i tot, defensa l'home enfront de la societat en què viu inclòs.

NOVA FORMULA

Però l'evolució de les idees de la nostra societat i el simple transcurs dels anys, així com la lamentable imatge que ha donat la Medicina Social o Collectiva, pública i privada que contemplem en el nostre país, comporten una imprescindible «Reforma Sanitària», que obliga, al nostre entendre, a una evolució de l'igualatorisme, sorgit, en el seu dia, a Bilbao, per tal que aquest deixi d'ésser considerat com a una fórmula i una estructura classista i per tal de donar, en justícia, un fort protagonisme als seus igualats.

Aquesta evolució cap a una nova fórmula de Medicina Social, objecte d'aquest colloqui, es concreta en el nostre oferiment al Govern, als diputats i als senadors, que siguin admesos els actuals igualatoris com a experiència-pilot en l'anunciada «Reforma Sanitària», eventualitat prevista en ella amb caràcter general. Per a això, és imprescindible que, en la nova Llei d'Assegurances Privades i en la nova Llei de Cooperació, es contemplen les cooperatives com a persones jurídiques que puguin dedicar-se a la pràctica d'assegurances d'assistència sanitària a favor d'altri, sense necessitat de constituir més marges de solvència que els imprescindibles i amb autorització d'aplicar les mateixes primes o quotes que, en tot moment, percebi el Règim General de la Seguretat Social dels seus afiliats, amb destinació a la seva Assegurança Social de Malaltia (abans Assegurança Obligatoria de Malaltia), per unes mateixes prestacions, el control de quantitat i de qualitat de las quals es reservaria a l'Estat.

Salvat aquest problema jurídic actual, els igualatoris podrien esdevenir cooperatives de treball associat dels metges —de facto, ja ho són, però no de jure— i no tindrien necessitat de mantenir associacions, com la de Bilbao, o cooperatives com Lavínia, estesa a trenta-tres províncies i a les dues places de sobirania de l'Estat espanyol i com a mostra, «Autogestió Sanitària, Societat Cooperativa», que garanteixen l'estructura i la gestió no mercantilista dels esmentats igualatoris.

COOPERATIVISME APLICAT A LA MEDICINA SOCIAL

ESTRUCTURES

Vostès saben millor que jo què és una cooperativa i vostès recorden que n'hi ha de diverses classes. En essència, ens interessa de tenir presents les de consum i les de treball associat, així com les anomenades de segon grau, que poden definir-se com a cooperatives de cooperatives; cooperatives, els socis de les quals són tres o més cooperatives.

No he de fer l'elogi de les cooperatives de treball associat. A qui les desconegui, el convido a visitar la cooperativa «CIDESA» d'Esparreguera, la cooperativa «Inducar» de Terrassa, la Cooperativa del Vidre de Mataró i la vall de Mondragón, veritable eixam de cooperatives, i restaran sorpresos de llur estructura, de llur laboriositat, de llur potencial eco-

nòmic i, si acudeixen en determinats dies, de contemplar com, al final d'una jornada de treball, s'endressen una mica els qui ho han dut a terme, per acudir a una sala d'actes i decidir el seu esdevenidor, uns treballadors que, alhora, són els seus empresaris. ¿No és aquest el camí que han de seguir els metges, camí ja iniciat i experimentat des de fa uns quants lustres sota la fórmula de l'igualatorisme, nascuda a Bilbao?

Tampoc no he de fer l'elogi del cooperativisme de consum, consolidat per primera vegada en el carreró del Sapo de Rochdale i que vaig aprendre de l'apassionada dedicació del nostre estimat amic i col·lega, el Dr. Arumí —mort fa uns pocs dies—, al capdavant de la nostra cooperativa de consum, fundada pel Sindicat de Metges de Catalunya, que compleix la seva doble i simultània funció d'abaratir preus i de regular els establerts per la competència.

Sobre la base jurídica d'aquestes últimes cooperatives, hem promocionat la fundació d'una, dedicada a l'anomenat consum sanitari, amb el nom de «Societat Cooperativa d'Installacions Assistencials Sanitàries» —en contracció «SCIAS»— que presidim i dirigim, que compta amb més de cent mil socis, i que ja és propietària de l'edifici que, a l'Avinguda Diagonal de la nostra ciutat es va construir destinat a ésser l'Hotel Barcelona-Hilton de cinc estrelles i que anem a convertir en l'«Hospital de Barcelona», de cinc-cents llits, aproximadament. Aquesta és i serà la primera experiència de l'anomenada i invocada socialització dels mitjans, però no de l'home, que es porti a terme en el nostre país.

Doncs bé: La nostra nova fórmula de Medicina Social, ja empresa amb «Autogestió Sanitària, Societat Cooperativa» i amb «SCIAS», que hem ofert com a planta o experiència-pilot a l'anunciada «Reforma Sanitària», consisteix en la creació d'una confederació estatal de cooperatives sanitàries de segon grau, que coordinen, cadascuna d'elles, una cooperativa de consum sanitari, que aglutina quasi un milió de socis, amb una cooperativa de treball associat dels metges, en obert diàleg decisor, a les quals han d'afegir-se una cooperativa de consum farmacèutic, una cooperativa de serveis (administratius, d'informàtica, etc.) i sengles cooperatives de treball associat de les diferents branques d'auxiliars tècnics sanitaris titulats. En el nostre pla, són previstes les necessàries cooperatives de crèdit i estalvi, per tal que canalitzin les quotes de l'Assegurança Social de Malaltia dels socis cooperativistes que hagin escollit el nostre sistema, i per tal que fomentin i financin tota mena de cooperatives de treball associat, amb la qual cosa s'aconseguirà una societat més humana i més justa i, en l'actualitat, una disminució de l'atur obrer i de l'anomenada explotació de l'home per l'home.

I la nostra fórmula no pretén cap monopoli ni cap enfrontament, sinó lliure i lleial competència amb qualsevol altre sistema vigent, o que vulgui assajar-se, posant —això sí— fi a l'actual vergonyosa duplicitat de pagament de quotes, una destinada al Règim General de la Seguretat Social i una altra amb destinació a empreses o entitats privades.

El límit aproximat d'un milió de socis de la cooperativa de consum sanitari és condicionat a imperatius geogràfics i de residents en cada població, així com al fet que les macroestructures i les macroeconomies

són incompatibles amb l'essència de les cooperatives i conduirien a llur massificació i deshumanització. També és condicionat per les previstes necessitats hospitalàries i llur regionalització.

Naturalment, les cooperatives de treball associat de metges es regiren pels postulats de l'igualatorisme iniciat a Bilbao.

Totes les cooperatives, de les quals hem fet esment, comptaran amb una Junta Rectora cosposta de dotze membres. La reunió de totes aquestes Juntes Rectores constituirà l'Assemblea de la cooperativa sanitària de segon grau que, d'ella mateixa, escollirà la seva pròpia Junta Rectora.

REALITATS I EXPERIENCIES

Tot el que he dit abans no és pura teoria, ni molt menys una utopia, sinó una realitat afrontada ja per «Autogestió Sanitària, Societat Cooperativa», amb els seus tres mil metges aproximadament i més de dues-centes mil persones assegurades, per la «Societat Cooperativa d'Instal·lacions Assistencials Sanitàries» i, en trenta-tres províncies de l'Estat espanyol i en les seves dues places de sobirania, per «Lavínia, Societat Cooperativa», i les seves bases, fonaments jurídics i viabilitat econòmica van restar precisats en la nostra ponència presentada en el «I Symposium Español sobre Asistencia Sanitaria en el Seguro Libre de Enfermedad», celebrat a Madrid el 19 d'octubre del 1979, escrita en col·laboració amb el jurista Sr. Lluís M. Ribó i Duran, l'economista Sr. Joaquín Fernández y Fernández i el nostre company el Dr. Bartolomé Vicens i Sagrera.

Abans d'acabar, els donaré compte d'una experiència de Seguretat Social molt important que venim realitzant des del dia u de juny de 1976.

No sé si vostès saben que, als funcionaris civils de l'Estat, se'ls va otorgar Seguretat Social per Llei aprovada a les darreres Corts del règim anterior, jo diria que a l'any 1975. Aquesta Seguretat Social es va posar en pràctica a l'any 1976, i per a aquesta Seguretat Social —repeteixo les paraules Seguretat Social—, per pressió pròpia dels funcionaris, o per la raó que fos, es va admetre que, en matèria de Medicina assistencial, se la pogués prestar el Règim General de la Seguretat Social, o la iniciativa privada. I els funcionaris civils de l'Estat, dos cops a l'any, poden escollir el sistema que vulguin; i, en aquests moments, són menys del 5 % dels funcionaris civils de l'Estat que escullen el Règim General de la Seguretat Social; els altres volen el nostre sistema. L'actual Ministre de Sanitat i Seguretat Social, molt poc temps abans d'ésser Ministre, i per la seva condició de funcionari civil de l'Estat, fou atès per nosaltres, en la persona d'un familiar, i el propi Ministre només sap fer elogis de la manera com va ésser assistit l'esmentat familiar, no perquè fos Ministre, ja que encara no ho era.

Hem tingut l'oportunitat de dir, al nostre Ministre, que no ens sembla just que hi hagi ciutadans de dues menes: uns que, pel fet d'ésser funcionaris civils de l'Estat, poden escollir-nos i altres, perquè no ho són, no ens poden escollir. Davant aquesta veritat, ens limitem a demanar que tots puguem escollir; que s'acabi la vergonya que, en institu-

cions com la nostra, per exemple, en aquesta experiència cooperativa que estem realitzant, hi hagi el noranta-dos i escaig per cent d'assegurats que són amb nosaltres i que, alhora, són obligats de romandre afiliats a la Seguretat Social i que es tingui en compte que tot això que diem també té una greu i trascendental importància econòmica. El nostre país és un país de fets molt estranys. Quan un mutualista, funcionari civil de l'Estat, escull la Seguretat Social, la seva mutualitat (la que agrupa tots els funcionaris civils de l'Estat) ha de pagar a la Seguretat Social, aquest any de 1980, mil quatre-centes pessetes i escaig per persona i mes. En canvi, quan aquest mateix mutualista ens escull a nosaltres, la seva pròpia mutualitat ens paga set-centes i unes poques pessetes més. El que és curiós és que nosaltres li hem de donar, a aquest mateix mutualista, prestacions que no li dona el Règim General de la Seguretat Social i que tenen el seu indiscutible preu. Li donem lliure elecció de metge, si bé amb les limitacions pròpies i involuntàries de les institucions que l'atorguem; li donem habitació individual quan ingressa en una institució hospitalària; acompanyant en clínica; internament per motiu psiquiàtric, indemnització quan tenen problemes de malaltia a l'estranger (indemnització econòmica). Tot això no ho dona el Règim General de la Seguretat Social. L'única diferència, en tot cas, que seria favorable al Règim General de la Seguretat Social, seria la cèlebre prestació farmacèutica ambulatoria, però com que la mutualitat dels funcionaris civils de l'Estat —no nosaltres— els dona la prestació farmacèutica ambulatoria, nosaltres en coneixem els resultats i els valors econòmics i podem afirmar que, segons sigui un sistema o un altre, les xifres són sorprendentment diferents.

En el Règim General de la Seguretat Social —ho saben els metges que són aquí— moltes vegades s'ablaneix la tensió, el recel i el disgust del malalt, amb la prestació farmacèutica, al més costosa possible, millor. Diguem-ho d'una altra manera: en el Règim General de la Seguretat Social, als malalts ambulatoris és extraordinàriament difícil de poder dir-los res, o únicament, una culleradeta de bicarbonat amb una mica d'aigua després dels menjars. Si dius això, el més probable és que el que hagi d'ésser atès siguis tu. El que s'acostuma a fer es el fet de receptar al més car possible. Altrament, els costos de la prestació farmacèutica, en el règim dels funcionaris civils de l'Estat que coneixem, no tenen punt de comparació amb els de la prestació farmacèutica en el Règim General de la Seguretat Social. Això és degut a la lliure elecció de metge i a la confiança en el metge. Si, per lliure decisió, et ve a veure i té confiança en tu, tu pots dir-li al teu malalt o suposat malalt: «No tens res i no et recepto res». Per tant, la diferència econòmica entre el que li costen a la mutualitat dels funcionaris civils de l'Estat els pocs afiliats, que, pel motiu que sigui, escullen el Règim General de la Seguretat Social, i el que paga per cada persona que ens escull a nosaltres, constitueix una injustícia insòlita i un punt que s'ha de meditar, de gran importància, entorn dels costos i de l'economia de la nostra lamentable Seguretat Social.

VIABILITAT POLITICA

Per una altra banda, com vostès molt bé saben, el cooperativisme és una fórmula associativa empresarial acceptada per tots els partits polítics, realitat que s'ha posat novament de manifest en les recents Jornades de Cooperativisme a Catalunya organitzades per la Conselleria de Treball de la Generalitat de Catalunya i en la Primera Convenció Sanitària que acaba de celebrar-se en el Puerto de la Cruz de l'illa de Tenerife, amb assistència de representants de partits polítics, centrals sindicals i mitjans de comunicació social, cap dels quals s'ha oposat al nostre sistema, sinó que, una mica sorpresos per la seva relativa novetat, han anunciat el seu propòsit d'estudiar-lo per poder definir-se, en pro o en contra, amb la qual cosa, en el primer cas, hauran de superar determinats dogmatismes de tots coneguts, o hauran de deixar de recolzar determinats interessos que també coneixem molt bé.

Tots som conscients que el partit en el poder s'enfronta amb una «Reforma Sanitària» complexa i de molt difícil plantejament, així com una solució capitalista dolenta i no grata i amb una solució socialista, que s'oposa al seu programa de partit i de Govern i que ens convertiria, a nosaltres, els metges, en funcionaris de l'Estat.

OPORTUNITAT I ENQUADRAMENT

El moment actual és greu i trascendental per a l'esdevenidor de la Sanitat, de la Medicina, dels habitants d'aquest país i dels seus metges, que poden veure convertits en funcionaris assalariats de l'Estat.

D'aquí la nostra illusió i el nostre esforç en la nostra nova fórmula de Medicina Social o Collectiva —el cooperativisme sanitari, del que ja molt es parla i s'escriu— i d'aquí la nostra gratitud a la Reial Acadèmia de Medicina i a Vostès, per haver volgut escoltar-nos.

No puc acabar sense advertir que som conscients que la nostra aportació s'enquadra dins el camp de la Medicina assistencial i recuperadora i que la «Reforma Sanitària» ha de comprendre altres camps que estem disposats a afrontar: Sanitat, Servei de Salut, Medicina Preventiva, Medicina Rehabilitadora, Educació Sanitària, Docència, Investigació, etc., —camps que s'han de coordinar i, si es vol, d'integrar en un tot harmònic, després d'aconseguir el seu propi i particular desenvolupament integral—. Amb aquesta afirmació ens definim com a no contraris a unes tesis reformistes, de les quals volem ésser, en el seu dia, una parcial realitat eficaç, com a conseqüència d'ésser realistes —encara que se'ns consideri el contrari— i de no oblidar que «quien mucho abarca, poco aprieta».

PARTICIO I PARAULES FINALS

I si sempre, si ens hem passat la vida demanant, no volem dir «grà-

cies», sense formular una petició a la Reial Acadèmia de Medicina, que, amb tanta amabilitat ens ha acollit, petició que podem fer per ignorar els seus estatuts i el seu reglament i perquè som conscients de la virtut que s'oposa al vici de demanar, i que no és altra cosa que s'estableixi o s'instauri un «sillón» d'acadèmic per atendre i pronunciar-se amb el seu indiscutible i indiscutit prestigi i autoritat, entorn de totes aquelles fórmules de Medicina Social o Collectiva que comportin una assistència de pobra, baixa, mala o nulla qualitat, ja que si solament es vetlla la Medicina com a ciència, com a tècnica i com a art, en tota la seva puresa i grandiositat, però no eviten que la seva professionalitat s'embruteixi i prostitueixi en el carrer, el nostre país no sabrà ni podrà valorar en justícia la seva magnífica i desinteressada labor tradicional.

No oblidem que tot el que es parla aquí trascendeix al carrer, que a tots ens arriba el moment de la terrible realitat que hem contemplat en l'home que està malalt, que s'està morint. De l'home que necessita, més que de la Medicina tan bonica que aquí es discuteix, i de la que parlen els llibres, d'aquest altre home, que sàpiga que s'està enfrontant amb una cosa extraordinària, personal, íntima, pertorbadora, o alliberadora, que, en silenci potser, està demanant a crits curació, alleujament, o consol.

Pregaria, a més, a aquesta Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona que tingui sempre en compte que, per a la Medicina Social o Collectiva i per als seus protagonistes, els és sempre d'aplicació aquell vell refrany castellà que afirma que «cada uno habla de la feria según le va en ella».

Moltes gràcies.

Barcelona, 19 de febrer de 1980

A LA MANERA D'ANEXE

Assistència Sanitària Col·legial quedà constituïda, davant un notari, com a societat anònima, el dia 14 d'agost de 1958. La seva fundació i tutela ha estat decidida pel Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, sota la Presidència del Professor Sr. Ramon Arandes i Adan.

En els seus estatuts i en el seu reglament de règim intern s'ha establert l'obligada admissió, com a soci, de qualsevol metge i de qualsevol odontòleg que la sol·liciti, en qualsevol moment, sense cap més limitació que la d'estar col·legiat i en condicions legals per a exercir la seva professió.

El seu anglés comporta el compliment de les seves obligacions com a soci, ja que no pot admetre's la incorporació de cap metge o odontòleg com a assalariat.

El seu ingrés li atorga els mateixos drets polítics, socials, professionals, laborals i econòmics establerts per a la resta de socis, sense cap privilegi per a cap d'ells, ni tan sols per fundació, antiguitat, etc.

La possibilitat dels socis assistents a les Juntes Generals, o Assembles, d'ostentar la representació, veu i vot de socis que no hi són pre-

sents, és molt limitada pels estatuts socials, amb la qual cosa no és possible l'acumulació de poder, en cap soci —sense cap excepció— ni en cap grup de socis.

Els possibles excedents econòmics no poden ésser destinats com a beneficis al capital social, ja que han d'ésser invertits en millora de serveis, en increment d'honoraris professionals, o en institucions pròpies de previssió social, com és la seva Mutualitat, a la qual, més endavant, dedicarem unes paraules.

Les característiques exposades abans defineixen Assistència Sanitària Col·legial com a una cooperativa de treball associat de metges: règim de «porta oberta» en l'ingrés de metges o odontòlegs com a socis d'ella, fórmula —en la pràctica— estatuària d'«un home, un vot», i cap rendabilitat mercantil o dinerària al capital social, constituït per una uniforme i igual aportació econòmica de tots i cadascun dels seus socis.

Però la legislació vigent, en el moment fundacional d'Assistència Sanitària Col·legial —que encara perdura— obligà el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona de constituir-la com a societat anònima, si bé els seus estatuts i el seu reglament de règim intern són els propis —en la mesura del que és possible— d'una cooperativa de treball associat.

Per motiu de l'alludida legislació vigent i com que l'estructura i finalitats d'Assistència Sanitària Col·legial no encaixen ni es corresponen als propis d'una societat mercantil anònima, la seva Junta General acordà la fundació d'una societat cooperativa de treball associat de tots els seus socis, per tal que, en el seu dia, fos la seva propietària.

Aquesta societat cooperativa s'anomena «Autogestió Sanitària, Societat Cooperativa» i té personalitat jurídica pròpia i legalitzada des del dia 13 d'abril de 1978. A partir d'aquesta data va complir el seu objectiu i va seguint un pla previst, destinat a complir unes determinades etapes.

La fase fundacional d'Assistència Sanitària Col·legial en el Col·legi Oficial de Metges fou llarga, difícil i discutida. S'inicià sota la Presidència del Dr. Llorenç Garcia-Tornel i Carrós i culminà —com abans s'ha indicat— durant el manament del seu successor.

El seu primer President fou el Prof. Sr. Vicenç Carulla i Riera, al qual va succedir —per motiu d'edat avançada el Dr. Lluís Sans i Solà. La seva sobtada, inesperada i dolorosa mort va donar lloc a l'elecció de l'actual President.

Assistència Sanitària Col·legial no va poder subscriure la seva primera pòlissa-contracte amb el seu primer assegurat fins al dia 2 de gener de 1960. El temps transcorregut entre la seva constitució davant un notari —14-8-1958— i la data anterior d'inici de la seva activitat asseguradora és clar exponent de les dificultats que va haver de superar, que expressen la resistència activa i passiva amb què alguns metges, l'esmentada «competència» i la pròpia Administració de l'Estat s'oposaven al desenvolupament d'una institució, l'èxit de la qual pertorbaria molts interessos creats.

La fundació d'Assistència Sanitària Col·legial i la seva permanència actual s'explica i justifica en els seus propis fins o objectius, entre els

quals s'ha de destacar:

La defensa d'una llibertat obligada, en la pràctica, com és la d'eligir metge i, quant a ell, la d'acceptar pacient, llevat si es tracta d'una urgència.

La defensa de la compensació econòmica per acte professional realitzat, única fórmula de desenmascarar la injustícia de retribucions atractives per la seva quantia i regularitat, però que sempre encobreixen un treball excessiu que comporta explotació, frustració i mala qualitat assistencial.

La defensa que l'assistència sanitària no pot, ni ha de suposar mai un lucre dinerari o mercantil en favor d'altri.

La defensa que les característiques essencials del metge —entre les quals figura la seva condició d'universitari— condueixen a la seva frustració professional i a una baixa qualitat assistencial, si desenvolupa la seva feina per compte d'altri, es digui com es digui: Seguretat Social, Estat, Província, Municipi, mutualitat —o mútua—, empresa mercantil, companyia d'assegurances, etc.

La defensa que els metges són els més capacitats per a fundar, organitzar i regir institucions dedicades a la pràctica de la justa i indispensable Medicina Social o Collectiva, que ja ningú rebutja, en les quals és indispensable que no desenvolupin la seva labor per compte d'altra, sinó per compte seu i pel del malalt que els escull en el moment de requerir la seva assistència professional.

En compliment d'un dels seus fins, Assistència Sanitària fundà, en gener de 1968, una mutualitat de Previsió Social que perpetua el nom del seu segon President, el Dr. Lluís Sans i Solà, amb el propòsit inicial de contrarrestar la injustícia que suposaria el fet de no tenir en compte que la limitació de la capacitat física i intel·lectual del metge, a partir d'una determinada edat, comporta cada vegada una més petita probabilitat d'ésser escollit per a prestar els seus serveis professionals, el que es traduiria en una progressiva disminució en els honoraris percebuts d'una institució de les característiques d'Assistència Sanitària Col·legial.

La prestació establerta per a palliar tal injustícia augmenta, en 1980, a vint-i-tres mil pessetes mensuals i la seva fruïció —a partir dels setanta anys complerts— no obliga de renunciar a l'exercici de la professió mèdica, ni per compte d'Assistència Sanitària Col·legial, ni a través de les seves múltiples variants actuals.

A aquesta prestació li ha seguit la creació del «Grup Especial de Vida», gràcies al qual els areus d'un soci arriben a percebre prestacions, que ja s'acosten als dos milions de pessetes, en el moment en què aquest mor.

També es posà en marxa, en el seu dia, una prestació per mort, la quantia de la qual —entre un milió i cent mil pessetes— fou establerta en funció de l'edat del soci en el moment de morir.

Amb l'anterior, es posà en marxa una prestació en favor de la descendència minusvàlida de socis morts i es resol, així, la preocupació legítima per l'esdevenidor d'aquells, a partir del moment en què moren aquests últims.

Assistència Sanitària Col·legial, a través de la seva filial llavors «ASI, SA», (Assistència Sanitària Interprovincial, SA), posta en marxa per aquella, en trenta-tres províncies espanyoles i en les dues places de sobirania de l'Estat espanyol, aconseguí, a partir de 1976, de subscriure concerts de Seguretat Social, en matèria d'assistència sanitària per malaltia o accident, en favor dels funcionaris civils i militars de l'Estat, a través dels seus respectius òrgans de gestió: «MUFACE», Mutuallitat General de la Justícia i «ISFAS», en lliure competència amb representants de la iniciativa privada mercantil i amb el propi Règim General de la Seguretat Social, que atorguen més prestacions que aquesta última i a meitat de preu (condició imposada). El resultat és el següent: un augment constant de mutualistes que escullen Assistència Sanitària Col·legial —a través d'«ASI, SA»— per renúncia a ésser atesos per la iniciativa privada de signe mercantil i pel Règim General de la Seguretat Social que, actualment, solament compta amb l'elecció de menys del cinc per cent dels esmentats funcionaris.

Per no voler ésser acusada d'institució classista; per a donar representativitat jurídica col·lectiva als seus assegurats; per a afrontar el greu problema en augment de manca de llits hospitalaris i per moltes altres raons, l'exposició de les quals és innecessària, Assistència Sanitària Col·legial promogué, fundà i organitzà una cooperativa de consum —en aquest cas de consum sanitari—, legalitzada i inscrita en el Ministeri de Treball amb data 24 de desembre de 1974, que ja compta amb més de cent mil socis, la majoria d'ells assegurats en Assistència Sanitària Col·legial, propietaris en comú i proindivisus de l'edifici que a l'Avinguda Diagonal de Barcelona va ésser construït per a ser l'Hotel Barcelona-Hilton, de cinc estrelles i que, molt aviat, es convertirà en l'«Hospital de Barcelona».

Aquesta cooperativa, anomenada «Societat Cooperativa d'Instal·lacions Assistencials Sanitàries», en contracció «SCIAS», té un pla de regionalització hospitalària, destinat a dotar d'una xarxa d'hospitals rurals i comarcals a tots els seus socis, repartits per tota la província de Barcelona. I tot això, gràcies a una modesta aportació econòmica dels esmentats socis, distribuïda en una quota d'entrada, una aportació obligatòria al capital social i una quota periòdica, el respectiu import de la qual s'actualitza cada any, a tenor de la devaluació produïda en el poder adquisitiu de la nostra moneda.

Assistència Sanitària Col·legial compta amb sis oficines a Barcelona-ciutat i amb setze a Barcelona-província. D'aquestes darreres, sis són de la seva propietat, catorze radiquen en igual nombre de caps de partit judicial i dotze disposen d'un club per als socis i d'una sala d'actes on es fan conferències i s'imparteixen curssets.

Assistència Sanitària Col·legial compta amb un centre de càlcul complet, anomenat «PAD, SA», la labor informàtica del qual es desenvolupa, també, en atenció a terceres persones. Una societat de serveis, de nom «Elaia, SA», que s'ocupa de les seves publicacions i de realitzar determinades tasques administratives i que fundà, a més, per a la promoció d'instal·lacions assistencials sanitàries i per a l'atenció de la seva gestió

externa. I amb una altra societat, les sigles de la qual son «CA, SA), adquirida amb el propòsit de dedicar-la a assegurances generals, en suport econòmic dels que li són propis.

«Elaia, SA» ha publicat o publica, entre altres coses, un butlletí informatiu, «Diàlegs d'assistència», «Assistència i Cooperació», «Ultim Curs», «Pols», etc., etc., i s'ocupa de la impressió de ponències, fulletons i impresos.

Assistència Sanitària Col·legial promocionà la fundació i finançà l'associació «Amics de la Medicina», també coneguda per «Prosalut», amb la idea inicial d'aglutinar els seus assegurats. La tasca portada a terme per aquesta associació prop dels mitjans de comunicació social, en organitzar conferències, campanyes sanitàries, etc., és prou coneguda.

Finalment, s'ha de destacar, en justícia, que Assistència Sanitària Col·legial fou propietària —com abans es digué—, fins al 31 de desembre de 1976, d'«ASI, SA», per mitjà de la qual, estengué l'igualatorisme mèdic corporatiu, col·legial o paracol·legial, a trenta-tres províncies espanyoles i a les dues places de sobirania de l'Estat espanyol, fundà, finançà i es va fer càrrec, fins a la indicada data, de trenta-sis delegacions, dues d'elles a la província de Guipúzcoa.

També s'ha de destacar que Assistència Sanitària Col·legial promocionà, fundà i finançà una cooperativa de treball associat de metges, amb el nom de «Lavínia, Societat Cooperativa», a la qual cedí, a títol gratuït, totes les accions d'«ASI, SA», d'«Associació Mèdica Alacantina, SA» i d'«Humanitas Mèdica, SA» —a aquestes dues darreres els dedicarem, a continuació, un comentari— perquè tots els metges espanyols que ho volguessin, si solament ingressaven com a socis de l'esmentada cooperativa, es convertiren en propietaris, per parts iguals, en comú i proindivisus, de totes les accions d'aquestes tres societats.

Assistència Sanitària Col·legial es va veure obligada de comprar totes les accions de l'«Associació Mèdica Alacantina, SA» —coneguda per les sigles «AMA»—, per a poder implantar l'igualatorisme corporatiu, col·legial, o paracol·legial, en Alacant i la seva província, degut a la prohibició del Col·legi Oficial de Metges alacantí que, en la seva jurisdicció, s'obrí una delegació d'«ASI, SA».

Quant a «Humanitas Mèdica, SA», el motiu de la seva adquisició fou el possible interès de promoure l'igualatorisme mèdic corporatiu, col·legial, o paracol·legial, a Madrid i la seva província, ja que són ben palescs la importància i característiques especials, sota la fórmula d'un igualatori autònom més, que s'haurà d'afegir a la llista dels divuit igualatoris autònoms —amb personalitat jurídica pròpia— ja existents.

Durant molts d'anys —fins a 31-12-76— Assistència Sanitària Col·legial portà el pes de l'«Agrupació d'Igualatoris Mèdics Col·legials i Paracol·legials», amb un total de vint-i-un igualatoris autònoms inscrits, i promogué la fundació de l'«Associació Espanyola de Metges d'Igualatoris Corporatius» —vetada pel que era llavors President del Consell General de Col·legis Mèdics d'Espanya— i la d'una Mutualitat de previsió social dels metges d'«ASI, SA», «AMA, SA» i «Humanitats Mèdica, SA», tasca

difícil i complexa a la qual dediquen llurs millors afanys un grup de magnífics col·legues.

Assistència Sanitària Col·legial va fer tot el que va poder per a posar en marxa l'«Igualeatori Mèdic Corporatiu Espanyol, SA», constituït davant notari, finançat amb diner del Consell General de Col·legis Mèdics d'Espanya i tots els Col·legis de Metges espanyols i autoritzat per l'Administració de l'Estat espanyol, però que mai no ha iniciat la seva activitat asseguradora per ésser incompatible amb l'atonía, miopia i covardia de l'organització mèdica col·legial espanyola.

Per als afeccionats a les xifres, facilitem, a continuació, les següents dades a 31-12-79, en complir-se vint anys de gestió d'Assistència Sanitària Col·legial.

Nombre de metges: 2.994.

Nombre de persones assegurades: 192.428.

Import de les primes emeses durant 1979: 1.782.231.121 ptes.

Aquest és el resum de la labor portada a terme per un nucli important de metges, en el transcurs d'uns pocs lustres, l'evident èxit del qual és expressió de tant que n'eren d'encertats, i en són, els motius que els uniren entorn d'Assistència Sanitària Col·legial; institució el govern democràtic de la qual recau en la seva Junta General, o Assemblea, en les seves Juntas Comarcals, en les seves assemblees d'especialitats, en la seva Junta Consultiva, en el seu Consell Regulador de Prestacions i en el seu Consell d'Administració.

No és arriscat d'afirmar que el seu millor servei al país comença a donar en superar la seva fase igualatorista, apresada de l'Igualeatori de Bilbao i en promocionar el cooperativisme sanitari de segon grau, aglutinant de diferents cooperatives de treball associat, de consum sanitari i farmacèutic, de serveis i de crèdit i estalvi, amb les quals pot oferir al nostre país una nova fórmula que resolgui els problemes que ha d'afrontar l'esmentada «Reforma Sanitària», mentre s'impulsa el cooperativisme, en general, i el de treball associat en particular, per a col·laborar en l'aconsegüiment d'una societat més humana i més justa.

I no seria honest d'acabar sense deixar constància que tot el que s'ha fet per Assistència Sanitària Col·legial té el seu germen en un pla de Medicina Social elaborat pel «Sindicat de Metges de Catalunya», que va malmetre la nostra guerra civil, i que el cooperativisme que avui propugna i promou no es limita al camp de la Medicina assistencial, sinó que comprèn una Sanitat integral en la qual s'integren la Medicina preventiva, la rehabilitadora, l'educació sanitària i la docència i la investigació al servei de la Sanitat i de la Medicina, sota una fórmula en la qual la solidaritat social sigui garantida per la teoria i la pràctica cooperativistes.

Dilatación neumática en la achalasia

TECNICA

Dr. A. Rocha

(Resumen)

Dos días antes de la dilatación deberá aconsejarse al enfermo se alimente solamente con líquidos, semilíquidos y papillas (carne pasada al Turmix).

Durante estos días tomará cada 8 horas una dosis de antibiótico en forma líquida (Bristaciclina Tetrex, 50 cc o sea 1,25 g de Tetraciclina).

Extremar la limpieza de la boca y dientes con frecuentes colutorios de Listerine.

El día de la dilatación: en ayunas.

Se introduce la sonda estando el paciente sentado previa advertencia amistosa de la molestia que va a notar y dándole a entender la ventaja de evitar toda anestesia faríngea por facilitar las posibles rejurgitaciones de contenido esofágico, durante la maniobra que no excederá de los 3 a 5 minutos.

Una vez introducida la sonda, se observa ante la pantalla televisora su posición correcta que se comprueba haciendo pequeñísimas insuflaciones, sólo para ver que el balón está situado en pleno cardías con su pequeña cintura en el mismo cardías. Entonces se practica la dilatación, tanteando la resistencia de la pera insufladora, alcanzando la presión de 8, hasta 10 y 12 cc del manómetro.

En este momento se practica radiografía notando el enfermo un dolor epigástrico bastante intenso aunque fugaz, pues la dilatación se mantiene sólo 15 segundos.

Se desinfla el balón comprobando constantemente su buena posición y se reinsufla por segunda vez, también durante 15 segundos y se vuelve a insuflar por tercera vez aunque ésta con menos presión que las anteriores. Se desinfla y rápidamente se extrae la sonda.

No es de extrañar que a veces se observe algunas mucosidades sanguinolentas en el balón, señal evidente de algún desgarro de mucosa.

A los 5 minutos de haber extraído el tubo dilatador practicamos radioscopia y radiografía comprobatoria, viéndose en los casos eficientes el paso sorprendentemente rápido de la papilla a través del cardías.

Esta papilla como la que se da antes de la dilatación que sirve para localizar el extremo inferior del esófago deberán ser estériles, así como las manos del que manipule la sonda deberán ser enguantadas con guantes estériles.

Se vigila el pulso y presión arterial del paciente y se le envía a la cama en donde estará incorporado y no ingerirá nada hasta pasadas 8 horas (leche o jugo de frutas o caldo).

Al día siguiente podrá desayunar un té o café con leche o unos huevos pasados por agua y la alimentación se mantendrá blanda durante todo el día. A las 48 horas podrá reemprender alimentación blanda completa (purés, arroz, carne picada, pescado blanco hervido, compotas, café).

Cuatro decenios al servicio de un hospital provincial comarcal

Dr. Juan Solá Surís

Vamos a referirnos a un período de tiempo que abarca desde 1932 a 1976 de servicio activo en el Hospital Provincial Comarcal de Igualada.

ORGANIZACION SANITARIA DE LA DIPUTACION PROVINCIAL DE BARCELONA Y DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA

La Diputación Provincial de Barcelona para mejor atender a la salud pública y en una forma más humana, concibió la Organización Sanitaria a base de una *planificación comarcal* con la finalidad de no alejar al enfermo de su propio ambiente. Se establecieron los límites y extensión de cada una de las áreas sanitarias y esta división territorial coincidió luego en 1934 con el *mapa sanitario* de la Generalitat de Catalunya.

El esquema fue:

Sub-brigada sanitaria

NUCLEO COMARCAL:

Hospital comarcal

Años más tarde al intensificarse el tráfico por carretera creó los *BOTIQUINES DE URGENCIA*, para los primeros auxilios a los accidentados. El *BOTIQUIN DE URGENCIA* fue instalado en las zonas consideradas de mayor peligro, por condiciones del piso defectuosas, deslizamiento, curvas cerradas, poca visibilidad, condiciones climáticas desfavorables frecuentemente, niebla, hielo, etc., y ubicado en la Caseta del Peón Caminero más próxima. En la Nacional II en lo alto de los Bruchs, Km 569-570 existía uno, que todavía en el año 1948 por indicación de la Asesoría Médica de La Diputación nos encargamos de su puesta al día. Consistía en un gran armario en el cual convenientemente ordenado, había fármacos, instrumental y material sanitario, batas, jeringas, etc. y férulas para la inmovilización provisional de fracturas. Lo más importante era un gran cartel adosado al interior de su puerta, en el que se especificaban las indicaciones, manera de practicar una cura correcta, la compresa esterilizada en contacto con la herida, utilizar pinzas, inmovilización de fracturas previa alineación y colocación de la férula (Kramer), métodos de respiración artificial con gráficos muy demostrativos de todo.

Posición correcta para el traslado de los accidentados, decúbito lateral para los sin conocimiento, etc.

El inconveniente era que su existencia era desconocida si exceptuamos a la Guardia Civil y alguno que otro chófer de Servicios Regulares.

SUB-BRIGADA SANITARIA

En 1928-29 la Diputación Provincial de Barcelona de común acuerdo con el Municipio, convirtió el «Laboratorio de Higiene del Partido» en la Sub-brigada Sanitaria Comarcal.

Estructurada a base de:

1. *Centro de Higiene.*
2. *Laboratorio.*
3. *Ambulancia.*

Realizaba funciones de: Sanidad, Higiene y Medicina preventiva.

El personal facultativo estaba integrado por: Un Médico-Director: el Dr. José M.ª Calvet Llaty.

Colaboraron: Dos Farmacéuticos: Dr. Torelló Cendra y Dr. Singla Morera (el Veterinario Titular de Igualada).

Personal auxiliar sanitario: Chófer: Sr. Montoliu; Ayudante: Señor Morera.

La *Sub-brigada* ocupaba unos locales contiguos al Hospital y propiedad del mismo. Contaba con dependencias, instalaciones y material adecuados a las orientaciones médico-sanitarias de la época. Disponía de un departamento para el despiojamientos, con ducha y cubos apropiados para la ropa sucia. Un departamento con grandes autoclaves para la desinsectación, desinfección y esterilización de ropas, colchones y otros enseres contaminados. Para el personal auxiliar había blusas, guantes y polainas. Dotada de un carrito con tapaderas y dispositivo de aislamiento para la recogida a domicilio del material contaminado y su traslado a la Sub-brigada, entrando por una puerta independiente y saliendo por otra una vez limpio y esterilizado. La Sub-brigada realizaba las inspecciones sanitarias de pozos-letrinas, alcantarillado, la desinfección de los locales públicos y privados que lo solicitaban, fumigaciones, etc.

Bajo su responsabilidad recaían, el control de pozos, fuentes, manantiales y alumbramientos de aguas, la revisión periódica de las aguas potables suministradas a Igualada, las muestras recogidas en frascos especiales eran analizadas en su Laboratorio.

Secundando las desarrolladas en la Capital llevaba a cabo, campañas y luchas contra las enfermedades infecto-contagiosas, Guerra a las moscas, Antipalúdica, Antimelitensis, Viruela, Tifoidea, Antirrábica, Antivenérea. Se practicaban aislamientos, Vacunaciones, etc.

LABORATORIO DE LA SUB-BRIGADA

En 1932 era el único existente, abierto al público que bajo indica-

ción médica acudía a él. Realizaba todos los exámenes y análisis de los enfermos hospitalizados. Contaba con utillaje y dispositivos, cámaras, microscopios, etc.

Además de los análisis clínicos también se practicaban los relacionados con los aspectos industrial y agronómico. Igualada con una de las industrias más importantes de cueros, recibía en ocasiones pieles contaminadas por el *Bacillus Antracis* y era útil detectarlo en prevención del Carbunco, el cual (gra del blanqué) no era infrecuente, nosotros en Cirugía asistimos casos local y difusos graves de edema maligno. En el aspecto agrícola, se determinaba composición y grado de fertilidad de las tierras, abonos indicados y análisis de los productos del campo, vino, leche, aceites, cereales, etc. De la labor desarrollada quedaba *constancia* en ficheros y archivo.

AMBULANCIA

Equipada con botiquín de urgencia y con dos camillas, reportó gran utilidad para el traslado de enfermos y accidentados, tanto al Hospital como a otras poblaciones.

En 1939 la Administración Central del Estado se *incautó* mediante su Delegación Provincial de la Sub-brigada y la cerró. Se crearon los Centros Secundarios de Higiene Rural.

CONSECUENCIAS

La Ambulancia desapareció y nunca más supimos de ella.

Las instalaciones, departamentos y el material de la Sub-brigada sufrieron grandes pérdidas y destrozos. El Laboratorio fue despojado de material y utillaje de valor, desmantelado y abandonado y así permaneció en un estado de incuria y suciedad 17 años. Las gestiones que personalmente como médicos del hospital hicimos, alegando que tal situación no beneficiaba a nadie y perjudicaba a los enfermos internados no fueron atendidas, tampoco lo fueron las reclamaciones que el Hospital formuló como entidad pública, solicitando su devolución como propietario del terreno y edificio. En 1956 ante nuestra insistencia en unas conversaciones a las que hoy se llama «informales», logramos que verbalmente, poco claro y en forma muy ambigua, se nos autorizara a penetrar en el laboratorio para su limpieza... nos adueñamos de él sin el más mínimo escrúpulo y quedó incorporado como Laboratorio anexo al Servicio de Cirugía.

HOSPITALES COMARCALES

La iniciativa de crear Hospitales Comarcales surgió de la necesidad de aislar al enfermo infecto-contagioso, procurarle una mejor asistencia

y evitar la propagación de la enfermedad. La Diputación Provincial de Barcelona pensó en utilizar para tales fines los Hospitales Locales que anteriormente habían sido Hospitales de Distrito, y que por su emplazamiento en núcleos de población importantes, distribución geográfica y por su radio de acción alcanzara a todos los pueblos de la Comarca.

Los hospitales de distrito establecidos ya en 1853 cumplían más bien una función de Asilo y en muy contadas ocasiones realizaban la asistencial. Eran establecimientos acogidos a la Beneficencia Provincial, recibían una asignación anual consignada en el presupuesto y la Junta Rectora lo administraba. Existían seis hospitales de distrito y el Sto. Hospital de Igualada era uno de ellos. En 1870 la Diputación dio por terminada esta forma de practicar la Beneficencia y renunció a la apropiación indebida de los edificios y fundaciones de las cuales prácticamente se había incautado, los devolvió a los Municipios respectivos y el Hospital recobró su carácter LOCAL y MUNICIPAL.

IGUALADA

En 1928 al crear la Sub-brigada Sanitaria, se intuyó la necesidad de disponer de locales dónde poder internar y aislar al enfermo infecto-contagioso y se gestionó la habilitación de un sector en el Sto. Hospital, pronto se puso de manifiesto la conveniencia de ampliar el proyecto complementando la asistencia pública a base de un Hospital Comarcal.

En 1929 siendo Diputado Ponente de Sanidad el que fue Ilte. Académico de esta Corporación el Dr. Francisco Esquerdo Rodoreda, y Asesor Médico Dr. Francisco Serra Rabert fueron llevadas a feliz término las gestiones para la habilitación del Sto. Hospital de Igualada como Hospital Comarcal.

Igualada siguiendo el ejemplo del Hospital de la Sta. Cruz de Vich y el del Hospital Civil de Vilafranca del Penedés cuyas actividades ya les eran conocidas, firmó el *Convenio* con la Diputación Provincial de Barcelona en 20 de junio de 1929 y en el 1.º de enero de 1930, el Sto. Hospital de Igualada empezó a funcionar con el carácter de COMARCAL, siendo el Alcalde-Presidente de la Junta Administrativa D. José Roca Puget y Presidente de la Diputación D. José M.º Milá y Camps, Conde de Montseny, Diputado Ponente de Sanidad el Dr. Francisco Esquerdo Rodoreda y Diputado por Igualada D. Eusebio Viladés Canals.

El Convenio no merma en nada la personalidad legal y jurídica del Santo Hospital.

Recursos económicos:

1. Recursos propios, bienes y legados.
2. Aportaciones fijas según un canon anual por parte de los Municipios de la Comarca a razón de un 3 % del total de su presupuesto y de un coste muy reducido por estancia de cada enfermo hospitalizado que corra por su cuenta, inscrito en el censo respectivo de beneficencia.

3. La subvención *anual* de la Diputación en una cuantía proporcional al censo de población.
4. Los ingresos extraordinarios en concepto de aportaciones voluntarias, suscripciones y por servicios prestados a personas pudientes con carácter privado.
5. La Diputación concede una *gratificación* a los Médicos-Jefes de la Sección de Medicina y al de la Sección de Cirugía, cuya cuantía en 1932 era de 250 ptas. mensuales y así perduró hasta 1954 que en ocasión de la visita al Sto. Hospital del Sr. Presidente de la Diputación D. Joaquín Buxó, Marqués de Castell Florite nos fue doblada sin haber mediado solicitud por nuestra parte y así persistió en 500 ptas. mensuales sin alteración hasta 1976.

En 1934 fue promulgada la Ley de Bases de Sanidad para la Organización de los Servicios Sanitarios y Asistencia Social en Cataluña.

En su base 3.^a disponía la *habilitación* de los Establecimientos de carácter particular o municipales en las capitales de comarca. Permitía devengar honorarios médicos por la asistencia prestada a personas pudientes y en aquellas otras en las que hubiere un responsable subsidiario o jurídicamente considerado.

OBLIGACIONES DEL HOSPITAL CON CARACTER DE COMARCAL

El Hospital viene obligado a la asistencia médico-quirúrgico de los enfermos inscritos en el Censo de Beneficencia de cada Municipio, transeúntes y sobre todo a los infecto-contagiosos.

La Diputación se reserva el derecho cerca de la Junta Administrativa y a través de su Asesoría Médica, de la *supervisión técnica del personal facultativo del hospital*. El funcionamiento del Hospital obedece a unas normas establecidas de común acuerdo que en el año 1944 fueron plasmadas en un *nuevo reglamento técnico de orden interior*, común a todos los Hospitales Comarcales, aprobado por el Ministerio de la Gobernación en 21 de diciembre de 1950 que en la actualidad sigue vigente pues no ha sido derogado. Se estructuró a base de una Sección de Medicina y una Sección de Cirugía con su Médico-Jefe, el de Medicina con residencia fija en Igualada y por este motivo ostenta el cargo de Director del Hospital. Los demás médicos adjuntos, ayudantes y de especialidades anexas son nombrados por la Junta Administrativa a propuesta y bajo la responsabilidad del médico-jefe de la respectiva sección y previo informe a la Asesoría Médica de la Diputación.

La Diputación se reserva el derecho de hacer constar en lugar visible la *condición de Hospital Comarcal*, como lo atestiguaba una placa de bronce colocada en el vestíbulo del mismo, que hacia el año 1974 al reformar la entrada fue retirada y no ha sido ya más repuesta, significaba la *acreditación del hospital*, a igual manera que en Hospitales e incluso en Clínicas privadas figura en muchos otros países en el extranjero (U.S.A.) ella da fe y testimonio de la calidad de la asistencia a la que se

compromete la Institución Asistencial y de la cual se responsabiliza el Médico y la Administración que le permite actuar en ella, algo semejante a lo propuesto en el año 1970 en la Organización del Servicio Nacional de la Salud Británico. Para garantizar la *calidad de la asistencia médica* la Diputación restableció la vigencia de una Real Orden que estatúa la provisión de las vacantes de cargos facultativos en los hospitales por *concurso-oposición*, adjudicadas exclusivamente por un Tribunal Técnico, cuyos miembros eran nombrados: uno por la Diputación que recaía en un Médico-Jefe especializado de sus Servicios o de otros y designado libremente y Jefe de la especialidad en un Hospital. Un Médico-Jefe del Hospital cuya vacante debía cubrirse, designado por la Junta Administrativa y en su defecto si no lo hubiere el Delegado Local de Sanidad. Un Profesor de análoga disciplina nombrado por la Facultad de Medicina o en su defecto por un Médico Jefe de Servicio de la misma especialidad de un Hospital de reconocido prestigio que en la Provincia de Barcelona recaía en el Hospital de la Sta. Cruz y San Pablo. Otros representantes eran solicitados al Colegio Oficial de Médicos y a esta Real Academia de Medicina, quienes los designaban libremente.

FUNCION DEL HOSPITAL COMARCAL

- a) Prestar asistencia médico-quirúrgica a la población en general.
- b) Garantizar una asistencia de *igual calidad* a la del mismo orden en la Capital.
- c) Atender al factor humano procurando que el enfermo se encuentre asistido como en propio ambiente, junto a sus familiares, evitándoles desplazamientos y gastos innecesarios.
- d) En beneficio de la Comunidad poder llevar a cabo el aislamiento del enfermo en aquellos casos que las circunstancias lo exijan.
- e) Descongestionar los Centros Asistenciales de la Capital, ya de por sí con insuficiente número de camas para poder atender a sus propias necesidades.
- f) Facilitar información médica, desarrollar una labor cultural y docente y suministrar una divulgación de conocimientos sanitarios elementales a la población.

Resulta altamente interesante observar que lo que hoy se propugna como algo nuevo, la *regionalización sanitaria comarcal*, la Diputación Provincial de Barcelona *hace ya cincuenta años* (50) la estableció a base de una *planificación comarcal*, habilitando tres hospitales comarcales, el de VICH, al frente de cuyo Servicio de Cirugía había el Dr. Joaquín Salarich Torrents, el de VILAFRANCA DEL PENEDES desempeñado por el que fue gran cirujano el Dr. Sala Parés y el de IGUALADA creado en 1928-29.

HOSPITAL COMARCAL DE IGUALADA

Servicio de Cirugía y Especialidades anexas

En marzo de 1932 tomamos posesión del cargo de Director-Jefe de los Servicios Quirúrgicos y Especialidades anexas, fuimos recibidos con grandes muestras de consideración, tal como era norma de rigor en aquella época en la que el médico no era un asalariado, se le quería y se le respetaba. A los tres toques de campanilla que anunciaban la entrada del Médico-Jefe de Cirugía, penetramos en el recinto del Hospital, nos aguardaban en el vestíbulo, la Muy Ilte. Junta Administrativa con su Alcalde-Presidente D. Amadeo Biosca, el Médico-Director del Hospital y Jefe de Medicina Dr. Pío Morera Farré, una representación de los Médicos de Igualada y su Comarca con el Delegado Local de Sanidad Dr. Manuel Ortíz Gili, la Rda. Mde. Superiora de las Hermanas Carmelitas de la Caridad que regían el Hospital desde el año 1847.

Nos dirigimos a la Sala de Juntas, vetusta, austera e impresionante por los grandes óleos y retratos de Benefactores de la Casa. Acompañados por el Arquitecto D. Buenaventura Bassegoda Musté, Profesor y luego Director de la Escuela Superior de Arquitectura de Barcelona, recorrimos las distintas dependencias y salas y empezamos a estudiar las posibilidades de reforma y adaptación a las necesidades asistenciales; bajo su iniciativa se acordó construir un *Pabellón* de nueva planta con habitaciones individuales para recién operados. El Hospital se desolvía con muy escasos medios económicos, pero el esfuerzo, *la pulcra administración* y el gran interés de todos hizo posible su transformación.

Departamentos e instalaciones

Quirófano: Se aprovechó una galería a medio construir, suspendida al aire por unas columnas, con pavimento incompleto sin enladrillar, faltaban casi todos los cristales del ventanal, carecía de instalación eléctrica, de agua, ...las dificultades fueron resueltas por el Arquitecto D. B. Bassegoda, quien puso su saber y su alma con tanta dedicación que en septiembre ya podía utilizarse. Se aisló el suelo del exterior construyendo un doble piso y con una capa de fibra, la cristalería fue completada y un tiempo después los ventanales se hicieron en *doble remvalso* y ventilación indirecta lo que nos permitió actuaciones de tres horas sin renovación total de aire y una cubicación de unos 45 m³ por persona y hora, partiendo de un promedio de permanencia de seis personas. Se instaló la calefacción central de la casa, que se completó con una caldera exclusiva para las dependencias del quirófano. En aquel tiempo las condiciones óptimas para operar eran, una temperatura de 20 a 26°, un grado de humedad del 60 % que junto con una buena aireación facilitaban la buena respiración en la anestesia con éter. Se tomaron medidas de seguridad, evitar corta circuitos, derivaciones a tierra de todos los aparatos y dispositivos eléctricos, enchufes de contacto profundo e interruptores sin chispazos. Se recomendó al personal sustituir las ropas de

estameña y lana por algodón, evitar roces y volteos de faldas largas que originan corrientes de aire y pueden ser causa de corrientes electrostáticas y ocasionar incendio y explosión con la mezcla oxígeno vapores de éter. En 1969 dispusimos en el primitivo quirófano de un modesto aire acondicionado, la cosa había cambiado mucho, las facilidades fueron mayores, sin embargo los vestidos de nylon también podían ser peligrosos.

Material e Instrumental

El primer instrumental fue reducido, pero suficiente, adquirimos el fabricado por la Armería Militar en Toledo, inoxidable y al cromo-vanadio, su temple de pinzas resistió cerca de 40 años de esterilización. Se aumentó cantidad y calidad con la aportación voluntaria por parte del Equipo de instrumental Sueco marca Style, con ella hasta bien entrado el año 1969 las dos terceras partes del existente tuvieron esta procedencia.

La mayor dificultad en el montaje de la Sala de Operaciones fue *la mesa*, dadas las escasas posibilidades económicas. Gracias a las gestiones personales de mi querido maestro el Profesor D. Joaquín Trias Pujol cerca de la Facultad de Medicina, fue cedida en propiedad al Hospital de Igualada, una mesa modelo Pean, que realizaba un gran Trendelenbur, posición inclinada entonces indispensable para la práctica de las intervenciones ginecológicas por vía abdominal y con anestias sin relajación. Arreglada la bomba de aceite quedó dispuesta para su uso por el módico precio de 500 ptas. En esta mesa habían operado grandes cirujanos, Fargas, Joaquín Trias, Puig Sureda, García Tornel, Salamero, todos académicos. Más tarde dispusimos de otra mesa modelo De Quervain, pero la primera nos prestó un gran servicio al montar un segundo quirófano hasta el año 1970.

Iluminación artificial

La primera lámpara sin sombra fue un modelo Asiática que era calurosa, posteriormente fue trasladada al segundo quirófano y la sustituyó una Scialítica de mayor intensidad lumínica, de foco más concentrado en el campo operatorio y menos calurosa.

Para fallos en el suministro de corriente y emergencia instalamos unos acumuladores, luego un grupo electrógeno que incluso nos permitió practicar alguna radiografía. Actualmente, 1960, se dispone de grupo eléctrico de gran capacidad.

Salas de Anestesia y de Esterilización

Contiguas al quirófano se habilitaron dos salas comunicadas entre sí. *La de Anestesia* comunicaba directamente con el quirófano y exteriormente con el nuevo Pabellón de Cirugía, la de Esterilización comunicaba también directamente con el quirófano y con el pasillo interior de servicios.

Anestesia

El fármaco corrientemente empleado era el Eter, administrado con mascarilla y casi siempre con el aparato de Ombredanne, después más adelante dispusimos de un O.M.O. (variante del Oxfort) que servía para practicar la anestesia en circuito abierto, cerrado y semicerrado, practicar respiración ayudada, controlada y baranarcósis. Con muy buenos resultados y en circuito cerrado utilizamos el Vaporizador Fluotec con Fluotane y Halotane. En 1969 se adquirió un aparato con rotámetros etca modelo Boyle, que llevaba incorporado el Ciclator y con dispositivo de Trigger. Se completó la instalación de la Sala de Operaciones, con un aparato de respiración artificial, el Bird I, para respiración en fase negativa, a presión positiva y capacidad volumétrica... Hasta entonces para el control del enfermo empleamos en algún caso especial un electrocardiógrafo corriente y pantalla osciloscópica, luego fue adquirido un aparato semejante al Cardio Meter, con estimulador, desfibrilador y pantalla, todos estos aparatos y dispositivos solicitados por nosotros en Informes de Asesoramiento a la Administración, fueron instalados en el primitivo quirófano y hasta mediados del año 1976 no fueron trasladados a los nuevos quirófanos en cuyo asesoramiento no intervenimos.

Sala de Esterilización.

En los comienzos sólo contaba con un hervidor de gas, un autoclave con caja-botes y una estufa seca Poupinel también a gas, luego más adelante la instalación se amplió con la aportación voluntaria por el Equipo de dos hervidores eléctricos, otro auto-clave y una estufa Poupinel de mayor capacidad, todo eléctrico, caja-botes... En el transcurso de los años todo se transformó en eléctrico, quedando para emergencia un hervidor-esterilizador con foco de alcohol. Por fin en 1968-69 logramos que se crease el *Servicio Central de Esterilización* independiente del quirófano y ubicado en la planta baja, dotado de modernísimos autoclaves y medios de esterilización automáticos.

Radio Diagnóstico. R. X. de Cirugía

En 1933 fue adquirido un aparato R. X. para diagnóstico, un modelo Philips (Holanda) con tubo Müller, considerado el mejor (resistió 35 años manejado por varias manos). Las radiografías eran buenas y la pantalla muy clara. La mesa era basculante a mano. Permitía realizar todas las exploraciones de tubo digestivo, tórax y pulmón, huesos y articulaciones incluso columna vertebral en proyección lateral. El aparato estaba totalmente protegido y con derivación a tierra. En 1934 se completó la instalación R. X. con la adquisición de un *portátil*, la «Bola» Philips para las exploraciones en la misma cama del enfermo, no funcionaba si previamente no se establecía la derivación a tierra. Estos aparatos junto con una lámpara de Ultravioletas y otra de Infrarrojos donadas por Font S. A. de Igualada, y un Panthostat para cauterio y corrientes fueron instalados en un departamento de la misma planta que

el quirófano, contiguo a la sala de escayolados, cuarto de curas y segundo quirófano, se habilitó un pequeño laboratorio para el revelado de placas comunicando con Sala R. X. Esta disposición nos evitó pérdidas de tiempo y el traslado de enfermos.

Posteriormente en 1940 utilizamos la «Cuba» fabricada en Barcelona.

Laboratorio del Servicio de Cirugía

En el año 1932 todos los análisis clínicos de los enfermos ingresados en el hospital se realizaban en el Laboratorio de la Sub-brigada Sanitaria, después de su incautación en 1939, tuvimos nosotros que practicarlos en la farmacia del hospital, ampliada en 1936, pero aparte de la determinación de glucosa y albúmina en orina y de algún análisis de jugo gástrico y comida de prueba de Ewalt poco más pudimos hacer, al carecer de centrifugadora ningún sedimento, etc., los productos recogidos eran mandados a Barcelona y en alguna ocasión nos encargamos personalmente de su traslado. En 1941-42 tuvimos la gran suerte de poder contar con un gran compañero médico, el Dr. Francisco Sangenis Closa que se estableció en Igualada y logramos habilitar un modesto laboratorio, con unas mesas de los antiguos comedores, con la aportación de 5000 pesetas por el Equipo de Cirugía, material que donó al hospital mi hermano Ricardo y un microscopio Ritcher que hallamos tirado a la basura, incompleto, cuyo tubo se deslizaba y el espejo de iluminación basculaba espontáneamente había de sujetarlos con el dedo para proceder al examen de las preparaciones, sin embargo, toda esta penuria no fue óbice para que en el año 1946, la Diputación Provincial concediese un premio de 9000 pts., en reconocimiento y estímulo a la labor científica desarrollada en el Hospital de Igualada, la escasez de medios fue superada por la gran preparación médica del analista Dr. Sangenis.

En 1956 después de 17 años, nos adueñamos del local que había pertenecido al Laboratorio de la Sub-brigada y de lo poco que quedaba en su interior, después de su adcentamiento se convirtió en el Laboratorio anexo a Cirugía y por su buena organización pronto se independizó como Laboratorio Central de Análisis y centro de Hematología del Hospital Comarcal, su función reportó un gran beneficio a la población de la comarca.

TERAPEUTICA FISICA

Con la finalidad de completar el tratamiento quirúrgico, destinamos 46.000 pts. que la Diputación nos había concedido para renovación de instrumental, al tendido exterior de unos cables de alta tensión para el Servicio de Radioterapia y Terapéutica Física anexo a Cirugía, propusimos a la Junta Administrativa el nombramiento de los Dres. Juan Cantenys Cervera y D. José M.^a Ortíz Biosca, quienes aportaron los aparatos y establecieron una contrata con el Hospital, asistencia gratuita para los pobres y necesitados y así quedó creado el Servicio en 1956, luego en 1975-76 fue trasladado al interior del Hospital y con instalación moderna de R. X. pasó a ser el Servicio R. X. Central.

DIRECTRICES Y NORMAS

No todos los Centros Asistenciales e Instituciones Nosocomiales son idénticos ni deben sujetarse a unas normas rígidas comunes, pero creemos que la calidad de la asistencia médica debe ser uniforme en todos. La urbe hospitalaria exige unos ciertos acondicionamientos y relaciones humanas, morales y espirituales. Nosotros en Igualada establecimos el trato *individual y directo* con el paciente, sin discriminación alguna por su condición y nivel social y económico, al hospital acudieron todos y fueron tratados con un igual afecto, el pobre, el indigente y transeunte, el benéfico, el obrero y el patrón, y las personas pudientes que acostumbradas al más supieron aceptar al menos dadas las circunstancias propicias. Procuramos que todos fueran atendidos y acogidos con calor de hogar, no como un ser extraño a nosotros, ninguno de ellos fue jamás un número, todos le conocíamos y le llamábamos por su nombre. Respetando su propia identidad, nos compenetramos con el enfermo, nos interesábamos por sus problemas, trabajo, familia, condiciones de su vida, le informamos hasta cierto punto de su dolencia, de las exploraciones que creíamos necesario practicarle y que cabía esperar de ellas, del tratamiento a que debíamos someterle procurando alentarle. Para aminorar el impacto que su entrada en el hospital le acarreaba ante un ambiente no conocido que le deprimía y ante unas paredes que parecían aplastarle, no se le dejaba sólo y una H. o A.T.S. le recibía, le hablaba y le enseñaba distintas dependencias de la casa, y le acompañaba hasta la habitación que se le había destinado. Quisimos a nuestros enfermos y ellos nos correspondieron con igual efecto, estableciéndose lazos de amistad y aprecio que hicieron que su entrega fuera total, confiándonos su alma y cuerpo a nuestra discreción.

Para solaz y distracción de los pacientes internados en Cirugía, organizamos una *Biblioteca*, con revistas, periódicos, novelas, etc.

AREA SANITARIA

El Hospital Comarcal de Igualada cubría en 1932 la asistencia de un área de unos 875 km², comprendía Igualada y 33 Municipios de la Comarca, con un censo global de unos 45.000 habitantes, el prestigio progresivo que fue adquiriendo el Hospital, hizo que su radio de acción de unos 40 a 45 km, se extendiera fuera de los límites de la comarca, se incluyeron 11 poblaciones de la provincia de Lérida y 6 de la provincia de Tarragona y así fueron 51 los pueblos que utilizaron el Hospital para la asistencia quirúrgica de sus habitantes y en muy pocos años el censo rebasó la cifra de 70.000.

AREA COMARCAL

IGUALADA
 ARGENSOLA
 BELLPRAT
 BRUCH
 CABRERA DE IGUALADA
 CALAF
 CALONGE DE SEGARRA
 CAPELLADES
 CARME
 CASTELLFULLIT DE RIUBRE-
 GOS
 CASTELLOLI
 COLLBATO
 COPONS
 JORBA
 LA LLACUNA
 MASQUEFA
 MONTMANEU
 ODENA
 ORPI
 PIERA
 PIEROLA (Hostalets)
 POBLA DE CLARAMUNT
 PRATS DE REI
 PUJALT
 RUBIO
 SAN MARTIN DE SESGAI-
 OLES
 SAN PERE SALAVINERA
 SANTA MARGARIDA DE MONT-
 BUY

SANTA MARIA DE MIRALLES
 SAN MARTIN DE TOUS
 TORRE DE CLARAMUNT
 VALLBONA DE ANOIA
 VECIANA
 VILANOVA DEL CAMI

POBLACIONES EXTRACOMARCALES

Provincia de Lérida:

BIOSCA
 SANAHUJA
 SAN RAMON
 SAN ANTOLI
 SAN GUIM
 GUISSONA
 TORA
 TARREGA
 CIUTADILLA
 GUIMERA
 VERDU

Provincia de Tarragona:

CONESA
 LES PILES
 PASSANANT
 ROCAFORT DE QUERALT
 SANTA COLOMA DE QUERALT
 VALLFOGONA DE RIU-CORP

CUERPO FACULTATIVO HOSPITAL COMARCAL DE IGUALADA
 CUERPO FACULTATIVO DE LA SECCION DE CIRUGIA
 Y ESPECIALIDADES

Director del Hospital y Jefe de Medicina: Dr. Pío Morera Farré.
Director de los Servicios Quirúrgicos: Cirujano-Jefe: Dr. J. Solá Surís.
 Médico ayudante de Cirugía: Dr. Francisco Botet Pallarés. 1933.
 En servicio permanente, ni vacaciones ni un día de asueto, 20 años.

ESPECIALIDADES ANEXAS:

Oftalmología: Dr. José Ventosa Punsoda. 1933.

Oto-rino-Laringología: Dr. José Torrents Tarrés. 1933.

Odontología: Dr. José Huguet. 1933.

Posteriormente el número de facultativos adscritos a Cirugía y a las Especialidades anexas se incrementó, las Especialidades adquirieron vida propia y se independizaron de Cirugía erigiéndose en Servicios Hospitalarios.

CIRUGÍA, AYUDANTES: Dr. Manuel Catarineu Grau, 1934. Dr. Manuel Gállego Berenguer, 1935. Dr. Francico Botet Casadesús. Dr. José Jorba Piñol, 1962. Dr. José Salcedo Manrique (Médico Forense). Dr. Francisco Sangenis Closa, Médico Anestesiista, Laboratorio de Cirugía, 1942. Dr. José M. Calvet Francés. Endocrino-Nutrición. Dr. Juan Bonet Bosch. Dermatología. Dr. Xavier Miquel Padró. Rehabilitación.

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA: Dr. José Torrents Terrés, 1933. Dr. Enrique Vives Vila, 1946.

OFTALMOLOGÍA: Dr. José Ventosa Punsoda, 1933. Dr. José Lloberas Camino, 1936-37. Dr. José Dalmau Jover.

PEDIATRIA-PUERICULTURA: Dr. Antonio Secanell Sala, 1950.

MATERNOLOGÍA: Dr. José Rodríguez Chaves, 1935. Dr. Federico Soler Talló. Dr. José Coloma Martínez.

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS Y HEMATOLOGÍA: Dr. F. Sangenis, 1942.

RADIOTERAPIA Y TERAPÉUTICA FÍSICA: Dr. Juan Cantenys-Cervera, 1956. Dr. José M. Ortínez Biosca, 1956.

PERSONAL FACULTATIVO AUXILIAR:

La asistencia a los enfermos ingresados en el Hospital estaba a cargo de la Comunidad de Hermanas Carmelitas de la Caridad de VEDRUNA.

Desde 1936 a 1939 continuaron actuando la mayor parte de ellas con carácter de Practicante junto con Doña Mercedes Mir, Comadrona y Practicante en quirófano.

En el año 1939: Practicante D. Martín Riba Talló. Auxiliar: D. Antonio Cendra.

CUERPO FACULTATIVO HOSPITALARIO EXTERNO

Integrado por los médicos de Igualada y su Comarca, su colaboración activa nos permitió tratar un mayor número de pacientes con un

mínimo de camas, en 1932 dispusimos sólo de 8 camas, en 1933 habilitado el Pabellón de recién operados alcanzamos las 26, en 1936 con dos Salas colectivas de 7 camas llegamos a las 40. Si bien el carácter de comarcal supone un mínimo de 100 camas, este objetivo se logró años más tarde.

Para una mayor fluidez, organizamos algo parecido a lo que en Francia se llama HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO, ello fue posible ya que el médico acudía regularmente al Hospital y pronto se familiarizó con las prácticas quirúrgicas; en estrecho contacto con nosotros se encargó de la asistencia al enfermo una vez operado y en condiciones de poderse trasladar a su casa, se nos informaba de cualquier incidencia que pudiera presentarse y que requiriera nuestra visita.

La ventaja de este sistema:

1. Reporta un gran beneficio psíquico al enfermo al devolverle a su ambiente familiar.
2. Evita desplazamientos y gastos a sus familiares y allegados.
3. Representa para el Médico de Cabecera un contacto continuado con el Hospital que le proporciona información reciente y REVALORIZA su prestigio personal.
4. Supone para el Hospital una mejora económica, disminuye los costes y gastos por el menor número de estancias del enfermo y una mayor fluidez sin tener que aumentar el número de camas.

MEDICINA RURAL

El médico titular no sólo actúa dentro de los confines del pueblo, sino que atiende a toda el área del municipio. En 1932 era necesaria mucha vocación para ejercer de médico rural, hemos convivido con ellos y puedo decirles, que era una vida de sacrificio y renunciaciones para él y para sus familiares, solamente con una firme voluntad de servicio podían soportar sus incomodidades y el agotamiento físico y moral que suponían los desplazamientos a las masías y casas de campo aisladas, a pie y por unos caminos angostos, intrasitables de noche, con frío, nieve, hielo, no pueden imaginarse lo que era actuar a la luz de una bujía o del acetileno en un ambiente desprovisto de todo y tener que resolver por sí, un crup, un parto, etc. El médico se compenetraba y sufría con sus enfermos, angustias, zozobras, incluso se llegaba a pasar miedo y no crean Vds. que era por falta de preparación y competencia profesional, no, era consciente de su gran responsabilidad. Yo he visto a este médico, tan criticado, con el forceps en sus manos practicar aplicaciones con verdadero arte y maestría resolviendo la distocia satisfactoriamente.

Dós anécdotas

Se presentó una noche en el hospital, un compañero médico extracomarcal (Dr. Ros de Verdú) acompañando a un enfermo que requería una operación urgente, mientras nos preparábamos dijo: «Jiménez Díaz en sus Lecciones Clínicas dice...», el libro no hacía dos meses que esta-

ba a la venta y nosotros los de la Facultad ni siquiera lo habíamos hojeado.

Otra fue: un médico venerable por sus años (Dr. Puicernau de Son Ramón), sus palabras fueron: «Venimos de lejos en esta noche de frío y lluvia, conocemos la existencia de este hospital y aun cuando no pertenecemos a la provincia, sé que nos atenderán, yo no sé lo que tiene este enfermo, pero sí sé que todos los que he visto con un cuadro semejante se me han muerto y quizá puedan hacer Vds. algo por él. Se trata de un enfermo benéfico, con un úlcus perforado.

Organizamos en el hospital comercial de Igualada un EQUIPO QUIRÚRGICO MÓVIL y nos desplazamos al medio rural, cuando fuimos requeridos para realizar una práctica quirúrgica, nos sentimos muy honrados de compatir la responsabilidad con los compañeros médicos y nada me ha reportado mayor satisfacción espiritual que actuar de cirujano rural.

El hospital comarcal desterró por completo el aislamiento del Médico rural, que acudió voluntariamente en busca de la información que el Servicio de Cirugía podía suministrarle, consultó la Biblioteca, asistió a la Reuniones Científico-Médicas que se organizaron mensualmente y tomó parte activa en ellas presentando casos vividos y de interés, acompañaba a sus enfermos que eran sometidos a exploraciones, que por carecer de medios (R. X. Laboratorio Cistoscopia Rectoscopia) no estaban a su alcance de realizar, presenciaba las intervenciones quirúrgicas que se practicaban a sus enfermos, los visitaba y se hacía cargo de su asistencia cuando eran dados de alta del hospital. Esta correlación médico-hospital se tradujo en una gran confianza y ellos mismos y sus familiares fueron atendidos y operados en el Servicio de Cirugía.

Anotamos con sentimiento y dolor la pérdida de algunos compañeros médicos y nuestros colaboradores durante la etapa de 1936 a 1939, el Dr. Gallego Berenguer, Ayudante de Traumatología en nuestro Servicio, y Titular de Vallbona, el Dr. Llambés Tocólogo de Igualada, los Dres. Cantó y Olivella de Capellades, debemos decir que jamás ninguno de ellos abdicó de su dignidad profesional cumpliendo fieles y leales al sacerdocio médico.

LABOR DESARROLLADA

El Servicio del Hospital Comarcal fue abierto a todos:

Benéficos.

Transeúntes.

MUTUALIDADES y COOPERATIVAS.

Accidentes laborales merecimos la confianza de 55 Mutuas y Compañías Aseguradoras del riesgo *laboral, individual* y de *tráfico*. El 90 % de accidentados en el trabajo de Igualada y Comarca fueron tratados en el hospital.

Accidentes de Tráfico: El 80 % de los accidentados ingresados con carácter urgente, permanecieron voluntariamente internados en el hos-

pital hasta la resolución completa de sus lesiones, renunciando a trasladarse.

Clientela privada: Asistida con carácter particular en un 80 % de las operaciones que precisaba la población. Los costes, gastos de material y un 10 % de los honorarios médicos devengados, contribuyeron al sostenimiento del hospital, que se desenvolvía sin ninguna holgura económica.

La labor asistencial mereció en el año 1953 un premio, concedido por la Comisaría del Seguro obligatorio de Viajeros y a propuesta de la Mutua General de Seguros por su Delegación en Barcelona y en una cuantía de 4000 pts.

No quiero abrumarles con números y los fríos datos que suministra la Estadística, sólo les diré:

En 1933 ingresaron 100 enfermos y se practicaron 92 operaciones. En 1976 ingresaron 1136 enfermos y se practicaron 661 operaciones. En el período comprendido entre 1936 y 1939 el Hospital continuó prestando servicio ininterrumpidamente, se asistió a gran número de la población civil desplazada y en mayor proporción a militares procedentes del frente de Lérida.

AMBULATORIO

En 1933 se estableció para los enfermos externos una consulta diaria y dos veces por semana atendida personalmente por el Cirujano-Jefe del Servicio. Igualmente dos veces por semana había consulta en las especialidades anexas, Oto-rino-laringología, Oftalmología y Odontología, que luego transformaron en Servicios Hospitalarios independientes de Cirugía.

En 1933 se visitaron 917 enfermos (239 primera visita).

En 1974 se visitaron unos 3390.

En el ambulatorio se practicaban pequeñas intervenciones, tratamiento de fracturas y luxaciones, curas etc. que no precisaban de hospitalización.

En 1970 cumplimentando las indicaciones de la Jefatura Provincial de Sanidad y de acuerdo con su Jefe-Local, el Dr. Joaquín Vallespín, actual Médico-Jefe del Laboratorio y de Hematología del Hospital, procedimos a la vacunación contra el cólera, del personal del Hospital de las alumnas de A.T.S. y de parte de la población que algo dominada por el pánico acudió a todos los Centros Sanitarios. Los estudiantes de medicina que asisten al Hospital y nos ayudan como alumnos internos y las A.T.S., se encargaron de vacunar y confeccionar las listas de los vacunados en el Ambulatorio de Cirugía.

Desde 1932 a 1942 el Servicio de Cirugía tenía que RESOLVERLO TODO. En ocasiones nos fueron dirigidos pacientes con afecciones que podían ser confundidos con un cuadro de abdomen agudo (Tetania gástrica, Tifus exantemático), o bien con un síndrome neurológico y graves trastornos respiratorios (Poliomielitis) que requirieron una *traquetomía*

de urgencia, después de la asistencia urgente eran trasladados al Hospital de Infecciosos en Barcelona con cuyo Servicio especializado del Dr. Soler Doppf manteníamos una estrecha relación amistosa y una muy provechosa coordinación.

Debíamos atender desde una retención aguda de orina, una trepanación descompresiva a lo Cushing por hematoma intracraneano, una anemia aguda por ruptura de ectópico, hasta distocias en gestantes, operaciones cesáreas y otras, todavía me acuerdo de una versión por maniobras internas que tuvimos de practicar en una proeminencia de brazo y sufrimiento fetal, una anestesia raquídea a lo *Delmás* no permitió resolver el problema. Fue un gran alivio para nosotros y una mayor solvencia para el hospital, poder descargar la responsabilidad de la toco-ginecológica en mi gran amigo el excelente compañero Dr. José Alonso Boixadós, quien se desplazó a Igualada siempre que requerimos su concurso dando fe y competencia de su dominio en la especialidad, posteriormente al establecer su residencia fija en Igualada el Dr. José Rodríguez Chaves tuvo para con nosotros la deferencia de organizar el Servicio de Tología en el Hospital y el problema de Igualada y comarca quedó resuelto.

También el Servicio de Cirugía llevaba a cabo la *TRANSFUSION SANGUINEA*, la transfusión era directa de donador a receptor con brazos invertidos mediante la jeringa de Juver de 5 cc. El examen de grupo lo hacíamos por control de los sueros A y B que nos suministraba una firma francesa en tubitos capilares cerrados a la lámpara. Como la sangre transfundida era fresca reunía más ventajas que la conservada, si bien para nosotros representaba una mayor atención a su tolerancia, pudimos observar el efecto estimulante que se manifestaba antes de la reposición de volumen en casos de anemia aguda por hemorragia, la onubilación empezaba a desaparecer cuando habíamos trasfundido 15 a 20 cc de sangre y gradualmente se recuperaba el sensorio.

Radium

En coordinación con el Servicio de Terapéutica Física de la Facultad de Medicina a cargo del profesor Dr. Vicente Carulla y siguiendo estrictamente sus orientaciones, nos fue posible practicar unas aplicaciones de Radio en dos pacientes afectadas de cáncer del cérvix uterino, uno en el primer estadio y otro ya muy avanzado en los cuales había contraindicación operatoria. Personalmente nos hicimos responsables de la caja aislante conteniendo sus tubos, de su traslado a Igualada y de su devolución en el plazo señalado, la prestación fue gratuita para la enferma benéfica y a un coste mínimo, muy módico para la otra, satisfecho íntegramente al Servicio de la Facultad de Medicina.

El prestigio que adquirió el Hospital Comarcal de Igualada se debió en su mayor parte, al poder contar con tan excelentes colaboradores.

LABOR ASISTENCIAL

En el transcurso de los años, *las cosas han cambiado* mucho de 1932, la exploración del funcionamiento renal que entonces tuvimos de practicar mediante cistoscopia el cateterismo uréter con separación de orina y examen en el cromoscopio que si alcanzaba el 60 % de eliminación del colorante era suficiente para practicar la nefrectomía del riñón enfermo, cedió el paso a otras exploraciones, como así mismo la urología se desglosó completamente de la Cirugía General que se fue especializando.

Las indicaciones operatorias son menos, las técnicas menos mutilantes más fisiológicas y mucha son los procesos patológicos que han dejado de ser tributarios de la Cirugía al disponer de medicamentos que en aquel lejano entonces no existían. Hoy día se ven muy pocas estenosis uretra postgonococia y la uretrotomía interna no se practica y la dilatación por Beniquéz ha pasado a la historia. Tampoco se observan aquellas tuberculosis renales con grandes piurias y riñones con cavernas destructivas de su parenquima. En enfermedades del Tórax, el empiema metaneumónico lo mismo que otras colecciones supuradas de la pleura no precisan de intervención operatoria, también la frenicectomía y las toracoplastias por tuberculosis pulmonar no son necesarias habiendo cedido su campo a otras intervenciones, los costotomos especiales de la 1.ª costilla y demás instrumental hace años que son piezas de museo en la vitrina y recuerdan una época. Ya no hay necesidad de aguardar que un quiste hidatídico de pulmón crezca y se haga superficial para extirparlo. Por lo que respecta a osteo-articular sería irrisorio hoy hablar de la caries seca (Koenig) y de la carnosa de Volkmann, las resecciones articulares por tuberculosis ya no se practican, las graves osteomielitis (tifus de los huesos) responden al tratamiento medicamentoso, muchos procesos supurados, perinefritis, psoitis son muy poco frecuentes y por lo general no precisan de la operación. La perforación tífica es casi nula. Las anexitis no revisten la gravedad de antaño y la mayoría no son quirúrgicas.

Este gran cambio debido a nuevas orientaciones de diagnóstico y la etapa desde 1935 con Domack y los efectos antibacterianos de las sulfamidas, Fleming con la penicilina descubierta en 1929 y aplicada en 1940, Waksman 1944 con la estreptomocina y otros muchos, han logrado que los procesos patológicos evolucionen de forma que pueda prescindirse de intervenciones quirúrgicas.

TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA REPARATRIZ ORTOPEDICA

Se trataron toda clase de fracturas, por medios incruentos aquéllas en las cuales se obtuvo una reducción suficiente clínica y radiográfica. La inmovilización mediante tracción continua o con escayolado sin almohadillar, ininterrumpida hasta la consolidación y con tratamiento funcional activo desde el primer día siguiendo las directrices y el método de Böhler.

Reducción de luxaciones.

Intervenciones quirúrgicas en fracturas, osteosíntesis con suturas con alambre, agrafes, tornillos, placas, enclavamientos intramedulares.

Operaciones para el tratamiento de heridas, desbridamientos, suturas, amputaciones.

En cirugía reparatriz or-topédica

Incruenta: Luxación congénita de la cadera, pies con deformidades en los primeros años, Escoliosis etc.

Cruenta: Suturas tendinosas, suturas nerviosas, tenotomías trasplantaciones tendinosas, Plastias, Injertos.

Tratamiento de deformidades congénitas y adquiridas: Tortícolis Halux valgus, Halux rigidus, pies zambos, genuvalgum.

Artrodesis: resecciones rodillas en tuberculosis.

OPERACIONES EN AFECCIONES

Cráneo, cara, cuello: Desbridamientos procesos supurados, tumor parótida, Bocio, Fistulas congénitas. Quiste seroso congénito. Traqueotomía. Frenicectomía.

Cranectomía en traumas. Descompresiva de Cushing.

Tórax: Heridas penetrantes pleuro-pulmonares. Pleurotomía y resección costal por empiema. Toracoplastia tipo Schede y Slander. Quistes hidatídicos de pulmón.

Tumores de glándula mamaria, Amputación mama Halsted.

Abdomen: Parietal refección de la pared por eventración. Cura operatoria de las hernias, apendicectomías, Kelotomías y cura operatoria de hernias extranguladas, Laparotomías, por cuadros de contusión con lesión visceral y hemorragias internas. Esplenectomías por trauma. Gastrostomía Witzel. Resecciones gástricas por ulcus y por neoplasia, Billroth I Billroth II, Reichel-Polya, Fisnterer. Gastroduodenos tomia Cecostomía, Colostomía, Colectomía, otras resecciones Amputación recto por vía abdómico-perineal.

Ano-perine: Hemorroides, fistula de ano, Quiste sacro-coxigeo.

Génito urinario: Amputación pene y vaciamiento ganglionar por cáncer. Periretritis gangrenosa difusa, orquiodopexia, orqui-epidectomía, hidrocele...

Uretrotomía interna por estenosis: Sutura ruptura de uretra, talla hipogástrica, prostatectomía, lumbotomía en perinefritis supurada, pielotomía y extracción cálculo enclavado, nefrectomías.

Ginecología

Abscesos, Bartholinitis, Imperforación himen hematocolpos y hema-

tometría. Reparación de periné. Prolapso. Fístulas vésico vaginales y vésico-rectal.

Vía abdominal: Salpingo-ovariectomías por anexitis tuberculosa. Extirpación de quistes y tumores del ovario. Histerectomía subtotal, total y total ampliada Wertheim. Operación en embarazo ectópico y hemorragia interna por ruptura. Operación Cesárea por distocia.

Vascular: Simpaticectomías, denervaciones, gangliectomías, varices, ligaduras venosas.

Muchos de los procesos que en los primeros años eran tributarios de la intervención operatoria, luego no lo fueron por cambios en el tratamiento y en la orientación médica, tal como sucedió con las toracotomías por empiema metaneumónico, las toracoplastias y la frenicectomía por tuberculosis pulmonar, las uretrotomías internas por estenosis, las suturas de uretra en las que se estableció una tendencia hacia una plastia, las resecciones de rodilla por tuberculosis y muchas otras que han desaparecido del mercado quirúrgico.

PRESTACIONES ASISTENCIALES AL S.O.E.

Al implantarse el S.O.E., sus beneficiarios acudieron al Hospital Comarcal de Igualada y fueron atendidos hasta 1959 por el Servicio de Cirugía y sus facultativos. Con el nombramiento de Médicos Especialistas del S.O.E., éstos irrumpieron en el hospital y las especialidades se desglosaron, haciéndose ellos cargo de la asistencia a sus beneficiarios. El S.O.E. representó un gran alivio económico para el hospital que prestigió al seguro pero no a la inversa, los trámites burocráticos y alguna forma de prestación asistencial perturbaron el orden y el funcionamiento del Hospital, que paulatinamente decreció en su personalidad lo cual se tradujo en un retraimiento de cierto sector del público acostumbrado a otras normas. Hoy día puede decirse que el Centro Comarcal con mínima o nula jerarquización de su personal facultativo, no guarda la relación médica existente anteriormente de una íntima colaboración y también hay una falta de cariño e interés de todas las clases sociales por el Hospital.

FICHERO — REGISTRO — ARCHIVOS

De toda la labor asistencial hay constancia y quedó registrada en el libro de ingresos, con expresión de nombre del paciente, enfermedad, facultativo que le asiste... El Servicio de Cirugía está organizado: Ficha Clínica, Gráficas, Historias Clínicas, Hojas Digestivo, Laboratorio, Hojas operatorias que se escriben inmediatamente al terminar la operación y firmada por el cirujano. Hoja de Anestesia. *FICHA de Salida* es entregada al cursar el ALTA, datos abreviados de enfermedad y tratamiento de utilidad en caso de nueva dolencia, si su médico precisa de ampliación de datos con sólo mencionar al hospital en número de la ficha se le comunicarán a la mayor brevedad.

Archivo de fotografías, alguna pieza patológica y preparación histológica.

Archivo de Fichas de los enfermos que acuden al AMBULATORIO.

Por su *Organización* el Hospital Comarcal de Igualada fue considerado por la Diputación Provincial de Barcelona como *HOSPITAL PILOTO* en el año 1965.

LABOR CULTURAL Y DOCENTE

El Hospital Comarcal de Igualada informó de su funcionamiento a toda la población y de los medios terapéuticos que podía suministrarles, a su vez difundió conocimientos elementales sanitarios por todo el ámbito rural.

Publicamos unos *ANALES* y posteriormente en 1934-35-36 se editaron unos *ANALES CONJUNTOS* de los Hospitales Comarcales, Vich, Vilafranca, Igualada.

Publicaciones del Hospital y Trabajos en Revistas Médicas.

Comunicaciones a esta Real Academia, a la Academia de S. Cosme y Damián, etc.

Conferencias en Cruz Roja de Igualada, y Sociedades Médicas de Barcelona.

Reuniones Comarcales en el hospital, periódicamente, en las que se proyectaron películas científicas, conferencias sobre temas médicos, exposición de casos clínicos por los Médicos de Igualada y Comarca. Conferencias por Farmacéuticos. Temas sociomédicos.

Reuniones Médicas Intercomarcales que periódicamente se organizaron en los Hospitales de Vich, Vilafranca, Igualada en 1934 a los cuales nos desplazábamos no sólo los facultativos de hospital sino también muchos de la Comarca.

En 1935, junto con el Dr. Joaquín Salarich y el Dr. Carlos Sala Parés fundamos la «*AGRUPACIO DE METGES D'HOSPITALS COMARCALS*» que en 1939 fue disuelta oficialmente.

BIBLIOTECA médico-quirúrgica con prestación del libro, no había subvención alguna y la suscripción a la Revistas y el coste de los libros corrió a cargo del Cuerpo Facultativo.

Revistas médicas de Barcelona, Cirugía de Barcelona, Presse Medicale, Journal de Cirugía. Ars Médica.

La Biblioteca consultada por médicos y por los *estudiantes de medicina* que en época de vacaciones acudían al hospital para completar su formación y actuar como internos colaborando activamente con nosotros.

ESCUELA OFICIAL DE AYUDANTES TECNICOS SANITARIOS

Desde el comienzo en el año 1932 nos preocupamos de instruir y formar al personal *auxiliar*, tuvimos la suerte de contar con Hermanas Carmelitas de la Caridad expertas en los menesteres de cuidar a los enfermos con gracia y con cariño, dos de ellas eran *prácticamente titulares*, pero no es menos cierto que tuvimos que suprimir alguna práctica rutinaria, tal como era habitual, la administración por la noche del vasito de leche o la tacita de caldo despertando al enfermo desconociendo que el dudoso alimento que se daba era menor que una hora de sueño reparador. Igualmente suprimimos cortinajes en las camas, sustituimos los colchones márfagas por otros a la inglesa y alguno con crín para fracturados. Se prodigaron cuidados higiénicos a los hospitalizados, enjuagues y cepillado de dientes, aseo personal, lavado de manos, baños en la cama, etc...

El personal era muy dócil y con gran deseo de aprender, lo cual facilitó la labor instructiva, fueron suficientes unas cuantas charlas y orientaciones, su afán de servicio y su abnegación fue tal, que trabajaban sin descanso, dispuestas en todo momento, a cualquier hora de día o de la noche, sin sentadas, ni reivindicaciones, ni huelgas.

En distintas ocasiones intentamos establecer una Escuela de Formación del personal auxiliar, lo único que conseguimos (que ya fue mucho), instruir a Estudiantes de Medicina y de Practicante, extenderles un certificado de asistencia y prácticas, que en la mayoría de ocasiones surgió sus efectos en la Facultad de Medicina para su ingreso como Alumnos Internos o para el examen de Practicante.

En 1966 logramos la aprobación por el Ministerio de Educación y Ciencia para crear una Escuela Oficial Adscrita la Facultad de Medicina de Barcelona para A.T.S. Fue concedida previo informe en Madrid del Dr. Botella Llusia, y placer del Claustro de la Facultad siendo Decano el Dr. Sánchez Lucas, fue la primera Escuela Oficial concedida a un Hospital fuera de la capital de provincia.

Se nombró Catedrático Inspector de la escuela al *Dr. Manuel Taure*.

La escuela de A.T.S. de Igualada no tuvo nunca ninguna subvención por parte del Municipio ni de la Diputación, los ingresos en concepto de matrícula y la cesión gratuita del *local* por el hospital, cuya administración atendía a los gastos de agua, electricidad y calefacción, como así mismo los de la limpieza fueron suficiente para su mantenimiento. Poco a poco y por diversas aportaciones del profesorado se adquirieron material pedagógico, láminas, máquina de proyectar libros, diapositivas, películas, multicopistas para los apuntes, huesos y piezas clásicas, etcétera.

Se organizó una *Biblioteca* propia de la Escuela. El ingreso de las alumnas era *selectivo*. Presentación personal, prueba de adaptación y convivencia de 3-4 semanas en el hospital antes de empezar el Curso. Test psicotécnico sin profundizar en su intimidad, prioridad de estudios, medicina, magisterio, graduado social y escolar, etcétera. Residencia en Igualada y Comarca.

Había establecido en régimen de *internado* para las alumnas, que disponían de habitaciones individuales situadas en el piso superior del hospital y aislado de las otras dependencias.

Realizaban *prácticas diurnas y nocturnas las de 3.º*, durante las *vacaciones*, Navidad, Pascua, verano, establecían *turnos*; sus servicios auxiliar no les permitía sustituir a las titulares en sus funciones, si ayudarlas, asistían a todos los departamentos y secciones hospitalarias, Enfermería, Quirófano, Esterilización, Laboratorio, Maternidad, Medicina, Toco-ginecología, Urología, Cirugía, Rehabilitación, y también a los Servicios Administrativos.

Cursaban las asignaturas según *programa oficial*, al final del curso acreditaban su capacitación en *examen* ante tribunal presidido por el Catedrático Inspector y otro designado por la Facultad de Medicina junto con los profesores de la Escuela. La matrícula se hacía en la Facultad y el *Título* era expedido por el *Ministerio de Educación y Ciencia*.

Para completar su formación se les obligaba a estudiar *inglés o francés* y a petición propia catalán (1966).

Durante el curso realizaban *visitas* a Instituciones Asistenciales y Sociales, Laboratorios Químico-Farmacéuticos entre otros: Hogares Mundet, Fundación Albá, Salesianos, Instituto Psicopedagógico para subnormales, Maternidad Provincial y su Laboratorio de Genética, Hospital de S. Juan de Dios, S. Pablo, Psiquiátrico de S. Baudilio, el de Martorell, Cotoengo Pde. Alegre, Mutua de Accidentes de Trabajo la Metalúrgica, Escuela Aura (Subnormal).

Visitas a Estación Depuradora de aguas de Rigat en Pobla de Claramunt que suministra el agua potable a Igualada.

Visita al Matadero Municipal de Igualada.

Visita al Banco de Sangre de la Cruz Roja en Barcelona.

Algún museo, Cau Ferrat en Sitges, etc.

Laboratorio Farmacéutico Dr. Aragó, donde había dispositivos de esterilización por rayos gama. Laboratorio Palex. Laboratorio Dr. Almirall.

En coordinación con el Centro de Barcelona se profesaron en Igualada Cursos de formación de *Iniciados en Dietética —EDALNU—* comprendían un mínimo de 50 horas lectivas y las prácticas; desarrollaba el programa oficial el Diplomado Srta. Josefina Pamies. La escuela fue conocida por su prestigio fuera de Cataluña y acudieron estudiantes procedentes de distintas ciudades de España. Valladolid, Oviedo, Cádiz, Zaragoza, S. Sebastián, Alcoy, Castellón, Valencia, Murcia, Segovia, las solicitudes para cursar estudios en Igualada fueron tantas, que nos vimos forzados a restringir el número de admisiones con el fin de formar A.T.S. conscientes y buena capacitación técnica-profesional.

Las distintas promociones optaron por plazas en Igualada, S.O.E., Mutua Igualadina, Clínica S. José, Hospital... otras en Barcelona, Residencia S.O.E. F. Franco, Bellvitge, Hospital S. Pablo, H. Cruz Roja, Sanidad Exterior del Puerto, Clínicas privadas y muchas otras ejercen en distintas poblaciones de la región y ciudades de España.

El profesorado se hallaba integrado por los médicos del hospital

que se encargaban de las asignaturas de su especialidad, alguna para mayor aprovechamiento eran desglosadas en sus materias y se encargaba su enseñanza al profesor de una mayor solvencia, así parte de Terapéutica y Farmacología la profesaron farmacéuticos, el Dr. Atzed (Actual catedrático de la Universidad), el Dr. Torelló en cuya oficina de farmacia particular en Igualada aprendieron a tratar con el público, y en la farmacia del hospital con el Dr. Perelló. La Odontología y Estomatología fue profesada por el prestigioso médico-odontólogo Dr. José M.ª Freixas Oto. Una magnífica colaboración fue poder contar con el Dr. Francisco Abel. S. J. toco-ginecólogo.

Aparte de las asignaturas éramos muy exigentes con las *prácticas* que realizaban en el hospital y otros centros, una ligera hojeada al Barremo nos induce a pensar que quizá pecamos por más.

Completaban su formación, con las Enseñanzas del Hogar y con la práctica de Gimnasia y Deportes, Natación, Tenis, Baloncesto. Asistían a Cursos de Socorrismo y de Salvamento Acuático...

SECRETARIAS — JEFE DE ENFERMERIA — MONITORAS

María Cruañes, Magdalena Antonijoan, Carmen, Carmen Lleida, H.ª Fontanet, H.ª Asunción. Matronas, Practicante y A.T.S. Titulares del hospital.

Poco más me queda por decir: en 1972 al dejar de prestar servicio en la Seguridad Social decrecieron nuestras actividades quirúrgicas, continuamos asistiendo a enfermos y accidentados hasta marzo de 1976 en que practicamos la última intervención quirúrgica de importancia y todavía en el primitivo quirófano, una esplenectomía por estallido traumático del bazo, posteriormente sólo nos dedicamos a la función docente en la Escuela de A.T.S. hasta finalizar el curso académico en setiembre de 1978.

Hasta la fecha, la Diputación no ha convocado Concurso-Oposición para cubrir las vacantes de Jefe de la Sección de Medicina y la de Jefes de los Servicios Quirúrgicos. La Administración del hospital no parecía tener ningún interés en ello y el alcalde-presidente de la Junta consideraba el carácter Comarcal como una dependencia que se inmiscuía en su poder.

Los médicos del hospital de Igualada son contratados directamente y se les asigna un sueldo.

DOY GRACIAS A DIOS por haberme concedido ejercer 50 años de médico y llegar a una edad avanzada en la que todavía me ha deparado el honor de dirigirme a Vds.

Gracias por haberme escuchado.

La erradicación... y la viruela

Dr. Fernando Josa

La simple mirada a la portada del número de octubre pasado de la revista Salud Mundial que edita la Organización Mundial de la Salud (OMS, o en el mundo más conocida por las siglas inglesas WHO) hizo afluir una serie de noticias que desde hacía tiempo iban flotando y andaban a la deriva por mi memoria. En la portada del número que citamos aparecía algo así como la huella de un sello de goma de los que usualmente se usan para autenticar documentos o indicar su despacho.

Entre dos circunferencias concéntricas se leía ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Encabezaba el círculo interior el escudo de la OMS y debajo, en tres líneas se leía: VIRUELA CERO 26-10-79.

Aunque parezca mentira este sencillo sello trajo a mi imaginación una multitud de ideas que yo sin darle importancia había ido acopiando en mi memoria. Pero supongo que fue para mí lo que hubiera sido para cualquier otra persona observadora, la visión fue como un flash que dejó su impresión, pero la atención pasó entonces hacia otras cuestiones de interés más inmediato. Aquella multitud de ideas se me presentaba lejana revuelta sin la menor traza de orden de valores y sin ninguna sucesión cronológica. Pero eso sí, el fenómeno crecía poco a poco en interés y en volumen y las manos se iban en busca de un papel y un lápiz para apuntar las vivencias fuera como fueren, que ya las ordenaría después.

La cosa era fácil de decir pero la exposición se me presentaba después muy compleja porque, por ejemplo mi cronología, la mía particular, se superponía y hasta a veces se oponía a lo largo de los años y acontecimientos pasados.

Desde las primicias del año 1974 la OMS había llegado a un acuerdo de colaboración con el que les dirige la palabra que ya pertenecía al panel de Expertos en Higiene Ambiental de la Organización. El objetivo particular mío era un tanto dispar del de la viruela y el *asignement* según los *terms of reference* concernía a problemas de saneamiento marino en dos estados de la Unión India: el Maharastra (Bombay y su costa) y el de Gujarat (Golfo de Cambay).

La duración de la estancia debía ser de dos meses justos: de 15 de octubre a 15 de diciembre. Cosa muy importante en la India es el régimen climático impuesto por los monzones. A mi llegada cayó la última lluvia de la temporada húmeda, en el Dekkan o centro de la India. Después no

volvió a caer ni una gota. La temperatura era algo alta y el tiempo era espléndido para trabajar en el campo.

Los primeros pasos en la capital Nueva Delhi y en mi primera zona de trabajo, Nagpur (en el centro geográfico del subcontinente indico), los pasé trabajando con y en una tranquilidad paradisíaca. Ello viene ahora a cuento porque a mi vuelta, a mediados de diciembre, el aspecto había cambiado radicalmente: El edificio de la Sede Regional en la capital bullía de personas bien vestidas, con corbata, carteras, papeles y prisas; el director regional con el que había tenido largas conversaciones cuando yo había llegado en octubre ahora era un ser prácticamente invisible. Yo inquirí con discreción e hice preguntas a los amigos que dejé a mi llegada. Y si me contestaron lo hicieron con estas palabras casi estereotipadas: «¡Es que ahora ya estamos en invierno!» Luego lo fui entendiendo poco a poco: Ya no había nadie de vacaciones y todo el mundo vestía con chaqueta y con corbata y estaba en su puesto de trabajo, se estaba celebrando además un seminario regional de medio ambiente que reunía en la sede a todos los delegados mañana y tarde presididos por el director regional; finalmente había también un número bastante elevado y homogéneo de hombres jóvenes, joviales, que solían ir en grupo, deprisa y hablando alto. Me costó clasificarlos pero después de comer con algunos en la misma mesa de la cafetería de la OMS llegué a adquirir alguna información que por entonces, no me servía de gran cosa porque no podía ligar lógicamente aquella llegada masiva con lo que hablaban en concreto. Sí vi que todos tenían cuestiones relacionadas con la viruela: pero de eso a pensar que iban a terminar con la epidemia hay mucho trecho. Al final llegué a situarme gracias al azar y a una curiosidad histórica y científica tirando a médica que me atrae. Lo que no pude calcular entonces fue el esfuerzo que estaban haciendo mis camaradas y la meta que se proponían y que ellos ya podían vislumbrar.

Mis recuerdos de aquellos pocos días que pasé antes de partir son muy semejantes a los que ocurren al final de todas las grandes batallas: todo el mundo trabajaba afanosamente, todos corrían y nadie se paraba a dar, a recibir órdenes y mucho menos a explicar. Todos sabían a dónde iban y todos tenían casi en sus manos el objetivo...

Yo sinceramente creo que, consciente o inconscientemente, todos aquellos caballeros llevaban a sus espaldas un peso moral que les impulsaba a redimir a una parte de la humanidad sacrificada acabando de destruir a un enemigo que en aquellos momentos ya tenían acorralado.

Todo lo que antecede es un preámbulo y en ésta a modo de iniciación conviene aclarar que lo que sigue se refiere a un extracto de la durísima labor llevada a cabo con un rotundo éxito por un equipo esencialmente médico, pero en el más amplio sentido de la palabra porque la masa de luchadores, más que de trabajadores, estaba formada por una inmensa colaboración oficial y popular. El pertenecer al grupo de afines que en el mundo trabajan por la salud es un privilegio para el que suscribe estas líneas. Se envanece de ello y aun cuando no le suele acontecer la cooperación en el momento de la gran batalla, en esta ocasión tuvo la suerte de coincidir con la ofensiva final de aniquilación del enemigo

a final de diciembre de 1974 iba a arrancar la ofensiva, violenta y sin cuartel hasta conseguir el objetivo final en aquella zona.

Para muchos de nosotros será bien fácil recordar la época que era frecuente encontrar gente picada de viruela en la plataforma del tranvía, en la butaca del teatro contigua a la nuestra e incluso en nuestra familia. Para fijar las ideas supongamos que eso podría pasar hace cuarenta o cincuenta años: ése es un plazo de tiempo que es muy largo y muy corto para que ahora y situados los hechos a lo largo de la cronología de la historia general no podamos apreciar la diferencia entre estar amenazados de virus y el hecho de no tomarla en consideración en las referencias sanitarias.

Tres mil años hacia atrás se encontraban en la época de Ramsés V de la 20.^a dinastía de Egipto, 1200 a dec, simultáneamente con el origen histórico de la Viruela que nos proporcionó ese propio faraón y hubiéramos podido contemplarle cuando contaba cuarenta años y teóricamente debía estar en la plenitud de su vida, de su gloria y ser un hombre fuerte, sano y hermoso ayudado, además por los recursos cosméticos de la corte; pero en realidad era tan sólo una piltrafa y murió a esa edad con tremendas cicatrices en su cara que impidieron a sus embalsamadores el poderle arreglar y sacar para el futuro un molde de su faz que conservara una cara tan perfecta como las que sacaron a Tutancamen, a Ramsés II el grande y a otros.

La noticia de Viruela Cero es tranquilizante y el esfuerzo efectuado por la OMS para conseguir este resultado es digno de un elogio y un agradecimiento que no se pueden evaluar debidamente si no se conocen los medios y los esfuerzos empleados en inmensas áreas en las que las zonas infestadas eran subcontinentes, sin recursos propios y, al mismo tiempo situadas muy lejos entre sí en distintas partes del globo.

A un trabajo tan impresionante, tan costoso en todos los aspectos y conseguido con tanto éxito no ha lugar a buscar el más pequeño *flaw* (hablando en la jerga coloquial de la WHO). Pero cuando hay auténtica confianza y buena fe quizás es más defecto no decir lo que se siente que ser sincero. En consecuencia yo no siento el menor escrúpulo en decir que la aplicación del vocablo *erradicación* a este hecho histórico no lo considero un acierto lingüístico.

La OMS ha aplicado el vocablo en otras ocasiones y la palabra que ya era poco usual se ha vulgarizado. En nuestro caso concreto se utilizan dos palabras, sin duda discriminadamente: Erradicación y objetivo cero. En Bangladesh el objetivo perseguido lo han denominado como VIRUELA CERO. Sin embargo, en crónica de la OMS (octubre 74 P.411) al objetivo no se le calificaba con la palabra sino que se utilizó la frase: *Puesto que se cumplen los requisitos para la erradicación de la viruela, tal como fueron expuestos por el Comité de Expertos de la OMS en la Erradicación de la Viruela, la Comisión concluye que ha sido erradicada en la India.*

El párrafo anterior al copiado y antes de hablar de los requisitos hay un comentario que dice: el último caso de viruela se produjo en la India el 24 de mayo de 1975.

La Comisión Internacional concluye que el sistema de vigilancia ha sido lo suficientemente sensible para haber podido localizar la transmisión de la viruela si ésta se hubiese producido con posterioridad a aquella fecha.

Yo creo que es fácil comprender lo que significa llegar al caso cero, que es preciso ser cauto y seguir después con una vigilancia y control continuo. Lo que ya no veo tan claro es que se hable de erradicación y además se tome a esta palabra para definir el caso concreto. No tiene realmente valor técnico el plantear una posible mal interpretación de un término lingüístico a unos equipos médicos que para hacer desaparecer la viruela de sus extensos territorios se lanzaron a una labor un tanto incierta, en 1962 en la India y en 1963 en el Cuerno de Africa, y acaban ahora de alcanzar el punto cero.

En resumen: sólo queremos hacer constar que en el concierto de esta magnífica operación nos suena mal esa palabra.

Pero los más interesados en el planteamiento técnico y desarrollo de la «erradicación» podemos añadir que los métodos empleados en cada zona fueron múltiples.

En todas partes las sanidades nacionales querían intervenir o ya estaban interviniendo. La densidad de la zona India NE era densa, sedentaria y sometida a las inundaciones periódicas y proporcionalmente más grandes del mundo. En el Cuerno de Africa el clima es árido y la población es muy nómada: el contacto propiamente dicho es difícil, en cambio la transmisión de los focos puede ser más fácil y la detección más difícil.

Este hecho confirma el dicho de que la excepción confirma la regla: Para la OMS era un axioma que los ingredientes principales de la viruela son las aglomeraciones, la miseria, los cataclismos. Todo ello se da bien en el NO de la India, pero prácticamente no son en los pueblos nómadas. En el Cuerno de Africa hay también aglomeraciones y hay miseria, pero las estepas y desiertos crean el problema de la dispersión del vector de contagio, opuesto pero tan grave como la congestión.

Lo que es muy digno de mencionar es que la colaboración oficial y puramente individual fue un hecho real y notable; pero en ciertas regiones lo que no aceptaron los medios, sistemas o estándares occidentales y hubo de llegar a ententes cordiales político-sanitario.

La literatura técnica sobre esta erradicación está muy distribuida en fascículos y monografías. La India que es la que ha heredado un tanto de las virtudes de los británicos es la que contiene el report más importante: *The «Erradication of Smallpox from India»* by Bases & al., un libro de 346 páginas.

La literatura que publica la OMS es inmensa. Aparte de su utilidad práctica es un buen sistema de relaciones públicas porque vulgariza su labor. Los expertos pertenecientes a alguno de los paneles de la Organización reciben las que pueden interesarles. Yo pertenezco al panel de Environmental Health y recibo los que corresponden a este epígrafe, amén de algunos borradores o propuestas para que opine. En principio

conservo los que me interesan, entre los que se encuentran los de los lugares en que yo he trabajado para la OMS.

La publicación más popular de OMS es «Salud Mundial» y le sigue las «Crónicas de la OMS» que ya tienen referencias de carácter más técnicos y con cierta frecuencia encarta unos cuadernillos con la definición internacional de los fármacos con un esquema de su composición química.

Por ahora sigo recibiendo las publicaciones y desde mi estancia en la India leo, por lo menos, los que hacen referencia a ella, porque no sólo viví sino que conviví con el pueblo que está formado por una gente muy interesante.

De la viruela queda mucho que hablar, pero se aparta del contenido del objetivo limitado que nos habíamos propuesto.

Sin embargo, hay algo en que no han pensado muchos que, por razones médicas, históricas, migratorias, etc., se han ocupado de la viruela. Esta enfermedad ha dejado rastro de su paso por la historia en un centro cultural tan importante como el de Egipto del 13.^a antes de Jesucristo y, no obstante, no aparece en absoluto en las calendas de la Grecia ni de la Roma clásicas cuyas colonias atravesaron, ocuparon y se establecieron. Otro gran vacío de esta plaga fueron las Américas hasta que llegaron los conquistadores y los aventureros.

La terrible viruela tiene un punto flaco congénito: que es que el contagio se ha de producir directamente, pero esta ventaja para la lucha contra ella desaparece en las aglomeraciones y con la miseria. La vacunación sistemática en el mundo cerró el cerco de la enfermedad a unos focos endémicos grandes pero fuera de los cuales sólo se producían brotes que al final se eliminaban y, en conjunto disminuían con el tiempo.

Sólo un organismo internacional fue capaz de cortar cada vez más cerca los brotes por rastreo y gracias a la informática que marcaba la dirección del ataque. La OMS, los gobiernos y los propios pueblos se enrolaron y comenzaron la historia que hemos esbozado en las hojas que van por delante.

Legislación Sanitaria Marítima durante el siglo XIX

R. Jordi González

Barcelona atraviesa unos difíciles momentos bajo la férula del Capitán General Charles d'Espagnac, a quien Fernando VII había concedido el título de Conde de España, aventurero francés que había luchado al lado de los españoles en la Guerra de la Independencia. Enérgico y cruel, su mandato en la Capitanía General de Catalunya durante cinco largos años le hizo ganar el sobrenombre de «tigre de Cataluña». Asistido por una pandilla de indeseables que constituyeron su policía secreta, la obra de gobierno del Conde de España a menudo podían sentirla los ciudadanos barceloneses en las horcas de las cuales pendían los cuerpos de las víctimas de su justicia, o contemplando los muros de la ciudadela, imagen del terror para el pueblo barcelonés.

Extravagante y de humor siniestro, es el mismo hombre que si en 1.º de mayo de 1830 hacía promulgar un Edicto, del que luego trataremos, recordando las prevenciones contra el contagio y en beneficio de la Salud Pública, porque la salud colectiva le preocupaba como a cualquier político, luego censuraba poesías intrascendentes ordenando que en lugar de cosas morales «El Diario de Barcelona» insertara algún artículo de agricultura, algún remedio para curar almorranas, dolores de muelas, callos, etc. Esto nos muestra cómo un tirano, o un dictador, puede preocuparse por afecciones más o menos banales que en nada le diferencian del más desgraciado ciudadano sometido a su férula.

Cuatro años después de la promulgación del bando que nos interesa, en 1834, se iniciaba en Barcelona el cólera. Cinco años después, en 1839, el Conde de España, convertido en uno de los capitostes de los carlistas, sería asesinado por sus propios correligionarios cerca de Organyà, siendo su cadáver arrojado por un puente.

Con fecha 1.º de mayo de 1830, Ramón García Vecino, Secretario de la Junta Superior de Sanidad del Reino, firmaba un Ordeno y Mando de Don Carlos de España (1). Y para que nadie pudiera alegar ignorancia, el Edicto debía fijarse en los parajes públicos de la ciudad de Barcelona y en los del destrito marítimo de la misma.

El motivo de la promulgación de este Edicto *era prevenir, ante la aproximación de la época del calor, el peligro que podía significar la propagación de enfermedades contagiosas*. Por este motivo el Edicto recordaba las Providencias adoptadas por Sanidad para el control de buques y géneros que llegaban a los puertos, indicando también que debía estimularse la vigilancia que *requería el contrabando* por la razón de constituir éste un peligro de contagio al eludir los contrabandistas las dispo-

siones sanitarias establecidas, consecuencia del fraude que tal contrabando significaba.

El Edicto señalaba que no podrían ser admitidas en los puertos del Distrito Marítimo de Barcelona las embarcaciones procedentes de Turquía o de territorios que habían pertenecido al antiguo Imperio Otomano (2) y, en segundo lugar, que todos los procedentes de aquella zona geográfica tenían destinado el lazareto de Mahon, lazareto al que debían también expedirse aquellas embarcaciones procedentes de la zona del «Cabo Mezurat, en el distrito de la Regencia de Trípoli, hacia la dirección de Levante por toda la costa de Africa, y volviendo por la Siria, la Natolia y el Mar Negro hasta Regusa (que juntamente con las Islas Jónicas se escluye en el Adriático) comprendiendo el Archipiélago y las demás islas del mismo de patente sucia, cualquiera que sea el estado de salud de sus tripulaciones y la calidad del cargamento que conduzcan, con patentes en Sanidad o sin ellas y que éstas las traigan sucias o limpias».

Por otra parte, las embarcaciones procedentes de la zona comprendida desde Veglia, descendiendo por puertos de la Dalmacia hasta Regusa, islas próximas, y archipiélago jónico, las procedentes de Orán y demás puertos berberiscos, desde Trípoli, en virtud del artículo 93 de las Providencias Generales de Sanidad de 3 de junio de 1817 eran declaradas patentes sospechosas, así como aquéllas procedentes de algún puerto «de los países cultos» que por las circunstancias descritas en el citado artículo hubieran de considerarse igualmente sospechosas. Todas ellas debían dirigirse al lazareto de Mahón donde debían despedirse según las normas dispuestas por la Junta Suprema de Sanidad del Reino (3), también las embarcaciones procedentes de Marruecos, consideradas posibles vehículos de contagio.

Se recordaba en el Edicto que los buques procedentes de la Isla de Malta «y de los países cultos del Adriático» debían sujetarse a una cuarentena de ocho días y a espurgo, al igual que los procedentes de Sicilia, Cerdeña y Córcega (4) pero sometiendo a estos últimos a cuatro días de cuarentena y análogo espurgo.

Los buques procedentes de Gibraltar, desde 1.º de julio hasta finales de octubre, debían también ser sometidos a una cuarentena de ocho días con espurgo de los géneros susceptibles de contagio. En el caso de que fueran originarios de lugares prohibidos por la Sanidad Española, estos géneros precisaban un certificado del Cónsul español de la plaza atestiguando «que el buque conductor de ellos ha obtenido allí libre plática» (*) pues, de lo contrario, se les despediría hacia un lazareto sucio y sólo serían admitidos con la referida cuarentena y espurgo de ocho días «si se hiciese constar la mencionada circunstancia o que vienen de puntos con los cuales por su conocida salubridad estamos en directa y libre comunicación», pero aunque estas embarcaciones hubieren hecho escala

(*) En Derecho marítimo es la fórmula de admisión de un buque con patente libre indubitada en un puerto, sin más requisitos que el reconocimiento y aprobación documental y la declaración del capitán.

y recibido libre comunicación en cualquier otro puerto de las Provincias debían presentarse «en los de Barcelona y Tarragona, únicos en donde obtendrán su habilitación a plática, a fin de dirigirse sucesivamente al que más les convenga del Principado».

Del mismo modo debían ser despedidas hacia el lazareto de Mahón las embarcaciones procedentes de las Antillas, Islas de Barlovento y Sotavento, las del Golfo de Méjico y las que hubieran partido desde las bocas del Orinoco hasta el canal de Bahama, sumándose a éstas las partidas de los puertos de los Estados Unidos comprendidos dentro de esta demarcación y que llegaran al Principado de Catalunya desde el 15 de junio hasta mediados de noviembre, aunque el estado de las tripulaciones fuera perfecto (5) pues, aun cuando se consideraban patentes sospechosas las de los buques procedentes de la mencionada zona durante la última quincena de junio y las partidas durante la primera de noviembre, a pesar de haber recibido un espurgo adecuado, estas embarcaciones no podían ser admitidas «en atención a que no se halla el lazareto en esta ciudad, ni los hay en el resto de la Provincia debidamente dispuestos» para lo clase de operaciones que debían realizarse para asegurar que no hubiera contagio.

Las embarcaciones procedentes de Georgia, de las Islas Carolinas y de los puntos comprendidos entre los 31 a 36° Norte en los Estados Unidos que hubiesen salido de dichos puertos durante los meses de junio a septiembre consideradas también como de patente sospechosa (6) debían ser enviadas hacia *lazaretos sucios o de observación*. Sin embargo, las embarcaciones procedentes de Baltimore, Nueva York y otros puertos de Estados Unidos salidas de sus puertos durante los cuatro meses citados solamente debían sufrir, con arreglo a las disposiciones en vigor, un espurgo de todos los efectos, de la ropa de la tripulación y del cargamento que fuera susceptible de contagio quedando los *Ayuntamientos y las Juntas Municipales de Sanidad* encargados de hacer cumplir las medidas adoptadas. En el Edicto se especificaba que éstos responderían «con penas pecuniarias de consideración y otras mayores afflictivas, según la naturaleza del caso, siempre que en sus jurisdicciones o distritos se verifique algún desembarco sin las formalidades prescritas por leyes sanitarias, principalmente cuando se preparase con *fogatas u otras señales* que no es posible se oculten a la vista de dichos Ayuntamientos y Juntas, que si tal vez pueden hallar disculpa en la falta de fuerza armada con que oponerse a los desembarcos clandestinos, nunca la tendrán en no haber avisado a la Autoridad competente transgresiones tan escandalosas y trascendentales, cuando se halla en la obligación y facultades de todo funcionario público vigilar y hacer que se vigile *por personas de confianza, que nunca faltan en las poblaciones, ya sea por invitación hecha a su buen celo, o por estipendio*».

Queda claro en este apartado que los desembarcos fraudulentos era cosa corriente, ya que la mención de señales —*en este caso fogatas*— realizadas en los lugares de desembarco nos lo pone en evidencia. También podemos constatar que la Autoridad *se valía de delatores a sueldo* para que pusieran en su conocimiento los lugares costeros donde se

desembarcaba género de contrabando y en cuyo desembarco colaboraba la población, la cual, según los lugares, obtenía beneficios que le ayudaban indiscutiblemente no a vivir mejor, sino a continuar viviendo miserablemente.

En las mismas penas incurrían los Ayuntamientos y Juntas municipales de Sanidad cuando al verificarse la detención de algún barco en el mar, o al reconocérsele sus papeles en tierra, «resultase que para la expedición de sus boletas» no hubiera precedido «la presentación del rol, cuya falta es un argumento concluyente de haberse descuidado por aquéllos una de las obligaciones más recomendables; o bien que en dichas boletas se omita restringir, con cláusulas claras y terminantes, la libertad que podrían asumirse los patronos costaneros de translimitar el punto del viaje para el cual se han habilitado».

Las sanciones se hacían extensivas cuando en el caso de ser requeridos los mismos Ayuntamientos y Juntas «dejasen de dar razón que satisfaga sobre el porte y paradero de los barcos, que peregrinos por alguno de nuestros buques de fuerza, se les hubiere visto buscar y hallar asilo en los pueblos».

En el mismo Edicto, y completamente al margen de los posibles peligros de contagio fruto del comercio marítimo, se encargaba muy particularmente a las mismas Autoridades de la más cuidadosa vigilancia sobre el cumplimiento de cuanto se tenía prevenido para impedir los «funestos efectos del mal de rabia, o hidrofobia, que se había manifestado con frecuencia en los perros», «y que se observe lo dispuesto acerca de estorbar el excesivo número y abandono de estos animales», cuestión ésta altamente preocupante y que en anterior ocasión tratamos someramente (7).

También se recordaba a las Juntas de Sanidad y a los Ayuntamientos la responsabilidad que tenían de «cuidar de la salubridad de las poblaciones por medio de la limpieza y aseo, situando convenientemente los estercoleros, y dando curso a las aguas estancadas, cuyos efluvios puedan perjudicar a la salud de los habitantes»; tema éste no menos importante que nos muestra que la salubridad ciudadana dejaba aún mucho que desear, cosa que ya demostramos anteriormente, concretamente en la ciudad de Barcelona (8).

Dentro del amplio capítulo de lo que debe entenderse por Sanidad Marítima cabe aquella legislación cuyo objeto era la prevención de epidemias o contagios que las naves pudieran importar a la península, y que estaba establecida permanente y generalmente salvo en aquellos casos que se prevenían medidas especiales aplicables cuando las necesidades del momento lo exigían.

Parece ser que a raíz del desarrollo de a epidemia del año 1720 procedente de Marsella las disposiciones legales se incrementaron y se adoptaron disposiciones de carácter más riguroso, que se promulgarían antes y desde esta época hasta la aparición de la *Ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855*.

Esta Ley y las modificaciones de 24 de mayo de 1866 dibujaban el marco legal que comprendía las medidas a adoptar para un control más

planificado de las epidemias (9), todo ello consecuencia de las invasiones del cólera morbo que fue equiparado a la fiebre amarilla.

Por la Ley de Sanidad de 28 de noviembre de 1855 y Real Decreto de 17 de abril de 1867 se establecían las *Direcciones de Sanidad Marítima para toda la península* (10), estableciéndose más normas que afectaban a éstas y recordándose algunas promulgaciones anteriores (11).

Las Patentes de Sanidad, documento o certificado *dado a los capitanes de buque a la salida del puerto y en el que se expresaba el estado sanitario del país de dónde partía la embarcación, de la embarcación, de la salud de la tripulación y de los pasajeros*, debían cumplir una serie de requisitos y tener en cuenta disposiciones muy concretas sobre el particular (12) y en lo que se refería a los lazaretos o lugares sanitarios destinados al servicio especial de las cuarentenas sanitarias, éstos venían, a su vez, sometido a normativa específica (13), *siendo lazaretos de observación habilitados*, los puertos de Barcelona, Cádiz, Cartagena, Alicante, Málaga, Valencia, Santander, Almería, La Coruña, Bilbao, Tarragona, San Sebastián, Santa Cruz de Tenerife, Torrevieja y Ceuta.

Las cuarentenas, o estancia forzada fuera de la localidad a la que se había llegado, venían regidas, además de la Ley de Sanidad de 1855, por la Orden de 26 de septiembre de 1873, la de 9 de diciembre de 1869, Orden circular de 5 de julio de 1871, arts. 30, 31 y 39, 37 de la Ley de Sanidad, R.O. de 25 de abril de 1867, de 30 de noviembre de 1872 y de 6 de junio de 1860 y Orden circular de Beneficencia y Sanidad de 17 de febrero de 1876.

Es importante tener en cuenta que por *Real Orden de 3 de junio de 1867 se establecía el servicio farmacéutico de los lazaretos*, tema éste que en la historiografía farmacéutica no ha merecido la atención que debía habersele prestado. Así, en dicha disposición se daba cuenta por el Ministro de la Gobernación que con fecha 22 de mayo de 1867 había cursado órdenes al Gobernador de la provincia de Pontevedra que por deseo de la Reina debía reformarse de manera conveniente el servicio farmacéutico del lazareto de San Simón, y con el fin de evitar la reproducción de abusos y reclamaciones, hasta cierto punto justificados, que por diferentes conductos habían llegado a conocimiento del Ministerio, se nombraba en 3 de junio para el lazareto de San Simón *un farmacéutico con obligación de tener abierta su oficina y provista de los medicamentos necesarios para servir en el acto cuantos le reclamara el médico del establecimiento*, y además estar «*surtida de todos los ingredientes indispensables para las fumigaciones de las personas, tripulantes, equipajes, cargamentos y buques*».

Las fumigaciones quedaban divididas en cuatro clases: de 1.ª, para los buques que no excedieran de 50 toneladas; de 2.ª, de 50 a 100; de 3.ª, de 100 a 200, y de 4.ª, de 200 a 400, etc.

Las fumigaciones «*para las personas, tripulantes y equipajes debían adaptarse al número de ellas y al peso y cantidad de los equipajes*».

Los precios de las fumigaciones se establecían en: 1.ª clase a 150 milésimas de escudo, 2.ª clase a 300, 3.ª clase a 600 y los de 4.ª a 1.200 milésimas.

Cuando los buques excedieran de 400 toneladas se debían aplicar fumigaciones a la justa proporción que quedaba establecida en la 4.ª clase.

En circunstancias especiales, y cuando el estado de insalubridad de un buque aconsejara mayor número de fumigaciones o repetir las con frecuencia para desinfectarlo *completamente, el médico, bajo su responsabilidad*, ordenaría las que considerara indispensables, pero *razonando la receta*, que debía ser visada por el Director del laboratorio.

El médico quedaba autorizado a disponer el baldeo de los buques cuarentenarios, siempre que su estado de insalubridad lo reclamara.

El farmacéutico tenía obligación de suministrar gratis los medicamentos para los pobres y licenciados del Ejército y los alimentos de los enfermos debían correr a cargo del contratista de la fonda, que los debía suministrar a precios corrientes.

La oficina de farmacia del lazareto de San Simón estaba bajo la inmediata *dependencia y vigilancia del médico del mismo*, quien, bajo su responsabilidad, debía procurar que todos sus medicamentos estuvieran en el mejor estado de conservación «*y colocados en envases y vasijas de cristal y porcelana, y procurará que estén completamente limpias*».

Las fumigaciones debían ser practicadas en el lazareto *en presencia del médico y del farmacéutico*.

Las cuentas de los medicamentos y fumigaciones debían ir firmadas por *el farmacéutico con el «Conforme» del médico y el V.º B.º del Director*; debían expendirse por triplicado, remitiéndose una copia al consignatario para su abono, otra debía unirse al expediente del buque y la tercera debía enviarse «con atento oficio, al Cónsul de la nación respectiva».

En el libro recetario debían constar, bajo la responsabilidad del farmacéutico, todas las recetas despachadas durante cada cuarentena, expresándose la dosis de que se componían, su número, el nombre del buque en que se emplearon, etc. (14).

No era menos importante la Orden de 28 de marzo de 1873 dictando normas sobre el suministro de fumigaciones. Estas afectaban muy directamente, como puede comprobarse, al farmacéutico. Dicha Orden se expresaba en el sentido de que la R. O. de 23 de mayo de 1868 y la Orden del Poder Ejecutivo de 22 de mayo de 1869 sobre suministro de fumigaciones a los buques según su procedencia o por higiene, no eran lo necesariamente claras y determinantes para garantizar la conservación de la salud pública de la importación de gérmenes pestilenciales, dando con ello lugar a una diversidad de procedimiento «en los puertos y lazaretos sucios, con perjuicio del buen nombre de la Administración española, y siendo causa de abuso en unos y de indiferentismo en otros, que el Gobierno de la república no puede tolerar». Por mala interpretación de la Orden de 22 de mayo de 1869 por la mayor parte de las Direcciones espaciales, se habían cobrado indebidamente a cada pasajero 2 pesetas 50 cts por las fumigaciones recibidas. Para evitar esta exacción y organizar convenientemente el servicio, el Ministro de la Gobernación

fiel a la ley sanitaria ordenaba que no se procediera a la aplicación de fumigaciones en caso alguno, sin que «antes se haya ventilado suficientemente el buque abriendo todas sus escotillas y colocando las mangueras necesarias».

En cuanto a los lazaretos sucios quedaba ordenado el cumplimiento de los siguientes puntos:

1.º Para la debida purificación de las naves que arriben a los lazaretos de la Península e islas adyacentes, sin novedad en la salud de a bordo y en buenas condiciones higiénicas, el Médico segundo recetará dos fumigaciones, una a la entrada del establecimiento y otra a la salida del mismo.

En caso de haber sufrido el buque accidente sanitario sospechoso o no ser satisfactorias sus condiciones higiénicas, dicho empleado repetirá las fumigaciones las veces que crea necesarias, consignándose en las recetas el V.º B.º del Director, si se halla conforme. De lo contrario, el Gobernador decidirá inmediatamente, oyendo a una comisión de la Junta provincial del ramo.

2.º Se empleará para las fumigaciones la fórmula de cloro designada en la farmacopea española vigente.*

3.º A cada 15 tripulantes y pasajeros se les aplicará una fórmula a la entrada y otra a la salida.

Asimismo y por una sola vez cinco fórmulas para cada 100 cueros al pelo y las que correspondan a los demás efectos y al buque, teniendo en cuenta que cada una es suficiente para desinfectar 700 pies cúbicos.

4.º Dentro del recinto de cada lazareto habrá una oficina provista de los ingredientes necesarios para las fumigaciones y surtida de toda clase de medicamentos.

5.º Las fumigaciones se aplicarán por los guardianes de salud, a presencia del Médico segundo y del Farmacéutico.

6.º Constantemente permanecerá en el lazareto de farmacéutico o un regente de la botica.

Para salir de la demarcación cuarentenaria estarán sujetos como los demás empleados a lo prevenido en la regla 10 de la R. O. de 25 de abril de 1867. Los demás deberes y responsabilidad del Farmacéutico serán los que establecen las ordenanzas de farmacia para el ejercicio en general de esta profesión.

7.º El farmacéutico cobrará por su servicio del capitán, patrón o consignatario el precio establecido en la farmacopea de las fórmulas que se hayan empleado en la fumigación del barco, cargamento propio y tri-

(*) Cloruro sódico en polvo	250 gramos
Manganesa	115 »
Acido sulfúrico de 66º	230 »
Agua	200 »

Méxclase en una vasija de vidrio o de barro la sal común, la manganesa y el agua, añádase el ácido sulfúrico, y déjese en el local que se quiera desinfectar.

Las cantidades de la fórmula pueden desinfectar un recinto de 100 metros cúbicos.

pulación del mismo; y de los pasajeros, a excepción de los menores de siete años, 2 pesetas por la fumigación que se les da a la entrada y salida y por la que se aplica a sus equipajes.

El farmacéutico entregará al capitán, patrón o consignatario un recibo de la cantidad percibida por fumigaciones incluso la de las suministradas a los pasajeros, y otro si el buque no fuere español, al cónsul de la nación a que corresponda; el que, como el capitán, patrón o consignatario, podrá reclamar ante el Gobernador de los abusos que se hubieren cometido.

8.º Las recetas, después de percibido su importe y timbradas con el sello del establecimiento, las remitirá el farmacéutico al director del lazareto para que sean unidas a los expedientes de los buques respectivos.

9.º En los casos de *reclamación sobre abuso por exceso de fumigación o adulteración de los ingredientes*, formará V. S. el expediente oportuno en averiguación de los hechos, oyendo a la Junta provincial de Sanidad y remitiéndolo después a este Ministerio.

10.º Los expedientes de las naves se exhibirán a cuantas personas deseen examinarlos.

11.º Los medicamentos que necesiten los buques en cuarentena se facilitarán por el farmacéutico que preste el servicio de fumigaciones, con vista de la receta del Director o Facultativo de la embarcación.

12.º En las cuentas de medicamentos, agregadas a las tarifas de la farmacopea, se seguirá el mismo procedimiento que en las de fumigaciones.

13.º Para el abono de estancias en los lazaretos por alimentos y medicinas suministradas a los individuos o licenciados del Ejército y Armada, la Administración militar continuará entendiéndose con los Directores, quienes cobrarán el importe de los gastos librando y formalizando los documentos que sean necesarios.

En los lazaretos de observación debía aplicarse a los buques solamente media fumigación, con arreglo a su capacidad y condiciones, y otra media a cada 15 tripulantes o pasajeros.

Las fumigaciones *debían ser realizadas por un guardián que debía fijarse a bordo de cada barco y que debería permanecer en él hasta que éste fuera admitido a libre plática*. Este guardián debía percibir del capitán, patrón o consignatario, entregándole recibo, *2ptas. diarias* mientras durara la incomunicación del barco, después de prescrito el régimen sanitario a que estuviera sometido.

Las fumigaciones *debían ser presenciadas por el director y el farmacéutico* y, en su defecto, por el secretario, «pudiendo comunicar desde luego dichos empleados después de sufrir una fumigación» (sic).

El valor de los ingredientes consumidos *debían cobrarse según el precio designado en la farmacopea*.

En cuanto a los farmacéuticos de las direcciones especiales, éstos *debían ser, como los de los lazaretos sucios, nombrados por el secretario general del Ministerio*. En aquellos puertos que no hubiere farmacéutico determinado por la superioridad, *sería obligación del director*

el cumplimiento del servicio. Este debería entregar al capitán, patrón o consignatario, un recibo de la cantidad percibida por fumigaciones y otro, si el buque fuera extranjero, al cónsul de la nación respectiva, concediéndosele el derecho de reclamar que percibían las normas para los lazaretos sucios.

En aquellos casos en que mediara una larga distancia entre una Dirección de Sanidad y la primera botica que se encontrara, dificultándose con ello el servicio, y cuando otras razones de necesidad o conveniencia para los pasajeros y tripulación de los buques lo exigieran, se establecería en la Dirección de Sanidad, o en el punto más próximo, una oficina de farmacia como la señalada para los lazaretos sucios, percibiendo el farmacéutico los mismos derechos que los señalados a los farmacéuticos del lazareto sucio y ateniéndose a las formalidades y deberes prescritos para los mismos, exceptuando la incomunicación.

A los expedientes de los buques debía unirse indispensablemente la copia del recibo que el guardián entregaría al capitán, patrón o consignatario, firmada por aquél, y la receta del director por las fumigaciones dispuestas, quedando ampliadas estas normas con otros extremos prevenidos para los lazaretos sucios, señalado en los apartados 2, 8, 9, 10, 11 y 12 de la Orden de 28 de marzo de 1873.

Cuando se originaran dudas y cuestiones en el desempeño del servicio entre el director, médico segundo y secretario del lazareto, como igualmente entre el director y secretario de un puerto, debía formarse expediente y, previo informe de la Junta provincial de Sanidad y expuesta la opinión del Jefe de Sanidad Provincial, debía llevarse al Ministerio para que se dictaran las medidas generales convenientes o resoluciones oportunas.

Los jefes de los lazaretos sucios y direcciones especiales, por su carácter, quedaban responsabilizados de las faltas que en este servicio y demás del ramo cometieran sus subordinados, en el caso de no corregirlas.

Las faltas en el servicio serían castigadas con la pérdida del destino y con las otras penas a que hubiere lugar con arreglo a Código.

Después de todas estas normas, se establecía la derogación de la R. O. de 23 de mayo de 1868 y de la Orden del Poder Ejecutivo del 22 de mayo de 1869 por las que se venía rigiendo este servicio, todo lo cual estaba orientado a que los Jefes de Sanidad provinciales desplegaran el mayor celo en el cumplimiento de las disposiciones y para cortar immoralidades, procurando a la vez, con la «aplicación estricta de las leyes sanitarias, las mayores garantías para los intereses de la salud pública, que son al fin los intereses del comercio» (15).

En 8 de julio y 7 de septiembre de 1875, con motivo de una consulta realizada por el director del lazareto de San Simón sobre la cantidad que debía abonarse por las fumigaciones aplicadas a los tribunales y a quién debían ser cobradas, el Director General de Sanidad, basándose en la Orden del Gobierno de 28 de marzo de 1873 y la R. O. de 23 de junio de 1875, declaraba que debía abonarse al facultativo 2 ptas. por fórmula de las que aplicara a los tribunales; esto es «cuatro pesetas por las dos fór-

mulas de entrada y salida que a cada 15 tripulantes corresponden», cuyas cantidades debían ser incluidas por el farmacéutico en las cuentas que había de formular para los pagos correspondientes, con cargo al presupuesto del ramo.

En 7 de septiembre de 1875 era comunicado por el mismo Director General a los gobernadores de Pontevedra y Santander y el subgobernador de Menorca que el abono de fumigaciones a los farmacéuticos del lazareto sucio por las fórmulas aplicadas a las clases de tropa, marinería y penados debía hacerse por igual precio y forma que lo prevenido para los tripulantes según se había establecido en 8 de julio de 1875.

En cuanto a las Patentes de Sanidad estaba establecido en el siglo XIX que su formato debía ser uniforme y extendidas sobre los modelos publicados por el Gobierno.

Las patentes eran limpias cuando en el lugar donde eran extendidas no reinara enfermedad importable, y patentes sucias en todos los otros casos, incluidas aquellas patentes extendidas en puertos extranjeros aun cuando éstas fueran patentes limpias, y aquellas que consideradas limpias eran presentadas por buques que hubieran variado sus rutas por incidentes de viajes como así mismo aquellas expedidas por puestos extranjeros que no hubieran sido visadas por el cónsul español, debiendo llevar unas y otras en su dorso el nombre de los pasajeros.

La Patente de Sanidad *era obligatoria para todos los buques* salvo guardacostas, chalupas de Hacienda y barcos de pesca.

NOTAS

1. Según figura y era costumbre en los Edictos, otros títulos del conde de España eran los de «Carlos de Consarans, de Cumminges, y de Foix, Grande de España, de primera clase, Gentil hombre de Cámara de S. M. con ejercicio, Gran Cruz de la Real y distinguida Orden Española de Carlos III, y de las Reales y Militares de San Fernando y San Hermenegildo, de la de San Luis de Francia, y de la de San Fernando de Nápoles, Caballero profeso de la Orden Militar de Santiago, de la de San Juan de Jerusalén, y de la Real y Militar de la Legión de Honor, Condecorado con la Cruz de primera clase de Fidelidad Militar, y otras varias Cruces e Insignias de distinción y mérito concedidas por S. M., Académico de honor de la Real de nobles y bellas Artes de San Luis de la ciudad de Zaragoza, Socio de número de la Real Aragonesa de Amigos del País de la misma, Regidor perpetuo de la ciudad de Palma, capital del Reino e Isla de Mallorca, Teniente General de los Reales Ejércitos, Consejero nato en el Real y Supremo de la Guerra, Comandante General de la Guardia Real de Infantería, Capitán General del Ejército y Principado de Cataluña, y Presidente de su Real Audiencia, Jefe Nato y Juez privativo de la Real Casa de Caridad de Barcelona; Presidente de su Real Junta, de la de obras del Puerto, y de la Junta Superior de Sanidad del Principado, etc.

2. Providencias Generales de Sanidad de 3 de junio de 1817.

3. Normas de 26 de marzo de 1829.

4. En virtud de lo dispuesto por la Junta Suprema de Sanidad del Reino en 10 de agosto de 1829 y 26 de febrero de 1830.

5. En cumplimiento de la Circular de la Junta Suprema de Sanidad del Reino de 24 de abril de 1829.

6. En virtud de las Ordenes de la Junta Suprema de Sanidad de 8 de agosto de 1827, de 18 de marzo de 1828 y de 24 de abril de 1829.

7. JORDI GONZÁLEZ, R.: Algunas medidas adoptadas en el siglo XVIII por el Municipio barcelonés contra la hidrofobia. «Athena» (1978), 85; 4: 18.

8. JORDI GONZÁLEZ, R.: Notas sobre la contaminación ciudadana. Deficiencias

sobre la higiene pública. Barcelona, año 1826. «Butll. Inf. Circ. Ftca.», XI (1979), 115; 36: 46.

9. Se trata en dichas disposiciones del Gobierno Superior de Sanidad, del Consejo de Sanidad, empleados, Directores especiales de Sanidad Marítima, Patentes, visitas a las naves, lazaretos, cuarentenas, expurgos, derechos sanitarios marítimos, cuarentenas interiores, tarifas de lazaretos y puertos de España, etc.

10. De primera clase: Alicante, Barcelona, Cádiz, Cartagena, Málaga, Santander y Valencia.

De segunda clase: Almería, Bilbao, Coruña, Tarragona, Vigo, Gijón, Sanlúcar de Barrameda y Bonanza.

De tercera clase: Las Palmas, Santa Cruz de Tenerife, San Sebastián, Torre-veja, Avilés, Aguilas, Algeciras, Mahón y Palma de Mallorca.

De cuarta clase: Huelva, Denia, Jávea, Santa Pola (Alicante), Adra, Garrucha (Almería); Alcudia, Ibiza, Sóller (Baleares), Arenys de Mar, Masnou, Mataró, Villanueva y Geltrú, Sitges (Barcelona), Puerto de Sta. María, San Fernando, Tarifa, Ceuta, Cádiz, Vinaroz, Benicarló, Burriana, Grao de Castellón (Castellón), Ferrol (Coruña), Palamós, Blanes, Cadaqués, Lloret de Mar, Puerto de la Selva, Rosas, San Feliu de Guixols (Gerona), Almuñécar, Motril, Colahonda, Albuñol (Granada), Deva, Fuenterrabía, Pasajes, Zumaya (Guipúzcoa), Ayamonte, Sanlúcar de Guadiana (Huelva), Rivadeo, Vivero (Lugo), Marbella, Torre del Mar (Málaga), Mazarrón (Murcia), Luarca, Rivadesella, Navia, San Esteban de Pravia (Oviedo), Carril, Marín (Pontevedra), Castro-Urdiales, Santoña, San Vicente de la Barquera, Laredo (Santander), Sevilla (Sevilla), San Carlos de la Rápita, Torredembarra, Tortosa, Vendrell (Tarragona), Gandía, Cullera (Valencia), Bermeo (Vizcaya). En Mahón, San Simón, Tambo y Pedrosa se fijaron los lazaretos sucios.

Lazaretos sucios: En ellos hacían cuarentena los buques de patente sucia de peste levantina, fiebre amarilla y cólera morbo asiático y aquellos que por sus malas condiciones higiénicas merecían la calificación de patente sucia.

Lazaretos de observación: Todos aquellos buques sujetos a señalamiento por el gobierno y los determinados por las leyes marítimas.

11. R.O. de 6 junio 1860, R. O. 30 junio 1860, R.O. 23 marzo 1866, R.O. 24 abril 1867, R.O. 25 abril 1867, R.O. 25 mayo 1867, R.O. 28 mayo 1867, R.O. 7 agosto 1867, R.O. 24 agosto 1867, R.O. 20 septiembre 1867, Circ. 2 julio 1867, Circ. 29 julio 1867, R.O. 24 agosto 1867, Circ. 14 septiembre 1867, R.O. 8 marzo 1872, R.O. 14 mayo 1872, R.O. 24 abril 1874, O. 8 diciembre 1874, R.O. 1 junio 1876, R.O. 1 agosto 1876, O. 4 julio 1873, R.O. 5 agosto 1879, Arts. 23, 24 y 25 de la Ley de Sanidad.

12. R.O. 18 julio 1817, R.O. 19 octubre 1817, Circ. de la Junta Suprema de 19 septiembre 1846, R.O. 2 septiembre 1857, R.O. 30 septiembre 1857, R.O. 27 mayo 1858, R.O. 6 junio 1860, R.O. 7 octubre 1860, R.O. 8 septiembre 1865, R.O. 7 octubre 1865, R.O. 24 abril 1867, R.O. 25 abril 1867, R.O. 28 abril 1867, R.O. 24 agosto 1867, R.O. 29 octubre 1867, R.O. 6 julio 1871, R.O. 8 marzo 1872, R.O. 5 junio 1872, R.O. 4 octubre 1872, R.O. 24 abril 1874, R.O. 31 octubre 1877, Arts. 18, 19 y 36 de la Ley de Sanidad y Art. 968 del Código de Comercio.

13. R.O. 6 junio 1860, R.O. 19 febrero 1864, R.O. 3 junio 1867, R.O. 2 agosto 1867, Circ. de la Dirección de 2 y 12 agosto 1867, R.O. 9 marzo 1872, R.O. 28 marzo 1873, R.O. 23 junio 1875, R.O. 20 febrero 1878 y Arts. 26, 29, 41 y siguientes de la Ley de Sanidad.

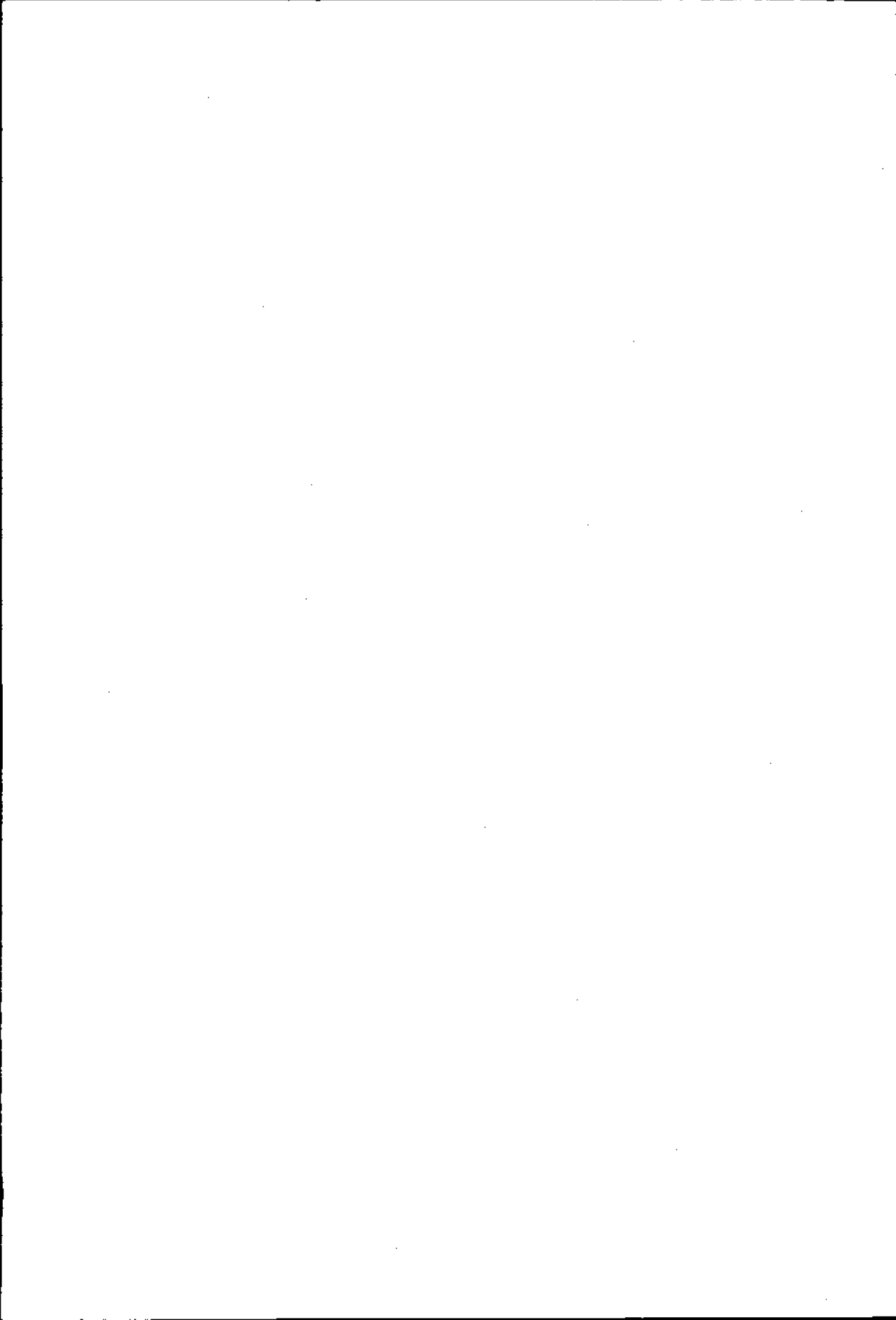
14. ABELLA, F.: Manual Administrativo de Sanidad Terrestre y Marítima (Madrid, 1879); 648-650.

15. ABELLA, F.: Op. cit.; 663-666.

16. ABELLA, F.: Op. cit.; 672 y 673.

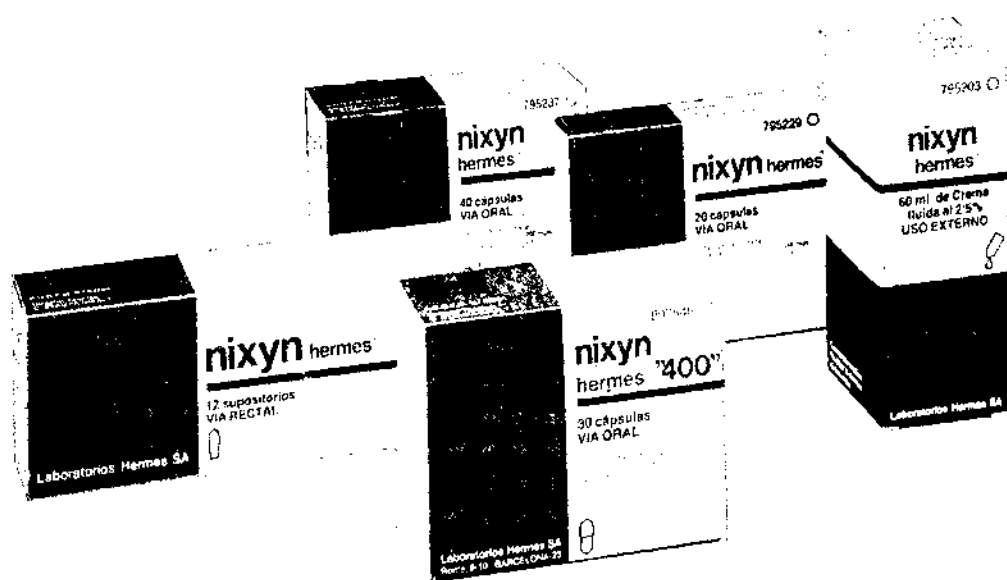
Algunos datos sobre sanidad en la Marina de Guerra pueden verse en: MARTÍN CARRANZA: B—La Sanidad de nuestra Marina de Guerra desde los tiempos más remotos hasta fines del siglo XVIII. Med. Hist. III (1970) LXX.

Sobre el Lazareto de Mahón, véase: Carreras Roca, M. El Lazareto de Mahón de Manuel Rodríguez de Villalpando. —Med. Hist. II. 2.º Ep. (1974), 40; XVI.



nixyn

hermes®



Analgesia efectiva frente a los procesos dolorosos.

COMPOSICIÓN

Isonixina, principio activo de "NIXYN hermes", es la N (2-E)-4-(H)-2-hidroxi-piridina-3-carboxamida.

INDICACIONES

Reumatología: Artritis reumatoide, artritis, espondilartrosis, espondilitis anquilosante, etc.

Traumatología y Medicina deportiva: Mialgias, lumbalgias, neuralgias, traumatismos diversos, epicondilitis, bursitis, tendinitis.

Otorrinolaringología: Otitis media aguda, otitis serosa, amigdalitis, faringitis, amigdalitis aguda, timpanoplastias, amigdalectomías, parotiditis, adenitis submaxilar.

Dentología: Abscesos y flemones dentarios, extracciones.

Angiología y cirugía vascular: Tromboflebitis, trombosis venosa, postoperatorio de la cirugía venosa.

Urología: Expulsión de cálculos renales, etc., cólicos renales, postoperatorio de cálculos renales y uretrales, procesos inflamatorios testiculares (orquitis, epididimitis, torsiones testiculares, etc.).

Infecciones diversas: Como coadyuvante del tratamiento antibiótico.

"NIXYN hermes" crema fluida puede ser utilizado por sí solo o como coadyuvante del tratamiento oral o rectal, siempre que sea necesario una acción local.

POSOLOGÍA

Esta en relación con el cuadro clínico y el criterio médico. Su falta de toxicidad y efectos secundarios facilita al médico la adopción de la dosis a cada paciente.

nixyn "400": 3 a 4 capsulas día
nixyn supositorios: 3 a 4 supositorios día
nixyn (200 mg.): 6 a 8 capsulas día
nixyn crema fluida: 3 a 4 aplicaciones 100-cas día.

CONTRAINDICACIONES

Aunque los estudios realizados no demuestran ninguna anafilaxia en el desarrollo fetal, se recomienda no utilizarlo durante el embarazo.

INCOMPATIBILIDADES

No presenta incompatibilidades con otros fármacos, ni hasta el momento fenómenos alérgicos.

TOXICIDAD

No presenta fenómenos de intoxicación a dosis muy superiores a la dosis diaria y su tolerancia general y local es buena.

CONSERVACION

Conviene mantener el producto en su lugar fresco y seco.

PRESENTACION

Capsulas de 400 mg de isonixina: 10 capsulas en 30 capsulas P.V.P. 918.- plus.
Capsulas de 200 mg de isonixina: 10 capsulas en 20 capsulas P.V.P. 401.- plus. y 40 capsulas P.V.P. 678.- plus.
Supositorios de 400 mg de isonixina y excipiente c.p.p.: 1 supositorio. Caja con 12 supositorios P.V.P. 428.- plus.
Crema fluida con isonixina al 2,5% y salicilato de metilo al 5%: Frasco con 60 ml. P.V.P. 200.- plus.



Laboratorios Hermes SA
 P.I. Miraflores, 4 - Barcelona 2

