revista de la REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

VOLUM 10 - N.º 1 - GENER/ABRIL - 1995

NORMES PER A L'ADMISSIÓ DE TREBALLS

1) Els originals, mecanografiats a doble espai i sense esmenes, s'enviaran a la Redacció de la Revista per triplicat. Hi figuraran els noms i cognoms dels autors, el centre o lloc de treball i l'adreça postal pertinent.

2) Segons el contingut, els treballs admesos es publicaran en alguna de les seccions següents: Articles Originals d'Investigació i Cartes al Director. En la secció d'Articles es publicaran les conferències magistrals o els treballs d'interès científic general. Originals d'Investigació són els treballs concrets notables per llur interès i novetat. Cartes al Director son breus comunicacions científiques o primícies de resultats.

3) Els articles podran tenir una extensió màxima de 16 fulls DIN A-4, mecanografiats a doble espai, inclouran un resum en l'idioma original i la seva traducció a l'anglès. La bibliografia es citarà amb l'ordre següent: autor o autors (cognoms i inicials dels noms); títol del treball; nom de la revista; volum; pàgines inicial i final i any de publicació.

4) Els Originals d'Investigació estaran redactats en català o castellà, tindran una extensió màxima de 16 fulls DIN A-4, a doble espai i comprendran els apartats següents: A) Introducció; B) Material i Mètodes; C) Resultats; D) Discussió i o Conclusions. S'inclourà un resum en l'idioma original i la seva traducció a l'anglès.

5) Figures i Taules. S'admetran les necessàries però llur espai comptarà en el de la totalitat del treball. Els peus de figura s'escriuran apart, amb identificació ben clara.

6) Les paraules «clau» del títol, per a guiatge dels bancs de dades, es seleccionaran i constaran subratllades al final del text.

NORMAS PARA LA ADMISION DE TRABAJOS

1) Los originales, mecanografiados a doble espacio y sin enmiendas, se remitirán a la Redacción de la Revista por triplicado. Deberán figurar los nombres y apellidos de los autores, el centro o lugar de trabajo y la dirección postal pertinente.

2) Según el contenido, los trabajos admitidos se ubicarán en alguna de las siguientes secciones: Artículos, Originales de Investigación y Cartas al Director. En la sección de Artículos se publicarán las conferencias magistrales o los trabajos de interés científico general. Originales de Investigación son los trabajos concretos, notables por su interés y novedad. Cartas al Director son breves comunicaciones científicas o primicias de resultados.

3) Los Artículos podrán tener una extensión máxima de 16 hojas DIN A-4, a doble espacio e incluirán un resumen en el idioma original y su traducción al inglés. La bibliografía se citará con el siguiente orden: autor o autores (apellidos e iniciales de nombres); título del trabajo; nombre de la revista; volumen; páginas inicial y final y año de publicación.

4) Los Originales de Investigación estarán redactados en catalán o castellano, tendrán una extensión máxima de 16 hojas DIN A-4, a doble espacio, y comprenderán los siguientes apartados: A) Introducción; B) Material y Métodos; C) Resultados; D) Discusión y o Conclusiones. Se incluirá un resumen en el idioma original y su traducción al inglés.

5) Figuras y Tablas. Se admitirán las necesarias pero se contará su espacio en el de la totalidad del trabajo. Los pies de figura se escribirán aparte, con identificación bien clara.

6) Las palabras «clave» del título, para guía de los bancos de datos, se seleccionarán y constarán subrayadas al final del texto.

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

VOLUM DESÈ - N.º 1 PRIMER QUATRIMESTRE, 1995

JUNTA DIRECTIVA DE LA REIAL ACADÈMIA:

PRESIDENT:	Josep Laporte i Salas
VICE-PRESIDENT:	Jordi Gras i Riera
SECRETARI GENERAL:	Joaquim Tornos i Solano
VICE-SECRETARI COMPTADOR:	Josep A. Salvà i Miquel
TRESORER:	Josep Sèculi i Brillas
BIBLIOTECARI:	Jacint Corbella i Corbella
VOCALS:	Josep Esteve i Soler
	Jordi Sans i Sabrafen
SECRETARI D'ACTES:	Alfons Gregorich i Servat
ARXIVER:	Josep M. Massons i Esplugas
PRESIDENT D'HONOR:	Belarmino Rodríguez i Arias

CONSELL DE REDACCIÓ DE LA REVISTA:

DIRECTOR:	Francisco García de Valdecasas i Santamaría
SUB-DIRECTOR:	Santiago Vidal i Sivilla
SECRETARI:	Francisco Climent i Montoliu
CONSELLERS:	Moisès Broggi i Vallès
	Josep M.ª Calbet i Camarasa
	Antoni Caralps i Riera
	Manuel Carreras i Roca
	Jacint Corbella i Corbella
	Rafael Esteve de Miguel
	Joan Gibert i Queraltó
	Josep M. Massons i Esplugas
	Domingo Ruano i Gil
	Jordi Sans i Sabrafen
	Joaquim Tornos i Solano

REDACCIÓ: Carme, 47 - 08001 Barcelona

PROPÒSITS EDITORIALS

Fonamentalment, el contingut de la Revista reflectirà les sessions, comunicacions i demés activitats científiques de la Reial Acadèmia. Tanmateix, les seves pàgines estaran obertes als treballs de col·laboració informats favorablement pel consell de redacció.

La publicació de la Revista serà cuatrimestral i el seu contingut es distribuirà en les seccions següents:

1) Articles.- En general es publicaran en aquesta secció les conferències pronunciades per acadèmics numeraris o corresponents o per personalitats sobresortints especialment invitades.

2) Originals d'Investigació.- En aquesta secció s'inclouran treballs originals d'investigació, notables per llur interès i novetat i estructurats com s'indica en les normes d'admissió.

3) Cartes al Director.- Seran comunicacions breus que aportin alguna investigació inicial, primícies de resultats o experiències personals en algun camp concret.

4) Temes d'Actualitat.

5) Notícies Acadèmiques.

6) Relació de publicacions i llibres rebuts.

PROPOSITOS EDITORIALES

Fundamentalmente, el contenido de la Revista será reflejo de las sesiones, comunicaciones y demás actividades científicas de la Real Academia. Sus páginas estarán abiertas también a los trabajos de colaboración favorablemente informados por el consejo de redacción.

La publicación de la Revista será cuatrimestral y su contenido se distribuirá en las siguientes secciones:

1) Artículos.- En general se publicarán en esta sección las conferencias pronunciadas por académicos de número o correspondientes o por personalidades relevantes especialmente invitadas.

2) Originales de Investigación.- Se incluirán en esta sección trabajos originales de investigación, notables por su interés y novedad y estructurados como se indica en las normas de admisión.

3) Cartas al Director.- Serán comunicaciones breves que aporten alguna investigación inicial, primicias de resultados o experiencias personales en algún campo concreto.

4) Temas de Actualidad.

5) Noticias Académicas.

6) Relación de publicaciones y libros recibidos.

MEMORIA DEL AÑO ACADÉMICO 1994

por el Académico Secretario General Dr. Joaquin Tornos Solano

Exmo. Sr. Presidente
Muy Ilustres Académicos
Señores y Señoras

Iniciamos un nuevo año en esta Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya y por ello, voy a leer ante Vdes. la Memoria, en la que se refleja, la actividad desarrollada por la Corporación durante el curso que acaba de finalizar.

Antes de entrar en el relato de las actividades académicas, quiero dedicar un cariñoso y respetuoso recuerdo a los Miembros de esta Corporación, que en el transcurso de este año, nos dejaron para siempre. Son estos los muy Ilustres Dres. Dídac PARELLADA i FELIU, Josep CASANOVAS i CARNICER, Pere PLANAS i CASANOVAS y Josep M.ª VILASECA i SABATER.

El Dr. Dídac PARELLADA i FELIU desarrolló una extraordinaria labor como bibliotecario en esta Entidad, ingresó en esta Academia el día 14 de Diciembre de 1986; su discurso de ingreso versó sobre *"Metges escriptors a Catalunya"* y fue contestado por el Académico Dr. Ramón SARRÓ i BURBANO. Falleció el día 3 de Mayo de 1994.

El Dr. Josep CASANOVAS i CARNICER, ingresó en la Academia el día 5 de Diciembre de 1965 y su discurso de ingreso *"La función visual normal y patológica en relación con el arte de la pintura"* fue contestado por el Académico Conde de ARRUGA. Falleció el día 6 de Mayo de 1994.

El Dr. Pere PLANAS i CASANOVAS, ingresó el día 10 de Noviembre de 1991 y su discurso sobre *"Origen de la nostra rehabilitació neurooclusal"* fue contestado por el Académico Victor CONILL i SERRA. Falleció el día 31 de Julio de 1994.

El Dr. Josep M.ª VILASECA i SABATER ingresó el día 16 de Junio de 1974. Su discurso sobre *"Importancia de la Radiología en el diagnóstico y terapéutica de los tumores primarios del hueso"* fue contestado por el Académico Pedro PIULACHS OLIVA. Falleció el día 21 de Diciembre de 1994.

Descansen en paz estos cuatro Ilustres Académicos, todos ellos grandes profesionales, que tanto habían colaborado en las actividades de nuestra Corporación.

También, durante este año, han fallecido los Académicos correspondientes Dres. Josep Antoni RODRÍGUEZ i SORIANO, el Dr. Josep M.ª MATEU i ARAGONÈS, ambos excelentes ginecólogos y el Dr. Enric MIRABELL i ANDREU prestigioso pediatra a los que dedicamos nuestro afectuoso y emocionado recuerdo.

Al lado de estas desapariciones, muy sentidas, hemos tenido valiosas incorporaciones de destacadas figuras tanto en el escalafón de Académicos numerarios como en el de Académicos correspondientes.

Han sido recibidos, como Académicos numerarios en el curso de 1994 los Dres. Josep ESPRIU i CASTELLÓ, Emili SALA i PATAU y Josep M.ª CARALPS i

RIERA, más adelante referiré las solemnes sesiones de su recepción.

También en el curso actual, tras las votaciones realizadas en la sesión del Pleno extraordinario celebrado el día 14 de Abril de 1994, fueron proclamados Académicos Electos las siguientes personalidades de nuestro mundo médico.

Para la sección primera el Dr. Josep M.ª DOMÈNECH i MATEU, para la Sección segunda el Dr. Lluís REVERT i TORRELLAS, para la Sección cuarta el Dr. Miguel Angel ASENJO i SEBASTIÁN y para la sexta el Dr. Carles BALLUS i PASCUAL y en el Pleno celebrado el día 15 de Diciembre lo fueron, para la Sección primera el Dr. Antonio TEJEDO i MATEU y para la Sección cuarta la Dra. María Angels CALVO i TORRAS.

La Academia se siente muy honrada y enriquecida con la pronta incorporación de estas personalidades a nuestro escalafón de numerarios y espera mucho de su colaboración.

El número de Académicos correspondientes ha experimentado un notable crecimiento con la incorporación al mismo de personalidades médicas o paramédicas algunas de ellas de las comarcas, cumpliéndose así, el deseo manifestado desde que la Academia ha extendido su acción a toda Catalunya. En este sentido, y de acuerdo con la normativa aprobada en el Pleno del día 18 de Enero sobre el ingreso y nombramiento de Académicos correspondientes las secciones propusieron los candidatos que creyeron oportunos y previo estudio de los respectivos curriculums se elevó al Pleno del día 18 de Abril la lista de los propuestos y tras la votación correspondiente fueron adscritos a las respectivas secciones los siguientes:

Ramón SEGURA i CARDONA	Iª
Miquel INGELMO i MORIN	IIª
Adolf POU i SERRADELL	IIª
Joan RODÉS i TEIXIDÓ	IIª
Manuel GARCÍA-VALDECASAS i SALGADO	IIIª
Josep TEMPRANO i ACEDO	IIIª
Carles TORNER i BADUELL	IIIª
Oriol CASASSAS i SIMÓ	IVª
Xavier FORN i DALMAU	Vª
Pau SALVÀ i LACOMBE	Vª
Emili HUGUET i RÀMIA	VIª
Pere VALLRIBERA i PUIG	VIª

Foráneos

Josep ADSERÀ i MARTORELL	Tarragona	VIª
Manuel CAMPS i CLEMENTE	Lleida	VIª
Josep DOMINGO i ROIG	Reus	Iª
Ferran GARCÍA BRAGADO	Girona	IIª
Lluís GUERRERO i SALA	Manresa	VIª
Pere PARDO i PERET	Sabadell	IIª
Pompeu PASCUAL i BUSQUETS	Girona	IIª

ACTIVIDADES DE LA ACADEMIA

Durante todo el curso se han desarrollado, normalmente, las actividades de la Academia. Reseñaré cronológicamente las sesiones públicas ordinarias y extraordinarias, mediante las cuales la Academia proyecta al exterior su actividad pública; también mencionaré otros aspectos de la vida corporativa que son objeto de nuestra atención, especialmente, los problemas del Edificio que nos alberga y el de la casa de Baños Nuevos y los de la Biblioteca.

Sesión inaugural

El día 30 de Enero de 1994 se celebró la sesión pública y solemne de apertura del curso 1994, dicha sesión, fue presidida por el Presidente Dr. Josep LAPORTE i SALAS al que acompañaban el Presidente de la Real Acade-

mia de Farmacia, el Presidente del Colegio de Médicos de Barcelona y el Secretario General de esta Academia.

Abierta la sesión el Secretario leyó la Memoria del curso finalizado, seguidamente, el Presidente concedió la palabra al Académico Dr. Alfonso BALCELLS GORINA para que diera lectura al discurso protocolario de apertura del Nuevo Año Académico. En este discurso, titulado *"Patología Yatrogénica"* el Dr. BALCELLS expuso sus profundos conocimientos sobre este interesante problema, describió, exhaustivamente, los diversos aspectos de esta patología e hizo un llamamiento a la prudencia médica y farmacéutica, poniendo énfasis en la necesidad de no precipitarse en la adopción de nuevos medicamentos y de no prolongar excesivamente la administración de un mismo fármaco así como los inconvenientes de la polifarmacia. El discurso muy profundo se ha publicado íntegramente en la Revista de la Academia.

A continuación se procedió a la apertura de las plicas para otorgar los premios correspondientes al concurso de 1993 y el Sr. Presidente hizo entrega de los mismos a los Sres. galardonados.

Premio Medicina y Sanitat Comarcal concedido al trabajo *"Pere Virgili i el seu temps"* del cual es autor el Dr. Rafael ALBIOL i MONNÉ y un accésit al trabajo *"La Vall de Bohi: Medicina i Societat en els segles XVIII i XIX"* del cual es autor el Dr. Daniel MONTANYÀ i BUCHACA.

Premio a la mejor Tesis doctoral del curso otorgado al trabajo *"La escoliosis idiopática en los primeros tres años de la vida"* cuyo autor es el Dr. Carles ESTEVE de MIQUEL HONOUR.

Premio de los Dres. Salvador Gil Vernet y José M.ª Gil Vernet Vila concedido al trabajo *"Desarrollo de la Uretra anterior y del Tejido eréctil del pene"* del cual es autor el Dr. Antoni ROSALS i BORDAS.

Los premios VISA / TUBAU ***y de*** **Asistencia Colegial** quedaron desiertos.

A continuación el Secretario anunció los Premios para el curso 1994 y seguidamente el Presidente felicitó, al Dr. BALCELLS por su brillante discurso remarcando la necesidad de la vigilancia médica en el uso de los fármacos actuales muy activos y por tanto con eventuales acciones colaterales indeseables. También manifestó el deseo de la Nueva Junta de dedicar un número de la Revista de la Academia al Dr. BROGGI, en reconocimiento a la labor desarrollada durante los doce años de su Presidencia y expuso la intención de continuar trabajando en el logro de los dos grandes objetivos ya iniciados por la anterior Junta, que son ir progresando en la restauración de nuestro local social y la potenciación de las actividades científicas de la Reial Academia.

Anunció que se iba a mejorar la situación ambiental del subterráneo donde se guarda el valioso tesoro bibliográfico de la Academia y a resolver el problema del ascensor.

Por lo que afecta a las actividades de la Academia, propuso la organización de una serie de coloquios dirigidos por un Académico Numerario, sobre temas de interés actual y general en el terreno de la Sanidad, y que el trabajo de tales coloquios fuese editado en volúmenes separados como suplementos de la Revista contando, para ello, con el patrocinio del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya.

Finalmente y tras agradecer a los

asistentes su presencia en el acto inaugural, declaró abierto el curso 1994 de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya en nombre del Muy Honorable President de la Generalitat de Catalunya.

Solemne Sesión de recepción del Académico Electo Dr. Josep ESPRIU i CASTELLÓ.

El día 10 de Abril de 1994 se celebró la solemne sesión de recepción del Dr. Josep ESPRIU i CASTELLÓ. La sesión fue presidida por el Presidente Dr. Josep LAPORTE i SALAS acompañado por el Exmo. Sr. Ministro de Defensa Julian GARCÍA VARGAS y els Honorables Consellers Xavier TRIAS de Sanitat e Ignasi FARRERAS de Treball y el Secretario General Dr. TORNOS.

Abierta la sesión, el Secretario General, procedió a la lectura del Acta del día 15 de Abril de 1993, en la que consta la designación del Dr. Josep ESPRIU i CASTELLÓ como Académico Electo y, seguidamente, el Presidente invita a los Dres. Moisés BROGGI i VALLÉS y Josep SÈCULI i BRILLAS a que abandonen el salón y acompañen al recipiendario en su entrada al anfiteatro, una vez en el mismo, el Presidente le otorgó la palabra para pronunciar su discurso de recepción titulado *"Final de Carrera?"*.

El Recipiendario inició su discurso expresando su gratitud a los Académicos por el honor que le habían otorgado acogiéndolo en la Academia y pasó a exponer la temática de su discurso bajo tres epígrafes "Tres suggeriments per a altres tres utopies", "Fi d'etapa...o de carrera" i "Cooperativisme Sanitari Integral". El Dr. ESPRIU explicó su extraordinaria experiencia como creador de la nueva modalidad asistencial del Cooperativismo Sanitario Integral y acabó su discurso con unas sentidas frases de recuerdo para todos los que le han precedido y con unos versos *"Arrels"* que acaban diciendo que cuando todo se habrá cumplido.

Si un sol Caminant agraeix l'ombra
Només això direu:
era el seu deure

El Dr. Alfonso GREGORICH i SERVAT le contestó en nombre de la Academia, el cual recordó la antigua y fraternal amistad que le unía al Dr. ESPRIU y a los suyos y señaló los incesantes trabajos, el entusiasmo y los sacrificios que el recipiendario ha desarrollado al servicio de la medicina asistencial y al ejercicio profesional de los médicos, culminando todo ello en la creación de una gran obra de asistencia médica privada extendida por toda España y últimamente por otros países a través de la Fundación que lleva su nombre, por todo ello ruega al Sr. Presidente imponga al Dr. José ESPRIU i CASTELLÓ la medalla y le extienda el diploma que le acredite como miembro numerario de esta Real Academia.

El Presidente agradece la presencia de las Autoridades y de los asistentes al acto y tras unas sentidas palabras de elogio al Dr. ESPRIU y a su obra le da la bienvenida a esta Institución.

Solemne sesión de recepción del Académico Electo Dr. Emili SALA i PATAU.

El día 29 de Mayo de 1994 se celebró esta sesión presidida por el Presidente Dr. Josep LAPORTE i SALAS, acompañado del Secretario General D. Joaquín TORNOS y de la Regidora Señora Eulàlia VINTRÓ en representación del Ayuntamiento de Barcelona.

Abierta la sesión, el Secretario General leyó el Acta del día 15 de Abril de 1993 en la que consta la elección del Dr. Emili SALA i PATAU como Académico Electo, seguidamente rogó a los

padrinos del recipiendario Dres. Moisés BROGGI i VALLÉS y Francisco GARCÍA-VALDECASAS i SANTAMARÍA que acompañen al Dr. SALA i PATAU en su entrada en el Anfiteatro Gimbernat y una vez en el mismo, el Presidente le concedió la palabra para que diera lectura a su discurso de ingreso que versó sobre:

"El Tomb de la meva a la cirurgia d'avui" El Dr. SALA dedicó sus primeras palabras para agradecer su elección y a continuación hizo un sentido elogio de la figura de su antecesor en el sillón Dr. Jaume PI i FIGUERAS, recordó a continuación, las personas y maestros que más han impactado su vida familiar y profesional y entró en el desarrollo de la temática de su discurso. En el mismo expuso su notable experiencia hospitalaria y docente en el terreno de la cirugía y acabó remarcando "Vaig començar a fer de metge en el carrer de l'Hospital i avui acabo al carrer cel Carme on recullo el fruit del meu treball envoltat de persones que m'estimen i estimo".

Le contestó el Dr. José M.ª MASSONS i ESPLUGAS quien remarcó la amistad y paralelismo de ambas vidas, interesadas y colaboradoras ambas en las tareas de la enseñanza Universitaria y promoción de la cirugía en la Seguridad Social. A continuación enumeró las distinciones y premios recibidos por el Dr. SALA a lo largo de su dilatada vida, así como su constante colaboración en las tareas de esta Real Academia y con la esperanza de que esta colaboración continúe acabó su discurso pidiendo al Presidente que declarase miembro numerario al Dr. Emili SALA i PATAU otorgándole la medalla que le acredite como miembro numerario de esta Real Academia y así se hizo. El presidente pronunció un breve discurso de bienvenida en el que resaltó las cualidades científicas y humanas del recipiendario al cual felicitó cordialmente.

Solemne Sesión de recepción del Académico Electo Dr. Josep M.ª CARALPS i RIERA

Esta sesión se celebró el día 30 de Octubre de 1994 y fue presidida por el Presidente Dr. Josep LAPORTE i SALAS, acompañado por el Vicepresidente Dr. Jordi GRAS i RIERA y del Secretario General Dr. TORNOS.

Abierta la sesión, el Dr. TORNOS dio lectura al Acta del 28 de Octubre de 1993 en la que consta la elección del Dr. Josep M.ª CARALPS i RIERA como Académico electo, a continuación los Académicos Dres. José M.ª GIL VERNET y Miquel TORNER i SOLER acompañaron al Dr. CARALPS en su entrada al Anfiteatro. El Presidente le dio la palabra para proceder a la lectura de su discurso de recepción que versó sobre *"Recull històric i estat actual del transplantament cardíac"*.

El Dr. CARALPS dedicó sus primeras palabras para agradecer su elección y hacer un emotivo elogio de su predecesor en el sitial que fue precisamente ocupado por su padre el Dr. Antonio CARALPS MASSÓ de quien aprendió las primeras nociones y técnicas quirúrgicas, formación que después completó en Estados Unidos, especialmente en Chicago con el Dr. PIFARRÉ.

En su discurso después de hacer un recuerdo de los pioneros del transplante cardiaco y de las técnicas que han hecho posible su realización, hizo un detallado estudio de toda la problemática que plantean los transplantes cardiacos, desde la selección del receptor y las condiciones que debe reunir el donante, a las técnicas quirúrgicas empleadas etc. demostrando su dilatada experiencia en este campo tan apasionante de la cirugía. Le contestó su her-

mano el Académico Antonio CARALPS i RIERA quien resaltó la brillante formación científica y profesional del recipiendario, enumeró sus numerosos premios y distinciones y después de hacer un brillante resumen del problema de los transplantes en la mitología, la historia y la religión, acabó expresando su esperanza de que en el siglo XXI no sean ya necesarios los transplantes, confiando en que la medicina logre curar las enfermedades que ahora los hacen imprescindibles y terminó rogando al Presidente impusiera la medalla que acredita como miembro numerario de esta Academia al Dr. Josep M.ª CARALPS i RIERA para ocupar la plaza que tan dignamente ocupó el padre de ambos, así se hizo, y el Presidente pronunció unas breves palabras de bienvenida resaltando las cualidades científicas y humanas del recipiendario que no duda continuará prestigiando a nuestra Institución.

Sesión extraordinaria celebrada "In Memoriam" de Académicos fallecidos

Esta sesión tuvo lugar el día 8 de Noviembre dedicada a recordar y honrar a nuestros Académicos fallecidos Dres. Josep ALSINA i BOFILL, Antoni SITGES i CREUS y Ramón SARRO i BURBANO.

La sesión fue precedida de la celebración de la Santa Misa y a continuación se pasó al anfiteatro Gimbernat ocupado por la mayoría de Académicos, familiares y amigos de los ilustres Académicos.

El Presidente abrió la sesión y concedió la palabra a los Académicos que iban a glosar la trayectoria profesional, científica y humana de nuestros Compañeros.

El Dr. Moisés BROGGI i VALLES recordó la vida del Dr. ALSINA i BOFILL; el Dr. ESTEVE de MIGUEL la del Dr. SITGES CREUS y el Dr. Carlos BALLÚS la del Dr. SARRÓ i BURBANO.

El Presidente Dr. LAPORTE agradeció a los Académicos los parlamentos que fueron seguidos por los asistentes con profundo respeto. Pronunció unas sentidas palabras en recuerdo de los fallecidos y agradeció la asistencia a todos los presentes.

Sesión extraordinaria conjunta con la Academia Nacional de Medicina de Méjico

Esta sesión se celebró el 6 de Octubre de 1994 con el espíritu de mantener las buenas relaciones establecidas en Abril de 1992, fecha en la que la Academia Nacional de Méjico celebró los actos conmemorativos de su 130 aniversario a los que asistieron, como invitados, nuestros Académicos Dres. BROGGI, GARCÍA VALDECASAS, CORBELLA y LAPORTE que fueron investidos Académicos correspondientes de aquella Academia.

A esta sesión asistieron tres Ilustres Académicos de la Academia Nacional de Méjico los Dres. Carlos CAMPILLO, Hugo ARÉCHIGA y Pelayo VILAR siendo presidida por el vicepresidente Dr. Jordi GRAS i RIERA ante la imposibilidad de asistir el Presidente Dr. LAPORTE. Abierta la sesión el Presidente en funciones concedió la palabra sucesivamente a los siguientes Académicos que intervinieron en la misma.

El Excmo. Dr. Carlos CAMPILLO Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Méjico disertó sobre *"La Academia Nacional de Medicina, presente pasado y futuro"*.

El Académico Dr. Jacint CORBELLA nos habló sobre *"Un mejicano Presidente de la Real Academia de Medicina de Barcelona: el Dr. Robert"*.

El Académico Mejicano Dr. Hugo ARÉCHIGA disertó sobre *"La Investigación médica en Méjico"*.

El Académico Dr. Josep M.ª MASSONS expuso *"Algunas noticias sobre la creación del Real Colegio de Cirugía de Méjico"*.

El Académico mejicano Dr. Pelayo VILAR nos habló sobre *"El exilio español y la medicina mejicana"*.

Todos los parlamentos fueron muy interesantes y seguidos con gran interés y atención por los Académicos y público que asistió a la sesión.

El Vicepresidente clausuró el acto agradeciendo la presencia de tan Ilustres Personalidades entre nosotros y envió un saludo al resto de Académicos de Méjico expresando el deseo de nuestra Corporación de continuar las estrechas y cordiales relaciones existentes entre ambas Academias. Terminado el acto nos reunimos en una cena de hermandad que resultó muy entrañable.

Sesiones ordinarias

Se han celebrado regularmente las sesiones científicas de los martes en la sala Turró en las que se exponen temas científicos de gran interés. Son las siguientes:

El 22 de Febrero de 1994. El Dr. Antoni CONCELLÓN i MARTÍNEZ presentado por el Académico Numerario Josep SÈCULI i BRILLAS disertó sobre el tema *Salut pública i residu de medicaments veterinaris en els aliments.*

El 1 de Marzo de 1994. El Molt Il.lustre Acadèmic Numerari Dr. Antoni CARALPS i RIERA disertó sobre el tema: *"La història clínica orientada al problema" en l'ensenyança i la pràctica de la medicina. vint anys d'experiència.*

El 5 de Abril de 1994. Se celebró una mesa redonda sobre el tema: *La vellesa com a factor condicionant del tractament* , siendo ponentes Dr. Marc A. BROGGI (médico) Dr. F. ABEL (médico y bioetista) Dr. R. MORAGAS (sociólogo). Actuaron como moderadores y coordinadores los muy Ilustres Dres. A. CARALPS i RIERA y J. M.ª MASSONS.

El 24 de Mayo de 1994. El Académico correspondiente Sr. Néstor LUJÁN FERNÁNDEZ disertó sobre el tema *Possibles seqüeles de la pesta negra en el segle XIV.*

El 7 de Junio de 1994. Se celebró una mesa redonda sobre el tema *aspectes actuals del càncer ORL de cap i coll* que fue desarrollado de la siguiente forma:

Introducción. Dr. S. RIPOL i GIRONA.

Patología molecular y etiopatogenia. Dr. D. MILLÀ i SANTOS.

Diagnóstico de extensión. Dr. S. RIPOL i GIRONA.

Consideraciones quirúrgicas, radioterapéuticas y quimioterápicas a cargo de los Dres. J. TRASERRA i PARAREDA, F. SANCHÍZ i MEDINA y D. MILLÀ i SANTOS.

Conclusiones: consideraciones de futuro. Dr. F. SANCHIZ i MEDINA.

El 20 de Diciembre. El Académico Numerario Antoni CARALPS i RIERA disertó sobre el tema *Campanya sobre factors de risc cardiovasculars.*

Coloquios de la Real Academia de Medicina de Catalunya

Como han podido advertir, el número de sesiones científicas que acabo de referir, se ha reducido en relación con años anteriores, en cambio, hemos celebrado los coloquios monográficos ya anunciados, dirigidos por Académicos Numerarios y cuyas conclusiones, expresan el criterio de la Academia sobre los mismos. **El 14 de Diciembre de 1993** se celebró el primero sobre *"El problema de l'envelliment"* dirigido por el Académico Dr. MASSONS.

Durante el curso actual se han desarrollado tres coloquios:

El 8 de Febrero de 1994. El Dr. Jacint

CORBELLA dirigió el primero que versó sobre *La responsabilitat sanitària*, la temática y los ponentes que intervinieron fueron los siguientes:

Introducción. Jacint CORBELLA. Académico Numerario.

Estat actual de la qüestió en el nostre medi. Dolors BOIX. Companyia d'Assegurances Winterthur.

El punt de vista de l'administració de justícia. Ezequiel MIRANDA de DIOS. Magistrat de l'Audiència Territorial de Barcelona.

El punt de vista de la defensa. Joan CÓRDOBA i RODA. Catedràtic de Dret Penal Universitat de Barcelona.

El punt de vista de l'administració sanitària. Josep L. LAFARGA. Servei Català de la Salut.

El 19 d'Abril de 1994. Se celebró otro coloquio dirigido por el Académico Dr. Francisco GARCÍA VALDECASAS sobre *Perspectiva mèdica i conseqüències socials de la restricció d'estupefaents.*

La temática y los ponentes que la desarrollaron son los siguientes:

Introducció i plantejament del problema. Dr. Francisco GARCÍA VALDECASAS. Acadèmic, numerari.

Acció dels opiacis en la terapèutica del dolor crònic. Toxicitat i risc de l'addicció. Alteracions de les conductes sota els efectes dels opiacis. Dr. Carles BARUTELL i FARINÓS. Cap de la Unitat del dolor (Hospital de la Vall d'Hebron).

Drogues legals i il.legals. Alteracions de la conducta sota els efectes de l'alcohol. Alteracions de la conducta sota els opiacis. Dr. Francesc FREIXA, Cap de la Unitat de Drogodependència (I.C. de la S.).

Conductes socials dels drogoadictes. Causes del comportament delictuós ¿Es respecten els drets humans? M. Teresa SALGADO LLICDA. Sociòloga.

Experiència sota l'addicció per l'ús terapèutic. ¿Està justificada la restricció de la recepta mèdica? Estudi i risc el fenomen de l'addicció. Dr. Moisés BROGGI i VALLÈS. Ex-President de la R.A.M.C.

L'exigència de la normalització de la percepció dels problemes de les drogues i de les seves solucions. Dr. Eusebio MEGÍAS i VALENZUELA. Metge Psiquiatre, sots-director General de Cooperació i Assesorament. Pla Nacional sobre drogues.

El 3 de Mayo de 1994 tuvo lugar otro coloquio dirigido por el Académico Dr. Ciril ROZMAN sobre *L'orientació mèdica: Pla d'estudis orientat als problemes (PEOP)* con la participación de los siguientes ponentes:

Introducció Prof. Ciril ROZMAN Académico Numerario. Catedrático de Medicina, Director de l'Escola d'Hematologia Farreras Valentí, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona.

Característiques principals del PEOP. Prof. Jordi PALÉS, Professor Titular de Fisiologia, Cap d'Estudis de la Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona.

Skill Lab (Laboratori d'Habilitats) del PEOP. Prof. Antoni COCA, Ex-Cap d'Estudis de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona.

Recursos informàtics a l'Educació i Pràctica Mèdica del Segle XXI. Prof. FERRAN SANZ, Professor Titular de Bioestadística. Universitat Autònoma de Barcelona. Cap del Departament d'Informàtica Mèdica i Docència, Institut Municipal d'Investigació Mèdica.

Estudi de viabilitat legal per a la implantació del PEOP. Prof. Abel MARINÉ, Catedràtic de Nutrició i Bromatologia, Facultat de Farmàcia, Universitat de Barcelona, Ex-Director General d'Universitaris.

Estos coloquios van a ser publicados como suplementos de la Revista de la

Academia. Esto ha sido posible, gracias al convenio establecido con la Conselleria de Sanitat. Debo señalar el alto nivel alcanzado en el desarrollo de estos temas, consiguiendo, de esta forma, aumentar la proyección de la Academia hacia el exterior y mejorar su prestigio.

El próximo curso vamos a continuar con estas sesiones. Ya están programadas tres que se celebrarán los días 7 de Febrero, 28 de Marzo y 16 de Mayo y se desarrollarán con arreglo a las directrices acordadas por el Pleno, en el sentido de reducir la exposición de los temas por parte de los ponentes, y estimular en cambio, la mayor participación de los asistentes. Estoy seguro que alcanzarán el alto nivel de los anteriores, contando con la valiosa participación de todos Vdes.

La Sección VI ha organizado el octavo Congreso de Historia de la Medicina Catalana, que se ha celebrado en los locales de esta Academia los días 3 a 5 de Junio de 1994. Fue presidido por el Académico Numerario Dr. José M.ª MASSONS i ESPLUGAS y ya se han publicado dos volúmenes de actas en la revista Gimbernat (Volúmenes 21 y 23) y se ha confiado la organización del noveno Congreso al Dr. Pere VALLRIBIERA i PUIG Académico correspondiente, habiéndose previsto la celebración en Blanes en Junio de 1996.

Acuerdos corporativos

En las Juntas ordinarias y extraordinarias se han tomado diversos acuerdos:

Edificio social.

Continuamos empeñados en proseguir la restauración del edificio. Durante este año se ha solucionado el acondicionamiento del ambiente del subterráneo, donde están los Compactus de la Biblioteca, y está a punto de instalarse el nuevo ascensor. El Presidente expuso al Pleno celebrado el 14 de Octubre, las dos posibilidades de su instalación presentadas por el arquitecto S. Benedito, una, que sólo permitiría llegar a la primera planta, y la otra que faculta acceder a la segunda planta. Esta última solución necesita la reestructuración del vestíbulo y la renovación de todas las instalaciones de servicios: agua, gas, electricidad, etc. El Pleno optó por la solución que permite llegar a la segunda planta.

Acordada esta opción, las obras se empezarán tan pronto tengamos los permisos de obras de los Departamentos de Industria y Cultura de la Generalitat. En el mismo Pleno se informó que el equipo del Sr. Benedito está ultimando el proyecto de restauración global del edificio, estimándose el coste del proyecto en unos 7 millones, cantidad que será cubierta progresivamente a medida que se vayan realizando las diferentes etapas del mismo.

De momento, para realizar todo esto, contamos con la ayuda de 5.923.747 ptas. que nos ha concedido la Generalitat. Esta ayuda fue solicitada por nuestro Presidente, acogiéndose a la resolución de la Presidencia de la Generalitat del 15 de Mayo de 1993.

Contamos, también, con la ayuda de la Fundación "la Caixa" que ha contribuido con dos millones para los gastos del proyecto; y de otra parte, seguimos haciendo gestiones con la Fundación "Getti" para conseguir más ayuda económica. Para ello ha ofrecido su colaboración el Sr. MONREAL Director General de la Fundación "la Caixa".

Respecto al edificio de Baños Nuevos se continúan haciendo las gestiones para la venta del mismo.

En el Pleno celebrado el 18 de Enero de 1994 se aprobó la normativa a seguir para el Nombramiento e Ingreso

de los Académicos Correspondientes y su adscripción a las secciones correspondientes, y en el Pleno del 14 de Octubre se aprobó la normativa para Ingreso de Académicos Numerarios.

En el Pleno del 14 de Abril se acordó crear un carnet de Académico que está a disposición de todos Vdes. en la Secretaría.

Se ha puesto fin al litigio laboral que manteníamos con la Sra. encargada de la limpieza, a la que se ha rescindido el contrato, quedando su plaza amortizada y se ha encargado la limpieza a una Empresa de Servicios.

Relaciones de la Academia con otras Instituciones

Continuamos teniendo buenas relaciones con el resto de Academias de Catalunya y del resto de España.

Han quedado patentes las estrechas relaciones con la Academia Nacional de Medicina de Méjico. Vamos a establecer relaciones con las Academias Sudamericanas de Bolivia, Ecuador, Paraguay y República Dominicana con las que podremos intercambiar nombramientos de Académicos correspondientes extranjeros de acuerdo con lo que nos ha comunicado el Dr. LUCA MORETTI Presidente de la Inter-American Medical Health Association.

La Academia ha sido invitada y ha asistido a los brillantes actos celebrados por el Colegio de Médicos con motivo de su Centenario.

Continuamos teniendo buenas relaciones con la Fundación Getti. Ésta, nos acusó recibo de la Memoria en la que razonábamos las obras que se han llevado a término hasta la fecha.

La Academia representada por el Presidente Dr. LAPORTE y los Académicos Dres. GREGORICH, Dr. MASSONS y Dr. TORNOS, asistió el día 6 de Noviembre a la ceremonia de la inauguración de los jardines situados en la conjunción de la carretera de Sarriá y Avenida de Fleming que a partir de ahora, por acuerdo del Ayuntamiento, se denominarán "Jardines del Dr. PERE CASTELLÓ" y donde se ha erigido un busto en homenaje a este doctor nacido en Guissona en 1771.

El acto fue muy brillante, asistiendo al mismo el regidor del Distrito de San Gervasi-Sarrià Sr. Amat, el Alcalde de Barcelona Excmo. Sr. P. MARAGALL, el Ayuntamiento de Guissona presidido por su Alcalde y el Sr. SANTALARIA, hijo de Guisona, principal promotor de este homenaje. Asistió numeroso público entre familiares, amigos y gran número de vecinos de Guissona.

Al pie del busto las autoridades glosaron en sus parlamentos el significado del acto.

A continuación en el Colegio La Salle el Sr. SANTALARIA y el Dr. MASSONS, miembro de nuestra Academia, explicaron la brillante biografía del Dr. CASTELLÓ. La Coral de Guissona interpretó varias canciones y se celebró una misa a continuación.

La ceremonia se terminó con una comida de hermandad ofrecida por la Comisión organizadora del homenaje y servida en los comedores del Colegio La Salle. El Presidente de la Real Academia Dr. LAPORTE cerró el acto con unas palabras de gratitud a los Ayuntamientos de Guissona y Barcelona que han hecho posible este acto tan justo y merecido en honor de tan Ilustre Médico Catalán, hijo predilecto de Guissona, que entre otras muchas obras unificó los estudios de Medicina y Cirugía en 1827.

También durante este curso hemos colaborado con la Justicia emitiendo los informes que nos han sido solicitados por diversos Juzgados de Instrucción.

Revista de la Reial Acadèmia de Medicina

Durante el presente año la Revista de la Reial Acadèmia ha cumplido la publicación de los tres números correspondientes con la puntualidad que ha sido su norma desde su comienzo.

Como en años anteriores, los trabajos originales publicados han despertado el interés del público médico y ha sabido situarse a la altura de la Corporación que representa.

Igualmente y siguiendo la tradición, la Revista ha resaltado los hechos culturales, y entre ellos, es de destacar el comentario a la otorgación del Premio Nobel de Medicina 1994 que ha recaído en los descubridores de las "Proteínas G", los americanos M. RADBELL y A. GILMAN, pero en cuya importancia y trascendencia fisiológica ha contribuído, de forma decisiva, el español Juan CODINA que ha honrado a esta Revista con importantes colaboraciones y aún con las primicias de algunos de sus descubrimientos.

Igualmente ha destacado la Revista la otorgación de los otros Premios científicos importantes durante el año. El Premio Uriach, el de mayor dotación económica convocado sobre el tema "Transplantes de órganos" fue otorgado al Prof. Joan RODÉS TEIXIDOR, como jefe de la Unidad de Hepatología en la que se ubica el Servicio de "Transplantes hepáticos" por la extraordinaria labor de investigación y brillantes resultados obtenidos por este servicio en el transplante de hígado que le sitúan por su estadística en el primer lugar europeo. Igualmente se destacó el Premio Antonio Esteve otorgado a la Dra. Cristina RODRÍGUEZ ARTALEJO. El Premio Galeno otorgado a la labor investigadora de Laboratorios Uriach dirigida por el Prof. J. FORN, el premio "Severo Ochoa" instituído por Ferrer Internacional merecido por el Dr. Martín ZANCA por su trabajo sobre el receptor del factor de crecimiento nervioso (NGF), el Premio Príncipe Felipe a la excelencia empresarial otorgado a Laboratorios Almirall y por último el premio periodístico Boehringer Ingelheim otorgado a la periodista Melen RUIZ de ELVIRA por sus artículos publicados en la Prensa diaria sobre Biotecnología y Medicina.

Biblioteca

La Biblioteca ha tenido durante el año 1994 un ingreso por donaciones de más de 200 libros, además de numerosas revistas y folletos. Las donaciones más numerosas han estado hechas por los herederos de Joan MIRAVITLLES i SERRADELL, La Sra. Núria SOLDEVILA Vda. del Dr. Ramón SARRÓ que fue Académico numerario y los Dres. Manel RIBAS i MUNDO, Antoni VALLS i CONFORTO, Josep MIRET i MONSÓ, Daniel MONTAÑA i BUCHACA y Ramón SAN MARTÍN CASAMADA. Además han habido múltiples donaciones de publicaciones recientes a cargo de Instituciones o de los propios autores. A todos les agradecemos su colaboración al crecimiento de nuestra Biblioteca.

Se ha continuado la catalogación del fondo del siglo XIX a cargo de técnicos de la Generalitat de Catalunya. Por lo que respecta a las condiciones materiales se ha mejorado el estado de conservación de los libros, pero en cambio continuamos teniendo problemas de espacio de difícil solución.

Todas estas mejoras introducidas en nuestra biblioteca se deben a la eficaz labor de nuestro bibliotecario el Dr. CORBELLA.

Situación Económica

Continuamos con la penuria económica de siempre, si bien, durante este ejercicio, nuestro eficaz tesorero el Dr.

SECULI no ha tenido que sufrir, como en años anteriores, para atender los gastos necesarios e imprescindibles para nuestra subsistencia. Además, hemos podido hacer frente a la instalación de un moderno y adecuado sistema de ventilación en el subterráneo, para asegurar la conservación de los libros de mayor valor allí depositados. Asimismo, se ha iniciado con la ayuda de la Conselleria de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat la publicación de los temas expuestos en los coloquios ya realizados. Se van a iniciar las obras para la instalación del nuevo ascensor.

Todo esto, nos estimula a continuar pidiendo las ayudas necesarias para que podamos ir plasmando en realidades nuestros deseos de fortalecer la Institución, velar por su prestigio y abrirla a la Sociedad que servimos.

Para terminar sólo me resta expresar nuestra gratitud a todas las Entidades y personas que con su ayuda colaboran a que la Academia pueda desarrollar sus actividades. De manera especial he de referirme a la Presidència de la Generalitat y las Conselleries de Sanitat y de Cultura que comprendiendo el deseo que nos anima, nos prestan, generosamente, ayudas que nos permiten ir resolviendo algunos de los urgentes problemas ya reseñados.

Nuestra sincera gratitud, también a la Fundación de la "Caixa" en la persona de su director el Sr. MONREAL, por su valiosa aportación económica y su estimada colaboración en las gestiones que realizamos con la Fundación "Getti". Gracias también al arquitecto Sr. BENEDITO y su equipo por su generosa dedicación a la confección del proyecto de restauración del edificio y a los Laboratorios que nos ayudan, especialmente al Laboratorio URIACH que continúan sufragando los gastos de confección y envío de las convocatorias de todas nuestras sesiones y gracias también a los patrocinadores de los Premios que otorga la Academia.

En fin nuestra gratitud también a todos vosotros, queridos compañeros, por vuestra colaboración tan necesaria para mantener vivo el espíritu de nuestra Institución.

Muchas Gracias.

DISCURS INAUGURAL

EL PRIMER CENTENARI DEL DESCOBRIMENT DELS RAIGS X. HISTÒRIA DE LA RADIOLOGIA DIAGNÒSTICA AL NOSTRE PAÍS. "DIAGNÒSTIC PER LA IMATGE"

Josep M. Vilaseca i Sabater

Excm. Sr. President, Digníssimes autoritats, Il.lustres acadèmics, Sres. i Srs.,

Tots coneixem la trista notícia que el Dr. Josep M.ª VILASECA i SABATER va morir el darrer 21 de desembre.

Des del moment en que, el mes de Maig de l'any passat, se li va encarregar que pronunciés el discurs de torn a la Sessió Pública Inaugural del present curs de la R.A.M. de Catalunya, varem poder veure la il.lusió i l'entrega total que va posar en aquesta tasca. Tots els caps de setmana, un darrera l'altre els dies del mes d'Agost (recordem l'escampada de llibres que tenia sobre la llarga taula del menjador de la seva casa de Calonge), i els restants dies festius, els dedicava a escriure el text d'aquest discurs, que tenia ben acabat molts dies abans de que ens deixés. Havia dit que si, pel que fos, no pogués llegir-lo, li agradaria que fos el que us parla que ho fés. Moltes gràcies, Sr. President de la R.A.M. de Catalunya per haver-ho permès.

Excm. Sr. President, Digníssimes autoritats, Il.lustres acadèmics, Sres. i Srs.,

En primer lloc voldria donar gràcies a Déu per haver-me concedit el privilegi de sobreviure els sorprenents progressos científics i tecnològics conquerits per la Radiologia Diagnòstica, des del descobriment dels Raigs X fins els nostres dies.

Sóc conscient de la dificultat que em suposarà haver de concentrar, en un temps tan curt com el que disposo, l'exposició de tan prodigiosos avenços tecnològics, sobretot després de la incorporació dels nous mètodes de diagnòstic, els quals, mitjançant la utilització de diverses fonts d'energia, han quedat integrats dins el concepte comú del Diagnòstic per la Imatge.

A més a més, Sr. President, com a fidel devot de la Radiologia, he de demanar-li que abans d'entrar de ple en el tema que he escollit per aquest Acte Inaugural del Curs de 1995, em perme-

ti fer un *recull històric dels esdeveniments derivats del descobriment dels Raigs X i la seva posterior introducció en el nostre país*, ja que aquest any 1995 es complirà el Primer Centenari del descobriment d'aquests misteriosos i invisibles raigs; (invisibles sempre i quan no es facin incidir sobre una pantalla o cartulina embadurnada de platícianur de bari).

El descobriment va tenir lloc el ***dia 8 de Novembre de 1895*** de la mà de ***Wilhem Conrad Röntgen, amb motiu de les seves investigacions sobre els raigs catòdics***. Aquest Centenari segurament serà celebrat mundialment com una de les més genials conquestes de la Ciència posades al servei de la Humanitat.

El descobriment dels Raigs X va tenir gran ressonància mundial, fins al punt que un diari de Barcelona del 17 de Gener de 1896 el va definir així: "S'ha descobert un nou fotòfor que travessa les portes i les carns, talment com un raig de sol travessa els vidres de les finestres".

Fou gran la primera impressió que va produir en el món científic, i fins i tot a nivell popular, el descobriment de Röntgen. Segurament, escriu Aguirre, cap esdeveniment comparable d'aquella època va causar tanta expectació, ni fou difós amb tanta rapidesa. Però no tot fou optimisme entorn d'aquest succés, ja que no varen faltar les crítiques i els detractors de Röntgen, quan aquest va exposar les radiografies de la mà del Dr. Rudolf Albert von Kölliker, l'autenticitat de les quals fou posada en dubte. Així doncs, molts varen creure que es tractava d'una curiositat científica que no aniria més enllà de la radiografia de la mà.

Els periodistes i nombroses revistes franceses, angleses i americanes varen satiritzar amb vehemència el descobriment, amb arguments puerils i fins i tot estrafolaris, com per exemple un decret que prohibia l'ús de Raigs X en l'interior dels teatres de Nova Jersey (EEUU) per creure, l'ajuntament, que era possible substituir els reflectors, per tubs de Raigs X que, en il.luminar l'escenari, farien aparèixer els actors com esquelets en una dança macabra de funestes conseqüències sobre la moral del públic.

Piquer i Jover ens informa de les dispars repercussions al nostre país en pro i en contra de la utilitat dels Raigs X com a medi de diagnòstic clínic. En general foren entusiastes i alentadores, sobretot a Catalunya, on Giné i Partagàs va donar la seva visió clarivident, afirmant que "des d'avui, el pràctic podrà penetrar amb la seva mirada, les tenebrositats del cos viu i palpitant, arrencant de les seves entranyes els secrets del seu funcionalisme i de les seves alteracions".

No pot dir-se el mateix de Letamendi i Royo Villanova, que expressaren, en conferències i articles, la seva gran desil.lusió. Letamendi, tot just assabentarse del descobriment, va realitzar un estudi lamentable on presentava la Radiologia com una pràctica d'ocultisme i la definia com "el arte de ejecutar sombras chinescas sin candil". No va preveure la seva aplicació en Medicina i estava convençut que la nova sedicent fotografia es quedaria "en mantillas". D'altra banda, Royo Villanova, Catedràtic de Patologia i Clínica Mèdiques a Saragossa nega, en articles apassionats, que es tracti d'un veritable descobriment i que els Raigs X siguin tan útils com es creu, ja que "no poden abrigar-se esperances d'obtenir retrats del cervell dins del crani, ni dels pul-

mons dins del tòrax, ni de les vísceres abdominals dins de la pelvis. Tals exagerades afirmacions són pròpies d'alguns esperits càndids i excessivament creients". Que sapiguem, diu Piquer, foren les úniques veus discordants del país, i gairebé ningú no va fer-los cas.

Però allò que en un principi foren dubtes i vacil.lacions, va transformar-se en admiració i entusiasme, ja que la veracitat dels experiments de Röntgen fou ratificada arreu del món. A finals de 1906, tots els rumors, crítiques i sàtires s'havien esvait, i el nou mètode va quedar incorporat al bagatge científic com un prometedor medi de diagnòstic clínic.

El principal mèrit de Röntgen fou el d'establir, gràcies a la senzilla experiència de visualitzar a través de la mà, el primer fonament del radiodiagnòstic, veritable i definitiu camp d'acció dels Raigs X.

No obstant això, Röntgen fou sempre sumament escèptic respecte de la importància i l'esdevenidor del seu descobriment, i no creia que de la simple representació de l'esquelet ossi d'una mà, pogués derivar-se'n ni més ni menys que un dels mètodes diagnòstics puntals de la Medicina actual. Tampoc podia imaginar-se que 100 anys després, no sols es mantigués la vigència d'aquest mètode d'exploració, sinó que a partir d'ell es derivessin les enginyoses tècniques que han permès l'estudi del cos humà, fins els més recòndits llocs de la seva anatomia.

Deixant de banda (per sabudes) totes les referències sobre les propietats físiques i químiques dels Raigs X i les circumstàncies que conduiren al seu descobriment, m'interessa especialment remarcar la personalitat de Röntgen, així com la seva reacció davant la importància trascendental d'aquest esdeveniment.

Wilhelm Conrad Röntgen va néixer el 27 de Març de 1845, en un poble de la Renània alemanya. Va estudiar Enginyeria i Física a Utrecht, seguint cursos a l'Escola Politècnica Federal de Zurich i, poc després de llicenciar-se, fou nomenat Docent per la Universitat de Würtzburg, on va portar a terme la seva troballa.

Röntgen va ésser un exemple de noblesa i altruisme en entregar al món el seu descobriment, sense haver reclamat mai cap benefici personal, malgrat el fabulós rendiment econòmic que li hagués reportat la seva industrialització. Tot i les gestions que Levy va fer per aconseguir que els descobriments i perfeccionaments de Röntgen fossin adquirits per la firma A.E.G., aquest va respondre que, d'acord amb la tradició dels professors de les universitats alemanyes, ell era de l'opinió que aquests avenços científics no havien de ser obstaculitzats per patents, llicències o contractes, ni controlats des d'enlloc, acceptant que aquesta actitud no li permetria obtenir cap compensació econòmica. Levy va convenir "que Röntgen era un home de grans aptituds i un savi amb els més grans ideals".

L'altruisme de Röntgen va causar una gran i favorable impressió a tot el món. L'any 1900 li fou concedida la càtedra de Física a la Universitat de Munich, la qual va acceptar, a diferència dels múltiples títols nobiliaris i actes d'homenatge de les acadèmies d'arreu del món, que rebutjava sistemàticament. La seva humilitat li va impedir de fer ostentació de les nombroses distincions rebudes.

L'any 1901 fou guardonat amb el premi Nobel de Física. La cerimònia

del premi va tenir lloc a Estocolm el 10 de Desembre de 1901.

Wilhem Conrad Röntgen morí als 68 anys, el 20 de Febrer de 1923, immers dins una situació econòmica precària. Els seus amics i compatriotes varen tributar-li els més grans honors "a tan gran com modest home".

HISTÒRIA DEL ROENTGENDIAGNÒSTIC AL NOSTRE PAÍS

En segón lloc voldria aprofitar aquesta oportunitat per recordar i enaltir, en aquest acte, la figura del **Dr. Cèsar Comas i Llaberia**, capdavanter de la Radiologia a Catalunya i a tot Espanya, perque fou una peça fonamental en el trencaclosques de la història del radiodiagnòstic al nostre país. Són moltes les motivacions que m'inciten a retre-li un merescut homenatge, tal com anirem veient en el curs de la meva dissertació.

No havien passat ni dos mesos des del brillant descobriment de Röntgen, i essent encara estudiant del darrer curs de Medicina, Comas i Llaberia ja va intuir la gran trascendència d'aquest esdeveniment, que amb el temps es convertiria en un mètode fonamental per a la Medicina diagnòstica.

C. Comas i Llaberia era un estudiant de 21 anys que mostrava una gran afecció per la fotografia, raó per la qual fou nomenat Director del Laboratori de Fotografia de la Facultat de Medicina de Barcelona. Impulsat per un instint investigador va aconseguir el suport del professorat de la Facultat i l'ajut necessari per a dur a terme l'experimentació, fent les comprovacions pertinents per tal de calibrar adequadament les possibilitats que la radiació Röntgen representava com a nou i valuós mètode de diagnòstic en Medicina. Amb poc temps de diferència, altres investigadors de Catalunya i d'arreu d'Espanya, tals com Eduard Fontseré, Pujol i Camps a Barcelona, Chicote a Sant Sebastià, Espina i Capó a Madrid, Fuelles i Carriazo a Sevilla, i un llarg etcètera, varen contribuir decisivament a la introducció d'aquesta nova tècnica d'exploració mèdica al nostre país. Però, sens dubte, el veritable pioner fou el Dr. Comas i Llaberia, frec a frec amb el físic Eduard Fontseré, també barceloní, durant el mes de Febrer de 1896.

El Dr. Comas i Llaberia, en els seus experiments inicials realitzats en aquest àmbit hospitalari de l'antiga Facultat de Medicina de Barcelona, que avui ens acull com a seu de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, disposava d'un tub de Crookes cedit pel gabinet de Física de la Càtedra de l'Institut General Tècnic, i d'un carret d'inducció, instal.lat en el laboratori d'Anàlisi Químiques de la Facultat de Farmàcia.

El primer objetiu d'experimentació fou l'obtenció de la imatge d'uns pesos de llautó, tancats en una capsa de fusta, posada sobre una placa sensible, embolicada amb paper negre.

Malgrat el poc èxit dels primers assaigs no es va donar per vençut i, prosseguint els seus experiments amb un material més adequat i de més alt rendiment proporcionat per algunes firmes comercials, va aconseguir, tan sols dos mesos després del descobriment de Röntgen, nou material radiogràfic corresponent a la imatge de diversos objectes dins d'un estoig de pell, l'esquelet d'un peix, diversos animals de petit tamany i l'avantbraç d'un nen de pocs meses, radiografies que foren publicades pel diari "La Publicitat" de Barcelona.

Aquests treballs realitzats sota els

auspicis del Degà de la Facultat de Medicina, Dr. Joan Giné i Partagàs, varen ser considerats com un motiu per fer una demostració pública dels resultats obtinguts, i amb aquesta intenció va programar-se una sessió pública pel dia 24 de Febrer d'aquell any 1896. Aquesta demostració tingué lloc a l'Amfiteatre de l'Antiga Facultat de Medicina, situada en els locals que avui acullen la Biblioteca de Catalunya. El públic estava format per metges, enginyers, físics i periodistes.

A l'esmentat local, sobre una taula de marbre coberta per un mantell negre, hi havia un tub de Crookes connectat al carret inductor, alimentat per una bateria d'acumuladors. El Dr. Giné i Partagàs va fer de presentador.

Es va obtenir la radiografia d'una placa de zinc, taladrada, en l'emblema de la qual es podia llegir:

"Facultat de Medicina de Barcelona"
24 de Febrer de 1896

La duració de l'exposició fou de 35 minuts. La prova fou un èxit, ja que als pocs minuts, la placa va sortir de les mans del Dr. Comas, clarament impressionada, prèvia manipulació del revelat i fixat.

També foren exhibides altres radiografies obtingudes en experiments anteriors. El 17 d'Octubre de 1896 fou nomenat radiògraf de l'Hospital Clínic de Barcelona, tot i que aquest establiment no disposava d'instal.lacions adequades pel radiodiagnòstic, per la qual cosa el Dr. Comas i el seu col.laborador Dr. Agustí Prió i Llaberia varen crear, pel seu compte, un gabinet privat destinat a l'ús dels Raigs X en la medicina diagnòstica i terapèutica. Fou el primer gabinet instal.lat a Espanya. Va ser inaugurat l'Abril de 1898 i posat a disposició, no solament dels metges en general, sinó també de totes les institucions benèfiques i docents d'Espanya.

L'any 1907 va crear-se el Departament de Radiologia del nou Hospital Clínic de Barcelona, del qual el Dr. Comas fou nomenat Director. El 1913 va obtenir el mateix càrrec al recentment creat Hospital de la Santa Creu i, el 1918, a l'Hospital de Nostra Sra. del Sagrat Cor.

Ràpidament es va estendre la utilització de radiografies per localitzar càlculs urinaris, cossos extranys, i fins i tot radiografies estereoscòpiques per facilitar la seva localització i extracció; radiografies de fetus i principalment, radiografies d'extremitats per traumatismes, que eren les més sol.licitades.

El Dr. Comas i Llaberia fou el.legit membre numerari de la Reial Acadèmia de Medicina i Cirurgia de Barcelona l'any 1918. El 3 de Febrer d'aquell any pronuncià el discurs de recepció, que tingué per títol "De Higiene Röntgen"; la contestació fou a càrrec de l'Excel.lentíssim Dr. Valentí Carulla i Margenat, llavors President d'aquesta Reial Acadèmia.

En la sessió pública inaugural del curs 1931 a la Reial Acadèmia, el discurs va pertocar al Dr. Comas, que va escollir el tema "Bosquejo del desarrollo de la Roentgenología Médica".

Des de 1903, el Dr. A. Prió i Llaberia i el propi Dr. Comas foren víctimes de l'acció nociva de la radiació Röntgen, tal com anava succeint als manipuladors dels aparells de Raigs X, i sobretot als malalts sotmesos a tractaments de Radioteràpia.

Ja feia 2 anys que ambdós havien notat lesions a les mans en forma de pigmentacions, berrugues i fins i tot excoriacions (mas de cuinera), lesions que tot i les rigoroses precaucions pre-

ses d'immediat, varen seguir degenerant fins a convertir-se en veritables carcinomes Roentgen en la mà esquerra del Dr. Comas (1934) que l'obligaren a amputar-li l'avantbraç l'any 1935, i a realitzar un buidatge axil.lar esquerre l'any següent. El 1938 li aparegué un epitelioma al dors de l'índex dret, que també fou tractat quirúrgicament. Pel que fa al Dr. Prió, li fou amputat un dit de la mà dreta i no es va aconseguir el bloqueig de la lesió, que dos anys després (18 de Desembre de 1924) va ocasionar la seva mort per diverses adenopaties axil.lars i metàstasis múltiples.

Malgrat la importància d'aquestes lesions, el Dr. Comas va seguir al front dels càrrecs que regentava als Hospitals de Barcelona (Clínic, Sant Pau i Sagrat Cor) fins que li fou impossible la seva presència personal en les activitats de l'especialitat de Radiologia. Des de llavors, visqué molt aïllat, sense sortir del seu domicili fins a la seva mort, el dia 2 de Maig de 1956.

El Dr. Comas va morir pobre, pobre de solemnitat, visquent finalment d'una modestíssima pensió de la Mutual Mèdica i d'un sou gestionat per l'Associació de Radiologia de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques com a Inspector dels Serveis de Radiologia dels Hospitals Clínic i de Sant Pau.

En el Servei de Raigs X de l'Hospital Clínic vaig arxivar radiografies fetes amb plaques de vidre i amb emulsió sensible a una sola cara, que àdhuc avui dia són motiu d'admiració per la seva indiscutible qualitat.

El nom del Dr. Comas i Llaberia figura a la làpida col.locada en el Saló d'Actes del Centre Antoine Béclaire de París, en la qual es glorifica els primers radiòlegs del món enter que pels seus mèrits hagin destacats en la nostra especialitat, i que sucumbiren víctimes de les radiacions.

Senyor President, m'adono que m'estic passant llargament del temps que en principi tenia destinat a la meva dissertació. Si m'ho permet, tenint en compte que el text serà publicat en la seva totalitat, faré un breu resum dels avenços tècnics i perfeccionaments que han anat apareixent des del descobriment dels Raigs X fins al moment actual. Es interessant de remarcar la importància de dues grans innovacions, fites transcendentals en el desenvolupament tecnològic de la Radiologia Diagnòstica: són *el tub d'ànode giratori i l'intensificador lluminós d'imatge*.

Amb els primers aparells equipats amb el tub de Crookes i el carret d'inducció, per fer una radiografia de la mà es necessitava una exposició de 20 minuts, mentres que gràcies a la rotació dels tubs d'ànode giratori (que pot arribar a 9000 voltes per minut, permetent una potencia de fins a 150 Kv amb 1000 mA), la mateixa radiografia de la mà es pot fer en 0.020 segons.

La incorporació de l'intensificador d'imatges, aparell que augmenta la lluminositat de radioscòpia entre 1 i 50 vegades, permet de fer les exploracions radiològiques en plena llum, no requerint la incòmoda acomodació que ens vèiem obligats a fer els radiòlegs d'abans. La intensificació d'imatges ha permès la incorporació de la televisió, i aquesta ha donat pas als moderns aparells de Raigs X amb telecomanament, guanyant millor visió, comoditat de manipulació, més prestacions i menys dosi de radiació tant pel metge com pel malalt.

La construcció de tubs de raigs X especials amb focus fi, disminució de vol-

tatge i la utilització de pel·lícules radiogràfiques industrials, varen suposar una millora essencial de les imatges mamogràfiques.

El Prof. Gros, Director del Servei Central de Radiologia de la Facultat de Medicina d'Estrasburg, va donar l'impuls definitiu a la mamografia, en haver estat el primer en inventar els tubs de raigs X de molibdè, i haver donat una gran divulgació científica a aquesta tècnica. D'aleshores ençà, s'inicia una altra època entorn de la patologia mamària, segueixen les recerques i es detecta la gran freqüència del càncer de mama; les últimes dades indiquen que als EEUU una de cada 20 dones tindrà càncer de pit algun dia. A Espanya, de cada 100.000 dones 38 el pateixen.

Aquestes dades tan alarmants, junt amb la fiabilitat de la mamografia, han despertat l'interès i la preocupació del públic, creant-se Centres de Recerca destinats al diagnòstic precoç d'aquesta malaltia. Avui es considera la mamografia com el mètode més fiable per la detecció del càncer incipient de mama.

Entrant en un nou capítol de tècniques superespecialitzades o "sofisticades", em plau expressar el meu sincer agraïment per la valuosa ajuda, generosament oferta, d'experts radiòlegs en cadascun dels mètodes que tractarem i que són la base del Diagnòstic per la Imatge. Són els Drs. J. Barceló Matas, J.C. Carreño Pedemonte, A. Domènech Claros, J.M. Rovira Fius, Dra. H. Sanlley Segarra i J. Setoain Quínquer.

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTERITZADA:

(Tomodensitometria, Escanografia i, pel gran públic, "Scanner").

La tomografia convencional o Radiografia Tomogràfica va constituir una tècnica complementària molt important des del seu descobriment l'any 1931 per Vallebona.

La solució per aconseguir un mètode ideal va néixer dels progressos oferts pels ordinadors i la seva capacitat de càlcul en quantitat i rapidesa.

En poc temps aquest mètode va passar d'ésser utilitzat només pel crani, a ser aplicat al diagnòstic de tot el cos.

Degut a la que la tomografia computeritzada presenta una imatge transversal del cos, ha fet possible la captació d'imatges de diversos teixits i òrgans, la resolució de les quals no pot ser efectuada per medi de la radiografia convencional.

D'aquesta forma, els principals òrgans del cos humà, tals com el fetge, els ronyons, les glàndules suprarenals i diversos grups musculars, poden ser indentificades per separat, a l'igual que la matèria gris i la blanca del cervell.

LA RESSONÀNCIA MAGNÈTICA NUCLEAR: (R.M.N.):

La Ressonància Magnètica forma part, juntament amb l'ecografia, de les tècniques emprades en el Diagnòstic per la Imatge, i que no utilitzen radiacions Roentgen.

En els darrers deu anys, el diagnòstic per la imatge s'ha vist potenciat per la incorporació, de les possibilitats que ofereix la ressonància magnètica.

Basada en les propietats magnètiques que presenten certs nuclis atòmics i en especial el nucli d'hidrogen, la R.M.N. és capaç d'assolir diferenciacions tissulars molt superiors a les que es poden obtenir mitjançant els raigs X.

La imatge per ressonància magnètica s'inicia el 1971 amb Raymon Damadian, qui creu que amb ella es podran definir els teixits patològics dels teixits

sans, utilitzant la fase de relaxació protònica.

Però el veritable naixement de l'aplicació de la R.M.N. com a tècnica d'imatge sorgeix gràcies a una genial idea de Paul Lauterbur, qui va publicar el 1973 la primera imatge tomogràfica de dos tubs plens d'aigua en aconseguir una codificació espacial dels nuclis d'hidrogen per mitjà d'una variació lineal del camp magnètic (gradient magnètic).

A partir d'aquest moment l'evolució va precipitar-se gràcies al progrés representant per l'electrònica i la informàtica.

Les primeres imatges humanes foren publicades el 1977 per Hinshaw sobre un canell, i Hankes obtindrà, pel mateix procediment, la primera imatge d'un crani humà dos anys després. Fins el 1980 no s'obtenen imatges del tronc.

Segurament els resultats més sorprenents s'han obtingut en la investigació del cervell. La R.M.N. pot posar en evidència totes les anomalies del cervell que poden veure's amb la tomografia computeritzada. Així mateix, degut a que es pot distinguir molt bé entre substància gris i blanca, pot precisar les lesions de desmielinització, tals com les de l'esclerosi múltiple, sovint diminutes, o displàsiques, a més de determinar altres malalties de tipus metabòlic, infecciós, tumoral, degeneratiu o altres del sistema nerviós central.

Per tant, la major part dels aspectes de la neuropatologia, ara poden ser evidenciats per aquesta nova tècnica d'imatgeria. Zones del cervell difícilment visualitzables amb la T.C. a causa dels "artefactes" produïts pels ossos, apareixen clarament representades per la R.M.N., de manera particular la fossa posterior, la regió occipito-cervical i la medul.la espinal, havent-se beneficiat, per exemple, la siringomielia d'un diagnòstic precís i fins i tot la seva fisiopatologia ha resultat molt més compresa gràcies precisament a les imatges que ofereix la R.M.N. ja sigui convencional o en cinema per contrast de fases (R.M.N. dinàmica).

La imatgeria per resonància magnètica ha demostrat, també, ser útil en el diagnòstic de malalties inflamatòries del pàncreas, així com en la discriminació entre diverses anomalies del fetge, tals com la cirrosi nodular, abscessos i tumors.

La separació entre os cortical i substància medul.lar, juntament amb l'absència dels artefactes de Hounsfield, han afavorit l'expansió de la R.M.N. en el camp del sistema muscular-esquelètic, en especial per la patologia articular, substituint d'entrada l'artrografia en la majoria dels casos, ja que permet una valoració intrínseca i extrínseca de l'articulació. La separació de l'hidrogen-tissular de l'hidrogen-mòbil en el flux sanguini permet la visualització de la sang circulant sense utilitzar substàncies de contrast, la qual cosa ha donat lloc a l'*angiografia* per ressonància magnètica nuclear, d'utilització cada cop més àmplia en l'actualitat.

També la R.M.N. comença a utilitzar-se amb molt bones perspectives en el diagnòstic bioquímic a través de tècniques d'espectroscòpia tissular.

ECOGRAFIA:

No és un fet insòlit que el descobriment d'un mètode d'exploració sigui fruit d'un estudi organitzat per motius ben dispars dels que es pretenia inicialment assolir. Això en definitiva és el que va passar amb l'Ecografia.

Certs animals com els rats-penats uti-

litzen els ultrasons per orientar-se mentre volen, perdent la seva capacitat d'orientació si se'ls taponen les oïdes. L'any 1912, amb el naufragi del "Titànic", alguns científics varen impulsar la utilització dels ultrasons per detectar icebergs a gran distància. Posteriorment, durant la I^a^ Guerra Mundial, varen construir-se generadors d'ultrasons basats en l'efecte piezo-elèctric per detectar submarins.

L'any 1942, el neuròleg austríac Dussik fou el primer en assajar l'ús d'ultrasons com un medi de diagnòstic en medicina, sobretot en la detecció de processos expansius intracranealS. Ludvig i Struthers descriuen un generador intermitent d'ultrasons per localitzar pedres a la vesícula biliar.

L'ecografia és una tècnica que utilitza els ecos procedents dels elements del cos per definir la seva forma i posició. Ha estat utilitzada en la indústria durant molts anys abans que es consideressin les seves possibilitats per la formació d'imatges en medicina.

Un dels seus principals atractius és que, emprada als nivells d'energia que s'utilitzen actualment en la formació d'imatges pel diagnòstic, pot considerar-se en gran part com una tècnica sense riscs.

Els ultrasons són els procediments més utilitzats en obstetrícia. Emprant tota la gamma de tècniques modernes és possible detectar un embaras precoç, vigilar el tamany i posició dels fetus i, utilitzant el temps real, visualitzar el moviment fetal.

Altres aplicacions són la formació d'imatges de vísceres abdominals, fetge, ronyons, pàncreas, així com de l'aparell gènito-urinari. També de l'aparell cardiovascular (ecocardiografia): per exemple, en cardiologia pot estudiar-se el moviment de les parets del cor i de les vàlvules.

La utilització de l'Efecte Doppler pels ultrasons ha fet possible les investigaciones per determinar la direcció i l'anàlisis quantitativa de les pautes de circulació de la sang en vasos perifèrics.

DENSITOMETRIA OSSIA:

Els avenços en el coneixement de la patologia òssia han demostrat, en els últims temps, que l'osteoporosi és un problema sanitari d'extrema rellevància donat el gran nombre de pacients afectats i les importants conseqüències socio-econòmiques derivades de les fractures secundàries a la pèrdua de massa òssia. Tot això ha impulsat el desenvolupament de noves tècniques que permetin el diagnòstic precoç de l'osteoporosi, així com el seguiment d'aquests pacients.

Les tècniques de densitometria òssia han suposat una autèntica revolució en aquest camp, permetent passar d'un concepte radiològic d'os més o menys transparent (amb tots els defectes d'interpretació que comporta pel metge, la qualitat de la radiografia, etc.), a medicions quantificades de la massa òssia. Es a dir, s'ha passat del camp de la pressumpció-impressió a una valoració objectiva.

En l'actualitat, la majoria dels estudis densitomètrics es realitzen a la columna lumbar, ja que els canvis de la massa òssia es produeixen més precoçment i de forma predominant en l'os trabecular. L'exploració es pot completar amb una densitometria femoral si es vol estudiar l'os cortical en el coll del fèmur.

La principal aplicació de la densitometria òssia és el diagnòstic precoç de l'osteopènia i la valoració de la respos-

ta a la terapèutica aplicada. No resulta fàcil d'establir una llista tancada de patologies o situacions en les quals ha d'indicar-se sistemàticament la seva pràctica, però està plenament justificada en aquells casos on els resultats obtinguts poden influir sobre les decisions terapèutiques que es prenguin posteriorment.

Entre aquestes aplicacions cal destacar l'"screening" de pacients que presenten factors de risc com l'hiperparatiroidisme, la síndrome de Cushing, hipertiroidisme, hipogonadisme, menopàusia precoç (quirúrgica o espontània) i tractament crònic amb corticosteroides.

Deixo en el tinter altres tècniques de no menys interès, com la Radiologia Digital, la Medicina Nuclear i l'Angiografia, així com dos temes de gran transcendència i actualitat, com són la protecció contra les radiacions X i l'Ensenyament de la Radiologia Diagnòstica, considerant que aquests temes són de suficient entitat per no ser tractats a la lleuguera o, com diem a l'Empordà, amb un "passa que t'he vist" i "tampis".

Per acabar, permeteu-me, Sr. President, algunes reflexions generals sobre els temes que hem tractat.

REFLEXIONS

1a. És realment difícil donar una idea precisa de les adquisicions periòdiques que s'han anat aconseguint en el camp de la Radiologia. Encara que seria possible assenyalar fins a on s'ha arribat actualment, resulta molt aventurat i fins a cert punt impossible, predir si ens trobem prop o lluny de la fi d'aquesta evolució tan impressionant, d'una especialitat que representa, com dèiem, una de les més grans conquestes de la medicina actual.

2a. El perfeccionament dels aparells ja clàssics i el descobriment d'altres de nova creació és tal, que les tasques mecàniques del radiodiagnòstic han estat considerades secundàries, i en mans dels tècnics radiològics, quedant el radiòleg reservat per la seva autèntica missió, que no és altra que la d'investigar imatges i interpretar-les, i no com succeïa abans, que havia d'afegir a la seva tasca interpretativa les virtuts de l'artesà en la seva lluita per superar les insuficiències d'un instrumental a vegades defectuós, amb possibilitats limitades o de difícil domini en el seu maneig.

3a. No obstant, aquest criteri és acceptable mentre no representi un divorci entre el metge radiòleg i el malalt. Considero indispensable, per a un diagnòstic radiològic efectiu, el contacte directe entre els dos protagonistes principals de l'examen radiològic, en el que el primer pot extreure dades molt valuoses per orientar i dirigir l'exploració en un sentit o un altre o bé per planejar l'utilització d'una nova tècnica que complementi o clarifiqui els resultats obtinguts en l'exploració de base.

4a. Cal començar les exploracions radiològiques seguint una tècnica d'entrada que, en termes generals, comprengui les radiografies convencionals, que en la major part dels casos poden oferir ja, sense més, un diagnòstic precís, a excepció dels casos que de bell antuvi exigeixin una exploració selectivament especialitzada. Així s'evitarien despeses innecessàries que poden comprometre sensiblement l'economia, i àdhuc afectar la moral del pacient, en témer aquest el pitjor, dels resultats de la seva exploració.

Massa sovint veiem el cas de malalts que ja porten un voluminós estoig de

plaques de tomografies computeritzades, de ressonàncies magnètiques, i als quals no se'ls havia practicat la més elemental radiografia convencional, que qualsevol metge ponderat reclamaria en iniciar l'estudi de la seva malaltia.

5ena. Ratifico íntegrament l'opinió del Dr. Cáceres, que en un article publicat a la revista "Todo Hospital" del Juny de 1993, titulat "La vigencia de la Radiología convencional" respon a la pregunta que ell mateix es fa, sobre si s'ha arribat a la fi de la Radiologia convencional, que seria substituïda pels nous mètodes d'exploració "sofisticada".

Cáceres creu que la Radiologia convencional es manté vigent i que ho seguirá essent per molts anys.

Admeto, com ell, que algun dels mètodes d'exploració convencionals han pràcticament desaparegut, essent substituits per exploracions menys arriscades, més fiables i amb una iconografia més vàlida pel diagnòstic; són la colecistografia, la histerosalpingografia, l'encefalografia, etc..., mètodes que han quedat desplaçats per l'ecografia, la T.A.C., la R.M.N. i la Medicina Nuclear. Altres tècniques han vist disminuir sensiblement el nombre de sol.licituds, com les exploracions urològiques, la mielografia i fins i tot algunes digestives.

Amb tot, i coincidint amb la meva experiència i convicció, és molt significatiu l'estudi estadístic que Cáceres fa sobre els percentatges d'exploracions radiològiques a l'Hospital de Sant Pau, del qual es desprèn que d'un total de més de cent mil exploracions fetes l'any 1992, menys d'un 14% correspon a la radiologia sofisticada, i de les restants, més d'un 80% corresponen a la convencional.

El gran nombre de sol.licituds de radiografies toràciques i de l'aparell locomotor, així com l'efectiva campanya a favor del diagnòstic precoç del càncer de mama, compensa amb escreix la baixa de moltes altres modalitats d'exploració.

La simplicitat de les tècniques convencionals i la familiaritat amb què són acceptades pels malalts i interpretades pel metge radiòleg, assegura una "llarga vigència" enfront de les barreres que sens dubte frenaran l'expansió de la radiologia "sofisticada", que jo anomenaria "superespecialitzada" (grans aparells, amb preus, molts d'ells, prohibitius, que exigeixen infraestructures costoses i gelosament controlades, personal responsable superespecialitzat, etc., etc.). Aquesta (la radiologia superespecialitzada), per altra part grava severament la capacitat econòmica del radiòleg, de les institucions hospitalàries o de les entitats de lliure assegurança que se'n faci càrrec, sense oblidar les repercurssions econòmiques i d'ordre moral que sobre el malalt puguin exercir exploracions tan sofisticades com espectaculars.

Respecte a una nova ciencia anomenada "visualització" podriem dir que: "la nostre possibilitat per fer imatges és més gran que la nostra capacitat per comprendre-les, i la nostra habilitat per trobar problemes és més gran que la destresa per resoldre'ls".

I amb això acabo, senyors, demanant-los perdó novament per haver abusat llargament de la seva atenció i benevolença.

Moltes gràcies.

INAUGURACIÓ DEL CURS 1995 DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

El Vice-President, Dr. Jordi Gras i Riera va excusar l'assistència a l'acte del President Prof. Josep Laporte per malaltia. A continuació va tenir unes paraules de simpatia i de condol pels familiars del Dr. Vilaseca i d'una manera especial pel Dr. Adolf Pou i Serradell que gentilment es va oferir per a llegir aquesta lliçó pòstuma. Finalment, el President va declarar inaugurat el curs 1995.

ARTICLES

L'ACTITUD DEL METGE EN LA INFORMACIÓ CLÍNICA. DE PERCEVAL A SÒCRATES

M.A. Broggi Trías

Cirurgià.
Madrazo, 86-88 08021-Barcelona

AGRAÏMENTS:
Conceptes aquí desenvolupats es deuen en part a la rica aportació de persones com Rogeli Armengol, Enrique De La Lama o Montserrat Broggi, a les que estic agraït.

El metge es troba actualment sense saber ben bé com ha d'informar, veient sorprès com gran part de les queixes que rep provenen de problemes de comunicació amb els seus malalts[1]. I, malgrat això, és ben curiós que pocs professionals es preguntin racionalment a què es deu aquest fenomen.

La mirada científica és, abans de res, una mirada interrogativa. De fet, la curiositat i les ganes de saber, són el primer motor de tot coneixement i de tota comprensió. Doncs bé, en clínica si bé és cert que apliquem, i cada dia millor, una mirada interrogativa i científica en l'estudi de les malalties, de les seves causes, del seu diagnòstic, del seu tractament, també ho és que tenim una excessiva tendència a limitar aquesta actitud al sol terreny objectiu de l'entitat nosològica de la que el malalt n'*és portador*. I precisament aquesta reducció és una de les causes de la crisi que patim.

Perquè el primer que hem de fer és acceptar que ens trobem en una certa crisi si és que volem fer-hi front. L'eficàcia en aquest terreny depèn de la lucidesa que mostrem i de la capacitat de reflexió.

Reflexió és precisament un concepte clau. Es tornar la mirada sobre nosaltres mateixos després de reflectir-la en les coses i en els demés. En aquest procés la mirada s'enriqueix, i ens enriqueix, amb una càrrega interrogativa; ens torna carregada de preguntes. ¿Què estem fent, què pretenïem fer, què coneixem i perquè creiem que coneixem, què s'espera de nosaltres?... i moltes més. La reflexió indueix a fer-se preguntes. I després a fer-les. Perquè també hem de dir que s'ha de saber triar reflexivament les preguntes a fer d'entre les que un es fa. Son dos passos que, convenientment separats, no han de faltar mai si volem arribar a un fet imprescindible: a formular la pregunta pertinent.

Tan imprescindible és aquest fet que

el seu descuit tot sovint esdevé destructiu de possibilitats, com ens ho il.lustra un curiós episodi de la recerca del *Grial* en el primer Perceval.

Un jove es prepara en la cort del Rei Artur per a ser cavaller i conquerir l'aventura suprema: el Sant Grial, la copa que va guardar, contenir, la sang de Crist. Vestit de blanc arriba a un castell on se l'està esperant, i on se li entrega l'espasa de cavaller. En una de les seves estances hi troba un vell ferit i malalt, que li ofereix hospitalitat. Allà amb ell hi reconeix la llança de la que sempre mana sang, i el Grial resplendent. Se li deixa entendre que tot allò que cercava pot ser seu. I allà menja i dorm. Però en despertar tot ha desaparegut: castell, vell, llança, Grial... i es troba en un bosc. Davant de la seva perplexitat, se li explicarà que tot va desaparèixer perquè "no va fer la pregunta". Si l'hagués fet s'hauria salvat el vell i hauria aconseguit el tresor. Fins aquí l'enigmàtic capítol de la novel.la de Chrétien de Troyes del segle XI[2], de la que se'n pot treure alguna paràfrasi (atrevida però atractiva) per a nosaltres:

El metge ha estat preparat per l'aventura, per conquerir la causa del dolor, que és la malaltia (la llança), i allò que pot contenir la sang o el dolor, la ciència mèdica (el Grial). I en el castell professional se li donarà l'espasa, signe sempre de poder i d'acció, amb la que, vestit de blanc, podrà actuar.

Però en un moment donat ha de trobar-se amb un malalt de carn i ossos, que és qui té amb ell el què tant cercava, l'entitat nosològica que reconeix amb l'ajuda dels seus coneixements. Només que per aconseguir-ho, per actuar, ha de fer la pregunta que cadascun espera a tot metge: *què li passa, com es troba.* No pot limitar-se a una mirada objectivista, que només vegi l'objecte, la malaltia, l'òrgan malalt. Per prendre l'objecte ha de com-prendre el context. Per curar malalties ha d'acostar-se als malalts. Sense com-passió (sense comprendre la passió, el sofriment, de la malaltia) no podrà curar; i es quedarà sense res. Tan sols, si encara és noble (com és Perceval, com ha de ser el nostre metge) es quedarà amb la perplexitat. Potser d'ella sí en podrà sortir finalment una reflexió, i després una més gran capacitat per formular-se i formular preguntes més ben dirigides.

Esquemàticament això és el que passa sovint. El descontent, el malalt (o la seva família) acostuma a verbalitzar-lo dient que no se l'ha informat prou, malgrat que el clínic, sorprès, creu haver-ho fet suficientment bé. Però el que el malalt vol dir en realitat és que no hi ha hagut prou comunicació, no ha pogut compartir prou el sofriment (la por, l'angoixa) que acompanya l'estar malalt, potser ni s'ha preguntat per ell. Encara que ni el malalt n'és conscient, el que ha passat és que malgrat hi ha hagut alguna informació, no s'ha sabut formular l'esperada pregunta a temps.

Perquè aquesta situació ara és més comú que abans, o el descontent més gran, o més freqüent? La contesta, gens fàcil, passa necessàriament per la constatació de que des de fa molt poc, massa coses massa importants han canviat massa depressa. En molts aspectes, com diu Diego Gracia[3] les coses han canviat més en els darrers 25 anys que no pas en 25 segles.

Es veritat que una sèrie de canvis ja comencen segles enrera: per exemple al segle XVIII la mirada cap al malalt en els hospitals es fa més orgànica, i per tant més científica, però també l'aïlla del seu context, el traspassa al cercar

l'òrgan patològic com a causa del seu mal[4]. I és veritat que aquesta visió biologista, que ha permès un progrés ininterrumput enorme del diagnòstic i de la terapèutica, ja té l'estigma de la presbicia actual, perquè és una mirada parcial que no veu el que és més pròxim i enfoca només el que hi ha més lluny, en la radiografia o en l'estómac malalt.

Però la relació clínica era fins ara tan estable i ben acceptada que en ella tothom (metge, malalt, família) sabia a què atenir-se. La beneficència del metge cap al malalt n'era l'eix, el valor únic que s'aplicava amb un paternalisme estricte i s'acceptava amb una confiança acrítica. El profesional s'hi sentia tranquil, en estar investit i protegit per un paper permanent d'aparent seguretat, sense haver d'explicar el que no creia necessari. Basava la seva seguretat en un *suposat saber*, per dir-ho com Lacan, i en un **poder enorme** no discutit, una veritable impunitat[5].

Es veritat que el parer del malalt concret no comptava, però aquest es submergia en el seu rol de pacient confiat. Es a dir, que la confiança habitual en la virtut del metge i de la medicina actuava de legitimadora d'una situació molt ritualitzada que ajudava a tolerar bé moltes coses. Era un camí ben fressat, en el que tothom hi aprenia a transitar fàcilment sense coneixement conscient, per homeostasi.

Ara en canvi ens hem anat trobant en una situació molt menys simple on hem anat perdent la seguretat i la impunitat, i en la que ens és més difícil orientar-nos-hi. Com comença dient el Dante:

Nel mezzo del cammin de la nostra vita
mi ritrovai per una selva oscura
che la diritta via era smarrita[6]

Cadascun de nosaltres s'hi pot reconèixer, i pensar que, en el nostre cas (sobretot els metges de més de 40 anys), hem vist com al llarg del camí de la nostra vida professional ens anàvem endinsant en una situació de desorientació, en un bosc de problemes nous, o vells però complicats darrerament, en que ens acompanya la remor d'una població no resignada, i en que la *via diritta* de pautes d'actuació ancestrals, es va esborrant. Una situació nova que, al no entendre-la, és més fosca.

Es una situació de causa multifactorial, i els canvis responsables o conseqüents son difícils d'analitzar, i fins i tot d'enumerar. Als anys setantes neix a Estats Units la Bioètica precisament com intent d'ajuda per tal d'analitzar-ho i a saber prendre decisions biomèdiques en aquest context. Perquè a més de l'augment vertiginós de noves possibilitats tècniques, d'una gran parcelació del saber i d'una responsabilitat que sembla excessiva, la complexitat de la selva es deriva en gran part també de l'emergència de nous valors, a més del conegut i ja esmentat de beneficència que fins fa poc havia regnat en solitari en l'"illa deserta" de la relació metge-malalt[7].

L'illa ara ha estat colonitzada, i el valor de l'equitat, per exemple, obliga a organitzar una estructura sanitària amb paràmetres de priorització i d'eficiència, a racionalitzar recursos o a que els gestors acabin limitant algunes decisions clíniques, i això és font de major justícia però també de problemes nous.

Però és sobretot el valor revolucionari de l'autonomia personal el que introdueix més distorsió. Segons ell, cada persona adulta, encara que estigui malalta, pot reclamar un paper més actiu en la relació, no tant *pacient* de les de-

cisions sinó també agent, fins i tot ser l'agent principal. No és més que un mirall de la pluralitat de la societat contemporània, democràtica i oberta, que en alguns països ha arrelat i en la que l'anomenada crisi de valors no es produeix perquè s'hagin esborrat, ja obsolets, els que hi havia, sinó perquè n'hi proliferen de nous, i s'hi confronten i enfronten. La crisi neix del conflicte. Del conflicte i de la incertesa. Perquè, per exemple, en el terreny que estem veient de la relació clínica, no es tracta que aquests canvis provoquin una substitució del model (que ja seria trasbalsador), sinó de la inestable però ineludible convivència d'ambdues tendències, l'una ancestral paternalista i l'altra naixent. I això no tant sols és degut a que cada una d'elles es vegi defensada per un dels protagonistes en la relació, encara que sigui cert que el metge acostuma a defensar una "eficàcia" paternalista i el malvat vol explorar cada cop més una més àmplia autonomia. Es més profund saber veure que totes dues postures responen a dues necessitats bàsiques del propi malalt: la d'augmentar i defensar la seva autonomia al mateix temps que vol que li respectin la necessitat, potser infantil (perquè no?), de submergir-se en la protecció. De la mateixa manera que necessita ser vist (i explorat, i operat) com a objecte però també respectat com a persona global, amb una ambivalència evident[8]. Es bo que aquestes necessitats contradictòries es coneguin, comprenguin i tolerin.

Com veiem, es tracta d'una situació ambigua i complexa, i no creiem que sigui transitòria mentre es passa d'un model a un altre, tal com a vegades es creu. Per poc que ens fixem en la realitat que ens envolta, hi hem de veure una tossuda voluntat de permanència, malgrat pugui variar el grau d'inestabilitat.

El cas és que, en aquesta nova situació, el professional ha d'adquirir un coneixement que ara no té per tal de poder analitzar molt més cada malalt sense judicis previs generals, sense prejudicis, i aquest és un canvi fonamental. Per adaptar-s'hi ha d'aprendre a mirar cada cas com un nou problema, sense caure en la temptació, abans tan corrent i acceptada, d'adoptar un posicionament automàtic i aplicar-lo amb còmoda generalització. Ara, per dir-ho així, cada malalt té una personalitat clínicament no previsible, i no acceptarà tan fàcilment cap rol preparat d'antuvi.

Per tant la nova actitud del professional requereix una més gran curiositat sobre el que és la pedra angular de tota relació clínica (i per tant de tota la medicina i la sanitat): **les necessitats del malalt**. De cada malalt. Sense aquest esforç és fàcil que s'origini un descontent que, a més, pot semblar-li incomprensible. Per exemple, pot semblar paradoxal a qui no faci un esforç analític el fet que coincideixi una situació clínica cada cop més igualitària, equitativa i massificada amb una expressió en canvi cada cop més personal i exigent de les necessitats individuals.

Com conèixer les necessitats de cada malalt? Preguntant-ho potser, com veiem que hauria hagut de fer Perceval. Però el cas és que el malalt, que es troba en una situació nova i difícil, tampoc les coneix encara, les ha de descobrir. I, per fer-ho, necessita una certa ajuda (una *moralització* ens diria Aranguren), però que no pot ser ni una pura informació descriptiva ni una pedagogia paternalista.

Com fer-ho doncs? Hi ha una manera que els clínics coneixem i fem servir habitualment quan volem acostar-nos a

la malaltia, i és l'*anamnesi*. Es un procés en que el que es vol fer és desvetllar el record, a que *"recuerde el alma dormida"*, tant com a reminiscència del que hi ha quedat dipositat, com a descobriment del que hi estava amagat, o bé també del que s'hi està formant en la nova situació. L'important és fer aflorar el que ens pugui ajudar a comprendre el que volem, i el que podem fer. I l'únic camí per arribar-hi és iniciant un diàleg exploratori.

Diàleg que comporta preguntes, evidentment, però que s'han de fer amb una orientació concreta de recerca, i recordant clarament que en el diàleg, en el *diálogos*, es parteix d'una situació en que el coneixement (el *logos*) hi és dispers, en dià-stasis o dià-spora, com ens recorda De La Lama[9].

Per tal d'il.lustrar les característiques essencials del diàleg que proposem, el millor és referir-nos a l'exemple del paradigma socràtic.

Primer de tot hem de recordar que Sòcrates entra en escena en un moment també de crisi en la que la seguretat i estabilitat del coneixement i del comportament havien caigut, com ara, en un clima perillós de relativisme, encarnat en l'actitud sofista que podríem resumir (abusivament) així: *si no hi ha una referència del què fer, ensenyem la forma d'imposar les nostres opinions.*[10]

En aquest clima ell comença de forma valenta dient que **només sap que no sap res**. No és falsa modèstia, com pot semblar superficialment, sinó admetre que no té suficient coneixement per pronunciar-se, i que en aquestes condicions no pot ensenyar res, no pot precipitar-se en proposar res. Potser ho feríem més intel.ligible traduint-ho per un *només sé que no en sé prou*. En el nostre cas, no tinc suficient coneixement sobre les necessitats d'aquest malalt, del què espera de la medicina, de mi, de com incorpora la malaltia, de quines pors té... i ell tampoc ho sap encara potser, donada la seva nova situació de malalt. No en sabem doncs prou, i afegiríem, *encara*. Admet de partida la incertesa.

Després diu: **virtut és coneixement**. Es a dir, no actuarem bé si prèviament no adquirim aquest coneixement suficient; que és possible, si fem l'esforç de cercarlo. En ètica és bo reconèixer que no n'hi ha prou amb unes imprescindibles ganes de fer-ho bé, i que també és necessari un coneixement del què s'espera com a bé. No sabem prou encara, però podem adquirir coneixement si acceptem aquestes dues premisses.

Finalment ens diu que aquest coneixement s'adquireix amb un treball concret: amb un **diàleg maièutic**, que ha d'ajudar a fer parir ("maièutika") un descobriment mutu. No ha d'estar doncs encaminat a posar sinó a treure[11], no a im-posar sinó a ex-treure. En el nostre cas de la informació clínica, fent parir les necessitats de cada malalt, la seva por, les dificultats que té en viure la malaltia, i els límits canviants d'una autonomia reclamada en part, etc. Un diàleg així comporta fer-se preguntes a un mateix i tant sols després fer-les a l'altre, i cada pas aconsellarà el següent.

Tan sols així, sense prejudicis i amb una mirada interrogativa, coneixerem els límits i el ritme que se'ns marca, i, després d'un camí comú, podrem oferir una forma i un contingut *prudent*.

Perquè el primer que hem de tenir present és que la informació és un procés, i no un acte més o menys repetit, i aquesta asseveració es basa en que el malalt necessita anar-la integrant en el seu món fràgil i inestable, i ho fa sem-

pre amb por. El sanitari ha de tenir en compte que la informació és una intromissió en l'equilibri del malalt. Es clar que també ho ha estat la malaltia, i aquesta és una raó suficient; però tan sols recordant que estem fent una acció invasiva, evitarem al màxim la iatrogènia.

A més, la informació no acostuma a ser una finalitat en sí, i sovint no és una necessitat. O, millor dit, el grau d'aquesta necessitat, i la coincidència amb la també viva necessitat de protecció, té variacions individuals i culturals massa importants per permetre protocolitzacions o sistematitzacions *a priori*.

La necessitat de veritat no pot ser generalitzable ni als individus, ni a tots els temes per a un mateix individu, ni a tots els moments[12]. Hi ha barreres contra la veritat, i no creiem que el metge tingui dret a destruir-les massa bruscament.

Fer-ho, seria decidir en nom del malalt quina mena d'autonomia ha de voler o acceptar, amb un nou paternalisme que podria ser més pervers que l'anterior. S'ha d'aprendre a respectar l'infantilisme, a tolerar la irracionalitat i a contenir uns ideals propis que poden no coïncidir amb els de l'altre.

De fet tots sabem que en moltes ocasions la necessitat sentida pot ser, al contrari, la d'evitar la veritat. Boscán ho expressà molt bé en el final d'un sonet:

...
Durmiendo, en fin, fui bienaventurado
y es justo en la mentira ser dichoso
quien siempre en la verdad fue desdichado[13].

No estem però defensant la mentida, i menys com a forma habitual. Creiem que la mentida és una opció dolenta, perillosa i greu, a més de ser sovint evitable. Es dolenta perquè es basa sempre en un abús de confiança, i perquè sovint amaga una necessitat, no tant del malalt, sinó del metge, de preservar la seva afectivitat incontaminada, una por a no saber tractar la turbulència pròpia i del malalt. Es perillosa perquè pot generar, si no és creguda, una desconfiança des d'aleshores indeleble. I és greu, sobretot, perquè és irreversible.

Molt diferent de la mentida, en canvi, és el fet de reservar informació, de ser cautelós en les respostes, dosificant una veritat que després podrà ampliar-se a mesura que sigui més volguda i que hagi anat trobant camins, racons i pactes per a la seva més preparada in-corporació. Aquesta és una situació més *enraonada* (com es diu a casa nostra) i que, fins i tot en el cas de no arribar a una veritat diagnòstica o pronòstica exhaustiva, enraonant es pot reconduir més tard. Es una situació reversible.

Per fer-ho bé el metge ha de saber contenir-se, quedar darrera del malalt, no voler adelantar-lo amb informació no demanada. Es més, ha de saber contenir el que se li aboca sovint amb alguna pregunta angoixosa (i angoixant), sense contestar-ho de cop, deixant-ho metabolitzar per a poder tractar-ho en un altre moment amb menys improvisació. Ha d'evitar-se així la temptació del rebot irreflexiu, sigui una mentida o una veritat evitables.

Convé informar-se abans d'informar, adquirir un coneixement real (no una simple opinió) del que demana cada malalt, la majoria de vegades tàcitament.

Es a dir, tal com hem vist, convé adoptar una actitud maièutica en lloc de pedagògica, socràtica en lloc de sofista, emprant tots aquests conceptes

com ens ensenyà tant lúcidament a fer-ho Rogeli Armengol* [1].

En definitiva, es tracta d'adquirir una mirada interrogativa del que a través d'aquesta anamnesi se'ns acabarà mostrant, se'ns acabarà des-cobrint, des-velant; sobre la malaltia, però també (i això és el que ens interessa aquí) sobre la forma en que el malalt organitza la convivència amb ella, com va incorporant-la i amb quines característiques, amb quina simbolització... La professió que hem professat comporta aquesta servitut, i sense ella el malalt sempre hi trobarà una mancança fatal. Aquest és un repte del clínic actual que es podria resumir dient que, si vol fer la seva feina més gratificant i més científica (entenent aquí una aproximació més intel.ligible al món que ha de treballar), ha de copsar i submergir-se en una nova complexitat de la relació clínica, sense voler simplificar-la ni eludir-la. Una complexitat real que, li agradi o no, és més gran que fa un temps i tot fa pensar que augmentarà.

I d'alternativa no n'hi ha. Al menys racional. Es clar que ja el Dante avisa que en voler sortir de la crisi, de la *selva oscura*, tres feres (que poden simbolitzar la irracionalitat, no només el pecat) l'estan esperant. En el cas dels professionals de la sanitat aquestes temptacions són probablement més de tres. Segur que una podria ser la negació de la realitat, ja sigui en forma de crispació o d'abúlia (dues cares de la mateixa moneda). Una altra, la de creure que la causa dels mals que han portat a la crisi està fora: en la mala educació sanitària de la gent, en la burocratització del sistema i contaminació dels gestors, en la influència interessada dels advocats, en la distorsió de la premsa, en els abusos d'alguns companys...

Però la més perillosa temptació, també fruit de la incompresió, és la de la medicina defensiva. Aquesta actitud, que tant sembla estendre's entre nosaltres, té la il.lusió de retrobar la seguretat i la impunitat perdudes en el refugi en una ciència freda, pensant que així el metge s'hi mantindrà digne al menys com a científic seriós, esdevingut per alguns "un bon professional". Des d'aquest refugi els problemes subjectius no l'afectarien perquè el malalt, ja que ara vol esdevenir adult, els ha de portar, de suportar, i de treballar tot sol. La informació deixa de ser vista com una ajuda al malalt, i per tant perd aquesta referència, i passa a ser un fetitxe amb vida pròpia. El que realment fa amb això és distanciar-se de les necessitats del malalt, i, com en tota postura defensiva, anteposa les seves pròpies. En el fons, però, continua imposant ell a cada malalt "el model" de relació que ha decidit adoptar; és a dir que, com dèiem més amunt, també és una forma de paternalisme encara que es disfressi amb la pell de be de l'autonomia (del malalt ideal). I aquesta vegada és fins i tot tirànic perquè ho fa amb menys benevolència que abans, d'aquí que sigui més pervers. I no sent culpa perquè no seria ell qui fa mal al malalt amb la informació excessiva o brutal: és La Veritat (amb majúscula) que s'imposa per ella mateixa, pel seu propi pes, malgrat el dolor o la incapacitat per rebre-la,

* Recomano per aprofundir aquests conceptes bàsics i en un context similar al que aquí tractem l'obra de Rogeli Armengol[1].

amb la ciència i l'autonomia per excuses. Podríem recordar aquí l'alliçonador silenci de Jesús quan Pilat[14] li pregunta temerós: *i què és la veritat'* La por, l'angoixa i el dolor també formen part de la veritat, de la realitat, i sovint de forma més vívida que el propi carcinoma d'estómac (que a més no sabem del cert si s'ha extirpat totalment o no). S'ha de recordar per exemple que pot ser més peremptori tractar la por "a la veritat" que l'entitat biològica que l'ha originat. Són coses que haurien de resultar òbvies, però en les que convé insistir i que haurien de formar part (amb una certa urgència) dels programes docents.

Potser tot plegat s'ha de formular èticament també així: en clínica, el valor *prima facie** [15], i que limita la beneficència, no és tant l'autonomia com **el respecte** que cadascú espera a les seves necessitats (dins del que s'hi ha d'incloure, evidentment, el respecte a l'autonomia). La insistència excessiva en l'autonomia en abstracte com a valor és un mimetisme discutible d'altres cultures de la salut, però també pot ser una mala lectura de l'informe Belmont (que hem de recordar que es refereix a la recerca, una situació diferent) malgrat que ja insisteix en l'expressió del "respecte a les persones".

Sense aquest respecte[6], i la curiositat i prudència que forçosament engendra, la medicina defensiva es tanca en un solipsisme, en el que la informació pot no ser més que una expulsió no controlada. Fins i tot aquesta pràctica d'obsessió per la defensa pot acabar edificant una imponent muralla col.lectiva de codis de bones pràctiques, protocols o lleis previsores, de manera que acaba fent-lo sorgir (a vegades l'actitud incomprensible defensiva acaba generant agressivitat). Perquè el malalt ho viu amb rancor com una dimissió greu de la professionalitat, i ho pot explicar-s'ho amb diferents causes: desídia, pressa, por, inseguretat, incapacitat, i fins i tot a una certa crueltat. Pel malalt el professional no tan sols ha de ser competència sinó també dedicació, no tan sols aptitud sinó també actitud[16], i s'estima més que aquesta sigui més semblant a la del vell Sòcrates que no pas a la del jove Perceval.

Qualsevol refugi és il.lusori. L'única forma sana és entendre que les **necessitats del malalt son les úniques que legitimen les nostres actuacions**. Fins i tot ens convé diferenciar aquestes necessitats dels simples drets dels usuaris, i és un *lapsus* actual molt simptomàtic confondre'ls, perquè poden estar en algun moment en contradicció, sobretot en la nostra societat que tot ho tenyeix de mercantilisme (pensem que es confon massa sovint el dret *a la protecció de la salut* amb un "dret a la salut" *tout court*!). I l'eufemisme de client que ara se'ns proposa és encara més patètic.

El professional, si vol adquirir més comprensió de la pràctica clínica, ha de portar la seva curiositat intel.lectual al context personal del malalt que té davant, implicant-s'hi. Pot semblar difícil, dit així, però és qüestió de comprendre que la situació és inevitable i que respòn a unes necessitats, i que, per tant, és ja imprescindible l'adaptació amb una actitud oberta. Virtut i co-

* Un valor *prima facie* en la terminologia de David Ross és aquell "autoevident" i que s'imposa a no ser que col.lisioni amb un de similar[15].

neixement es potencieran aleshores per facilitar el camí dins del bosc de problemes.

Aquesta és l'única guia per transitar per la *selva oscura*!. Perquè ja hem dit que no es tracta de voler construir-nos-hi un refugi. Però (també ho hem d'admetre al final) tampoc es tracta de voler sortir-ne. No es pot tornar enrera, ressuscitant una situació anterior, ni sortir endavant inventant-ne una de nova, estable i aclarida. No estem on som perquè ens haguem perdut, sinó que ens creiem perduts quan no entenem on som. Es tracta d'acceptar-ho, de reconèixer-ho, i transitar-hi junts (sanitaris, gestors i població) dialogant amb una actitud interrogativa perpètua; per un camí que ha de ser discutit i corregit (falsat diria Popper) en cada moment, en cada topant, en cada problema, en cada llei, en cada centre... amb cada malalt.

Aquesta és la nova actitud, més insegura però més realista, més modesta però més sabia, més respectuosa en definitiva, que se'ns demana als professionals de demà.

BIBLIOGRAFIA

1. Expte. del Defensor del Pueblo. AII-SC/10.898/84-483 del 3 de febrer de 1986. Pág. 3.
2. Chrétien de Troyes. El Cuento del Grial. Traducció de Martí de Riquer. Ed. Siruela. Madrid, 1989. Versos 2496-3425, pàgs. 59-71.
3. Gracia Guillén, D. Bases de la Bioética. En *Medicina interna*, de Farreras, Rozman i cols. Ed. Doyma. Barcelona, 1992.
4. Morlans, M. Sobre la naturaleza del conocimiento científico en clínica. *Cuadern Caps.* 18: 1983.
5. Gracia, D. El poder médico. En Ciencia y Poder, de Asociación interdisciplinar José de Acosta. Editor A. Dou. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas. Madrid, 1987. Págs. 144 y 145.
6. Dante. La Divina Comèdia. Trad. de JM. de Sagarra. Ed. Alpha. Barcelona, 1950. t. I. Pág. 9.
7. Lain Entralgo, P. La relación médico-enfermo. Historia y teoría. Revista de Occidente. Madrid, 1964. Págs. 20 y 21.
8. Armengol, R. La relación médico-enfermo. Factores inconscientes. *Cuadern Caps.* 19: 31; 1993.
9. De La Lama, E. Familiaridad: una crítica psicodinámica del pensamiento instituido. En *En defensa de la tolerancia*, de R. Armengol, V. Camps i Cols. Compilador. E. De La Lama. Ed. Euge. Barcelona, 1994. Pág. 152.

10. Severino, E. La filosofía antigua. Ed. Ariel. Barcelona, 1986. Pág. 71.
11. Armengol Millans, R. El pensamiento de Sócrates i el psicoanálisis de Freud. Ed. Paidós. Barcelona, 1994. Pág. 191.
12. Broggi, MA. La relación médico-enfermo. Fundamentos y cambios. *Cuadern Caps.* 19: 27; 1993.
13. Poesía lírica del Siglo de Oro. Edición de E.L. Rivers. Cátedra. 12.ª ed. Madrid, 1991. Pág. 30.
14. Nou testament. Joan 18:31. Ed. Casal i Vall. 1961.
15. Gracia, D. Fundamentos de Bioética. Ed. Eudema. Madrid, 1989. Pág. 456.
16. Gracia, D. La formación en Bioética. *Cuadern Caps.* 19: 50; 1993.

ORIGINALS

IDEACIÓ SUÏCIDA EN ELS ADOLESCENTS DE 13 A 15 ANYS A BARCELONA

Edelmira Domènech, Joan Aliaga, M. Jesús Comellas, Mercè Mitjavila, Jordi Obiols, M. Eugènia Gras.

Universitat Autònoma de Barcelona: Departament de Psicologia de la Salut.

A. INTRODUCCIÓ

S'entén per ideació suïcida el desig de mort i el pensament de voler matar-se. La ideació suïcida forma part de la conducta suïcida: n'és la primera etapa. Hi ha acord entre la majoria d'autors (Pfeffer et al., 1979; Brent et al., 1988, Kashani et al., 1989, etc.) en considerar el suïcidi, no com un fet puntual ans com un continuum el llarg del qual l'individu avança, passant per la ideació, les amenaces, la planificació del suïcidi, els intents de matar-se i finalment la consumació de l'acte.

No és frequent que s'arribi a l'última etapa del continuum abans dels catorze o quinze anys, i menys abans de la pubertat. Per aquest motiu els suïcidis consumats segueixen essent poc freqüents a la infància i primera adolescència tot i l'increment de les conductes suïcides infanto-juvenils dels darrers anys. Aquest augment ha afectat especialment a la població entre els quinze i els vint-i-quatre anys (Poland, 1989). El que ha augmentat més a aquesta edat, són els intents d'autòlisi.

Però abans del quinze anys ja trobem les primeres fases del continuum suïcida. La conducta de suïcidi consumat d'un jove, d'un adult o d'un vell pot tenir les seves arrels en unes idees patològiques sobre la mort i en una ideació suïcida quan era infant. El començament del camí que porta a l'autoaniquilament es troba ja en molts infants i adolescents primerencs i consisteix en un conjunt d'idees i comportaments que, de dur-se a terme, poden produir la mort o lesions greus a més curt o llarg termini.

En aquest treball ens proposem dos objectius principals. El primer és donar a conèixer la prevalença de la ideació suïcida entre els adolescents de 13 a 15 anys de la població normal escolaritzada de la ciutat de Barcelona, perquè pensem que la seva freqüència és molt més elevada del que molts s'imaginen. El segon és demostrar que aquesta ideació, en molts cassos persisteix, i que l'individu que la pateix va progressant dintre del continuum suïcida. Ademés també pretenem confirmar la relació entre la ideació suïcida i la depressió i estudiar algunes variables associades a les idees de suïcidi en els adolescents.

Taula 1. PREVALENÇA GLOBAL D'IDEACIÓ SUÏCIDA EN ADOLESCENTS DE BARCELONA

	Mostra total	Nens	Nenes
No penso en matar-me	78.2%±2.08	80.6%±2.99	76.0%±2.94
Penso en matar-me però no ho faria	21.1%±2.05	18.4%±2.93	23.8%±2.93
Vull matar-me	0.7%±0.42	1.0%±0.75	0.2%±0.3

2.*Prevalença de la ideació suïcida segons la ubicació del centre escolar dintre la ciutat*

La taula 2 permet veure com la prevalença de la ideació suïcida en els adolescents varia bastant segons el Districte Municipal on estan ubicats els centres escolars.

Les prevalences segons els barris van des d'un màxim de 32.7% a Nou Barris fins a un mínim de 11.7% a les Corts. La segona prevalença correspon al barri de Gràcia amb un 27.1% i la tercera a Sants-Montjuïc amb un 24.4%. Després trobem un grup de barris que oscil.len entre un 19.7% i un 21.7% (Eixample, Sant Martí, Sant Andreu i Ciutat Vella). La prevalença baixa per sota de 20 a Sarrià-Sant Gervasi amb un 18.5% i Horta-Guinardó amb un 18.4%. Aquestes diferències trobades a les prevalences per barris son molt significatives ($X(9) = 19.95$; $p = 0.0182$).

3. *Prevalença de la ideació suïcida segons la puntuació de simptomatologia depressiva en el CDI*

El grup d'adolescents que puntua 17

Taula 2. DIFERÈNCIES DE LA PREVALENÇA D'IDEACIÓ SUÏCIDA EN POBLACIÓ ADOLESCENT A LA CIUTAT DE BARCELONA, ANALITZADA PER DISTRICTES

	NO IDEACIÓ NI INTENCIÓ	IDEACIÓ O INTENCIÓ
NOU BARRIS	67.3%	32.7%
GRÀCIA	72.9%	27.1%
SANTS-MON.	75.6%	24.4%
EIXAMPLE	78.3%	21.7%
ST. MARTÍ	78.6%	21.4%
ST. ANDREU	79.5%	20.5%
C. VELLA	80.3%	19.7%
SARRIÀ-ST. G.	81.5%	18.5%
HORTA-G.	81.6%	18.4%
LES CORTS	88.3%	11.7%

o més en el CDI, i que es considera per tant que presenta, simptomatologia depressiva, té una prevalença molt alta d'ideació suïcida (55.5%) i d'intencionalitat suïcida. Un 1.9% d'aquests subjectes va contestar que es volia matar a l'ítem 9 del CDI. Respecte al grup d'alumnes que no presentaven simptomatologia depressiva (CDI inferior a 17), només un 11.5% manifestava ideació suïcida, i cap va declarar tenir la intenció de matar-se.

Per altra banda, en un altre estudi els resultats foren semblants (Domènech et al., 1995), al comprovar les diferències de la puntuació mitjana del CDI en funció del resultat a l'ítem d'ideació suïcida. La mitjana fou de 10.7 pels subjectes sense ideació i de 16.88 pels altres (p:<0.0005). Aquestes mitjanes s'obtingueren després d'haver eliminat en el càlcul l'ítem 9 d'ideació suïcida, per no incrementar encara més les diferències en depressió.

4. *Persistència d'ideació suïcida*

Dels 320 adolescents que presentaven ideació suïcida a vuitè d'EGB se'n van poder entrevistar 125 (39.06%) quan havia passat un any i mig.

La mortalitat experimental d'aquest grup fou elevada. Suposem que, dintre dels que no es van poder entrevistar, hi havien molts dels adolescents problemàtics, però, de tota manera, entre els entrevistats hem trobat una elevada persistència de la ideació suïcida.

Entre els 125 als que se'ls aplicà la DICA, i referent als quinze dies anteriors a l'entrevista, apareix una ideació mòrbida i suïcida molt elevada. 31 subjectes (24.8%) pensen molt en la mort i en el fet de morir-se. 23 (18.4%) desitjen estar ja morts, 14 (11.3%) han pensat en matar-se i 9 (7.2%) ha planejat la manera de fer-ho (taula 3).

11 subjectes de la submostra estudiada a la tercera fase (N = 400) havien planejat com matar-se, nou dels quals són del grup que tenia ideació suïcida un any abans i que han estat entrevistats entre els 125.

Quan es pregunta, a partir de la DICA, sobre la ideació suïcida al llarg de la seva vida, dels 125 subjectes entrevistats, trobem que 22 (17.6%) havien planificat la consumació del suïcidi i 12 (9.6%) havien fet algún intent.

5. *Formes de planificació de suïcidi dels adolescents de 13 a 15 anys*

A la tercera fase de la investigació es va demanar individualment com s'havia pensat fe el suïcidi. Es van obtenir 45 respostes de planificació (alguns subjectes ho havien planificat més d'una vegada). De les 45 respostes 10

Taula 3. PERSISTÈNCIA DE LA IDEACIÓ SUÏCIDA AL CAP DE 18 MESOS

	SI	NO
Pensa molt en la mort o en morir	24.8%	75.2%
Desitja estar mort	18.4%	81.6%
Ha pensat en matar-se	11.3%	88.7%
Ha planejat com matar-se	7.27%	92.73%

corresponien a nois i 35 a noies.

De les 35 noies 13 ho planificaren amb pastilles, 5 per precipitació, 5 tallant-se les venes, 1 pel gas i 1 tirant-se al davant dels cotxes, 5 ho van planificar per més d'un sistema (3 eran amb pastilles i precipitació) i 5 altres no contestaren a la pregunta.

Dels 10 nois, 3 pensaren un mecanisme de precipitació, 1 per pistola de balins, 1 tallant-se les venes, i 2 per més d'un sistema. 3 no van voler contestar o bé diuen que no ho recorden.

D. DISCUSSIÓ

Hem de remarcar l'elevat percentatge d'escolars de 13 i 14 anys amb ideació suïcida a Barcelona. Pensem que aquesta població té més risc de consumar un acte d'autòlisi al llarg de la seva vida. Aquest idea ens ha estat confirmada pel fet que una part important dels adolescents d'aquesta mostra que tenia ideació suïcida a vuitè d'EGB ja ha fet algun intent en els dos anys següents.

La taxa d'ideació suïcida que hem trobat a Barcelona és superior a la que havíem trobat a la ciutat de Reus en una població escolaritzada de la mateixa edat (Domènech et al. 1992). Allí el resultat fou de 17.6% en les noies i de 15.3% en els xicots. No ens sorprèn que la prevalença sigui més baixa en una ciutat molt més petita. Dintre l'àmbit de Barcelona també trobem diferències importants entre uns barris i altres.

En quant a les diferències per sexes, és un fet bastant conegut que la prevalença de moltes psicopatologies augmenta en les noies després de la pubertat. Però en l'estudi de Reus no havíem trobat diferències significatives entre sexes a la mateixa edat cronològica. Si que les hem trobades en aquesta mostra més gran i d'edat una mica superior de Barcelona.

La relació estreta que trobem entre ideació suïcida i depressió confirma un fet conegut per altres autors (Kosky et al., 1986, Kashani et al., 1989, Vélez i Cohen, 1988, Domènech et al., 1992). Aquesta associació és especialment elevada en el sexe femení, on la prevalença de la depressió augmenta molt a aquestes edats. En l'estudi epidemiològic de Reus la mitjana del CDI fou de 10.14 en els nois i de 11.23 en les noies sense ideació suïcida i de 17.33 i 18.23 en els nois i les noies amb ideació suïcida. Per tant aquest estudi de Barcelona confirma els resultats que havíem obtingut a Reus.

Creiem que una aportació interessant és la demostració de la persistència de la ideació suïcida. Encara que la submostra en la que ho hem estudiat sigui reduïda, el resultat de persistència és alt. A més és probable que molts subjectes que es negaren a participar, fos precisament perquè estaven deprimits. Altres treballs de seguiment de conductes suïcides han tingut també una mortalitat experimental alta. Goldney (1991), en un estudi en escolars a Adelaida, va començar amb 3.130 i va acabar amb 472. El nostre estudi de Reus la va tenir molt baixa (5.06% en tres anys) perquè en una ciutat petita es pot tenir molt més localitzats els subjectes.

A Reus la persistència fou d'un 27% en tres anys (Domènech et al., 1992). Trobem xifres similars a Barcelona. Com assenyala Ettlinger (1984), la persistència de la ideació suïcida és un signe de risc de suïcidi. Ho acabem de confirmar amb el nombre elevat de pla-

nificació i d'intents entre la població amb persistència d'ideació. Voldríem seguir insistint en la importància de detectar la ideació suïcida entre la població normal escolaritzada perquè creiem en la utilitat de la prevenció precoç del suïcidi durant els anys escolars.

BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R (3rd ed. rev.)*. Washington: Author, 1980.
2. BRENT D, PERPER J, GOLDSTEIN C. ET AL. "Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients". *Archives of General Psychiatry*, 1988, 45: 581-588.
3. DOMENECH E, POLAINO-LORENTE A. "Epidemiología de la depresión infantil". Barcelona, Espaxs, 1990.
4. DOMENECH E, CANALS J, FERNANDEZ-BALLART J. "Suicidal ideation among Spanish school-children: a three-year follow-up study of a pubertal population". *Personality and Individual Differences*, 1992, 13 (9): 1055-1057.
5. DOMENECH E, GRAS M. E, CANALS J, COMELLAS M J. "Ideación suicida en la adolescencia, análisis epidemiológico en población de Cataluña". En P.T.D. España: *Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psíquicos en la edad juvenil*, Barcelona, Espaxs, 1995, pp 53-60.
6. ETTLINGER R. "Suicides in a group of patients who had previously attempted suicide". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1984, 40: 363-378.
7. EZPELETA L, DOMENECH E, POLAINO-LORENTE A. "Escalas de evaluación de la depresión infantil". En Polaino-Lorente, A.: *Las depresiones infantiles*, Madrid (Morata), 1988 (anexo): 282-298.
8. GOLDNEY R, SMITH S, WINEFIELD A, TIGGEMAN M, WINEFIELD H. "Suicidal ideation: is enduring nature and associated morbidity". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 83: 115-120.
9. HERJANIC B, REICH W. "Development of a Structured Psychiatric Interview for Children. Agreement between parent on individual symptoms, 1982, 10: 307-324.
10. KASHANI J, GODDARD P, REID J. "Correlates of suicidal ideation in a community sample of children and adolescents". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatary*, 1989, 28 (6): 912-917.
11. KOSKY R, SIBURN S, ZUBRICK S. "Symptomatic depression and suicidal ideation. A comparative study with 628 children". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1986, 174 (9): 523-528.
12. KOVACS M. *The Children's Depression Inventory: a self-rated scale for school-aged youngsters*. Unpublished manuscript, University of Pittsburgh.

13. KOVACS M. *"Children's Depression Inventory"*, Unitet States and Canada, Multi-Health Systems, 1992.
14. LESTER D. "Depresión and suicide in college students and adolescents". *Personality and Individual Differences*, 1990, 11: 757-758.
15. PFEFFER C, ZUCKERMAN S, PLUTCHIK R, MIZRUCHI M. "Suicidal behavior in normal school children: a comparison with child psychiatric inpatients". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1984, 23 (4): 416-423.
16. PFEFFER C, CONTE H, PLUTCHIK R, JERRET J. "Suicidal behavior in latency-age children". *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1979, 18: 672-692.
17. POLAND S. *Suicide intervention in the schools.* New York, The Guilford Press, 1989.
18. VELEZ C, COHEN P. "Suicidal behavior and ideation in a community sample of children: maternal and youth reports". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1988, 27 (3): 349-356.

AIMARES I QUÍTXUES CARACTERITZATS PEL MICROSATÈL·LIT D'ADN: HUMTH01 (11P15.5)

Gené M. (*), Huguet E. (*), Moreno P. (***), Fuentes M. (**), Sànchez C. (*), Conde M. (*), Corbella J. (*).

(*) UER Medicina Legal, Laboral i Toxicologia. Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona. Avda. Joan XXIII s/n Barcelona 08028
(**) Unitat de Medicina Preventiva i Salut Pública. Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona.
(***) Secció Antropologia. Departament de Biologia Animal. Facultat de Biologia. Universitat de Barcelona.

PARAULES CLAU: Genètica de Poblacions. Polimorfismes humans. HUMTH01. TC-11. Microsatèl·lits. STR. VNTR. PCR.

RESUM

Els microsatèl.lits, definits com curtes repeticions en tàndem d´ADN, són una font de marcadors altament polimòrfics en poblacions humanes i fàcilment objectivats per PCR. Hem tipat la repetició tetramèrica (AATG) del locus HUMTH01, localitzat en 11p15.5.

Aquest treball estableix les freqüències al·lèliques del HUMTH01 en dues poblacions ameríndies, comparant individus de les ètnies Aimara (80 mostres) i Quítxua (68 mostres), amb una població europea. Hem trobat variacions al.lèliques importants entre les poblacions ameríndies i caucasoids.

SUMMARY

Microsatellites, defined by inherited short runs of tandemly repeated nucleotide sequences (STR´s), are a rich source of highly polymorphic markers in human population and easily detected by PCR. We report DNA typing of the tetrameric repeat (AATG) STR´s HUMTH01 mapped to chromosomal locus 11p15.5.

This project establishes the HUMTH01 allelic frequencies in two amerindian populations by comparing individuals selected from ethnia Aymara (80 samples) and Quechua (68 samples) to an european population. We have found highly allele variations beetwen the amerindian populations and caucasoids.

INTRODUCCIÓ

La genètica de poblacions humanes és una part de la genètica evolutiva, que estudia el conjunt d´individus que constitueixen una unitat de reproducció més o menys aïllada. Una població es pot caracteritzar per l´existència de gens amb determinades freqüències, que venen condicionades per múltiples factors d´ordre biològic o socio-cultural (1).

La definició d´una població humana

Rev.R.Acad.Med.Catalunya.Vol 10,Nº1,45-50,1995

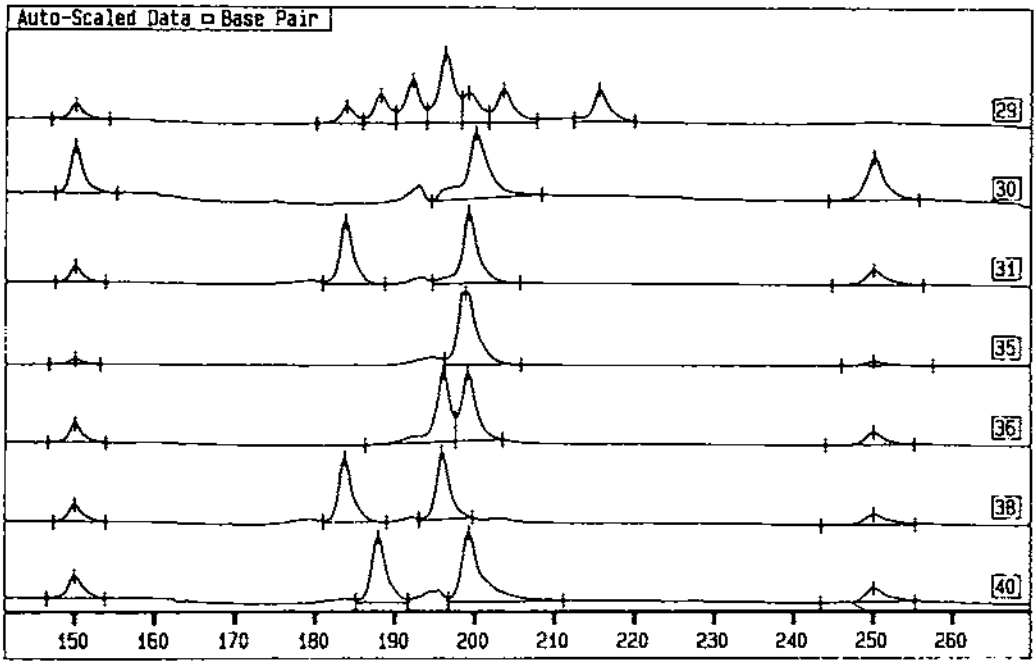

FIGURA 1. Resultats gràfics del polimorfisme HUMTH01 obtingudes amb seqüenciador automàtic de fluorescència. Línia 29: barreja de mostres, 30: marcador de 150 a 250 bp.; 31, 35, 36, 38 i 40: mostres de diferents individus amb marcadors de talla interns de 150 i 250 bp. pa.

TAULA 1: FREQÜÈNCIES GÈNIQUES DELS DIFERENTS AL.LELS DEL LOCUS HUMTH01 EN LES POBLACIONS ESTUDIADES I EN LA POBLACIÓ CAUCASOIDE COMPARADA.

		Freqüències		
		Aimares n = 80	**Quítxues** n = 68	**Suïssos** n = 197
Al.lel n.º	Mida bp.			
5	180	0	0	0.002
6	184	0.212	0.147	0.243
7	188	0.656	0.610	0.166
8	192	0	0	0.114
8.3	195	0	0	0.005
9	196	0.018	0	0.146
9.3	199	0.112	0.242	0.309
10	200	0	0	0.015

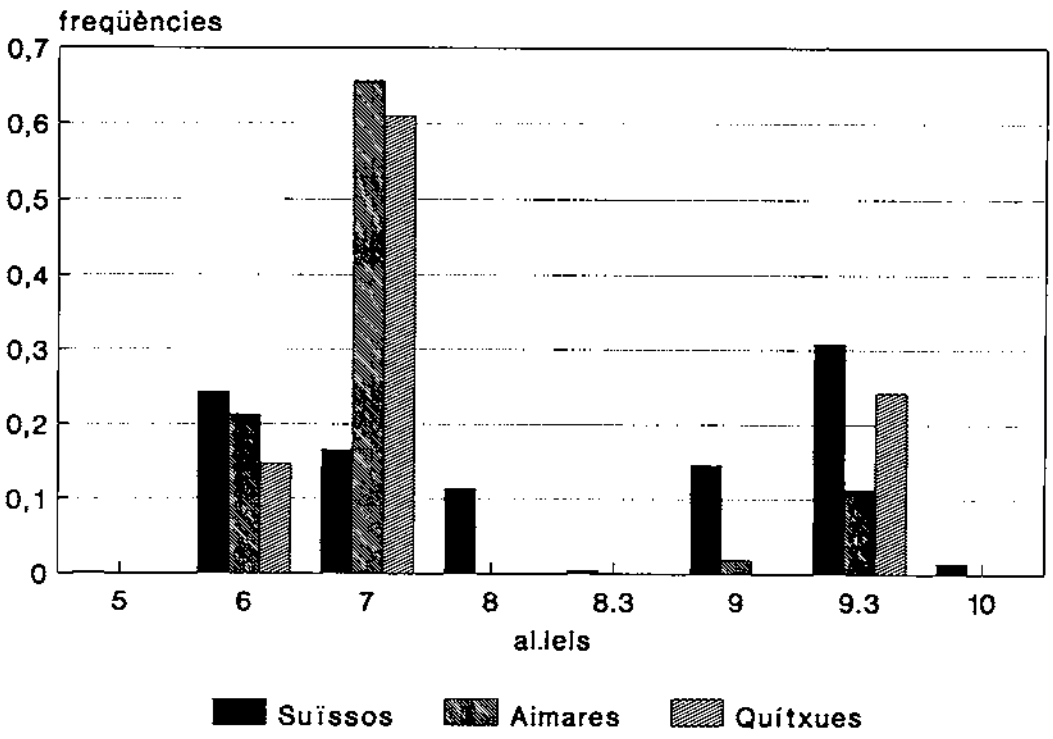

FIGURA 2. Distribució de freqüències al.lèliques de les poblacions Suïssa, Aimara i Quítxua.

al.lels poc freqüents en caucasoids (5, 8.3, i 10), no es troben ni en aimares ni en quítxues.

Els valors matemàtics i bioestadístics que quantifiquen la utilitat médico-forense d'aquest polimorfisme en la població ameríndia es mostren en la taula 2.

TAULA 2. VALORS DE RENDIMENT MÉDICO-LEGAL DEL LOCUS HUMTH01.

	AIMARES	QUÍTXUES
Índex d'Heterocigositat (HI)	50	50
Probabilitat d'exclusió "a priori" (CE)	0.2775	0.2897
Eficiència Bioestadística (EB)	9.7786	9.7945
Probabilitat de coincidència (PC)	0.2902	0.2676
Poder de discriminació (DP)	0.7097	0.7323

CONCLUSIONS

Tenint en compte la història evolutiva dels pobles nadius d'Amèrica no és sorprenent constatar l'enorme variabilitat i les diverses fluctuacions respecte a les freqüències gèniques. Per aquest polimorfisme observem unes clares diferències de distribució al.lèlica entre les poblacions ameríndies estudiades i la població europea. Pensem que fóra necessari l'estudi de més poblacions ameríndies per comprovar si realment aquestes diferències gèniques corresponen a diferències ètniques.

Des del punt de vista mèdico-forense, aquest polimorfisme presenta una variabilitat inferior a la descrita en europeus, la qual cosa es tradueix en un rendiment diagnòstic inferior en criminalística i en recerca biològica de la paternitat.

BIBLIOGRAFIA

1. Tavares A. "Genética de poblaciones", en Egozcue J. et al. "Genética Médica" Barcelona. Ed. Espax. 1978, pp. 123.
2. Bernard J. "Le Sang et L'Histoire" Paris. Buchet/Castell. 1983.
3. Donoso S. "La Población Rural en Bolivia, 1992". En: Darconi, M. (Ed.) "Conservación de la Diversidad Biológica en Bolivia". La Paz. Centro de Datos para la Conservación. Cap. VI: 181-196.
4. Rojas Ortuste G. Democracia en Bolivia hoy y mañana. Cuadernos de investigación. N.º 41 CIPCA 1994. La Paz-Bolivia.
5. Ferrater G. en: "Gran Enciclopèdia Catalana". Barcelona. Edicions 62. 1992.
6. Barnadas JM. en: "Gran Enciclopèdia Catalana". Barcelona. Edicions 62. 1992.
7. Gill P, Kimpton C, D'Aloja E, Andersen JF, Bär W, Brinkmann B, Holgersson S, Johnsson V, Kloosterman AD, Lareu MV, Nellemann L, Pfitzinger H, Phillips CP, Schmitter H, Schneider PM, Stenersen M. "Report of the European DNA profiling group (EDNAP) towards standarisation of short tandem repeat (STR) loci". Forensic Science International 65, 51-59, 1994.
8. Edwards Al, Hammond Holly A, Jin Li, Caskey Thomas C, Chakraborty Ranajit. "Genetic variation at five trimeric and tetrameric tandem repeat loci in four human population groups" Genomics. 12: 241-253, 1992.
9. Walsh PS, Metger DA, Higucchi R. "Chelex 100 as a medium for simple extraction of DNA for PCR-based typing from forensic material". Biotechniques; 10: 506-513. 1991.
10. Kratzer A, Gränacher A, Jamnicki M, Bär W. "Swiss population data for 3 STR-systems (SE33, HUMTH01, D21S11), HLA DQa, and D1S80". en: Bär W, Fiori A, Rossi U. "Advances Forensic Haemogenetics 5". Berlin Heidelberg. Springer Verlag. pp. 515-517. 1994.

TEMES I NOTICIES D'ACTUALITAT

VIIIè CONGRÉS D'HISTÒRIA DE LA MEDICINA CATALANA

En els locals d'aquesta Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya es va celebrar aquest congrés els dies 3, 4 i 5 de juny de 1994.

Va presidir el congrès el membre numerari d'aquesta Acadèmia i President de la Societat Catalana d'Història de la Medicina, Dr. Josep Mª Massons secundat pel Secretari general Dr. Carles Hervàs, el Vicepresident Dr. Pere Vallribera i els vocals Dr. Francesc X. Buqueras, Manuel Escudé, Josep Mª Sánchez Ripollés i Gabriel Gili Cirera.

Essencialment el congrés va consistir en una conferència inaugural –presidida pel representant del Conseller de Sanitat, el Director general de Salut Pública, Prof. Salleras– a càrrec del Dr. Josep Mª Massons que versava sobre "Els estudiants del Reial Col·legi de Cirurgia de Barcelon al segle XVIII".

Una conferència de cloenda del Dr. Pere Vallribera titulada: "Notes per a una història de la Cirurgia catalana a través dels seus textos". Un acte d'homenatge a la memòria del Dr. Didac Parellada i Feliu consistent en la lectura d'un treball seu que havia preparat per a aquest congrés en col·laboració dels Drs. Bartomeu Mestre i Francesc X. Buqueras.

La comunicació llegida pel Dr. Buqueras va ser seguida pels congressistes amb pregona emoció, perquè tots havien connegut el Dr. Parellada i tots en servaven un record entranyable.

Finalment diguem que es va presentar 71 comunicacions classificades de la manera següent.

Psiquiatria:	6 comunicacions
Publicacions i	
Cirurgia:	7 comunicacions
Institucions i	
Hospitals:	18 comunicacions
Med. medieval-	
Farmàcia:	17 comunicacions
Epidemiologia:	16 comunicacions
Biografies-	
Odontologia:.	7 comunicacions

El dia 3, divendres, en acabar la conferència inaugural els congressistes van visitar el Centre de Documentació d'Història de la Medicina de la Fundació Uriach.

Els assistents van poder admirar aquelles magnífiques instal·lacions i van ser obsequiats amb un "lunch" i atesos pels Drs. Joan Uriach, Josep Danon i Joan Morell.

Finalment el diumenge dia 5 el congrés es va donar per acabat amb un Dinar de Germanor.

A destacar la col·laboració de la Societat d'Història de la Veterinària i dels Amics de la Història de la Farmàcia.

LLIBRES REBUTS

"Patología quirúrgica oral y maxilofacial", por E. PIFARRE SANAHUJA, catedrático de la Universidad de Barcelona. Prólogo del Prof. R. FRIES (Linz, Austria). Ed. JIMS, Barcelona 1993 (ISBN: 84-7092-386-2).

Se trata de una obra maestra; en su prefacio dice el autor que la escribió para los estudiantes y también para los especialistas, y ciertamente ha logrado su propósito, pues estudia en profundidad todos los temas de la especialidad.

Muy interesante es el capítulo de embriología, que expone con excelente iconografía y buen sentido práctico no sólo el origen y desarrollo de las malformaciones cráneo-cérvico-faciales sino también las técnicas de tratamiento.

De extraordinario valor son los capítulos dedicados a anatomía de cuello cráneo y cara, sobre todo de esta última región, en general menos atendida tanto en los tratados de anatomía como en los de cirugía.

Pero, tratándose de un libro para cirujanos, la mayor parte de la obra se dedica a los principios de cirugía (anestesia, asepsia, instrumental) y a describir todas las técnicas quirúrgicas propias de la especialidad. Nos damos cuenta de que estamos leyendo la obra de un profesor universitario muy experto en las enseñanzas teóricas y prácticas de su especialidad.

Describe también toda la cirugía de las piezas dentarias, con las técnicas quirúrgicas, instrumental necesario y complicaciones que pueden presentarse. El estudio de las complicaciones supuradas de origen dentario es muy completo e interesante.

Toda la obra en conjunto, además de ser básica e imprescindible para estudiantes y especialistas de odontología y cirugía maxilofacial, resulta útil también para otorrinolaringólogos, cirujanos generales e incluso para los interesados en focos infectivos de origen dentario.

«In Memoriam»

JOSEP Mª MATEU ARAGONÈS
1927-1994

El 4 de Juliol del 1994 morí a Barcelona el Dr. Josep Mª. MATEU ARAGONÈS Acadèmic Corresponent de la nostra Corporació i prestigiós toco-ginecòleg barceloní. Nascut el 13 de Desembre del 1927 i fill de metge odontòleg, estudià batxillerat a l´Institut Maragall i Col.legi La Salle-Bonanova i es llicencià en Medicina a la Facultat de Barcelona amb nota máxima (1944-50).

La seva excel.lent formació i preparació, tant en Obstetrícia com en Ginecologia, l´aconseguí laboriosament, bo i exercint càrrecs assistencials i docents poc retribuïts, assolits per mèrits propis i al llarg de més de quinze anys de gran dedicació a l´Hospital Clínic i la Facultat:

1. Alumne intern d´Obstetrícia, per oposició guanyada a les darreries del 1948, ja jubilat el Dr. NUBIOLA i abans de succeir-lo el Dr. USANDIZAGA.

2. Ajudant de classes pràctiques a la Càtedra II d´Obstetrícia i Ginecologia, alternant ambdues assignatures en cursos sucessius (1951-65).

3. Metge intern de Toco-ginecologia, per oposició i adscrit a urgències (1952-56).

4. Metge de guardia de l´Hospital Clínic, per oposició i al servei d´urgències de Toco-ginecologia (1957-61).

5. Metge Consultor dels Serveis d´Obstetrícia i Ginecologia de l´Hospital Clínic (1961-66).

A fi d´endegar la recent construïda Ciutat Sanitària Vall d´Hebrón, s´acordà incorporar-hi alguns catedràtics amb llurs principals col.laboradors assumint el Prof. USANDIZAGA la direcció de l´Hospital Maternal i la incorporació de molts metges de la seva càtedra, entre ells el Dr. MATEU com a cap de Secció (1966). Poc després, al integrar-se la Ciutat Sanitària a la nova Universitat Autònoma, el Dr. MATEU en seria nomenat Professor (1971) i més tard Director de cursos monogràfics de Doctorat o especials sobre Citologia Ginecològica (1978-90).

Tant a l´Hospital Clínic com en el Maternal de Vall d´Hebron realitzà importants treballs de recerca, la majoria basats en tècniques cito- i histopatològiques de quina aplicació a la Ginecologia en seria el Dr. MATEU destacat pioner. Alguns dels primers resultats els presentà en la tesi doctoral "Contribu-

«In Memoriam»

PEDRO PLANAS CASANOVAS
1912-1994

El 31 de julio de 1994 falleció en Blanes (La Selva, Girona) nuestro estimado amigo y Muy Ilustre Académico Dr. Pedro PLANAS CASANOVAS, prestigioso médico estomatólogo barcelonés, bien conocido en Madrid y Barcelona, así como en Portugal, Francia y otros países.

Nació el 28 de setiembre de 1912 en Barcelona, donde pasó la infancia y primeros estudios, viviendo con sus padres y dos hermanos, el primogénito Martín y la poster nacida Carmen. En su último año de bachillerato en las Escuelas Pías (1928-29) se animó Pedro a ser odontólogo, pues tenía el padre consulta de dentista y gabinete de prótesis dental, de cuyos menesteres rehuía el hijo mayor, muy dedicado a estudios literarios y lingüísticos.

Decidido a ser odontólogo, de 1929 a 1931 cursó en Barcelona complemento de Ciencias y los dos primeros años de Medicina, previos e indispensables a fin de seguir en la Escuela de Odontología de Madrid los dos cursos preceptivos para el título de odontólogo. A su vez y por recomendación del padre, asistía además como ayudante al Servicio de Estomatología que dirigía el Dr. CAROL en el nuevo y recién inaugurado hospital de la Sta. Cruz y San Pablo, iniciando así su preparación en prácticas dentales.

A finales de 1931 se trasladó a la Escuela de Odontología de Madrid y en la antigua Facultad de Medicina de San Carlos cursaría las asignaturas de Odontología y de Prótesis dentaria del 1.º y 2.º años de dicha Escuela, así como alguna de 3.º de Medicina necesaria también para optar al título de odontólogo. Conseguido éste en noviembre de 1933, volvió enseguida al gabinete del padre y se reincorporó como odontólogo al Servicio de Estomatología del Dr. CAROL, para perfeccionarse en prótesis y clínica dental, a la vez que ayudaba a resolver problemas de prótesis y ortodoncia y de cirugía oral y maxilofacial.

En 1936, recién casado y a poco de comenzar la guerra en España, decidió Pedro PLANAS con su esposa irse ambos al extranjero y trasladarse a Oporto, donde contaban con familiares dispuestos a acogerles. A poco de estar allí, conocieron a la familia del Dr.

MAGALHAES, catedrático de Otorrinolaringología, quien al saber lo realizado por PLANAS en el Servicio de Estomatología del Dr. CAROL, pidió luego su intervención para resolver el caso de un distinguido paciente con múltiples fracturas maxilares y lesiones dentales.

Los buenos resultados de aquella intervención, el apoyo del profesor MAGALHAES y el atraso de la Odontología en Portugal, similar entonces al de España a fines del siglo pasado –con escasos e improvisados practicantes dentistas y sin odontólogos ni escuela alguna– propiciaron que Pedro PLANAS fuera enseguida muy solicitado y trabajara con éxito creciente, no sólo de protésico sino en consulta de odontólogo, bajo protección de un colega portugués, e incluso en quirófanos de la Facultad con ciertas ayudas.

De 1937 a 1942 actuó con mucho éxito y distinguidos clientes, no sólo de Oporto sino de Lisboa u otras ciudades, y trató también a españoles residentes en Portugal, como una sobrina del fallecido Don Florestán de AGUILAR (1872-1934) a la que visitaba desde España su tía y viuda de aquel maestro fundador de la Escuela de Odontología de Madrid. En uno de sus viajes, al hablarle PLANAS de su deseo de volver a España, le propuso ella que se instalara en Madrid y en su palacio, donde actuaba en la que fue consulta de su marido un grupo de médicos discípulos de MARAÑON. Aceptando aquella oferta, Pedro, la esposa y una hija nacida en Portugal se trasladaron a Madrid en 1942 y él instaló allí su consulta.

Desde Madrid y tras el aislamiento de aquellos años de guerras, asistió a algún curso de actualización en Francia o países vecinos y luego a sesiones o congresos internacionales, a fin de seguir los avances en Odontología y en técnicas de prótesis y ortodoncia siempre de su mayor interés. Asistió entre otros a congresos de la European Orthodontics Society y desde 1946 no dejaría de participar asiduamente en los de la Soc. Française d'Orthopedie Dento-Faciale, asimilando novedades y más tarde aportando no pocas comunicaciones y demostraciones de sus aparatos e innovaciones.

De sus actuaciones en España y países iberoamericanos, cabe recordar la creación en 1955 de la Soc. Española de Ortodoncia, de la que fue primer presidente, y sus conferencias o demostraciones en Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos de casi todas las regiones. Sin olvidar invitaciones y homenajes en Lisboa y otras ciudades de Portugal, conviene recordar sus frecuentes viajes a Argentina, Chile, Brasil, Perú, Colombia y México, a fin de dar cursos, conferencias o demostraciones para promover el interés por la ortodoncia y fomentar su aplicación precoz y profiláctica.

En Madrid, además de atender su consulta, actuó desde 1954 de Jefe Clínico en la Beneficiencia Provincial y desde 1966 como Adjunto interino de Prótesis estomatologica 1.º en la Escuela de Estomatología de la Universidad Complutense. Desde 1949 era médico licenciado en Madrid y se doctoró en 1968 con la máxima calificación en la Facultad de Medicina de Granada.

Entretanto, buena parte de la familia, hijos y nietos, vivía en Barcelona y, si bien pasaban los padres el verano en Blanes, solían ir más a la ciudad condal, tanto que decidió Pedro en 1960 instalar allí consulta para visitar durante una semana de cada mes. Alternarían así de consulta y residencia hasta que acordaron en 1971 el traslado definitivo de Madrid a Barcelona.

En Barcelona pudo atender mejor su consulta seguir la labor docente inicia-

do en Madrid, pues le encargaron enseñar Prótesis estomatológica 1.º en la recién creado Escuela de Estomatología adscrita a la Facultad de Medicina de la UB. Contratado en 1971 como profesor de dicha asignatura, la enseñaría con generosa dedicación y prórrogas hasta 1979, mientras fue necesario.

Sin dejar de ir a congresos, cursos o conferencias en Europa o América, dispondría en Barcelona de tiempo y ayudas –la de su nieto y discípulo Carlos– para preparar la publicación de sus conceptos y principios sobre prevención y tratamiento de desequilibrios oclusales. La génesis de aquellos principios, sus aplicaciones y los resultados obtenidos en distintos pacientes y tras largas observaciones, se publicaron en el libro «Rehabilitación Neuro-Oclusal (RNO)» (Ed. Cient. y Técn. Masson-Salvat, Barcelona 1987) y, tras agotarse la 1.ª, en su 2.ª edición (1994).

No cabe referir aquí sus numerosos artículos en importantes revistas, ni destacar algunos de sus méritos y honores otorgados por asociaciones científicas o gobiernos de Europa y América. Cabe sólo recordar que justamente por tantos méritos y distinciones le eligió la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya para ocupar la vacante de Don Joan CAROL MONTFORT (1889-1986), primer maestro de Estomatología en Barcelona y quien más contribuyó, con la ayuda paterna, a la excelente preparación práctica de Pedro PLANAS, como él recordó con insistencia en su discurso de ingreso a la Reial Acadèmia el 10 de noviembre de 1991.

Un año después, en viaje con su esposa, sufrió ella en Milano una grave crisis de hemorragia cerebral, quedando paralítica e inválida más de dos años, hasta que falleció en Barcelona el 24 de julio de 1994. Siempre juntos y compañeros en todo, su dolido y afligido esposo fallecería súbitamente siete días más tarde, tras haber cuidado de ella con entereza y dedicación ejemplares.

Descansin en pau el benvolgut amic i Molt Il·lustre Acadèmic Dr. Pere PLANAS CASANOVAS y la seva estimada muller Dª Pepa FERRER PORTABELLA, i rebin llurs fills Nenin i Carles, Carme, Pere i Mercé, com també tots els néts, besnéts i germans, el sentit condol de la Nostra Corporació.

Víctor Cònill Serra

COMPOSICIÓ DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

JUNTA DIRECTIVA

PRESIDENT:	Josep Laporte i Salas
VICE-PRESIDENT:	Jordi Gras i Riera
SECRETARI GENERAL:	Joaquim Tornos i Solano
VICE-SECRETARI COMPTADOR:	Josep A. Salvà i Miquel
TRESORER:	Josep Sèculi i Brillas
BIBLIOTECARI:	Jacint Corbella i Corbella
VOCALS:	Josep Esteve i Soler
	Jordi Sans i Sabrafen
SECRETARI D'ACTES:	Alfons Gregorich i Servat
ARXIVER:	Josep M. Massons i Esplugues
PRESIDENT D'HONOR:	Bel·larmi Rodríguez i Arias

ACADÈMICS NUMERARIS

PRIMERA SECCIÓ - FONAMENTALS

1961	Jordi Gras i Riera (President)
1978	Domingo Ruano i Gil
1983	Santiago Vidal i Sivilla
1983	Lluís Vallmitjana i Rovira
1992	Soledat Woessner i Casas
1993	Antoni Cardesa i García
	Josep Doménech i Mateu (electe)
	Antoni Tejedo i Mateu (electe)

SEGONA SECCIÓ - MEDICINA

1961	Joan Gibert i Queraltó (President)
1974	Àngel Ballabriga i Aguado
1974	Alfons Balcells i Gorina
1981	Joaquim Tornos i Solano
1984	Antoni Caralps i Riera
1988	Joaquim Barraquer i Moner
1988	Lluís Barraquer i Bordas
1988	Jordi Sans i Sabrafèn
1990	Ciril Rozman i Borstnar
1990	Francesc Vilardell i Viñas
1993	Josep M. Moragas i Viñas
1993	Miquel Torner i Soler
	Màrius Foz i Sala (electe)
	Lluís Revert i Torrelas (electe)

TERCERA SECCIÓ - CIRURGIA

1966	Moisès Broggi i Vallès (President)
1980	Antoni Lauradó i Tomàs
1981	Josep M. Gil-Vernet i Vila
1982	Víctor Conill i Serra
1982	Rafael Esteve de Miguel
1990	Josep Traserra i Pararedа
1993	Jaume Planas i Guasch
1994	Emili Sala i Patau
1994	Josep M. Caralps i Riera
1995	Josep M. Dexeus i Trias de Bes

QUARTA SECCIÓ - HIGIENE I MEDICINA SOCIAL

1970	Josep Sèculi i Brillas (President)
1984	Francesc Climent i Montoliu
1987	Alfons Gregorich i Servat
1991	Josep Esteve i Soler
1994	Josep Espriu i Castelló
	Gabriel Ferraté i Pascual (electe)
	Miquel A. Asenjo i Sebastián (electe)
	M. Angels Calvo i Torras (electe)

CINQUENA SECCIÓ - FARMACOLOGIA I TERAPÈUTICA

1966	Francisco Garcia Valdecasas i Santamaría (President)
1974	Josep A. Salvà i Miquel
1978	Josep Laporte i Salas
1978	Ramon San Martín i Casamada
1983	Joan Sabater i Tobella
1987	Joan Uriach i Marsal

SISENA SECCIÓ - MEDICINA LEGAL, PSIQUIATRIA I HISTÒRIA DE LA MEDICINA

1971	Manuel Carreras i Roca (president)
1977	Francesc Puchal i Mas
1985	Jacint Corbella i Corbella
1992	Josep M. Massons i Esplugas
	Carles Ballús i Pascual (electe)

ACADÈMICS D'HONOR

ESPANYOLS

1977	Oró i Florensa, Joan
1984	Barcia i Goyanes, Juan José
1984	Laín i Entralgo, Pedro
1989	Mayor i Zaragoza, Frederic

ESTRANGERS

1978	Herrera i Figueroa, Miguel
1978	Pedro, C. David
1983	Syentivany, Andor
1985	Lantéri-Laura, George

ACADÈMICS CORRESPONENTS

A) PER DRET PROPI

a) Acadèmics Numeraris de les altres Acadèmies de Medicina d'Espanya.

b) Per raó de càrrec:

Degans de les facultats de Medicina de les Universitats Catalanes.

President de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears.

Delegats de l'esmentada Acadèmia a les Províncies de Tarragona, Girona i Lleida.

Director del Servei Mèdic del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Metges Directors dels Serveis Sanitaris de l'Ajuntament de Barcelona.

B) PER PREMI

1951 Masriera i Sagalés, Josep M.
1952 Jiménez-Castellanos y Calvo-Rubio, Juan
1954 Soler i Durall, Carles
1954 Bastos i Mora, Felip
1955 Salamero i Reymundo, Francesc
1962 Pons i Bertrán, Ricard
1962 Costa i Batllori, Pere
1964 Subías i Fages, Antoni
1964 March i Ayuela, Pere de
1970 Capdevila i Mirabet, Josep M.ª
1972 Corominas i Vilardell, August
1973 Bayés de Luna, Antoni J.
1974 Guardia i Massó, Jaume
1977 Ibáñez i Fina, Carles
1977 Vives i Corrons, Joan Lluís
1978 Jiménez de Anta i Losada, M.ª Teresa
1978 Piqué i Vidal, Carles
1982 Zaragoza i Fernández, Cristóbal
1983 Nadal i Moncadas, Bartomeu
1984 Amo i Laforga, Elisabet del
1984 Cabañes i Sanz, Francesc Xavier
1984 Martí i Rodríguez, Gerard
1985 Vilardell i Tarrés, Miquel
1985 Vidal i Tort, Josep
1989 Monforte i Martínez, Roser
1989 Salleras i Sanmartí, Lluís
1989 Faig i Garrober, Joan
1990 Luna i Descalzo, Margarida
1991 Escudé i Aixelà, Manuel
1991 Curtó i Soler, Conrad
1992 Vilardell i Ynaraja, Miquel
1992 Campistol i Plana, Josep M.
1993 Albiol i Molné, Rafael
1993 Montañà i Buchaca, Daniel
1993 Esteve de Miguel i Honour, Carles
1994 Gené i Badia, Manuel
1994 Barquet i Esteve, Nicolau

C) PER ELECCIÓ

1932 Fernández i Pellicer, Enric
1943 Farrerons i Có, Xavier (4)
1943 Soler-Roig i Elizaicin, Josep
1946 Girona i Callol, Manuel
1946 Vilahur i Pedrals, Jaume (3)
1946 Juncadella i Ferrer, Enric
1948 Salleras i Linares, Víctor (3)
1948 Umbert i Torrescasana, Enric (5)
1948 Ripoll i Borrell, Joan
1949 Cañadell i Vidal, Josep M.ª (3)
1949 Biel i Casals, Josep M.ª
1949 Fernando i Botet, Josep M.ª
1950 Pulido i Cuchí, Rafael
1950 Guix i Melcior, Josep M.ª (5)
1951 Ponce de León i Castells, Ignasi (3)
1951 Alomar i Guinart, Gaspar
1952 Oliveras de la Riva, Carles
1952 Batalla i Sabater, Lluís
1952 Pigem i Serra, Josep M.ª (6)
1953 Vall i Bañeras, Jaume
1954 Vidal i Teixidor, Ramón (6)
1954 Sanz-Royo Gabino, Josep
1954 Latorre i Ríos, Angel (2)
1958 Carol i Murillo, Lluís
1959 Pedro-Botet i Pons, Joan (2)
1959 Ajenjo i Cecilia, Cèsar
1959 Río i Pérez, Gerard del
1960 Tintoré i Ferrer, Santiago (2)
1960 Rodríguez i López, M.ª de la O (1)
1960 Corominas i Beret, Frederic (2)
1962 Secanell i Sala, Antoni (2)
1977 Carreras i Pradós, Manuel
1977 Claret i Corominas, Isidre
1977 Ripol i Girona, Santiago (5)
1978 Luera i Carbó, Miquel (3)
1979 Rodríguez i Arias, Antoni
1979 Armengol i Miró, Josep Ramon
1979 Miravitlles i Torras, Lluís (1)
1979 Jordi i Gonzàlez, Ramon (6)
1979 Calbet i Camarasa, Josep M.ª (6)
1979 Palou i Monzó, Jaume (3)
1979 Piulachs i Clapera, Xavier (3)
1980 Torras i Trias, Joan (4)
1980 Trias i Rubies, Ramón
1980 Aragó i Mitjans, Ignasi M.ª (4)
1982 Pita i Salorio, Demetri (3)
1983 Arruga i Forgas, Alfred (3)
1983 Cornudella i Mir, Lluís (1)
1983 Barnosell i Nicolau, Francesc
1983 Mayoral i Herrero, Guillem (3)
1983 Manresa i Formosa, Gerard
1983 Guarner i Vila, Aberlard (6)

1983	Gili i Cirera, Gabriel (3)	1992	Jané i Carrencà, Francesc (5)
1983	Ribera i Marti, M.ª Teresa (1)	1992	Gay i Escoda, Cosme (2)
1983	Suñé i Arbussà, Josep M.ª (5)	1992	Mascaró i Ballester, Josep M. (2)
1983	Mundet i Torrellas, Camil (3)	1992	Moragas i Redecilla, August (1)
1984	García Valdecasas i Salgado, Juan Carlos	1992	Costa i Lòpez, Josep (1)
1984	Cid i Rafael, Felip	1993	Luján i Fernàndez, Nèstor (4)
1986	Castillo i Cofiño, Ricard	1993	Ribas i Mundó, Manuel (2)
1986	Mir i Mir, Llorens	1993	Solé i Balcells, Francesc (3)
1988	Treserra i Llauradó, Lluís	1993	Galofré i Folch, Manuel (3)
1989	Munar i Ques, Miquel	1993	Gallardo i Ballart, Antoni
1990	Abel i Fabre, Francesc	1994	Segura i Cardona, Ramon (1)
1990	Balius i Juli, Ramon (3)	1994	Ingelmo i Morín, Miquel (2)
1990	Domènech i Llaberia, Edelmira (6)	1994	Pou i Serradell, Adolf (2)
1990	Gallart i Gallart, Maria Teresa	1994	Rodés i Teixidor, Joan (2)
1990	Gironella i Coll, Joaquim	1994	García-Valdecasas i Salgado, Manuel (3)
1990	Martí i Vilalta, Josep Lluís (2)	1994	Temprano i Acedo, José (3)
1990	Planas i Domingo, Eulàlia (5)	1994	Torner i Baduell, Carles E. (3)
1990	Puig i Riera de Conias, Margarida (5)	1994	Casassas i Simó, Oriol (4)
1990	Vives i Puiggros, Jordi (1)	1994	Forn i Dalmau, Xavier (5)
1990	Puig i Lacalle, Jordi (3)	1994	Salvà i Lacombe, Pau (5)
1990	Nalda i Felipe, Miquel A. (3)	1994	Huguet i Ràmia, Emili (6)
1990	Nadal i Valldaura, Antoni (3)	1994	Vallribera i Puig, Pere (6)
1990	Daufí i Moreso, Lluís (2)	1994	Adserà i Martorell, Josep (6)
1992	Broggi i Trias, Marc A.	1994	Camps i Clemente, Manuel (6)
1992	Tolosa i Sarró, Eduard (2)	1994	Domingo i Roig, Josep L. (1)
1992	Guix i Pericas, Manuel	1994	Garcia-Bragado i Dalmau, Ferran (2)
1992	Calsapeu i Cantó, Ramon	1994	Guerrero i Sala, Lluís (6)
1992	Camps i Surroca, Manuel (6)	1994	Pardo i Peret, Pere (2)
1992	Tomàs i Cabot, Josep (6)	1994	Pascual i Busquets, Pompeu (2)
1992	Selga i Ubach, Simeó (6)	1994	Cruz i Hernández, Manuel (2)
1992	Sànchez i Ripollès, Josep M. (6)	1994	Ballester i Boix, Manuel (4)

ACADÈMICS CORRESPONENTS ESTRANGERS

1943	Schmidt, Hans (Suïssa)	1948	Milanés, Fernando (Cuba)
1946	Freeman, Walter (USA)	1948	Oteiza, Alberto (Cuba)
1946	Iselin, Marc (França)	1948	Pineda, Rafael (Argentina)
1948	Bishop, Peter Maxwell F. (UK)	1948	Travella, Eugenio A. (Argentina)
1948	Cortabarría, Francisco (Uruguay)	1948	van Bogaert, Ludo (Bèlgica)

1949 Laroche, Guy (França)
1949 Negroni, Pablo (Argentina)
1950 Surraco, Luis (Uruguay)
1951 Borrás, Pablo (Argentina)
1952 Mollaret, Pierre (França)
1952 Taiana, Jorge A. (Argentina)
1953 Hemphill, Robert F. (UK)
1953 Nasio, Juan (Argentina)
1954 Bernard, Etienne (França)
1954 Ercole, Ricardo (Argentina)
1954 Herrera Ramos, Fernando (Uruguay)
1954 Meyer, André (França)
1954 Zorini, Attilio Omodei (Itàlia)
1954 Pais, Eurico (Portugal)
1957 Critchley, Mac Donald (UK)
1957 Mounier, Kuhn (França)
1958 Figueiredo Baena, A. (Brasil)
1958 García, Alberto F. (Argentina)
1958 Schubert, René (Alemanya)
1960 Daumet, Philippe (França)
1964 Piantoni, Luigi (Itàlia)
1965 Brod, Jan (República Txeca)
1972 Oehling, Albert (Alemanya)
1972 Radermecker, Joseph (Bèlgica)
1972 Romañá, Cecilio F. (Argentina)
1972 Soriano, Víctor (Uruguay)
1973 Achard, Arturo (Uruguay)
1973 Caldeyro Barcia, Roberto (Uruguay)
1973 Comberg, Dietrich W. (Alemanya)
1973 Donati, Salvatore (Itàlia)
1974 Salazar, Jorge-Ricardo (Argentina)
1977 Brunedel, John (UK)
1977 Heredia García, Carlos (R. Dominicana)
1979 Imbriano, Aldo Enrique (Argentina)
1981 Pi-Suñer Bayo, César (Mèxic)
1981 Sage, Monique (França)
1983 Simón Rahal, Pedro (Xile)
1983 Tayeau, Francis (França)
1983 Fontana, Alberto Emilio (Argentina)
1983 Fuster de Carulla, Joaquin (USA)
1983 Minoprio, José Daniel Luis (Argentina)
1983 Pende, Giovanni (Itàlia)
1984 Arias Stela, Javier (Perú)
1985 Reynier, Jacques (França)
1986 Cameron, J. Stewart (UK)
1986 Dubarry, Jacques (França)
1987 Carmelo Martínez, M. (Mèxic)
1988 Droz, Dominique (França)
1988 Clauson, Kay (USA)
1988 Rodríguez Castells, Horacio (Argentina)
1989 Berger, Jean (França)
1989 Berrios, Herman E. (UK)
1990 De Caro, Diego (Itàlia)
1990 Escoville, Albert (Bèlgica)
1991 Espinosa de los Reyes Sánchez, Víctor (Mèxic)
1991 Durazo Quiroz, Francisco (Mèxic)
1991 Fraga Mouret, Antonio (Mèxic)
1991 Velázquez Juárez, Manuel (Mèxic)
1991 Ferro, Filippo M. (Itàlia)
1991 Gluber, Marie Claire (França)
1992 Bonsignore, Alfredo D. (Itàlia)
1992 Curri, Sergio B. (Itàlia)
1992 Di Dio, Liberto J. (USA)
1992 Martínez Palomo, Adolfo (Mèxic)
1993 Bouchier, Ian A.D. (UK)
1993 Fleury, Paul (França)
1993 García de Valdecasas Rath, José M. (Mèxic)
1993 Barragán Hernández, Emilio (Mèxic)
1993 P. Cabral, Ricardo (Portugal)
1994 Arechiga Urtuzuastegui, Hugo (Mèxic)
1994 Campillo Serrano, Carlos (Mèxic)
1994 Vilar Puig, Pelayo (Mèxic)

MEMBRES PATROCINADORS DE LA REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

COMISSIÓ INTERDEPARTAMENTAL DE RECERCA I INNOVACIÓ TECNOLÒGICA (C.I.R.I.T.) GENERALITAT DE CATALUNYA

CAIXA D'ESTALVIS I PENSIONS DE BARCELONA

LABORATORIOS ALMIRALL

QUIMICA FARMACEUTICA BAYER

LABORATORIOS BOEHRINGER INGELHEIM

LABORATORIOS CIBA-GEIGY

LABORATORIOS ESTEVE

LABORATORIOS FERRER

LABORATORIOS MERCK-IGODA

LABORATORIOS NOVAG

LABORATORIOS ORDESA

LABORATORIOS URIACH

LABORATORIOS VITA

ALFREDO-PUBLICIDAD GRAFICA Tordera (Barcelona) D L B-3338-86

ISSN: 1133-3286 Rev.R Acad.Med.Catalunya

ÍNDEX

MEMORIA DEL AÑO ACADEMICO 1994. J. Tornos Solano 3

DISCURS INAUGURAL: EL PRIMER CENTENARI DEL DESCOBRIMENT DELS RAIGS X. HISTÒRIA DE LA RADIOLOGIA DIAGNÒSTICA AL NOSTRE PAÍS. "DIAGNÒSTIC PER LA IMATGE". J. M. Vilaseca i Sabater 15

INAUGURACIÓ DEL CURS 1995 DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA. 26

ARTÍCLES

L'ACTITUD DEL METGE EN LA INFORMACIÓ CLÍNICA DE PERCEVAL A SÒCRATES. M. A. Broggi Trías 27

ORIGINALS

IDEACIÓ SUÏCIDA EN ELS ADOLESCENTS DE 13 A 15 ANYS A BARCELONA. E. Domènech, J. Aliaga, M. J. Comellas, M. Mitjavila, J. Obiols M. E. Gras 37

AIMARFS I QUITXUES CARACTERITZATS PEL MICROSATÈL·LIT D'ADN: HUMTH01 (11P15.5) M. Gené, E. Huguet, P. Moreno, M. Fuentes, C. Sànchez, M. Conde, J. Corbella 45

TEMES I NOTÍCIES D'ACTUALITAT

VIIè CONGRES D'HISTÒRIA DE LA MEDICINA CATALANA 51

LLIBRES REBUTS 52

"IN MEMORIAM"

JOSEP M.ª MATEU ARAGONÈS 53

PEDRO PLANAS CASANOVAS 55

COMPOSICIÓ DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA 59